



PUCPR

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS - PPAD**

**IMPACTOS DO MODELO DE GESTÃO ADOTADO NAS COMPETÊNCIAS
INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES DO HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA LUZ – UM ESTUDO DE CASO**

**CURITIBA
ABRIL 2005**

SONIA MARIA CAPRARO ALCÂNTARA

**IMPACTOS DO MODELO DE GESTÃO ADOTADO NAS COMPETÊNCIAS
INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES DO HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA LUZ – UM ESTUDO DE CASO**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Administração da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná, como
requisito para a obtenção do grau de
Mestre em Administração**

Orientador: Prof. Dr. Heitor José Pereira

**CURITIBA
ABRIL 2005**

Alcântara, Sonia Maria Capraro
A347i Impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais
2005 requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz : um estudo
de caso / Sonia Maria Capraro Alcântara ; orientador, Heitor José Pereira.
-- 2005.
160 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2005
Inclui bibliografia

1. Aprendizagem organizacional. 2. Gestão do conhecimento. 3. Capital
intelectual. I. Pereira, Heitor José. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Mestrado em Administração. III. Título.

CDD 20. ed. -- 658.406
658.4038
658.3

BANCA EXAMINADORA

Orientador Prof. Dr. Heitor José Pereira
(PPAD/PUCPR)

Prof.^a Dr.^a Faimara do Rocio Strauhs
(CEFET/PR)

Prof. Dr. Jansen Maia Del Corso
(PPAD/PUCPR)

Ao Luiz Antônio a quem amo e sempre foi meu porto seguro, aos meus filhos Melina e Bernardo pela ajuda e pelos ensinamentos, ao meu pai por eu ser quem sou, ao meu irmão Luiz por termos vivido este momento ao mesmo tempo e pela ajuda e incentivo. Aos meus amigos Maria, Malú, Liane e Alfredo pela presença e a ajuda incondicional e incentivo nos momentos de insegurança e dificuldades.

Agradecimentos

Agradeço a Deus e a todos os meus protetores por eu ter conseguido manter a fé e a humildade que preciso foi para pedir ajuda aos familiares, amigos e outrem, ao meu esposo e filhos pela paciência de viveram comigo este mestrado, compreendendo todos os momentos em que não estive presente e mesmo presente não pude compartilhar de seus momentos e solicitações, dando-lhes a atenção que mereciam, à Maria pela lealdade e por ter mantido minha família atendida nas suas necessidades básicas e principalmente pelo afeto e carinho dispensados aos meus dois filhos, nas minhas ausências.

Agradeço ao meu pai Luiz Esteffen Capraro, sem o qual jamais teria tido formação e educação para trilhar esse caminho, seu exemplo foi sempre fundamental! Tanto que meu irmão e eu vivemos o mesmo desafio juntos, ao qual agradeço o incentivo, a ajuda e a compreensão do que estávamos vivenciando.

Aos meus amigos pela compreensão da minha ausência e em especial à Malú pela ajuda nas transcrições e principalmente pelo apoio, incentivo e o exemplo de persistência de objetivos. Aos meus amigos Liane, Gabriela e Marcelo que cada um a sua maneira não permitiram durante esses 24 meses que eu sucumbisse e não chegasse ao fim desta jornada. Em especial à Liane, que em tantos momentos foi meu ombro amigo e sempre teve tempo para me ouvir, mesmo estando buscando o mesmo objetivo.

Em especial ao meu parceiro de pesquisa, Alfredo, que sem o seu apoio e incentivo, tenho plena certeza não teria conseguido chegar ao final com êxito.

Ao meu orientador Prof. Dr. Heitor José Pereira, pela oportuna sugestão do tema e "abertura de portas" na Aliança Saúde.

E finalmente, a todos os gestores da Aliança Saúde seja da PUCPR ou Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, na figura de seus antigos Provedores e dos atuais. E principalmente a todo o corpo de gestores e de profissionais do Hospital Nossa Senhora da Luz, os quais sempre nos atenderam com toda a atenção e tempo e que sem as suas informações valiosas não teria sido possível fazermos este estudo de caso.

LISTA DE FIGURAS

1	FORÇAS CAUSADORAS DA MUDANÇA.....	17
2	O MODELO DE PESQUISA: QUADRO TEÓRICO REFERENCIAL DE SUPORTE	34
3	COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS E ABORDAGENS GERENCIAIS RECOMENDADAS.....	57
4	MODELO DA SKANDIA.....	73
5	MODELO DE SVEIBY.....	74
6	MODELO TEÓRICO DO PROCESSO DE GESTÃO ESTRATÉGICA.....	109
7	OPERACIONALIZAÇÃO HORIZONTAL DO SISTEMA ALIANÇA DE GESTÃO.....	111
8	ENQUADRAMENTO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO HNSL NO MODELO TEÓRICO EVOLUTIVO DAS ERAS EMPRESARIAIS.....	112

LISTA DE GRÁFICOS

1	GRAU DE PARTICIPAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS	120
2	PERCENTUAL DOS GRUPOS DO CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS TÁTICAS	122
3	CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS TÁTICAS INFLUENCIADORAS	124
4	COMPETÊNCIAS TRAZIDAS NA BAGAGEM.....	125

LISTA DE QUADROS

1	PRINCÍPIOS BUROCRÁTICO X NOVOS PRINCÍPIOS.....	29
2	TIPOS DE CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL.....	42
3	ANÁLISE STAMP E STAMP X ROWBOTTOM E BILLIS	51

LISTA DE TABELAS

1	POPULAÇÃO DO HOSPÍCIO DE NOSSA SENHORA DA LUZ -1912	99
2	DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DE OCORRÊNCIAS	121
3	DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DE RELEVÂNCIA DOS CONJUNTOS DE COMPETÊNCIAS.....	126

RESUMO

Esta dissertação, um estudo de caso único em uma organização hospitalar, analisa os impactos do novo modelo de gestão adotado nas competências individuais requeridas dos gestores da organização. Os dados primários foram coletados em entrevistas semi-estruturadas com os gestores da organização pesquisada antes e após a adoção do novo modelo de gestão. A seleção dos dados foi realizada através da interpretação das respostas colhidas nas entrevistas, codificados de acordo com as perguntas de pesquisa que são a identificação das características dos modelos de gestão anterior à mudança organizacional e posterior a esta mudança, a identificação das competências individuais requeridas dos gestores após a adoção do novo modelo de gestão e a avaliação dos impactos do novo modelo de gestão nas competências dos gestores. A elaboração e tabulação dos dados foram realizadas conforme a aplicação de dois modelos teóricos. Os dados secundários foram abordados com a técnica da análise documental e bibliográfica. A análise dos dados demonstrou a evolução dos modelos de gestão da organização desde sua fundação até o momento de realização da pesquisa, o rol de conhecimentos, habilidades e atitudes, requerido dos gestores de nível estratégico, tático e operacional e os impactos da adoção do novo modelo de gestão nas competências individuais dos gestores. A análise dos resultados do estudo permitiu verificar a correlação dos modelos teóricos aplicados, a interdependência das variáveis independente e dependente definidas para a pesquisa e constatação de que a organização hospitalar estudada se encontra em fase de consolidação do novo modelo de gestão, viabilizando a aplicação prática dos resultados desse estudo.

Palavras-chave: mudança organizacional; modelo de gestão; gestão do conhecimento; gestão de competências

ABSTRACT

This dissertation, a case study in a hospital organization, analyses the impacts of the new management model adopted in the individual required competences for the managers of the organization. The primary data were collected in semi-structured interviews with the managers of the researched organization before and after the adoption of the new management model. The selection of the data was done through the interpretation of the answers collected in the interviews, according to which are the identification of the characteristics of the former model in face to the organizational changes and after these changes, the identification of individual competences of the managers after the adoption of the new model and the evaluation of the impact of the new model in the managers competences. The creation and data organization were done according to the application of two theoretical models. The secondary data were approached through documental and bibliographical analysis. This analysis has shown the evolution of the management models since the organization's foundation up to the present research, the row of knowledge, skills and attitudes required from the strategic, tactic and operational managers and the impacts of the adoption of the new management model on the individual capacities of the managers. The analysis of the study results allowed to verify the correlation with the theoretical applied models, the interdependence of the depended and independent variables defined for this research and the realization that the studied hospital organization is in the consolidation phase of the new model adopted, which reflects the feasibility of the application of the results of the present study.

Key words: organizational change, management model; knowledge management, competence management.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	15
1.2 OBJETIVOS DE PESQUISA.....	25
1.2.1 Objetivo Geral	25
1.2.2 Objetivos Específicos.....	25
1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA	25
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	28
2.1 A MUDANÇA ORGANIZACIONAL	28
2.2 OS MODELOS DE GESTÃO	33
2.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO	37
2.4 A GESTÃO DE COMPETÊNCIAS	48
2.4.1 Competências	49
2.5 CAPITAL INTELECTUAL.....	71
3 METODOLOGIA	75
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	75
3.1.1 Perguntas de Pesquisa.....	75
3.1.2 Definição Constitutiva e Operacional das Variáveis	76
3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	78
3.2.1 Delineamento da Pesquisa	78
3.2.2 População e Amostra.....	79
3.2.3 Dados: Tipos, Coleta e Tratamento	80
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	82
4.1 ANÁLISE DO SETOR SAÚDE SOB A ÓTICA DE UMA ANÁLISE ESTRATÉGIA	82
4.2 ANÁLISE DO SETOR SAÚDE SOB A ÓTICA CRONOLÓGICA DO SETOR NO BRASIL	87
4.3 SOB A ÓTICA DA ORGANIZAÇÃO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ.....	98
4.3.1 Histórico	98
4.3.2 Aliança Saúde - Modelo de Gestão	106
4.3.3 Práticas de Gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz	111

4.3.4 Impactos do Modelo de Gestão Adotado.....	113
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	116
5 CONCLUSÃO.....	128
5.1 APLICAÇÕES PRÁTICAS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ.....	133
5.2 REALIZAÇÕES DE ESTUDOS ACADÊMICOS FUTUROS.....	134
REFERÊNCIAS.....	135
ANEXO 1 - COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES.....	140
ANEXO 2- PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO.....	143
ANEXO 3 - APLICAÇÃO DO MODELO BASEADO EM MCCLELLAND NAS COMPETÊNCIAS REQUERIDAS.....	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Durante as 3 últimas décadas do século XX, o mundo vivenciou inúmeras mudanças nos cenários político, econômico e social. A intensidade e a frequência com que ocorreram influenciou diretamente a dinâmica das organizações, revelando uma nova visão ao cenário organizacional que é: "nada é certo exceto a mudança!".

O termo mudança nas organizações já passou por alguns processos, como o processo de reengenharia, o de desenvolvimento organizacional entre outros e passou-se a entender o termo como evolução dos processos, da tecnologia e das pessoas nas organizações.

Esse termo "mudança" passou a ser entendido como "transformação organizacional", pois a diferença entre a velocidade de mudanças do ambiente do setor com o ambiente interno das organizações impõe a elas a tarefa de transformação organizacional para que possam tentar permanecer competitivas no setor que atuam. (PRAHALAD e HAMEL, 1995, p.7).

Tanto a reengenharia, o desenvolvimento organizacional, como tantos outros processos, foram alavancados principalmente pela globalização. Sendo assim, com o advento da globalização, a cultura das organizações sofreu alguns impactos pela necessidade de maior agilidade, prontidão e flexibilidade diante de um mundo altamente competitivo, voltado para o lucro e para níveis de rentabilidade cada vez mais desafiadores.

As organizações passaram a alinhar seu foco no negócio principal – *core business*, gerando a necessidade de mudanças organizacionais em suas empresas. Esta mudança de estratégia das empresas tem impactos diretos na sua arquitetura organizacional e na forma de gerir seus recursos humanos, financeiros e materiais, buscando assim outros conceitos como o da terceirização.

A aplicação em grande escala deste conceito nas empresas, no início tornou-se comum para as funções que faziam parte do negócio principal, o que as torna prescindíveis de existirem dentro da empresa, embora necessárias como suporte ao seu funcionamento. Atualmente, o conceito de terceirização já passou a ser aplicado de forma mais ampla nas organizações, atingindo também funções inerentes ao negócio principal, como o atendimento a clientes realizado por *Call Centers* terceirizados.

Este cenário oportuniza a criação de um novo segmento de organizações, que são focadas em prestação de serviços básicos e com a velocidade das mudanças e o acréscimo da demanda do mercado por profissionais mais especializados. As competências individuais passam a ser mais requeridas nestas organizações, o que as torna cada vez mais especializadas para atender as exigências de seus clientes.

Muitos autores se ocuparam em tratar destes movimentos, entre eles, Toffler (1972, p.11), define o título do seu livro *Choque do Futuro* como "um fenômeno do tempo, um produto da taxa altamente acelerada de mudança na sociedade. Surge da superposição de uma nova cultura sobre uma velha. É o choque da cultura dentro da própria sociedade da pessoa."

Em consequência a estes movimentos e em acordo com o explicitado por Toffler, as mudanças trouxeram à tona o aumento da preocupação no nível social, em função do desemprego e recessão, a despreocupação com o equilíbrio dos ecossistemas e o meio-ambiente de maneira geral, gerados pela visão empresarial distorcida de acréscimo das margens de lucro e do rápido retorno dos investimentos financeiros realizados.

Todas estas mudanças para a sociedade são vistas por dois prismas diferentes:

1. As pessoas que continuam fazendo parte do mundo produtivo, após a mudança nas organizações;
2. As pessoas que estão à margem do mundo produtivo, fora de qualquer tipo de organização.

Portanto, as organizações passam a perceber que numerosos fatores as afetam e são altamente dinâmicos e provocam mudanças organizacionais. Alguns desses fatores estão sob seu poder de ação em modificá-los e/ou neutralizá-los e outros fora do seu poder de ação, porém, passíveis de sua influência.

Estes fatores são chamados de forças causadoras da mudança e se classificam em 2 tipos: as externas e as internas, conforme figura 1.

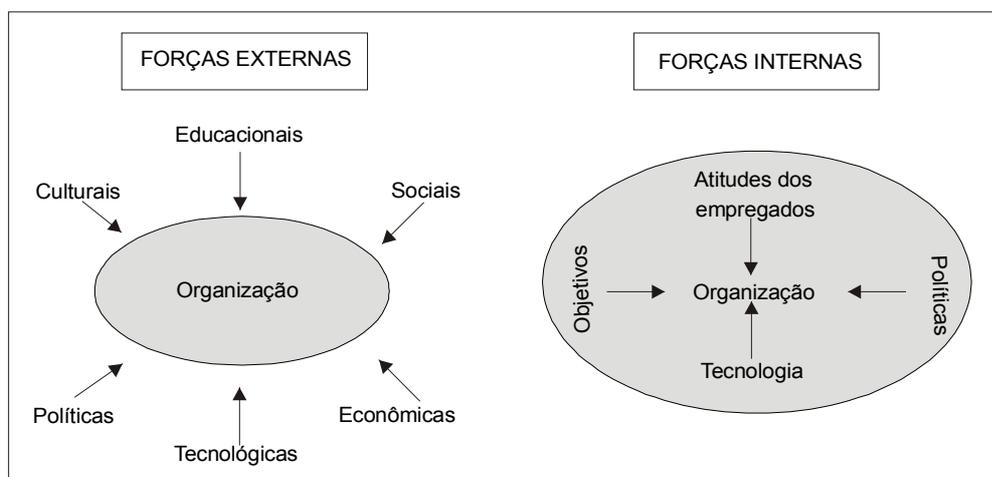


FIGURA 1 - FORÇAS CAUSADORAS DA MUDANÇA
 FONTE: Megginson, et al. (1986)

As forças externas parecem ter um efeito maior sobre a mudança organizacional, porque a administração tem pouco controle sobre elas; são numerosas. A organização depende e precisa interagir com seu ambiente externo para que possa sobreviver, pois busca seus recursos financeiros, físicos e humanos no ambiente externo, onde também estão os clientes para os seus produtos e serviços.

As forças internas resultam de fatores tais como objetivos da organização, políticas gerenciais, tecnologias e atitudes dos empregados que podem conduzir desde a reorganização da estrutura organizacional, como mudanças no *layout* de trabalho e procedimentos, como também mudanças nas políticas e práticas de administração.

Todas as organizações, sejam elas voltadas para o lucro ou sem fins lucrativos, viram-se inseridas neste ambiente de rápidas mudanças; as forças externas exerceram mais influência nas mudanças em alguns setores, principalmente no setor de prestação de serviços essenciais ao público.

Os estudos realizados na área de Administração Estratégica indicaram que as transformações nas organizações foram profundas, em função da modernização dos processos, descentralização do poder de decisão e a implantação de arquiteturas organizacionais avançadas. Conseqüentemente os modelos de gestão implantados privilegiam as competências organizacionais e individuais, visando não só a geração de conhecimentos - domínio de um conjunto de fatos e dados requeridos para realizar um trabalho - como também a retenção de seus talentos para melhorar a performance empresarial, mas principalmente aumentar a margem de lucro aos acionistas da empresa.

A identificação do conhecimento empresarial é fundamental para a sobrevivência das organizações, sejam os conhecimentos internos ou externos a ela. Segundo Probst (2002, p.33), identificar o conhecimento externo significa analisar e descrever o ambiente de conhecimento da empresa. Hoje em dia, um número surpreendentemente grande de empresas acha difícil definir um quadro geral de habilidades, informações e dados internos e externos. Essa falta de transparência leva à ineficiência, a decisões desinformadas e à duplicação. A gestão eficaz do conhecimento deve, portanto, assegurar transparência interna e externa suficiente e ajudar os profissionais individualmente a identificarem quais competências individuais são requeridas pela organização ou por eles próprios, para alcançarem o desenvolvimento profissional que lhes é requerido pela organização ou pelo mercado de trabalho.

Para que isso possa acontecer, se faz mister nas organizações a identificação das competências organizacionais e individuais para que o seu alinhamento possa corroborar com o atingimento das metas e dos resultados

almejados e determinados no planejamento estratégico, pois é por intermédio dessas orientações que o conhecimento individual dos colaboradores será mais um dos fatores que agregam valor à organização.

A necessidade de identificar as competências é válida para todas as organizações atuais que estejam interessadas em trabalhar com gestão do conhecimento, dentre elas, as organizações do setor hospitalar nacional também tem sido fortemente afetadas. Como negócio, o setor saúde é uma atividade complexa. A indústria de cuidados da saúde tem, em escala mundial, os mais altos valores em ativos intangíveis, quando comparados com o de mercado dos principais segmentos (SVEIBY, 1995, p.1).

Em todo o mundo, estão sendo realizados esforços, no sentido de reformular o setor saúde, o que implica em inovações e transformações organizacionais e na busca de mecanismos de financiamento. A situação das organizações hospitalares no Brasil é vista como mórbida e preocupante (LOPES et al., 2004). A sociedade e as organizações buscam compreender os desafios colocados, para encontrar alternativas que permitam superar a crise. Aqui também ocorrem intensos conflitos de interesse. O ambiente é de competição, os gestores hospitalares buscam estratégias que definam racionalmente a missão de cada hospital como atividade coordenada de cuidados à saúde, com atuação proativa voltada para o ambiente e para os clientes (RIVERA, 1997, p.74).

O hospital, como organização, tem exercido impactos profundos na assistência médica por vezes maiores que o avanço da Medicina, segundo Drucker (2003, p.41), porque a Administração permite integrar competências e produzir resultados potencializados para alguns ramos do conhecimento.

As organizações hospitalares vêm sendo impactadas pelas circunstâncias ambientais da sociedade do conhecimento. Novos perfis profissionais vêm sendo demandados, com competências que dêem conta dos requisitos impostos pela nova realidade. Os gestores se defrontam com sempre maiores demandas por oferecer

condições de aprendizagem aos profissionais que compõem suas equipes e, ao mesmo tempo, são desafiados a adotar modelos de gestão capazes de melhor qualificar a trajetória de suas organizações, ora colocadas diante de desafios à sobrevivência (LUSSARI et al., 2003, p.15-25).

Questões preocupantes também são colocadas por Malik et al. (2001, p.51-59). Vêem como pouco usual a prática de trabalhar com indicadores em hospitais. Existe dificuldade de mudar comportamentos e uma auto-imagem que estabelece a premissa de que seus trabalhadores fazem sempre o melhor que pode ser feito. Há forte corporativismo. A enfermagem e os médicos usualmente desenham seus modelos particulares de gestão e de avaliação. Não se preocupam com os custos da gestão pela qualidade ou os custos das atividades hospitalares. Há falta de formação do pessoal para aceitar modelo de gestão para a qualidade e falta de interesse verdadeiro para isso, tanto da parte de administradores quanto de médicos. A opção só se faz a partir de imposição.

Lopes et al. (2004, p.62-75) propõem que os gestores das instituições de saúde, por causa do elevado número de demissões, da alta rotatividade, e da insatisfação dos empregados, precisam repensar a gestão dos recursos humanos de forma crítica, inclusive deixando de apenas planejar, decidir e controlar, passando a propiciar elevados padrões de formação continuada e a desenvolver o espírito empreendedor.

A adoção de um novo modelo de gestão pelas organizações hospitalares é uma realidade do mundo globalizado, desta forma o cenário brasileiro não é diferenciado, esta busca por novos modelos por meio dessas organizações não é voluntária e sim necessária e definida pelo Governo Federal, quando da implantação do Modelo Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Com o posicionamento do Governo Brasileiro, expresso pelo representante do Ministério da Saúde, quando da implantação do Programa Nacional de Acreditação Hospitalar, cujo processo, conforme aprovado e implantado pelo Ministro da Saúde,¹

¹ Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

se propõe a participação voluntária das instituições envolvidas com a saúde, estimulando-as a um comportamento saudável de procura da melhoria contínua da qualidade, criando positivamente a integração com a sociedade civil. Tal iniciativa deverá seguir critérios básicos comuns, para que no futuro, os usuários possam ter confiança que receberão tratamentos semelhantes quando internados em hospitais acreditados, independente do local que sejam atendidos.

Segundo o descrito no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, entende-se "Acreditação": como um método de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde, que deve ser entendida em duas grandes dimensões. A primeira, como um processo educacional, que introduz nas instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde a cultura da Qualidade, e que permite a implementação da gestão da qualidade, fundamental para o desenvolvimento institucional; a segunda dimensão, como um processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de assistência à saúde, que analisa e atesta o grau de qualidade alcançado pela Instituição, a partir de padrões de qualidade previamente definidos. É um método de estímulo, avaliação e certificação externa da qualidade de serviços de saúde, que deve ser entendida em duas grandes dimensões.

Como histórico desse processo tem-se:

- a) em 1996, após algumas iniciativas regionais, o Ministério da Saúde teve o Projeto de Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde reconhecido pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), como um projeto estratégico com prioridade para o biênio 1997/1998;
- b) em meados de 1997, o Ministério da Saúde encaminhou tal projeto ao Reforsus/Banco Mundial, passando a identificá-lo como Projeto de Acreditação Hospitalar;
- c) a partir de quatro iniciativas em Acreditação no país, desenvolvidas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná e Rio Grande do Sul, o

Ministério da Saúde procurou uma parceria com estes diferentes grupos, com o objetivo de consolidar as distintas experiências em uma metodologia única, de consenso, para o início da implementação de um programa nacional de Acreditação Hospitalar;

- d) a escolha de uma metodologia única, para os primeiros momentos de implementação da Acreditação no país, é uma forma de se procurar a agregação de todos ao processo, para se construir juntos, uma metodologia de consenso, ao nível nacional, que consiga ter padrões possíveis de serem aplicados em todo o país, aproveitando a experiência desenvolvida pelos quatro Estados, sem distinção individual a um ou outro, possibilitando ainda, o maior comprometimento de todos ao processo. Deve-se também a maior possibilidade de acompanhamento do desenvolvimento de todo o processo de implementação;
- e) o projeto foi coordenado pelo Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS) do Ministério da Saúde e teve como base o Manual de Acreditação elaborado na Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Sob consultoria do autor do Manual foi constituído um grupo de trabalho composto por profissionais oriundos do PGAQS/MS, das instituições que já trabalhavam com programas de Acreditação ou de qualidade em serviços de saúde nos estados citados anteriormente, e das Secretarias de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para buscar o estabelecimento do consenso de opiniões para alcançar padrões de avaliação comuns aplicáveis em todo o país;
- f) após o desenvolvimento de uma versão preliminar do Manual de Acreditação Hospitalar, adaptado à realidade hospitalar brasileira, foram realizados testes de viabilidade do instrumento de Acreditação

em 17 hospitais de diferentes portes em todas as regiões do país, por especialistas estaduais de Acreditação. Foram então examinados os relatórios dos testes realizados e consolidadas as críticas numa nova versão, que foi aprovada como o instrumento básico de avaliação para Acreditação de hospitais;

- g) posteriormente, foram definidas propostas para um Sistema Nacional de Acreditação a ser coordenado por uma organização de direito privado e as normas básicas do processo de Acreditação (credenciamento de instituições acreditadoras, qualificação e capacitação de avaliadores e código de ética);
- h) a metodologia utiliza como instrumento de Acreditação, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que possibilita a verificação e a avaliação de todos os serviços de um hospital geral, para os quais foram definidos padrões, com os respectivos itens de verificação de atendimento dos mesmos. Os padrões foram elaborados com base na existência de três níveis, do mais simples ao mais complexo, sendo que cada padrão deve ser plenamente atendido para ser considerado como satisfatório.
- i) a lógica orientadora para a definição dos níveis tem toda uma coerência global e longitudinal para todo o instrumento, permitindo a consistência sistêmica quanto aos serviços e produtos assistenciais. Também na lógica de Acreditação, não se avalia um setor ou departamento isoladamente; somente se acredita um hospital se todos os serviços atingirem qualquer um dos níveis de qualidade. O propósito deste enfoque é reforçar o fato de que as estruturas e processos do hospital são de tal maneira interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final.

Dentro do cenário atual do setor saúde, encontram-se algumas constatações sobre os modelos de gestão em organizações hospitalares. Nesse sentido, o médico Oliveira (2002), faz duras críticas ao modelo de gestão adotado pela maioria das empresas de saúde no Brasil, tanto do setor público como do privado. Ainda é uma realidade nesse setor encontrarmos hospitais privados com fins lucrativos geralmente administrados por elementos da própria família, sem formação na área, comenta o mesmo médico (OLIVEIRA, 2002).

Por não terem gestores com conhecimento suficiente de administração, são ambientes propícios para funcionários corruptos que recebem propina de fornecedores, forjam as tomadas de preços para apresentar à diretoria, desviam materiais médico-hospitalares, entre outros.

Documenta o médico Oliveira (2002) revelando ainda que boa parte dos hospitais e clínicas enfrentam um agravante sério.

As retiradas de dinheiro no caixa não têm controle e não constam nos livros contábeis da empresa. Os impostos, fornecedores e salários são pagos de acordo com a vontade dos sócios gerentes, pois principalmente nas cidades do interior, a impunidade no tocante a este tipo de procedimento é comum. Como é difícil ser decretada a falência de um hospital, por se tratar de atividade social importante à população, os desmandos se acumulam.

Essas informações do ambiente das organizações hospitalares reforçam o desafio da gestão dessas organizações, qualquer que seja a formação educacional desses gestores, o importante é que eles possuam o conhecimento para gerirem suas organizações e a aplicação dos mesmos vem na busca da identificação das competências que esses gestores do setor saúde necessitam nesta mudança de paradigma que vem vivenciando, onde o paciente passou a ser visto, e a se ver, como cliente e para isso as organizações necessitam buscar as melhores práticas de gestão existentes para suas organizações.

Para tanto, torna-se necessária uma investigação que abordou o seguinte problema: Como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz?

A referida investigação passa ser o foco desse estudo científico, onde se pretendeu verificar a dependência das competências individuais requeridas em função da implantação de uma mudança no modelo de gestão da organização onde esses gestores atuavam.

Para a realização deste estudo estão definidos na próxima sessão, o objetivo geral da pesquisa e seus objetivos específicos.

1.2 OBJETIVOS DE PESQUISA

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar objeto desse estudo.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) identificar as características do modelo de gestão da organização hospitalar estudada anterior à mudança organizacional;
- b) identificar as características do novo modelo de gestão em implantação na organização hospitalar estudada;
- c) identificar as competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar estudada após a mudança organizacional;
- d) avaliar os impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais dos gestores da organização hospitalar estudada.

1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

A justificativa teórica deste estudo se expressa na falta de estudos que procuram inter-relacionar a influência das mudanças organizacionais, principalmente quando são no modelo de gestão da organização, nas competências

individuais requeridas de seus gestores e evidenciar se os modelos de gestão são geradores de competência para as organizações. Contribuindo para a disseminação acadêmica da importância do tema gestão de competências, tanto para as organizações como para as pessoas que as compõem. A partir do aumento da frequência de ocorrência de mudanças no mundo, em função de fenômenos como o da globalização, as organizações passaram a reavaliar sua forma de administrar os recursos disponíveis para seu processo produtivo.

Segundo Pereira (1995):

Finalmente, uma questão que tem angustiado o meio empresarial e acadêmico: o mundo não está apenas mudando (como sempre ocorreu desde a pré-história): a velocidade das mudanças é o fator mais importante neste final de século. Assim, as pessoas, as organizações e até os países estão sendo afetados de forma diferenciada, mas os efeitos são desestruturadores para todos; é preciso se antecipar ou, pelo menos, reagir e se adaptar ao "novo mundo". Portanto, no caso das organizações, todas as regras, práticas e modelos que as orientavam até os anos 80 passam a se tornar instrumentos obsoletos e arcaicos, que já não permitem a sobrevivência das mesmas na economia competitiva e globalizada dos anos 90. Mais uma vez, portanto, é oportuno repensar os modelos de gestão e avaliar a sua aplicabilidade no contexto ambiental de cada organização.

Dentro deste enfoque, quando as organizações começaram a perceber que eram influenciadas pelo meio externo e do mesmo modo eram influenciadores desse, as empresas passaram a ser enfocadas como um sistema aberto, fato este que desencadeou inúmeras mudanças no foco principal das organizações, deslocando-o pelas eras empresariais da produção em massa, da eficiência, da qualidade, da competitividade e no início deste século como vem sendo denominada: era do conhecimento.

Como abordado por Pereira e Santos (2001), mudanças podem ocorrer em vários níveis de intensidade, trata-se de um *continuum*, desde mudanças sutis até radicais. Salientam os autores ainda, que somente mudanças cuja intensidade permita a sua identificação poderão caracterizar os estados consecutivos pelos quais o sistema organizacional evolui, permitindo a utilização de indicadores, convencionais ou não, para atestar tal evolução. E então concluem: de qualquer modo, trata-se de mudanças organizacionais condicionadas por mudanças ambientais.

Observa-se na literatura uma incessante busca na identificação das competências organizacionais, visando torná-las uma vantagem competitiva. "Gerentes e acadêmicos costumam alegar que os recursos internos baseados no conhecimento, ou competências, podem ser as fontes mais importantes de vantagem competitiva". (BARNEY et. al, 1995).

Comentam ainda King, Fowler e Zeitham (2002), que em geral, as empresas que investem tempo e esforços na avaliação de suas competências terão à sua disposição informações valiosas para apoiar as tomadas de decisão estratégicas.

Como justificativa prática, o desenvolvimento desse estudo em uma organização hospitalar baseia-se primeiramente no posicionamento do Governo Brasileiro, pela implantação do Programa Nacional de Acreditação Hospitalar. O qual busca a profissionalização dos gestores destas organizações, implicando numa abertura para a o aprofundamento de pesquisas, estudos e aplicações da administração, disponibilizando ao setor saúde a possibilidade de conhecer e utilizar-se do estado da arte das questões da ciência da administração.

Torna-se um grande desafio pesquisar um setor do qual a humanidade é dependente e traz à ciência da administração a oportunidade de ser co-autora da melhoria contínua destas organizações pela disponibilização de seus conhecimentos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Para dar fundamentação a essa pesquisa foram usadas como referencial teórico básico a literatura, pesquisa e estudos sobre mudança organizacional, modelos de gestão, gestão do conhecimento, gestão de competências, capital intelectual, processos e práticas de gestão em organizações de saúde.

2.1 A MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Segundo Motta, (1995, p.105): "A mudança organizacional pode ser entendida como um conjunto de alterações na situação ou no ambiente de trabalho como ambiente técnico, social e cultural."

Segundo Terra (2001) é amplamente aceito o fato do modelo estritamente burocrático de organização estar se tornando cada vez mais inadequado para enfrentar os desafios atuais impostos às empresas. As empresas burocráticas são encontradas em geral em ambientes relativamente estáveis enquanto aquelas que estão rompendo com esse paradigma são encontradas nos setores mais dinâmicos e mais intensivos em conhecimento.

As burocracias ainda são a forma predominante de organização na maior parte das regiões e países do mundo, embora com a crescente importância da gestão do recurso conhecimento, está se modificando essa situação rapidamente. Sendo assim, quando analisados os princípios burocráticos, percebe-se que esses já não atendem às necessidades de empresas atuantes em setores altamente competitivos e com elevadas taxas de inovação.

Percebe-se a mudança de foco e de atitude das organizações, como demonstrado no quadro 1, quando essas começam a abandonar os princípios burocráticos e passam a aplicar os novos princípios de gestão.

QUADRO 1 - PRINCÍPIOS BUROCRÁTICO X NOVOS PRINCÍPIOS

PRINCÍPIO BUROCRÁTICO	NOVO PRINCÍPIO
1. Cadeia Hierárquica de Comando	Visões e valores; equipes autônomas; coordenação lateral; redes informais
2. Organização por Funções Especialistas	Especialistas com múltiplas habilidades; organizações empreendedoras dirigidas ao mercado.
3. Regras Uniformes	Direitos garantidos; instituição da liberdade e do sentido de comunidade.
4. Procedimentos Uniformes	Autonomia e autogestão; força do mercado e os princípios éticos da comunidade.
5. Carreira Vertical	Carreiras baseadas no crescimento da competência; crescimento do pagamento por competência e habilidades.
6. Relações Impessoais	Relacionamentos mais amplos; opções e alternativas; direcionamento para resultados.
7. Coordenação Superior	Equipes autogeridas; comunicação lateral; colaboração.

FONTE: Elaborado pela autora

Os resultados da produção enxuta em termos de custos, produtividade e qualidade se devem em boa medida à estratégia de aprendizado organizacional utilizada pela empresas japonesas: trabalho em equipe, eficiente fluxo de informação em todos os sentidos e desenvolvimento de multi-habilidades por parte dos trabalhadores.

Reconhecendo que a burocracia não gera criatividade, mas é adequada para a acumulação de conhecimento e que a organização com o uso de força-tarefa, embora propicie a geração de conhecimento, não facilita a transferência deste para a organização, várias empresas têm trabalhado em soluções similares que combinam esses dois tipos de estrutura, as quais seguem de certa forma a tradição do modelo japonês.

São crescentes as especulações sobre a configuração das organizações do futuro, configurações essas chamadas de estruturas organizacionais que procuram romper com a tradição hierárquico-burocrática. Em geral, essas novas formas se apoiam no trabalho em equipe, pois a importância de equipes de alto desempenho é inegável para o resultado de qualquer empresa, ainda mais se levada em consideração a necessidade crescente de gerar novos conhecimentos e inovar rapidamente. O trabalho em equipe é onde a organização proporciona a geração e transmissão de conhecimento entre os componentes da equipe.

Como resultante do trabalho em equipe essas novas formas procuram romper com a idéia de uma pessoa – um chefe, onde o conhecimento é o principal ativo e não o poder formal da hierarquia. A liderança situacional ocorre em decorrência de a liderança estar alicerçada no conhecimento necessário para exercer a liderança da equipe em determinado projeto e/ou situação, dessa forma é entendida como a mudança de liderança em qualquer momento pela ocorrência de fatos que requeiram o conhecimento de qualquer componente da equipe que não seja necessariamente o líder formal. Com a valorização do conhecimento da equipe, aumenta a geração e transmissão de conhecimento entre seus componentes, o que produz como resultado um aumento no número de funções que a equipe tem conhecimento e gera profissionais multifuncionais ou multifacetados.

Outra prática de gestão em que se apoiam as novas formas de estruturas organizacionais é a do *empowerment*. Onde a delegação de autoridade é trazida para o ponto de contato com os clientes, onde a tomada de decisão acontece o mais próximo possível do fato gerador da decisão, sendo o cliente o principal foco da organização. Essa prática tem levado as organizações a se horizontalizarem, ocorrendo a tomada de decisão no nível mínimo necessário para atender às necessidades dos clientes, sendo assim não há necessidade de uma estrutura organizacional verticalizada, o número de níveis hierárquicos existentes passa a ser representado somente pelo número de níveis necessários ao processo decisório, quanto mais próxima a tomada de decisão do cliente menor a quantidade de níveis hierárquicos necessários ao processo decisório.

Essas práticas da horizontalização organizacional e da multifuncionalidade dos profissionais da organização têm como consequência natural as equipes com alta gama de responsabilidades.

Para que seja ágil e efetiva a atuação dos profissionais que têm contato direto como o cliente são necessários treinamento adequado e nível elevado de informações. Essas também são consequências naturais da horizontalização organizacional, pois o processo decisório passa a estar mais perto do cliente.

Essas novas estruturas das organizações que têm sua estratégia focada no cliente, o que naturalmente interliga a avaliação dos resultados e do desempenho à satisfação do cliente, portanto os objetivos de desempenho passam a estar ligado a cada processo-chave e diretamente com a satisfação dos clientes

Para o processo de avaliação de desempenho nas organizações que estão focadas em processos, no resultado e na satisfação do cliente é fundamental que seus profissionais sejam avaliados pela cadeia de valor de cada processo. Para isso, o instrumento de avaliação disponível e que melhor está adequado é a avaliação 360 graus.

Este tipo de proposta remonta aos anos 50, com o desenvolvimento da Escola Sociotécnica pelo *Tavistok Institute* na Inglaterra, essas estruturas representam uma ruptura muito grande com a maneira como as empresa são normalmente organizadas. Exigindo um desafio, esforço e comprometimento para a mudança, muito mais elevados do que as alternativas anteriores.

De acordo com Terra (2001) é de extrema importância e relevância no processo de transformação organizacional que se trate com muita clareza a passagem das estruturas tradicionais para estruturas inovativas. Dois caminhos são apontados para que essa transformação seja realizada: o primeiro de uma transição sobreposta que necessita de um acompanhamento criterioso, pois permite o alongamento do tempo da transformação e o segundo propicia uma ruptura imediata de um modelo para outro, necessitando uma forte interação, disposição e envolvimento da alta administração para que se efetive a transformação da organização.

O conhecimento e a capacidade de realizar são os determinantes fundamentais da valorização dos indivíduos nas organizações e isso representa uma mudança significativa com relação às estruturas e práticas vigentes, na maior parte das empresas organizadas segundo a tradição hierárquico-burocrática.

Os desafios à superação desse modelo ainda permanecem em larga escala, ficando ainda mais evidentes quando verificamos a enorme influência que

os modelos mecanicistas baseados nas proposições de Weber, Taylor e Ford ainda exercem, tanto na academia como nas organizações.

Portanto, o processo de transformação organizacional da maior parte das empresas passa pela necessidade de ruptura com o passado, por isso é cada vez mais premente que se dê importância aos desenhos dos processos organizacionais, à definição dos estilos organizacionais e à orientação estratégica e de desenvolvimento de uma visão estratégica e cultura aglutinadora.

Dessa preocupação constante com as mudanças e adequações depende a sobrevivência e a evolução constante das organizações e de suas comunidades entorno.

Acredita Souza (2001, p.22), que: "o que precisamos realmente é de um método sistemático e disciplinado para gerenciar a mudança organizacional, reduzindo custos e maximizando resultados". Conforme a autora é necessária a existência de alguns requisitos e condições e principalmente a ocorrência de três fatores para que a mudança organizacional aconteça:

1. **causa**: existe real necessidade da mudança;
2. **solução**: há uma alternativa coerente;
3. **implementação**: condução do projeto de mudança.

Mesmo que os dois primeiros fatores ocorram, o terceiro deles é onde normalmente muitos projetos de mudança fracassam, isso segundo a consultora se dá por falta de uma metodologia adequada de implementação, não são atingidos os resultados desejados. Ela ainda recomenda algumas fases fundamentais para o sucesso do processo de mudança: (1) diagnóstico claro da situação; (2) alinhamento dos objetivos; (3) fixar estratégias; (4) fortalecimento da cultura organizacional; (5) comprometimento das pessoas com os objetivos e estratégias; (6) identificar atividades; (7) identificar recursos; (8) treinamento adequado das pessoas; (9) estabelecer tempo para cada atividade; (10) rever tudo.

Os aspectos culturais e humanos são a chave para o sucesso, se gerenciados eficazmente em todas as fases e o mais importante de tudo, o desafio

do processo de mudança organizacional está em conseguir integrar a abordagem técnica da implementação com o desenvolvimento das competências humanas.

Conclui a autora, (2001, p.23): "No mundo organizacional, a sobrevivência das empresas está intimamente relacionada com seu processo de mudança". Esse processo de mudança tem como consequência a alteração no modelo de gestão das organizações, tema que passamos a tratar na próxima subseção.

2.2 OS MODELOS DE GESTÃO

Segundo Stoner, (1985, p.11): "Essencialmente, um modelo é uma simplificação da realidade, usada para transmitir relações complexas em termos fáceis de ser entendido."

Para Pereira (1996, p.9), no modelo de pesquisa – quadro teórico referencial de suporte apresentado na figura 2, os modelos de gestão classificados como tradicionais pelo autor são: Administração Científica, Administração das Relações Humanas, Administração Burocrática e estão enquadrados na primeira e segunda onda de transformação do cenário ambiental, respectivamente na revolução agrícola e na industrial. Portanto, os modelos de gestão tradicionais estão enquadrados no cenário ambiental, ainda segundo Pereira (1995), na era de produção em massa e na era da eficiência que são as primeiras eras empresariais e estão correlacionadas no tempo com os modelos de gestão e as ondas de transformação.

Nesse mesmo quadro teórico, a Administração Japonesa, a Administração Participativa e a Administração Empreendedora são classificadas pelo mesmo autor como modelos de gestão presentes (em prática atual) e estão quanto ao cenário ambiental inseridos na terceira onda de transformação denominada Revolução da Informação e nas duas últimas eras empresariais: a da Qualidade e a da Competitividade.

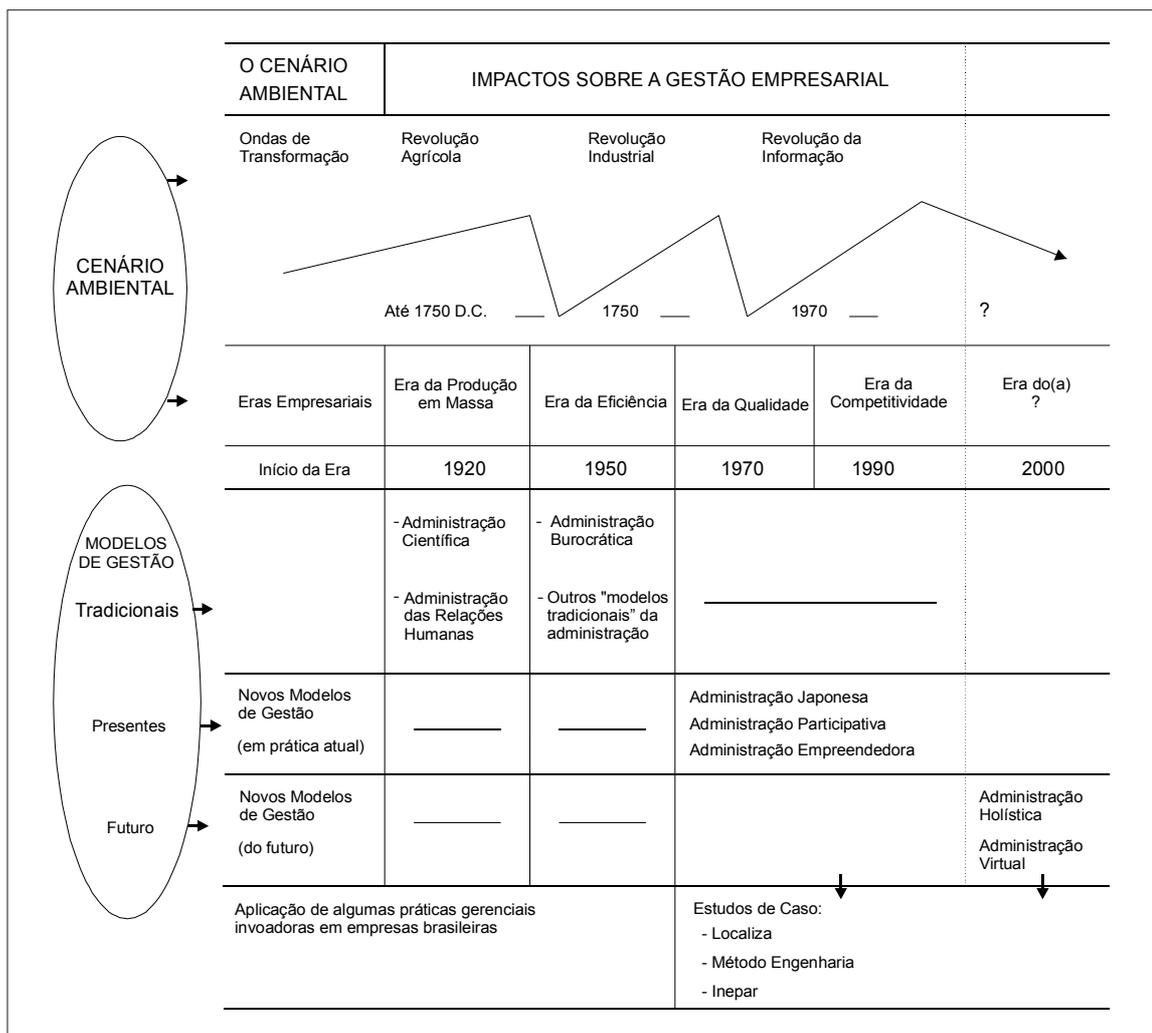


FIGURA 2 - O MODELO DE PESQUISA: QUADRO TEÓRICO REFERENCIAL DE SUPORTE
 FONTE: Pereira (1995, p.9)

Os modelos de gestão denominados pelo autor - no ano de sua pesquisa - como modelos de gestão futuros, passaram na atualidade a serem denominados de modelos de gestão emergentes. A Administração Holística e a Administração Virtual, na época do referido estudo de Pereira (1995), não foram classificados quanto ao cenário ambiental. Para Pereira (1995), as novas abordagens de Administração foram analisadas a partir dos seguintes aspectos:

- origem e evolução histórica (exceto as duas últimas abordagens, tendo em vista que são abordagens futuristas da Administração);
- filosofia central da abordagem;

- principais práticas gerenciais: Processo decisório; postura gerencial; estrutura organizacional; controles; sistemas de incentivos; técnicas e instrumentos gerenciais;
- aspectos críticos na aplicabilidade do modelo.

Essas abordagens podem ser entendidas como escolas de estudiosos e práticos da Administração que aspiraram ou ainda aspiram à condição de paradigma.

Kuhn (1991) citado por Pereira, algumas ciências cujo processo de formação são recentes ainda não possuem paradigmas definidos. Assumiu-se como pressuposto da pesquisa realizada por Pereira (1995) que a Administração é uma ciência quase normal que está na fase pré-paradigmática, onde as várias abordagens se sucedem e sistematizam novas práticas gerenciais observadas na gestão das organizações. Por conseguinte, suas estruturas conceituais e teóricas não possuem a consistência de um paradigma típico das ciências normais.

Este é o sentido do termo "modelo de gestão": é um conjunto de conceitos e práticas que, orientadas por uma filosofia central, permitem a uma organização operacionalizar todas as suas atividades, seja no seu âmbito interno como externo. A expressão não tem sentido rigoroso e pode ser substituída por "abordagem" ou "estilo" de gestão ou de administração, conforme adotado por Pereira (1995, p.4) em seu estudo.

No ano em que o referido estudo foi realizado, as três primeiras abordagens foram consideradas como práticas conhecidas e difundidas amplamente, tanto em organizações internacionais como brasileiras. As duas últimas abordagens foram consideradas ainda em suas fases embrionárias de filosofia, como uma nova linha de pensamento administrativo, com poucas práticas que pudessem assegurar a generalização de tais abordagens. Portanto, concluiu o autor como podendo ser considerados os "modelos de administração do futuro".

Hoje, o estudo completa uma década e os "modelos de administração do futuro" são considerados como "modelos de administração emergente".

Segundo Pereira, M. I. (2001):

Assim, tratando-se, de modelo (grifo da autora), de uma descrição abrangente, que procure refletir toda a realidade organizacional, espera-se que todos os elementos básicos constituintes de uma organização qualquer – tarefas, estruturas, pessoas e tecnologia – sejam contemplados. Contudo, percebe-se inútil a reunião de pessoas, aparelhadas para realizar as tarefas para as quais foram designadas e organizadas segundo determinada estrutura, caso não haja a definição dos resultados que se deseja atingir. (p.39).

Para tanto é fundamental às organizações que definam com clareza sua estratégia e que apliquem ferramentas como o planejamento estratégico entre outros. Entenda-se estratégia, para fins desse estudo, o conceito utilizado pela escola de configuração onde a formação de estratégia é entendida como um processo de transformação e segundo Mintzberg (2000, p.239): estratégia é a direção para qual uma organização está voltada.

Conforme cita Pereira (2001, p.48), nesse caso, a mudança no modelo de gestão pode ser caracterizada por meio da identificação das mudanças ocorridas no estado do grupo de aspectos escolhido. E a autora ainda complementa que:

Desse modo, a mudança no modelo de gestão das organizações poderá ser caracterizada por meio da identificação das mudanças ocorridas no estado dos diversos elementos constituintes que caracterizam qualquer organização. (p. 48), bem como (grifo nosso), [...] rupturas podem ser provocadas em uma organização, por meio de uma reestruturação, ou pela substituição de pessoas em posições-chave, ou pelo investimento maciço em treinamento e desenvolvimento, ou pelo redesenho das tarefas e processos.(p.48)

Os novos modelos de gestão sejam eles os atuais ou emergentes quando implantados privilegiam as competências organizacionais e individuais – tema este que está sendo tratado na subseção gestão de competências – visando a geração de conhecimentos, a retenção de seus talentos, melhoria da qualidade de produtos e serviços oferecidos aos clientes para melhorar a performance empresarial e aumentar o nível de competitividade das organizações dentro dos setores que atuam. Conseqüentemente, propiciam o aumento do percentual de lucro distribuído aos acionistas da empresa, tornando-se assim um círculo virtuoso dentro das organizações.

Como citado no parágrafo anterior, a geração de conhecimento dentro das organizações é fundamental para uma implantação bem sucedida dos novos modelos de gestão (atuais ou emergentes) e para fins desse estudo é fundamental tratar-se desse conceito, o que foi feito dentro da subseção gestão do conhecimento, a seguir.

2.3 GESTÃO DO CONHECIMENTO

Segundo Oliveira Jr. (2000), é necessário aprofundar a abordagem teórica sobre a visão da empresa baseada em recursos, sobre a compreensão do conhecimento como recurso estratégico e o relacionamento entre estes dois temas com o conceito de competências essenciais. Esta relação entre o conhecimento da empresa e suas competências essenciais é explicada mostrando o conhecimento como um recurso que contribui para o desenvolvimento de competências.

Para Oliveira Jr. (2000), além da abordagem da análise da indústria, mais freqüentemente utilizada, no desenvolvimento de uma estratégia competitiva (PORTER, 1980), são necessárias novas abordagens para superar o hiato – da análise interna das empresas – nos estudos de administração, especificamente no tocante à administração estratégica. O autor comenta também a importância do trabalho de Penrose (1959) que compreende empresas como um conjunto de recursos, discussão esta enraizada no trabalho de Wernerfelt (1984), o qual define recursos como algo que pode ser pensado como um ponto forte ou fraco da firma, ou como aqueles ativos (tangíveis ou intangíveis) que estão associados de forma semipermanente à empresa. Exemplos: nome da marca, conhecimento tecnológico desenvolvido na empresa, emprego de pessoal qualificado, contratos de negócios, maquinário, procedimentos eficientes, capital etc.

Esta proposta de Wernerfelt (1984) constitui um divisor de águas à medida que apresenta uma forma de utilizar recursos como a principal fonte de vantagem competitiva da empresa, por meio do desenvolvimento do que o autor denomina "posição em recursos" e compreende esta como a possibilidade de

aplicar recursos para desenvolver uma posição competitiva mais difícil de ser alcançada por outros.

Desta forma, tanto Wernerfelt (1984), Barney (1991), Dierickx e Cool (1989) como Peteraf (1993) definem a necessidade de um recurso que seja difícil de imitar, transferir, comprar, vender ou substituir e possua uma integração sistêmica com outros recursos da empresa e, portanto a principal contribuição da visão da empresa baseada em recursos para o desenvolvimento e sustentação de uma vantagem competitiva.

De uma forma mais abrangente, Schoemaker e Amit (1997) apresentam algumas características distintivas dos ativos estratégicos como a dificuldade para negociar ou imitar os conhecimentos da organização. Esses são os conhecimentos (recursos) que a organização não codifica, sendo assim passa a ser um ativo estratégico, pois somente aquela organização é que dispõe do conhecimento como recurso estratégico. Como o conhecimento não pode ser codificado conseqüentemente não pode ser imitado por organizações do mesmo setor ou congêneres e nem negociado pela organização que o possua.

Outras dessas características são a escassez, durabilidade e dificuldade, a relação de complementaridade com outro: isso ocorre quando o valor de um ativo cresce à medida que cresce o valor de outros ativos, eles são complementares, não são tratados de forma separada. Cada um depende do crescimento do valor do outro ativo para que realmente agregue valor à cadeia produtiva da organização; além do conhecimento não poder ser imitado e nem negociado, também pela especialização ele passa a ser também difícil de transferir, conseqüentemente esse conhecimento se torna um ativo estratégico e, portanto visto pela organização como vantagem competitiva, como a especialização para a empresa.

O alinhamento com os futuros fatores estratégicos da indústria: enquanto esse conhecimento (recurso) permanecer alinhado com o planejamento de longo prazo da organização, permanecerá como ativo estratégico e agregando valor à cadeia produtiva da organização.

A criação de valor para os *shareholders* da empresa é outra característica, onde o fato desse ativo (conhecimento) ser complementar com outro ativo e portanto ser reconhecido como ativo estratégico da organização, sendo fundamental que esse conhecimento (recurso) seja apropriável. Conseqüentemente, esse ativo agrega valor à cadeia produtiva da organização, passa a ser fonte de lucro para a organização e cria valor para os acionistas da empresa.

Quando se entende a empresa como um conjunto de recursos, isto aos estudiosos e aos praticantes de administração a possibilidade de efetivamente identificar e desenvolver os recursos que serão significativos para o desempenho superior da empresa, colocando na execução dessas tarefas um papel proativo. O maior desafio está quando temos que relacionar "quais" são os recursos estratégicos e "como" desenvolvê-los. Este tópico está sendo tratado na próxima subseção que é Gestão de Competências,

Mais recentemente, alguns pesquisadores estiveram trabalhando para o aprofundamento de outra abordagem, baseada no conhecimento, ou seja a empresa como agente de criação e transferência de conhecimento. Surgida nos anos 90, como resultado da confluência de interesses de diversas áreas de pesquisa e está ainda definindo seus parâmetros e conceitos fundadores.

A teoria em aprendizagem organizacional dá considerável atenção ao "como" as organizações aprendem, mas muito menos para o fato de que as organizações "já sabem" bastante (KOGUT e ZANDER, 1992). Apesar disso, a compreensão de aprendizagem como o processo que muda o estado do conhecimento de um indivíduo ou organização (SANCHEZ e HEENE, 1997) torna ambas as abordagens inseparáveis.

A distinção entre conhecimento tácito e explícito (POLANYI, 1996) dá substância para a formulação das implicações estratégicas desses tipos de conhecimento para o desempenho da empresa. Apesar de recente, essa abordagem teórica aprofunda, sob a ótica da administração estratégica, proposições e análises apresentadas por importantes pesquisadores sociais quanto ao papel cada vez mais

relevante que o conhecimento deve desempenhar nos próximos anos nas organizações e na sociedade em geral.

Para fins desse estudo entende-se o conhecimento como o principal ativo estratégico da organização. A função central da empresa é administrar esse ativo de forma a otimizar seu desempenho organizacional. Segundo a definição de Kogut e Zander (1993, p.27), as "empresas são meios eficientes pelos quais o conhecimento é criado e transferido". A empresa é entendida com um estoque de conhecimento que consiste basicamente em como a informação é codificada e disponibilizada para aplicação, assim como no conhecimento relacionado à coordenação das ações na organização.

Tal visão da empresa como agente de organização, criação e transformação do conhecimento aponta para a necessidade de uma teoria mais abrangente, que integre as abordagens do conhecimento individual e do conhecimento organizacional, sob uma perspectiva que possa ser útil para o desempenho superior da empresa.

Por um lado é importante identificar como o conhecimento individual pode ser transformado em uma propriedade coletiva da empresa e por outro, é central descobrir as formas pelas quais o conhecimento organizacional pode ser disseminado e aplicado por todos como uma ferramenta para o sucesso da empresa.

O conceito de conhecimento tanto quanto o conceito de competência não é consensual, Nonaka (1994, p.15) afirma que seguir a epistemologia tradicional para adotar uma definição de conhecimento como "uma crença justificadamente verdadeira"; já Grant (1996, p.15) afirma que se contenta em oferecer o reconhecimento de que existem vários tipos de conhecimento relevantes para a empresa.

Para Sanchez, Heene e Thomas (1996, p.9), a definição de conhecimento é entendida como "o conjunto de crenças mantidas por um indivíduo acerca de relações causais entre fenômenos".

Como componente do conhecimento tem-se o conhecimento organizacional que para Sanchez e Heene (1997, p.5) é definido como "o conjunto compartilhado de

crenças sobre relações causais mantidas por indivíduos dentro de um grupo". Essas definições, ainda segundo Sanchez e Heene têm três objetivos principais:

1. explicar que a relevância estratégica do conhecimento nunca é algo dado, absoluto ou determinístico, mas apenas existe na forma de crenças, baseadas em avaliações de possíveis relações causais entre fenômenos;
2. reconhecer que o conhecimento é originado e existe na mente de indivíduos, mas as organizações podem possuir conhecimento em várias formas que são compreendidas por mais de um indivíduo na organização; e
3. as conceituações buscam recolocar o conceito de conhecimento no nível dos processos mentais conscientes.

É importante esclarecer o conceito de conhecimento tácito, assim como o conceito de conhecimento explícito que segundo Nonaka (1994), referindo-se ao trabalho de Polanyi (1996), explica que a distinção primária se dá entre dois tipos de conhecimento – "conhecimento tácito" e "conhecimento explícito". O conhecimento explícito ou codificado refere-se ao conhecimento que é transmissível em linguagem formal, sistemática, enquanto o conhecimento tácito possui uma qualidade pessoal, o que o faz mais difícil de formalizar e comunicar.

Conforme proposto por Spender (1996), o conhecimento tácito no local de trabalho possui três componentes: o consciente, o automático e o coletivo. O consciente é o mais facilmente codificável, pois o indivíduo consegue entender e explicar o que está fazendo. O automático é aquele em que o indivíduo não tem consciência de que está aplicando e que é desempenhado de forma não consciente (*taken-for-granted knowledge*). O coletivo diz respeito ao conhecimento desenvolvido pelo indivíduo e compartilhado com outros, mas também ao conhecimento que é resultado da formação aprendida em um contexto social específico. Segundo a explicação de Spender (1996), o quadro 2 demonstra cada

um dos quatro tipos de conhecimento organizacional. Esse conhecimento pode proporcionar a base para uma teoria de vantagem competitiva.

QUADRO 2 - TIPOS DE CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL

CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL	INDIVIDUAL	SOCIAL
Explícito	Consciente	Objetivado
Implícito	Automático	Coletivo

FONTE: Spender (1996, p.64)

Já para Kogut e Zander (1992), o conhecimento da empresa é composto de duas partes:

1. Informação: "conhecimento que pode ser transmitido sem a perda de integridade, dado que as regras sintáticas requeridas para decifrá-lo são conhecidas. Informação inclui fatos, proposições axiomáticas e símbolos" (KOGUT e ZANDER, 1992, p.386).
2. *Know-how*: "a habilidade ou expertise acumulada que permite a alguém fazer algo de maneira fácil e eficiente" (von Hippel, 1998) e ressaltam que a palavra central na definição é acumulada, pois implica que o *know-how* deve ser aprendido e adquirido.

Segundo Grant (1996), *knowing how* se identifica com conhecimento tácito e *knowing about* com conhecimento explícito e afirma que a distinção crítica entre os dois tipos de conhecimento se dá pela relação entre a transferibilidade e os mecanismos para sua transferência.

As empresas possuem conhecimento disseminado e compartilhado por todos; entretanto, existem também diversos estoques ou conjuntos de conhecimento pertencentes a indivíduos, pequenos grupos ou áreas funcionais. As empresas buscam codificar e simplificar esse conhecimento de indivíduos e grupos para torná-lo acessível a toda a organização, a esse fato chamamos de transferência de conhecimento e de capacidade de absorção de conhecimento pela organização. A empresa faz isso por vários meios para facilitar a compreensão daquele conhecimento por um número maior de indivíduos na organização, desta forma incrementa apreensibilidade do conhecimento e portanto sua transferência entre grupos dentro da empresa e mesmo entre organizações (SANCHEZ e HEENE, 1997).

Nos esforços de agilizar a replicação do conhecimento atual e de novo conhecimento, surge um paradoxo central: a codificação e simplificação do conhecimento também induzem a maior facilidade de imitação (KOGUT e ZANDER, 1992).

A transferência do conhecimento é uma estratégia desejada e necessária para o desenvolvimento das empresas; no entanto, a facilidade de imitação por parte de competidores é algo a ser evitado, pois leva à corrosão da vantagem competitiva estabelecida pela empresa, através dos conhecimentos (recursos) estratégicos que possui, conforme explicado nessa subseção.

Vários autores como Winters (1987), Kogut e Zander (1993) e Grant (1996) apresentam dimensões, características e atributos para os conhecimentos no sentido de avaliá-los e escolhê-los como criadores de valor dentro da empresa. Cada uma das características mencionadas deve ser analisada para a definição da estratégia mais adequada para a empresa. Definições complementares que são centrais para determinar a importância estratégica do conhecimento nas empresas são:

- 1) criação de valor, significando a possibilidade do conhecimento específico constituir uma fonte de lucros para empresa;
- 2) transferibilidade, entendida como a probabilidade de uso do conhecimento na empresa, internamente ou em cooperação com outros parceiros; e
- 3) inimitabilidade, relacionada ao risco de competidores reproduzirem aquele tipo de conhecimento e sendo assim erodir a vantagem da empresa.

A gestão estratégica do conhecimento deve, portanto ter como principal insumo as características do conhecimento da empresa e a dinâmica da competição na organização analisada. Existem 3 pontos principais acerca da natureza intrínseca do conhecimento que são relevantes para a ação estratégica:

1. A definição de qual conhecimento realmente vale a pena ser desenvolvido pela empresa;
2. Como as empresas podem compartilhar o conhecimento – quando isso é possível – que irá sustentar sua vantagem;

3. As formas pelas quais o conhecimento que constitui a vantagem da empresa pode ser protegido.

Um conhecimento mais facilmente transferível pode ser a base para expansão de negócios, mas também de difusão involuntária do conhecimento. Quando a vantagem da empresa é sustentada em conhecimento explícito, então a estratégia da empresa deve reconhecer que tal conhecimento tende a ser profissionalmente acessível e móvel e o caminho para a retenção de controle sobre esse conhecimento pode estar no estabelecimento de patentes, contratos, acordos de compromisso etc. (SPENDER, 1996).

O conhecimento coletivo pode conferir uma vantagem competitiva sustentável quando está enraizado não apenas em *know-what*, mas principalmente em *know-how*, enraizado na prática de trabalho e experiência em um contexto específico e desenvolvido em base dinâmica a partir de aprendizagem e acumulação de habilidades que são específicas da empresa, por serem dependentes da história e da direção da companhia (LEI, HIT e BETTIS, 1996).

Por administração do conhecimento entende-se o processo de identificar, desenvolver, disseminar e atualizar o conhecimento estrategicamente relevante para a empresa, a partir de processos que extrapolam suas fronteiras.

Segundo Oliveira Jr. (2000), as ações relacionadas à criação e à transferência de conhecimento devem estar comprometidas com o desenvolvimento das competências estratégicas definidas pela empresa. A natureza do conhecimento agregado às competências será decisiva para a sustentabilidade da vantagem competitiva conferida por essas competências.

A questão central é se o conhecimento constitui uma "possessão" individual ou coletiva. Nonaka (1994, p.17) afirma que, em "um nível mais fundamental o conhecimento é criado por indivíduos e uma organização não pode criar conhecimento sem indivíduos", e que o papel da organização será então o de amplificar "organizacionalmente" o conhecimento criado por indivíduos e cristalizá-lo como uma parte da rede de conhecimento da organização. Essa afirmação, entretanto não é consensual.

Spender (1996) identifica questões essencialmente epistemológicas sobre se o conhecimento é objetivo, pessoal ou social e confronta o ponto de vista de Nonaka e Polanyi acerca de conhecimento com o de Vygotsky (1962), explicando que:

[...] enquanto Polanyi supunha que a atividade geraria conhecimento tácito que permaneceria privado, Vygotsky argumenta que a atividade moldava a consciência em formas que eram sociais e que eram eventualmente refletidas na linguagem e na estrutura social. Portanto, conhecimento prático não está apenas integrado com a prática, mas está também integrado com a consciência da comunidade de praticante. (p.59).

Este é um argumento central para a visão do conhecimento como algo socialmente construído com base em linguagem e práticas que são compreendidas e comunicadas a outros membros da sociedade.

A tarefa completa apenas será concluída se cada um souber sua parte e esta apenas faz sentido quando todas as partes são postas juntas. Kongut e Zander (1992, p.385) reforçam essa perspectiva afirmando que o "conhecimento da empresa deve ser compreendido como socialmente construído ou, colocando melhor, como residindo na organização dos recursos humanos" da empresa, sendo por isso de difícil imitação, este texto alinha-se com a posição de Brown e Duguid (1991) e Spender (1996).

Segundo Oliveira Jr. (2000), a discussão da competitividade da empresa é que o conhecimento coletivo pode, e deve, ser valorizado como uma fonte de vantagem sustentável. O conhecimento coletivo possui os atributos necessários para o estabelecimento de dificuldades para a concorrência imitar, substituir ou negociar. As formas de criação e integração de conhecimento coletivo estrategicamente relevante devem portanto ser objeto de profunda atenção por parte das organizações.

O conhecimento coletivo que é tácito e enraizado na prática de trabalho pode ser altamente inimitável. Quando esse conhecimento também ajuda a empresa a criar valor, será a base de suas competências essenciais.

É possível distinguir diversos níveis de interação social por meio dos quais conhecimento é criado na organização, e é importante que a organização seja capaz de integrar aspectos relevantes do conhecimento desenvolvido a partir dessas interações.

O Modelo de Conversão de Conhecimento de Nonaka e Takeuchi (1995, p.62-70) pressupõe quatro formas:

1. Socialização - a conversão surge da interação do conhecimento tácito entre indivíduos e a chave para adquirir conhecimento dessa forma é a experiência compartilhada.
2. Combinação – a conversão que envolve diferentes conjuntos de conhecimento explícito controlado por indivíduos e o mecanismo de troca pode ser reuniões, conversas por telefone e sistemas de computadores, e torna possível a reconfiguração da informação existente, levando a novo conhecimento.
3. Internalização - a conversão de conhecimento explícito em conhecimento tácito, no qual os autores identificam alguma similaridade com a noção de "aprendizagem"; e
4. Externalização – a conversão de conhecimento tácito em explícito, apesar de este não ser um conceito bem desenvolvido, segundo os autores.

Para Nonaka e Takeuchi, os quatro modos de conversão do conhecimento devem ser gerenciados de forma articulada e cíclica e denominam o conjunto dos quatro processos de "Espiral de Criação de Conhecimento". Nesta espiral o conhecimento começa no nível individual, move-se para o nível grupal e então para o nível da empresa. Ela pode ser enriquecida e estendida, seguindo a interação dos indivíduos uns com os outros e com suas organizações.

A criação de conhecimento parte da premissa de que conhecimento é criado a partir do conhecimento tácito e explícito já existente na organização. Esse pressuposto é o mesmo que sustenta o conceito de "competências integradoras".

A relação entre a abordagem de "integração do conhecimento" e a geração de vantagem competitiva é que o desenvolvimento de competências na empresa é o resultado da integração do conhecimento. Dependendo, portanto, da habilidade da empresa em alinhar e integrar o conhecimento de muitos indivíduos especialistas e, "quanto mais amplo o escopo do conhecimento integrado em uma competência, maior a dificuldade de imitação se torna" (GRANT, 1996, p.117). Compreender as competências estrategicamente relevantes como o resultado de integração de conhecimento coloca uma ênfase especial no conhecimento coletivo, na forma de linguagem ou de significado compartilhado.

É interessante, como a abordagem pelo conhecimento não se constitui em tema novo, mas sim em um foco emergente de pesquisa acadêmica e científica, pois as mudanças quanto à retenção de talentos e a visão das empresas que o seu capital intelectual passa a ser um ativo estratégico das suas organizações, nos impele à busca de consensos e explicações cientificamente comprovadas.

Portanto, seja o conhecimento tácito ou explícito, individual ou coletivo ele é recurso fundamental e estratégico para as organizações que querem ter uma vantagem competitiva nos mercados que atuam.

Cabem a elas identificarem claramente quais são suas competências essenciais e como estas estão relacionadas com o conhecimento que suas organizações já possuem e quais deverão adquirir, embora não esquecendo jamais que é fundamental ter o controle da transferência destes conhecimentos para que seus concorrentes tenham o maior grau de dificuldade possível para imitá-los ou adquirí-los e tornar estes conhecimentos que agregam valor o mais compartilhado possível, pois assim tornando-os coletivos estão transformando-os em ativos intransferíveis e inimitáveis.

Conforme Fleury e Fleury (2001, p.11) propõem um modelo de análise (Modelo EAC), o qual expressa estreita vinculação entre estratégia, competências e aprendizagem. Não basta se definir a estratégia. Têm que haver concomitante

definição das competências necessárias para implementá-las, bem como a adoção da perspectiva da aprendizagem permanente.

Na próxima subseção, discorre-se sobre a gestão de competências, elucidando melhor o tema central dessa dissertação de mestrado.

2.4 A GESTÃO DE COMPETÊNCIAS

A gestão do conhecimento, por sua vez, cumpre a finalidade de criar um ambiente de aprendizagem contínua para que a gestão das competências seja uma realidade. Isso não significa que para gerir competência é preciso gerir conhecimento, mas a gestão do conhecimento cria o ambiente psicológico propício para tal.

O tema competência foi abordado por David McClelland (1972), quando participava de processo de seleção de pessoal para departamento de estado americano. Em 1973 no artigo *Testing for competence rather than intelligence*, ele afirmava que os testes tradicionais de conhecimento e inteligência utilizados em seleção, além de não serem capazes de prever o sucesso do candidato no trabalho e na vida, favoreciam preconceitos contra minorias mulheres e pessoas de nível socioeconômico inferior. A partir dessa constatação, dedicou-se a encontrar métodos de avaliação que permitissem identificar variáveis de competência capazes de prever êxito no trabalho e na vida.

Na França, o debate sobre competências teve início na mesma época vinculado à crise da noção de postos de trabalho. Zarifian (1999), um dos expoentes da temática, justifica a emergência da gestão das competências a partir da preocupação em obter cooperação do trabalhador na antecipação em resolução dos problemas, da necessidade de trabalhar em grupo e partilhar conhecimento sobre o processo produtivo e da introdução do conceito de cliente no interior da própria fábrica, tornando cada indivíduo (ou setor) fornecedor e/ou cliente do outro. Não há unanimidade quanto a definição de competências, isto quer dizer que o termo é utilizado com diversos sentidos em diversos contextos.

Desde os anos 90 modelos de gestão de competências têm sido introduzidos no Brasil, mas nem sempre trazendo resultados positivos. Normalmente as organizações demoram a conseguirem estabelecer uma administração mais profissional e capaz de investir na utilização do potencial humano, ao invés de focar exageradamente a redução de custos. Como consequência, as pessoas continuam subaproveitadas e submetidas à injustiças salariais.

É preciso atentar para a totalidade humana. Uma perspectiva reducionista da gestão de pessoas na gestão das competências corre o risco de dar prioridade de atendimento aos interesses e necessidades empresariais e, podendo, pois, se tornar instrumentalizante e tecnicista.

Segundo Sveiby (1998), a gestão de competências é a arte de criar valor alavancando os ativos intangíveis. Para conseguir isso, é preciso ser capaz de visualizar a empresa em termos de conhecimento e fluxos de conhecimento. A definição das "competências centrais" está inserida na Dimensão 1 – Fatores estratégicos e o papel da alta administração – dentre as sete dimensões da gestão do conhecimento abordadas por Terra (2001, p.104) que "o fator crítico de êxito empresarial passa a ser a capacidade das empresas em dominar um conjunto limitado de habilidades e áreas de conhecimento que são importantes para seus clientes ou consumidores."

2.4.1 Competências

O conceito de competência, tanto quanto o debate sobre o tema competência, não é recente. Na verdade, constitui uma idéia consideravelmente antiga, porém (re)conceituada e (re)valorizada no presente em decorrência de fatores como os processos de reestruturação produtiva em curso, a intensificação das discontinuidades e imprevisibilidades das situações econômicas, organizacionais e de mercado e as sensíveis mudanças nas características do mercado de trabalho, resultantes, em especial, dos processos de globalização (FLEURY e FLEURY, 2001).

Competência, segundo Zarifian (2001, p.67-76), é tomar a iniciativa, e assumir responsabilidade diante das situações profissionais, ressaltando o

envolvimento pessoal com o trabalho. É o entendimento prático de situações que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que se amplia a diversidade de situações. É a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, fazendo com que atores compartilhem as implicações de suas ações, assumindo co-responsabilidades.

Ainda para Zarifian (2003, p.23-27) o qual propõe um modelo aplicativo para a gestão das competências, que se configura em seis etapas:(1) explicitar a estratégia da organização com relação a atender os clientes e otimizar os recursos; (2) explicitar as escolhas de ação; (3) definir o que é competência, em termos simples;(4) definir áreas de competências (técnicas, organizacionais, de inovação, e para o cliente); (5) analisar as situações de domínio profissional, de reflexão e de atividades formadoras. O passo seguinte (6) é o de validar as áreas de competência, em níveis de iniciativa, de responsabilidade, de cooperação e de rigor.

O desenvolvimento de competências requer a apreensão do saber tecnológico vinculado à prática profissional; a incorporação dos valores inerentes à cultura do trabalho para a autonomia e a tomada de decisões. É necessária a inteligência do trabalho, para o desempenho competente.

Segundo Spencer e Spencer (1993, p.9), competência é uma característica subjacente de um indivíduo que é casualmente relacionada a um efetivo critério de referência – padrão – e/ou uma performance superior em um emprego/ profissão ou situação.

Os conceitos de competência de Spencer e Spencer (1993) como o de Dutra (2001), descrito a seguir, foram entendidos como os conceitos a serem utilizados nesse estudo. Cabe salientar que para esse estudo esse dois conceitos foram utilizados e baseando-se na comparação feita por Daólio (2004, p.180-182), entre competência e a tríade conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA) onde o autor cita:

No Brasil, parece que há uma concordância, nos meios acadêmicos, de que competências nada mais são que o C.H.A.. Do pouco que se conhece publicado em livros recentes de autores brasileiros sobre o assunto, essa igualdade é facilmente assumida como verdadeira. (Daólio, 2004, p.181)

Entende-se, para fins desse estudo, que os conceitos de Spencer e Spencer e de Dutra (entre outros autores brasileiros) são complementares.

Como Dutra (2001, p.28, 37) define que a competência é conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para que a pessoa atenda suas atribuições e responsabilidades. Apresenta no quadro 3 a Análise de Stamp e Stamp com as de Rowbottom e Billis sobre os sete níveis de complexidade das competências.

QUADRO 3 - ANÁLISE STAMP E STAMP X ROWBOTTOM E BILLIS

NÍVEL DE COMPLEXIDADE	TRABALHO REQUERIDO (ROWBOTTOM, R. e BILLIS, D.)	PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO (STAMP, G. & STAMP, C.)
7	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar viabilidade para as futuras gerações da organização. Prever campos futuros de necessidades de uma sociedade. 	<p>Prever</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretar e moldar configurações de economias, políticas, nações, regiões e ideologias para criar futuros desejados
6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajustar as características de uma organização para contextos multiculturais. ▪ Formar opiniões e conceitos sobre os contextos econômicos, políticos, social, tecnológico e religioso 	<p>Revelar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entender sua curiosidade e análise além das áreas conhecidas de influência real ou potencial, explorando recursos inesperados de oportunidade ou instabilidade
5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobrir um campo geral de necessidades em uma sociedade. ▪ Definir a razão da existência de uma organização complexa. 	<p>Tecer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender as relações existentes entre diferentes sistemas. ▪ Identificar relações e vínculos potenciais entre questões e eventos desconectados.
4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecer um espectro completo de produtos e serviços para a totalidade de um território ou organização. ▪ Introduzir, desenvolver e manter uma unidade de negócios integrando-a ao ambiente no qual está inserida. 	<p>Modelar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar idéias e conceitos testados, possíveis combinações e produzindo inovações. ▪ Construir modelos a partir do que vê em diversas realidades.
3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecer respostas sistemáticas de acordo com a necessidade de situações com inícios, meios e fins definidos. ▪ Garantir o funcionamento pleno de um sistema. 	<p>Conectar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examinar cuidadosamente várias atividades na busca de idéias, tendências ou princípios que criem um todo coerente.
2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar tarefas concretas, cujos objetivos e implicações devem ser julgados de acordo com as especificidades da situação. ▪ Identificar as necessidades de clientes específicos. 	<p>Acumular</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunir informações, passo a passo, para revelar aspectos óbvios e implícitos de cada situação, identificando resultados das possíveis respostas.
1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar tarefas separadas e concretas, cujos objetivos e produtos podem ser totalmente especificados. 	<p>Perceber</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fornecer respostas diretas para tarefas imediatas.

FONTE: Stamp, G. e Stamp, C. (1993); Rowbottom, R e Billis, D. (1987)

As comparações apresentadas por Dutra (2001) no quadro acima, revelam a complementariedade do enfoque dado por Stamp, G. e Stamp, C. (1993); Rowbottom, R & Billis, D. (1987), no que se refere aos níveis de complexidade das competências, pois o aumento ou diminuição dessa complexidade no campo de realização de atividades e atribuições é diretamente proporcional aos níveis de complexidade no campo da tomada de decisão. A medida que o nível de complexidade aumenta na realização das atribuições aumenta também a complexidade para a tomada de decisão.

Em consequência de trabalhos realizados em empresas nacionais e transnacionais no que se refere à estruturação de sistemas de gestão de pessoas, esse conceito de complexidade tem sido associado ao conceito de competência.

Já na análise de Boterf (2003, p.15):

O gerenciamento da competência se destina mais à criação de contexto favorável à emergência do que sobre a própria competência. Se as organizações têm que se posicionar, os profissionais também têm que tomar consciência do interesse que lhes é pertinente de ampliar sua competência para contribuir para sua posição atual na organização ou para garantir a mobilidade profissional.

2.4.1.2 Competências organizacionais

Competências críticas

Para Band (1997, p.XVI-XIX), a organização pode ser fornecedora de valor superior se desenvolver dez competências críticas, que são definidas por Band como as capacidades fundamentais necessárias a qualquer empresa que busca se tornar uma organização fornecedora de valor superior.

1. atender os critérios de qualidade, serviço, custos e tempo do cliente: estes são os quatro critérios que um cliente usa como referência quando decide fazer um negócio com uma organização;

2. redesenhar os processos do negócio: saber importância dos processos essenciais de negócios que são os fluxos de atividade multifuncional que diferenciam o desempenho de uma empresa da concorrência e criam valor para o cliente. É saber definir processos de negócios não foram identificados, saber mapeá-los, medir seu desempenho e redesenhá-los para atender aos 4 critérios descritos no item 1;
3. atualizar a arquitetura da empresa: É saber identificar quais são os contextos organizacionais eficazes que dão sustentação ao sucesso competitivo na década do valor, que estão substituindo as hierarquias organizacionais tradicionais;
4. criar ambiente de trabalho com alto envolvimento: É saber quais os novos métodos que estão sendo desenvolvidos para promover a participação dos funcionários, descobrindo e estimulando as melhores idéias dos funcionários em todas as áreas da empresa;
5. estabelecer parceria com clientes, fornecedores e concorrentes: É saber a importância e os benefícios da alavancagem de recursos de outras organizações, através das formas de cooperação entre empresas mutuamente vantajosas;
6. viabilizar a transformação através da tecnologia: é saber a utilizar a tecnologia como instrumento de transformação da empresa, possibilitando a transição para um modelo de alto desempenho;
7. alinhar a estratégia: é saber desdobrar a estratégia para que a empresa alcance inovações estratégicas no mercado, permitindo que a organização envolva todos os funcionários na realização dos objetivos críticos, os quais promovem a vantagem competitiva no longo prazo;

8. criar a organização que aprende: É saber como atende as condições de mercado que estão em processo de mudança contínuo e rapidamente e como aumentar a velocidade de aprendizado dos funcionários através da criatividade;
9. atuar sobre o processo de mudança: É saber como influenciar ao processo de mudança da organização, levando-a da situação atual à visão futura de uma empresa de alto desempenho;
10. assumir o espírito da liderança como agente da mudança: É saber como liderar a mudança de dentro para fora da organização, independente da posição que ocupe na hierarquia formal de autoridade da organização.

Pode-se verificar que as competências críticas definidas por Band são voltadas para a forma de atuação da organização no mercado e na forma de relacionamento que ela a organização deve ter com seus *stakeholders*, que a levará a ser uma empresa fornecedora de alto valor e de alto desempenho.

Competências essenciais

Para Prahalad e Hamel (1990) – que são referencia para Wernerfelt (1997, p.171) como "singularmente responsáveis pela difusão da visão baseada em recursos na prática" – mais importante que o desenvolvimento de Unidades Estratégicas de Negócios que obstruem a difusão do conhecimento pela empresa, é a "habilidade em construir, a menor custo e mais velozmente do que os competidores, as competências essenciais que originarão produtos não esperados" (PRAHALAD e HAMEL, 1990, p.81). Para ele competências essenciais são compreendidas como a aprendizagem coletiva na organização especialmente relacionada a como coordenar diversas habilidades de produção e integrar múltiplos *streams* de tecnologias" (PRAHALAD e HAMEL, 1990, p.82) ou seja, "competências essenciais são o conjunto de habilidades e tecnologias que habilitam uma companhia a proporcionar um benefício particular para os clientes" (PRAHALAD e HAMEL, 1994, p.203).

Segundo Prahalad e Hamel (1995, p.83), para previsão do futuro pelas organizações é necessário responder a três perguntas críticas:

1. Quais os novos tipos de benefícios aos clientes devemos procurar oferecer nos próximos 5, 10 ou 15 anos?
2. Que novas competências precisaremos desenvolver ou adquirir para oferecer esses benefícios aos clientes?
3. Como teremos que reconfigurar a interface como cliente durante os próximos anos?

Ainda segundo Hamel e Prahalad (1995) para que as competências essenciais criem raízes na organização, todos os gestores precisam compreender detalhadamente e participar das cinco tarefas fundamentais da administração das competências:

1. Identificar as competências essenciais existentes;
2. definir uma agenda de aquisição de competências essenciais;
3. desenvolver competências essenciais;
4. distribuir as competências essenciais;
5. proteger e defender a liderança das competências essenciais.

Com base nas competências essenciais, a empresa desenvolve uma série de produtos essenciais; esses fundamentam a força competitiva dos produtos finais nas áreas individuais de negócios.

Este conceito não é novo, desde 1980 autores como Snow e Hrebiniak, Hitt e Ireland denominavam como competências distintivas e outros tantos anteriores como Hofer e Schendel (1978) como desenvolvimento de recursos, mas independentemente de terminologia o que fica claro é que o conceito é uma ferramenta útil para o entendimento de como os recursos da empresa estão associados com seu desempenho.

Percebe-se ainda e é muito relevante que as competências ou capacidades têm caráter dinâmico e também podem se constituir em fonte de dificuldades para a

empresa no futuro – a este fenômeno chamamos de "rigidez essencial". Essa "rigidez essencial" provoca a inibição da inovação, é decorrente da dificuldade das empresas e pessoas em mudarem, principalmente quando o comportamento e as ações gerenciais que precisam ser modificadas são as que alavancarão o sucesso do negócio (LEONARD-BARTON, 1995). Cabe à administração a tarefa de prospectar e investir no desenvolvimento de novas competências enquanto as antigas ainda estão rendendo os frutos esperados.

Esta atitude da administração é extremamente importante, principalmente em ambientes caóticos e turbulentos, onde a dinamicidade das competências essenciais resulta na necessidade da aprendizagem organizacional para o seu desenvolvimento e atualização contínua. (HIT, KEATS e DE MARIE, 1998).

Neste estudo desenvolvido por King, Fowler e Zeithaml (2002), em empresas de dois setores, sendo um deles o hospitalar, foi apresentada uma ferramenta para avaliação dos aspectos críticos das competências organizacionais e um processo "Como avaliar as competências de uma organização", que possibilitou incluir um grande número de tomadores de decisões, **de gestores** (grifos da autora) na avaliação procedidas pelos autores.

Conforme King, Fowler e Zeithaml (2002), ainda baseados no resultado da pesquisa realizada, concluíram que: "Nossa pesquisa revelou que o consenso quanto à competência, em especial quanto às competências mais importantes, está intimamente relacionado ao sucesso organizacional" (p.46). A figura 3 mostra quatro categorias amplas de competência, agrupadas de acordo com as percepções dos gerentes de nível intermediário quanto à sua vantagem competitiva e com nível de consenso dos gerentes de nível intermediário com relação à sua classificação. A partir desta constatação os autores ofereceram 4 métodos que possibilitam as gerências alcançar vantagem estratégica baseado em inúmeras comparações de consenso e vantagem competitiva.

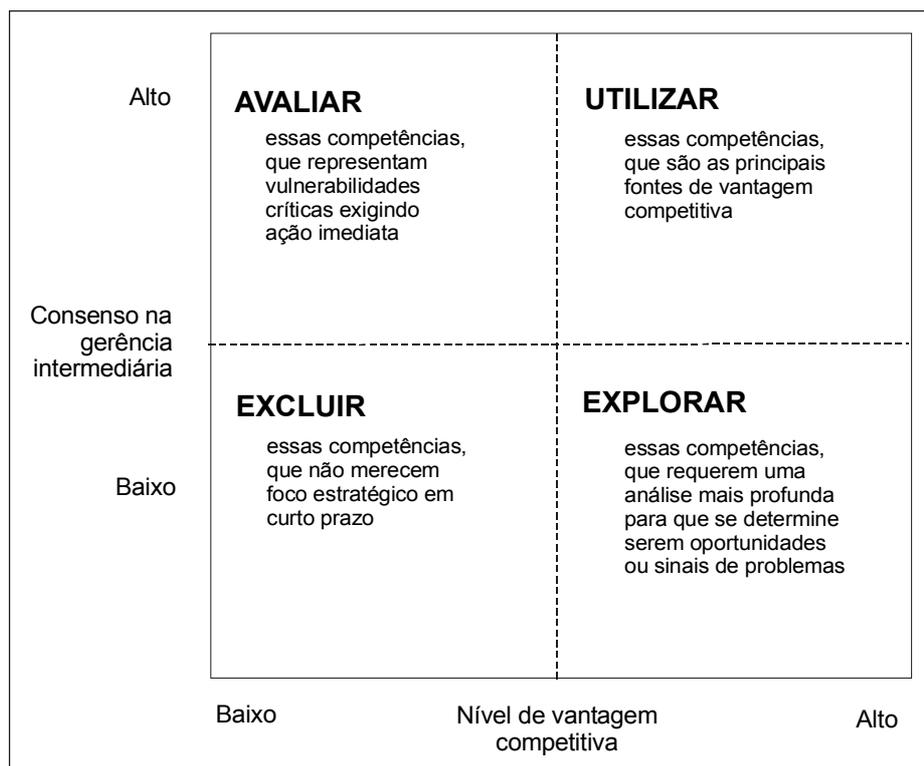


FIGURA 3 - COMPETÊNCIAS ORGANIZACIONAIS E ABORDAGENS GERENCIAIS RECOMENDADAS
 FONTE: King et al. (2002, p.46)

Essa figura explica a correlação existente entre os níveis de consenso na gerência intermediária e os níveis de vantagem competitiva apresentados por King, Fowler e Zeithaml (2002), e são abordagens gerenciais recomendadas através do resultado da pesquisa realizada pelos autores. A explicação dada por King, Fowler e Zeithaml da figura 3, que no primeiro quadrante encontram-se as competências de nível alto de consenso das gerências intermediárias e de nível baixo da vantagem competitiva, a proposta dos autores é que se deve decidir pela avaliação destas competências, pois elas representam vulnerabilidades e exigem ação imediata. King, Fowler e Zeithaml (2002), ainda propõem que no segundo quadrante encontram-se as competências de nível alto tanto do consenso como da vantagem competitiva, a proposta é que se deve decidir pela utilização destas competências, pois são as principais fontes de vantagem competitiva para a organização; no terceiro quadrante segundo os autores encontram-se as competências de nível baixo tanto do consenso

como da vantagem competitiva, a proposta é que se deve decidir pela exclusão destas competências, pois não requerem foco estratégico da organização em curto prazo e finalmente no quarto quadrante encontram-se as competências de nível baixo de consenso e de nível alto da vantagem competitiva e que segundo King, Fowler e Zeithaml se deve optar pela exploração destas competências para determinar se estas competências são oportunidades ou sinais de problemas.

Ressaltam ainda King, Fowler e Zeithaml (2002), dentre outras vantagens da aplicação do processo e da utilização da ferramenta em suas pesquisas, duas dessas vantagens como principais: (1) a identificação antecipada das tendências ou alterações importantes no investimento em competências que agreguem valor e (2) o uso do diálogo sobre as competências contribuindo para o uso eficaz do conhecimento nas organizações.

Os autores citam também alguns exemplos de competências organizacionais de um dos setores pesquisados, competências essas identificadas no estudo dos autores e que se comenta a seguir:

1. Capacidade de competir de maneira flexível - habilidade de agir rapidamente, iniciar programas, fechar programas, aproveitar oportunidades.
2. Conhecimento em administração do processo de atendimento ao paciente – antes, durante e após a hospitalização. A busca da excelência no atendimento ao cliente e da gestão hospitalar vem se realizando através da implantação do processo de qualidade total, o qual com grandes desafios aos gestores dessas organizações.
3. Conhecimento na área de gerenciamento de informática, tais como associação das práticas médicas a cadastros médicos *on-line* e serviços de diagnósticos por imagem – facilitando e agilizando o tempo de atendimento aos pacientes entre o momento da entrada no hospital até o momento do diagnóstico médico e aplicação dos procedimentos a médicos necessários para os pacientes.

4. Capacidade de atrair executivos para cargos-chave - independente da formação desses executivos e sim pela ênfase na sua capacidade de atuar nesses cargos.
5. Treinamento de médicos e funcionários quanto à utilização das informações - proporcionando o aprendizado contínuo e a inclusão do corpo funcional no sistema de gestão da organização.
6. Conhecimento em gerenciamento de riscos - sendo as organizações do setor hospitalar empresas que atuam para garantir a saúde dos cidadãos é fundamental este tipo de conhecimento, o risco é inerente às atividades diárias dessas organizações.

Mas, é importante ressaltar que os administradores devem ter em mente sempre o paradoxo das competências essenciais, para que estas não venham em nenhum momento a se transformarem em "rigidez essencial", como comentado por (LEONARD-BARTON, 1995), o que levará as suas organizações a perderem suas posições no mercado e conseqüentemente ter que se reorganizar novamente.

2.4.1.3 Competências Individuais/profissionais requeridas

Diversas são, no entanto, as definições atribuídas à expressão "competência individual" e a inexistência de um consenso quanto a seu conceito além de divergências de caráter filosófico e ideológico podem, também, ser atribuídas à adoção da expressão com diferentes enfoques, em diferentes áreas do conhecimento (MANFREDI, 1998).

Não obstante a inexistência desse consenso quanto ao seu conceito, alguns pontos comuns em relação à essa noção podem ser identificados. Em primeiro lugar, a competência é comumente apresentada como uma característica ou um conjunto de características ou requisitos – saberes, conhecimentos, aptidões, habilidades – indicadas como condição capaz de produzir efeitos de resultados e/ou solução de problemas (MCCLELLAND e DAILEY, 1972; BOYATZIS, 1982; SPENCER e SPENCER, 1993).

Assim, para McClelland e Dailey (1972), a competência pode ser sintetizada como o conjunto de características individuais observáveis – conhecimentos, habilidades, objetivos, valores – capazes de prever e/ou causar um desempenho efetivo ou superior no trabalho ou em outras situações da vida.

Para Sveiby (1998, p.42) ela é composta por cinco elementos: pelo conhecimento explícito adquirido pela educação formal, pela habilidade adquirida sobretudo por treinamentos e prática, pela experiência adquirida principalmente pela reflexão sobre erros e sucessos passados, pelo julgamento de valor são os filtros para o processo de saber de cada indivíduo e pela rede social formada pelas relações do indivíduo com outros seres humanos.

Para Zarifian (2001), as definições atuais que fundamentam o chamado modelo da competência, muito embora tenham emergido na literatura, em meados dos anos oitenta, a partir de pesquisas realizadas, na França, pelo *Centre d'Études et de Recherches sur les Qualifications* (CEREQ) e pelo *Conseil National du Patronat Français* (CNPF), atual *Mouvement des Entreprises de France* (MEDEF), caracterizam-se pela influência marcante das abordagens, típicas dos anos setenta, em torno do conceito de qualificação do emprego. Nessa direção, para o CNPF, competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exercem em um contexto preciso. A competência profissional é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação (CNPF, 1998, apud ZARIFIAN, 2001, p.66).

Analisando-se o movimento em torno da competência na França, Zarifian (1996) deixa claro que a discussão de tal conceito ganha contornos atuais exatamente quando as organizações, para fazerem frente à intensificação dos processos de globalização e acirramento da concorrência, são levadas a encontrarem novas e criativas soluções, em tempo real, para problemas cada vez mais complexos, envolvendo qualidade, custo, prazos, variedade e inovação.

Diante desse quadro, uma concepção de competência amplamente disseminada na França, é retratada como um conjunto de saberes mobilizados em situação de trabalho: (1) os conhecimentos específicos para a execução de uma tarefa; (2) as aptidões, a inteligência pessoal e profissional e (3) a vontade de colocar

em prática e desenvolver novas competências (LE BOTERF, 1994; STROOBANTS, 1997; DUBAR, 1998).

Desse modo, compreende-se a competência como uma resultante de múltiplos saberes, obtidos das mais variadas formas: via transferência, aprendizagem, adaptação, os quais possibilitam ao indivíduo criar uma base de conhecimentos e habilidades capazes de resolução de problemas em situações concretas. Nesse sentido, como um misto de múltiplos ingredientes, a competência revela-se mais do que simplesmente a adição de saberes parciais ou de qualificações: ela é uma síntese de saberes. Nas palavras de Ducci (1996, p.19),

a competência é mais do que a soma de todos esses componentes [conhecimentos, habilidades, destrezas e atitudes]: é uma síntese que resulta de combinação, interação e prática de tais componentes em uma situação real, enfatizando o resultado e não o insumo.

Nessa mesma direção, Stroobants (1997) compreende a competência como uma resultante de três componentes principais: saberes ou conhecimentos formais que podem ser traduzidos em fatos e regras; saber-fazer, que pertence à esfera dos procedimentos empíricos, como as receitas e os conhecimentos tácitos do ofício que se desenvolvem na prática quotidiana de uma profissão ou ocupação; e saber-ser, compreendido como o saber social ou do senso comum, que mobiliza estratégias e raciocínios complexos, interpretações e visões do mundo.

Modelo de competências baseado em McClelland

Por intermédio de seus estudos, McClelland definiu 4 conjuntos de competências, seu estudo se baseia na metodologia desenvolvida por ele para identificar em que nível essas competências aparecem nos executivos e correlaciona esses níveis com o grau de desempenho dos executivos, classificando-os através de pontuação em excelentes e medianos. Segundo Daólio (2004, p.29), a premissa de McClelland era a maneira como as pessoas se comportaram, em eventos críticos e recentes, é o que melhor prediz a maneira como essas pessoas irão se comportar no

futuro. Dessa forma, McClelland utilizou em seus estudos entrevistas de eventos comportamentais, denominadas BEI (Behavioral Events Interview).

Cada um dos quatro conjuntos de competências é composto por competências as quais foram atribuídos conceitos-chaves para o entendimento do seu significado quando da sua identificação. Os conjuntos de competências descritos por McClelland são os seguintes:

A Competências Mobilizadoras

Esse conjunto de competências identifica o que move os profissionais à ação nos ambientes de trabalho, quais os motivos, as preocupações, os interesses, as necessidades, os rumos e os nortes desses profissionais e qual a motivação que impulsiona esses profissionais para a sua atuação. As seguintes competências compõem esse primeiro conjunto:

- **(Servir o) cliente**

O conceito chave dessa competência é: servir, ajudar, foco no cliente e o profissional preocupado como Cliente seja ele interno ou externo, auxilia pessoas, atende e tem empatia pelos clientes, assume pessoalmente a responsabilidade pela solução dos problemas do cliente, faz parcerias e seu desempenho agrega valor ao negócio do cliente.

- **Conquistar**

O conceito chave dessa competência é: vencer obstáculos, competir, ganhar e o profissional motivado por conquistar, expressa essa competência em comportamentos variados. Esses comportamentos podem ser desde o realizar um bom trabalho e cumprir as metas estabelecidas até obter resultados. Sempre esse profissional visa a excelência, a realização de melhorias, de objetivos e metas. Quanto às metas busca superá-las, assume riscos e desafios, procura vencer os obstáculos para alcançar os objetivos mais difíceis. É arrojado e

ambicioso, pode ser vaidoso em algumas situações, pois o que o satisfaz é a vitória em si e não as recompensas ou o reconhecimento dos outros.

- **Controlar**

O conceito chave dessa competência é: segurança, reduzir incertezas, monitorar e o profissional preocupado em controlar, despende tempo e esforço razoável em controles de todos os tipos (custos, despesas, processos, indicadores de produção, procedimentos, monitoramento etc.). Tem comportamentos que variam desde a preocupação com a ordem e a limpeza até a obsessiva preocupação de manter tudo sob controle. Suas tendências são para a segurança, sobrevivência, conservadorismo e menos para a ousadia e o arrojo. Está sempre atento à disciplina, ordem e qualidade.

- **Estratégia**

O conceito chave dessa competência é: visão estratégica foco em estratégia e o profissional focado em estratégias está interligado com o cenário externo (econômico, político, social e concorrência). Suas principais ações são a interpretação dos cenários e tendências, a análise das repercussões, o pensamento estratégico e a discussão interna das suas preocupações.

- **Inovar**

O conceito chave dessa competência é: foco em inovações e o profissional que possui o espírito inovador busca caminhos não percorridos, produtos e processos que sejam novos, oportunidade de mercado, tem o desejo de criar tecnologia, inventar ou reinventar a roda e patenteia produtos e/ ou processos.

Segundo Daólio (2004, p.54), focando o ambiente empresarial brasileiro, "[...] este tipo de competência é dificilmente encontrada em nossos ambientes empresariais. O que se encontra em geral são comportamentos criativos, de fazer melhor o que já vinha sendo feito."

- **Mudar**

O conceito chave dessa competência é: Lutar por mudanças e o profissional que possui essa competência é pessoa não conformada com o status, age de maneira prepositiva e energizante, é questionador e desafiador, faz sugestões, toma a frente, gosta da reorganização, tem comportamentos desde o apontar problemas até tomar a atitude para mudar, fala publicamente das atitudes, desafiando os outros, vendendo suas idéias, pregando, ele quebra mitos e culturas arraigadas.

- **Comprometimento com Empresa**

O conceito chave dessa competência é: vestir a camisa e o profissional que possui essa competência faz sacrifícios pessoais em prol da organização com regularidade, trabalhar costumeiramente após o horário, leva serviço para casa, trabalha finais de semana e defende a imagem da empresa.

B Competências Táticas

Esse conjunto de competências identifica como as pessoas agem para que as coisas aconteçam, para que as outras pessoas aceitem suas idéias e sejam mobilizadas para a ação, que táticas elas usam, quais suas estratégia de atuação, de persuasão, de convencimento. Esse conjunto é formado por dois grupos de competências: (1) táticas gerenciais (colaborando, comandado, delegando, desenvolvendo e liderando) e táticas influenciadoras (persuadindo, manipulando e *networking*).

As Táticas Gerenciais são parecidas com as funções normalmente **atribuídas/requeridas** (grifo da autora) dos gerentes de pessoas.

- **Colaborando**

O conceito chave dessa competência é: trabalhando em e com a equipe e o gestor que age colaborando reconhece a contribuição das pessoas,

solicita a participação da equipe, dirime conflitos e constrói equipes. Enquanto que o profissional que age colaborando: coopera, participa ativamente, contribui positivamente, soma, compartilha conhecimento, dá exemplo e visa criar o espírito de equipe.

- **Comandando**

O conceito chave dessa competência é: chefiando pessoas e o profissional que age comandando utiliza muito mais a sua posição hierárquica para que haja realizações do que estratégias de envolvimento da equipe e/ou das pessoas. Age fornecendo instruções, impondo limites de comportamento, exigindo alto desempenho, ameaçando punir e demitir por mau desempenho.

- **Delegando**

O conceito chave dessa competência é: dando poder às pessoas, *empowerment* e o profissional que age delegando confia na capacidade dos outros, promove a autonomia, delega responsabilidades sem abandoná-las, cria um forte espírito de responsabilidade, transfere aos outros, o que não é próprio da função gerencial e empodera as pessoas com o intuito de desenvolvê-las.

- **Desenvolvendo**

O conceito chave dessa competência é: desenvolvendo pessoas e o profissional que age desenvolvendo pessoas, procura ensinar, mostra como se faz, treina, avalia, oferece *feedback* e *coaching*, orienta, forma sucessores, reforça comportamentos desejáveis, utilizando os erros para orientar pessoas.

- **Liderando**

O conceito chave dessa competência é: liderando pessoas e o profissional que age liderando procura dividir informações e decisões com o grupo, obter o comprometimento da equipe, energizar e motivar pessoas, conseguir recursos materiais e humanos para melhorar a eficácia,

procura defender sua equipe, transmitir um envolvimento determinante e utilizar sua representatividade

As Táticas Influenciadoras são mecanismos de influência mais geral.

- **Persuadindo**

O conceito chave dessa competência é: persuadindo, influenciando e o profissional que age persuadindo pode usar *apenas impacto, força* (níveis mais baixos e médios), pode usar *influência* também (níveis mais altos). Quando se utiliza *impacto*, tenta-se convencer com base na razão, provar e argumentar com dados, fatos e números, convencer em etapas, realizar apresentações com excelência na qualidade para adaptá-las à platéia. Quando se utiliza *influência*, procura-se fazer alianças internas para convencer outros, criar cadeias estratégicas de influência, cooptar pessoas-chave, agir politicamente.

- **Manipulando (Articulando)** (grifo da autora)

O conceito chave dessa competência é: utilizar táticas baseando-se no conhecimento de como as coisas acontecem dentro da empresa e o profissional que age articulando conhece a distribuição formal do poder, a hierarquia formal, como as coisas acontecem, conhece também os jogos políticos; a cultura da empresa; as pessoas-chave; os formadores de opinião. Quando em nível mais elevado, ele *utiliza* tal conhecimento para influenciar, para fazer as coisas acontecerem.

Segundo Daólio (2004, p.73):

O rótulo dado a esta competência soa um tanto forte e algo assemelhado a falta de ética. Acontece que não encontrei um nome mais apropriado para tática de convencimento baseados em alianças e jogos políticos internos a organização.

Reconhece-se para esse estudo essa competência como "**Articulando**", desta forma passamos a utilizar o termo como grifo da autora.

C Networking

O conceito chave dessa competência é: construindo redes de relacionamento e o profissional de *networking* constrói e utiliza amizades, sejam internas ou externas, participa de reuniões sociais, faz *lobby* com as autoridades, tudo para alcançar a realização de objetivos empresariais ou pessoais.

D Competências Trazidas na Bagagem

São as idiossincrasias pessoais, que independente da idade, as pessoas trazem consigo (carregam). Trazem sua experiência profissional e de vida e essas idiossincrasias são o modo de ser, de se comportar perante a vida, são características que as tornam um ser muito especial e distinto dos demais.

E Autoconfiança

O conceito chave dessa competência é: confiança em si mesmo e o profissional que possui autoconfiança acredita em seu potencial, toma decisões em momentos de incerteza, considera-se muito bom no que faz, considera que faz a diferença, gosta de assumir desafios, é ousado e assume posições ou postura franca e/ou arriscadas mesmo diante de superiores.

F Autocontrole

O conceito chave dessa competência é: controle emocional e o profissional controlado pensa antes de agir, segura suas emoções, dá um tempo antes de responder, conta até 10, reage calmamente em situações críticas e convive bem com o estresse.

G Criatividade

O conceito chave dessa competência é: descobrir novas soluções para problemas antigos e o profissional criativo costuma ser irrequieto, explorador, pensa e faz diferente, propõe e testa alternativas de solução, usa o pulo do gato, age contra idéias preconcebidas ou tradicionais.

H Curiosidade

O conceito chave dessa competência é: buscar a informação correta e o profissional curioso não se satisfaz com a primeira informação, faz perguntas, verifica pessoalmente, descobre, não é superficial na sua busca, pesquisa, utiliza fontes técnicas (publicações, artigos especializados, especialista, Internet) e faz *benchmarking*.

I Flexibilidade

O conceito chave dessa competência é: Jogo de cintura e maleabilidade e o profissional flexível cede diante de argumentos mais fortes, dribla regras, adapta abordagens conforme a situação age com perspicácia, sagacidade, rapidez de raciocínio, vira-se.

J Iniciativa

O conceito chave dessa competência é: autopropulsão e o profissional de iniciativa aproveita oportunidades presentes, age projetivamente e/ou preventivamente, a médio ou longo prazo, para preparar mudanças futuras ou evitar a ocorrência de problemas potencialmente prejudiciais, compreende tanto o imediatismo (proatividade, prontidão) como a ação planejada, que tomada no presente tem repercussão futura a médio e longo prazo.

K Integridade

O conceito chave dessa competência é: agir conforme princípios e valores e o profissional íntegro têm um comportamento profissional, de modo franco e aberto, transparente, com postura ética e este profissional age conforme princípios e valores mesmo quando a situação coloca em risco sua carreira e ele reconhece seus erros.

L Persistência

O conceito chave dessa competência é: determinação e o profissional persistente não desiste facilmente, acredita em suas idéias ou na ação que tomou e insiste, fica insistindo, tem um certo grau de teimosia, tem algo a ver com vencer pela insistência.

M Sensibilidade

O conceito chave dessa competência é: sensibilidade com relação às pessoas e o profissional com sensibilidade tem empatia, ouve e compreende os problemas dos outros, percebe emoções e significados subliminares nas palavras e na linguagem corporal, entende os motivos subjacentes dos comportamentos, conhece profundamente as pessoas, costuma confiar em *feeling*, sexto sentido.

N Competências Aprendidas – Ferramentas

São aquelas posturas e atitudes que a pessoa leva consigo para todos os ambientes. Envolvem mais hábitos de pensar ou hábitos de trabalhar seu conhecimento.

O Análise

O conceito chave dessa competência é: utilizar raciocínio de causas e efeitos, comumente chamada de raciocínio cartesiano e o profissional com raciocínio analítico descobre as cadeias de causa e efeito para entender fatos, números, situações etc., separa, reúne, analisa, descobre causas e efeitos, faz testes e analisa resultados.

P Conceituação

O conceito chave dessa competência é: trabalhar conceitos e fazer síntese e o profissional que raciocina conceitualmente compara fatos, situações, conceitos, infere, se expressa por meio de metáforas, cria conceitos novos, explica conceitos de maior complexidade de forma simples, aplica conceitos aprendidos, complexos ou não.

Q Difusão

O conceito chave dessa competência é: difunde conhecimentos e experiências e o profissional que difunde conhecimentos compartilha seus conhecimentos com outros profissionais, ensina, expõe suas descobertas em seminários, congressos e fóruns, publica suas descobertas e seus conhecimentos em revistas e no maior nível age como um missionário.

R Expertise

O conceito chave dessa competência é: domínio técnico e maestria e o profissional que tem expertise mescla sua experiência e seu profundo conhecimento e demonstra isso, além da busca da contínua atualização ele procura utilizar sua maestria de forma prática, normalmente é multifuncional pois está sempre interessado nos capôs correlatos à sua especialidade.

Portanto, entendendo o alinhamento entre o Modelo de McClelland e o estudo realizado pela autora, este modelo e em complementariedade o modelo CHA, foi aplicado, para responder as perguntas de pesquisa desse estudo.

Assim como a competência constitui a base dos ativos intangíveis de uma organização, os mestres da competência (os especialistas) são os principais participantes da organização do conhecimento e sobre ativos intangíveis e conseqüentemente capital intelectual, que está tratado na próxima subseção.

2.5 CAPITAL INTELECTUAL

O capital intelectual é considerado ativo intangível das organizações e possui 3 componentes básicos: Capital Humano, Capital do Cliente e Capital Organizacional ou Estrutural e hoje um dos desafios das empresas é a mensuração desses ativos.

Esses novos conceitos colocados no campo da administração, vêm influenciando o estilo de gestão de empresas tanto de pequeno, médio e grande porte e em todos os setores da economia, principalmente nas empresas que buscam agilidade e rapidez no atendimento às necessidades dos seus clientes e dos mercados em que atuam ou são novos entrantes e que buscam a valorização dos seus ativos tanto tangíveis como os intangíveis. Outra influência identificada é a visão dos Recursos Humanos como o Capital Intelectual das organizações hospitalares e conseqüentemente passam a ser entendidos e classificados como ativo intangível. Esta nova maneira de ver os profissionais requer tanto das empresas quanto dos seus quadros de funcionários um novo perfil. Um perfil voltado para o desenvolvimento das competências estabelecidas pela nova realidade, onde os gestores necessitam preparar suas equipes e assim oferecer-lhes condições de aprendizagem contínua e como conseqüência natural as empresas identificam a necessidade de se transformarem organizacionalmente, propiciando assim a busca de modelos de gestão mais adequados para enfrentarem as exigências do mercado. Isto tudo é decorrência dos impactos ambientais de uma nova sociedade que está emergindo no mundo globalizado que é a chamada sociedade do conhecimento.

As mudanças nas tecnologias aplicadas no setor saúde, nos seus processos e nos seus produtos, como a biogenética, intervenções cirúrgicas a laser, comunicação via satélite, processos totalmente automatizados, utilizando-se inclusive a mecatrônica na realização de intervenções cirúrgicas, próteses com microchip que possibilita ao sistema nervoso sensorial ter movimentos e a utilização da microeletrônica no desenvolvimento de produtos são alguns exemplos da influência que o conhecimento e a chamada economia do conhecimento têm sobre o setor saúde.

A redução das resistências quanto às barreiras de tempo, distância e fronteiras imposta pelo avanço dos meios de comunicação eletrônica, os quais possibilitam tanto a presença virtual como o contato em tempo real com as novidades no campo da medicina, diminuindo assim os padrões de tempo de atendimento em regiões mais distantes. Isso implica afirmar que no mundo globalizado da Internet e da economia do conhecimento não há fronteiras físicas, somente as fronteiras do conhecimento.

A busca de utilização de padrões de classe mundial, o chamado *benchmark* vem com a divulgação facilitada das melhores práticas mundiais, dando uma visão de quais ferramentas e processos o mundo está utilizando e com o acesso quase em tempo real através da Internet. Os avanços nas Tecnologias de Informação para o aumento da produtividade e disseminação do conhecimento através do *e-learning* – aprendizado via meio eletrônico – a utilização de *softwares* que facilitam a realização de processos administrativos, econômicos e financeiros, de gestão da organização e principalmente de capacitação de novas competências para os profissionais da saúde são mais algumas das influências no setor saúde da economia do conhecimento.

A abordagem feita por Sveiby (1998), proporciona uma reflexão interessante quando da aplicação prática nas organizações para mensurar os seus ativos intangíveis. Inicia-se essa reflexão com três questões: (1) Como identificar o conhecimento e as competências para que a organização possa avaliar sua importância? (2) Como classificá-los? (3) Como separar o que é importante armazenar como ativos intelectuais ou pode ser descartado?

A contabilidade tradicional não nos fornece informações e dados suficientes para a valoração dos nos ativos intangíveis; desta forma algumas organizações, como a Skandia (figura 4) e desta forma passaram a incluir no seu valor de mercado não só os ativos tangíveis como os intangíveis.

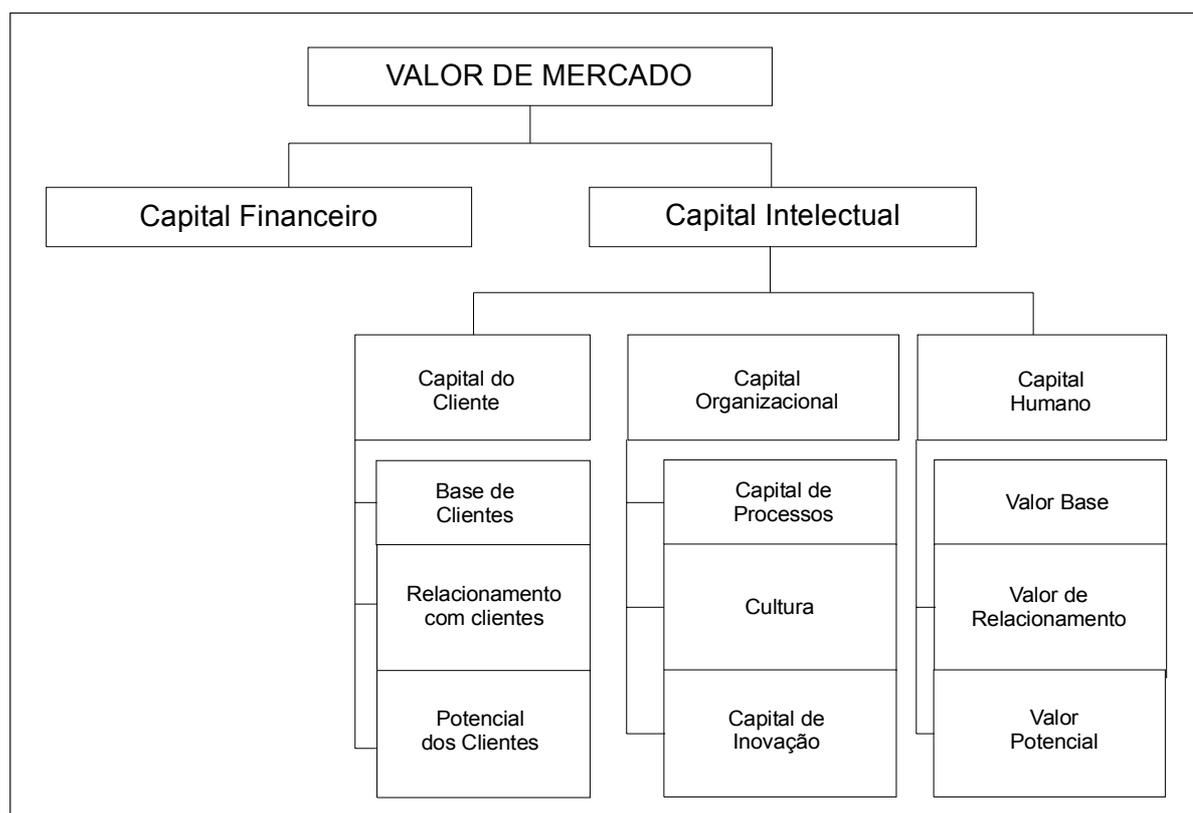


FIGURA 4 - MODELO DA SKANDIA
FONTE: Edvinsson (1998, p.47)

O modelo criado e aplicado pela Skandia se assemelha ao modelo de Sveiby representado pela figura 5.

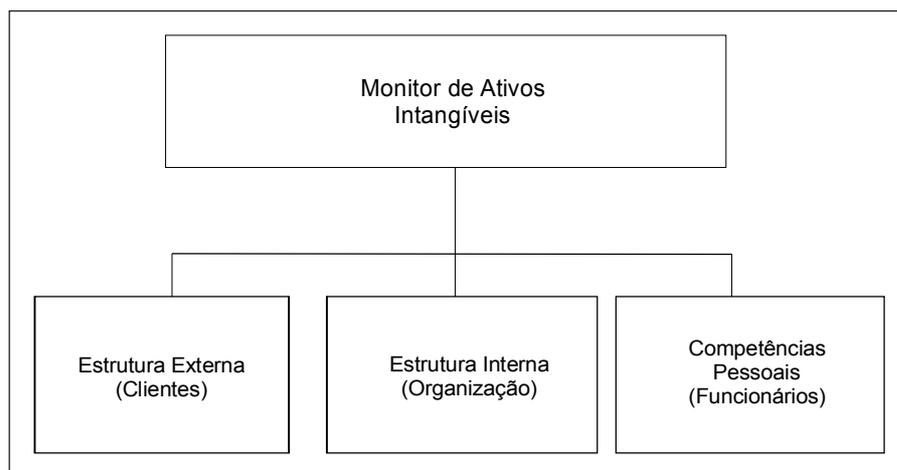


FIGURA 5 - MODELO DE SVEIBY
FONTE: Edvinsson (1998, p.47)

No contexto atual, não se pode afirmar que é expressivo o número de empresas que focalizam o Capital Intelectual e tenha seus sistemas de informações preparados para subsidiar a mensuração desse ativo.

Desta forma, ainda é necessário um aprofundamento das organizações na gestão do conhecimento e do seu capital intelectual, para que efetivamente se possa comprovar as metodologias e ferramentas aplicadas para esse fim, apesar do exemplo citado da empresa Skandia.

No próximo capítulo, baseando-se na justificativa teórico-empírica e referenciando-se nos objetivos gerais e específicos apresenta-se a metodologia aplicada para a realização desse estudo.

3 METODOLOGIA

A metodologia aplicada para a realização do estudo, baseia-se nas características da abordagem necessária para atender aos objetivos gerais e específicos e a partir da fundamentação teórico especificar o problema, através da definição do problema de pesquisa e das perguntas de pesquisas definidas para a realização da pesquisa que sustenta o estudo científico.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

As organizações necessitam adequar seus modelos de gestão à realidade externa em que estão inseridas e concomitantemente a esse ajuste se faz mister adequar-se também as pessoas da organização às mudanças provenientes do ambiente interno em consequência do ambiente externo da organização. Essa adequação impacta na forma de atuação da organização e baseada nessa premissa a autora busca a resposta ao problema de pesquisa desse estudo: Como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz?

3.1.1 Perguntas de Pesquisa

A partir do problema de pesquisa, engendram-se a construção das perguntas de pesquisa, justificando-se a não formulação de hipóteses ao fato da dificuldade por parte do pesquisador em formular hipóteses precisas e operacionais (GIL, 1987). Para esse estudo, as seguintes perguntas de pesquisa foram consideradas:

- Quais as práticas de gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz antes do novo modelo de gestão adotado?
- Quais as práticas de gestão do novo modelo de gestão adotado no Hospital Nossa Senhora da Luz?

- Quais as competências requeridas dos gestores pelo Hospital Nossa Senhora da Luz, após o início da implantação do modelo de gestão adotado?

Conforme citado no capítulo 2, fundamentação teórica, Hamel e Prahalad consideram esta pergunta como a segunda das 3 perguntas críticas que devem ser respondidas pelas organizações, quando essas estão interessadas em prever o seu futuro. Nesse estudo do Hospital Nossa Senhora da Luz, o qual passou por uma mudança estrutural, sendo adotado um novo modelo de gestão, impulsionado pela definição do setor saúde nacional e internacional, da busca da profissionalização das organizações de saúde, sejam elas de qualquer natureza pública ou privada, apresenta-se resposta a essa pergunta.

- Quais os impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz?

3.1.2 Definição Constitutiva e Operacional das Variáveis

Segundo Gil (1996), torna-se necessário operacionalizar as variáveis para torná-las passíveis de observação empírica e de mensuração, devendo-se defini-las teoricamente.

Para a realização desse estudo, foram analisadas as seguintes variáveis: variável independente Modelo de Gestão Adotado, que é a variável que influencia, determina ou afeta outra variável; é fator determinante, condição ou causa para determinado resultado efeito ou consequência e como variável dependente as Competências Individuais Requeridas dos Gestores, que consiste nos fenômenos ou fatores a serem explicados ou descoberto, por serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente; é o fator que aparece, desaparece ou varia conforme o investigador manipula a variável independente. (MARLONI E LAKATOS, 2003, p.138)

Modelo de Gestão

DC: consiste no corpo de conhecimento, compreendido como o conjunto de princípios, técnicas e explicações, que orientam a concepção e o modo de funcionamento de todos os elementos constituintes de uma organização (PEREIRA, 2001, p.47).

DO: verificação das práticas e processos de gestão realizados pelo modelo de gestão adotado na organização hospitalar estudada.

Competências Individuais

DC: é uma característica subjacente de um indivíduo que é casualmente relacionada a um efetivo critério de referência – padrão – e/ou uma performance superior em um emprego, profissão ou situação. (SPENCER e SPENCER, 1993, p.9)

DO: identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes que são requeridos dos gestores para superar as deficiências existentes após a adoção do novo modelo de gestão pelo Hospital Nossa Senhora da Luz.

Definição constitutiva e operacional dos termos considerados importantes no contexto da pesquisa

Competências

DC: um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo. (FLEURY e FLEURY, 2000)

DO: identificação dos conhecimentos, habilidades e atitudes existentes e que passaram a existir após a adoção do novo modelo de gestão pelo Hospital Nossa Senhora da Luz.

Competência Organizacional

DC: é o conjunto de habilidades e tecnologias que habilitam uma companhia a proporcionar um benefício particular para os clientes. (PRAHALAD E HAMEL, 1994, p.203).

DO: identificação do rol dos conhecimentos, habilidades e atitudes existentes na organização e que passaram a existir após a adoção do novo modelo de gestão pelo Hospital Nossa Senhora da Luz.

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Segundo Lakatos e Marconi (2002, p.29), delimitar a pesquisa é estabelecer limites para a investigação em relação ao assunto, à extensão e a uma série de fatores.

3.2.1 Delineamento da Pesquisa

Segundo Gil (2002), toda e qualquer classificação baseia-se em algum critério e para pesquisas estas bases são sus objetivos gerais e pode-se classificar as pesquisas em 3 grandes grupos: exploratória, descritiva e explanatória e com base nos procedimentos técnicos adotados, em correspondência à essa classificação Vergara (2000), classifica as pesquisas quanto aos fins, podendo ser exploratória, descritiva e explanatória e quanto aos meios. Sendo os fins o correspondente aos objetivos gerais e os meios o correspondente aos procedimentos técnicos adotados para a realização da pesquisa.

Baseada nesses dois autores, a pesquisa da autora é quanto aos fins ou objetivo geral exploratória e quanto aos meios ou procedimento técnico adotado um estudo de caso.

Na visão de Yin (2001), o estudo de caso é considerado como estratégia de pesquisa e utiliza-se o estudo de caso em inúmeras situações, dentre elas os estudos

organizacionais e gerenciais e para o mesmo autor: "O estudo de caso é apenas uma das muitas maneiras de se fazer pesquisas em ciências sociais." (p.19).

Ainda segundo Yin (2001), o poder diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências e essa estratégia como é chamado pelo autor o estudo de caso, tem aplicação de destaque quando se quer explicar vínculos causais em intervenções complexas na vida real ou descrever uma intervenção e o contexto em ela ocorre.

Segundo Freitas et al. (2000), para a realização da pesquisa e em função dos objetivos estabelecidos para a pesquisa, foram elencadas: as práticas de gestão existentes no Hospital Nossa Senhora da Luz e as práticas que passaram a existir após a adoção do novo modelo de gestão, caracterizando assim um *cutre transversal* na organização.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso utiliza várias técnicas das pesquisas históricas, porém acrescentam-se duas outras fontes de evidências que normalmente não fazem parte do cotidiano do historiador: a observação direta e uma série sistemática de entrevistas.

A técnica escolhida para a realização da pesquisa foi a entrevista junto aos gestores da organização e junto ao gestor de Recursos Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, caracterizado como prestador de serviços de RH para a Aliança Saúde e suas unidades de gerenciais agregadas.

3.2.2 População e Amostra

Estão compreendidos na população todos os níveis gerenciais: estratégico, tático e operacional do Hospital Nossa Senhora da Luz, a amostra foi intencional, pois serão entrevistados todos os gestores da referida organização, sendo a amostra do tipo censo.

3.2.3 Dados: Tipos, Coleta e Tratamento

As informações serão coletadas com o propósito específico em questão, constituindo-se em fonte de dados primários e dados secundários (KOTLER; ARMSTRONG, 1995) e análise documental.

Os dados primários serão coletados por meio de entrevistas não-estruturadas junto aos gestores da organização. Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.94), o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, é uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal. Este tipo de entrevista ainda segundo Ander-Egg citado por Lakatos e Marconi (2003, p.94), apresenta três modalidades e a escolhida para esta pesquisa é a entrevista focalizada:

Há um roteiro de tópicos relativos ao problema que se vai estudar e o entrevistador tem liberdade de fazer as perguntas que quiser: Sonda razões e motivos, dá esclarecimentos, não obedecendo, a rigor, a uma estrutura formal. Para isso, são necessárias habilidade e perspicácia por parte do entrevistador. Em geral, é utilizada em estudos de situações de mudança de conduta.

Nas entrevistas foi explicada a importância do estudo e da participação de cada entrevistado, com a garantia de sigilo dos dados pessoais.

A coleta de dados, segundo Lakatos e Marconi (2003, p.168), é a etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e técnicas selecionadas, a fim de se efetuar a coleta dos dados previstos.

Os dados foram tratados de forma qualitativa, extraídos das entrevistas os elementos práticos de análise. Antes da análise e interpretação, os dados foram elaborados e classificados de forma sistemática, seguindo os seguintes passos: seleção, codificação e tabulação (LAKATOS e MARCONI, 2002).

A seleção dos dados foi realizada através da interpretação das respostas colhidas nas entrevistas com os gestores da organização estudada, codificados de

acordo com as perguntas de pesquisa elaborados e tabulados conforme a aplicação de dois modelos teóricos descritos no capítulo 2, fundamentação teórica. Com base nesses dois modelos foi viabilizada a realização das duas etapas seguintes do tratamento dos dados que são a análise e a interpretação dos dados.

Ainda segundo Lakatos e Marconi (2003, p.167-168), a análise e a interpretação dos dados é o núcleo central da pesquisa, as quais são atividades distintas, porém complementares. Para análise dos dados obtidos, que é a tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores. Nessa pesquisa foram evidenciadas as relações existentes entre as variáveis dependente e independente e através da resposta às perguntas de pesquisa. Para a interpretação dos dados obtidos, que em geral, significa a exposição do verdadeiro significado do material apresentado, em relação aos objetivos propostos e ao tema, utilizou-se como base a codificação dos dados qualitativos em quantitativos, proporcionando melhor entendimento aos leitores da pesquisa quanto aos resultados obtidos e a correlação existente entre os modelos teóricos aplicados e a comprovação ou não da dependência das variáveis definidas para a pesquisa.

O próximo capítulo trata da análise do setor saúde através de três óticas diferentes. Essa análise enfoca a importância das transformações ocorridas no setor em função da economia do conhecimento, dos fatos cronológicos da história do setor saúde brasileiro e da organização objeto desse estudo.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo descreve-se a situação do setor saúde focando-o sob três óticas distintas a do conhecimento, a cronológica no Brasil e a da organização estudada para o desenvolvimento dessa dissertação de mestrado.

Propõem-se analisar o setor saúde na primeira seção desse capítulo sob a ótica do conhecimento, onde as informações do ambiente das organizações hospitalares reforçam o desafio da gestão dessas organizações, sendo condição *sine qua non* que haja conhecimento e que esse conhecimento flua dentro das organizações, esta análise está de acordo com o descrito no capítulo 1 sobre o setor saúde e fundamentado pelo descrito no capítulo 2 sobre gestão do conhecimento especificamente. Já na segunda, propõe-se analisar o setor saúde sob a ótica cronológica dos principais fatos e acontecimentos desse setor no Brasil, como um breve relato dos caminhos seguidos pelo setor saúde e elucidando a história de como se chegou no estágio em que se encontra esse setor brasileiro no momento.

E na terceira seção retrata-se a história do Hospital Nossa Senhora da Luz desde a sua fundação até a data de realização desse estudo, onde se relata e se analisam as principais as práticas gerenciais identificadas na pesquisa realizada pela autora.

4.1 ANÁLISE DO SETOR SAÚDE SOB A ÓTICA DE UMA ANÁLISE ESTRATÉGIA

A importância do conhecimento para os gestores independe de sua formação educacional como já citado anteriormente nesse estudo, o importante é que eles possuam o conhecimento para gerirem suas organizações e que os apliquem esses conhecimentos na busca de novas competências exigidas pelo cenário do setor saúde. Motivados por essa mudança de paradigma que os gestores do setor saúde têm vivenciado, as organizações têm visto como fundamental a busca das melhores práticas existentes de gestão para dar

sustentação aos seus gestores e para que eles possam viabilizar à manutenção de suas organizações no mercado, bem como melhorar o seu posicionamento no setor saúde.

As influências da Economia do Conhecimento no setor saúde identificam-se pelas novas formas de gestão e de organização empresarial, onde as empresas começam a utilizar novas ferramentas de gestão dentre elas as mais freqüentes são a análise de cenários, a qualidade total e o *balance score card*.

A partir da constatação da influência da economia do conhecimento no setor saúde, possibilita-se realizar uma análise estratégica desse setor, utilizando-se o modelo de análise SWOT (forças e fraquezas, ameaças e oportunidades) o qual permite analisar o negócio dentro dos ambientes em que está inserido, seja ele interno ou externo. Portanto, procedendo-se a análise a partir desse modelo, descreve-se primeiramente o ambiente externo ao setor sob alguns aspectos fundamentais:

- Tecnologias existentes e usadas pelos concorrentes: Hoje, nos centros médicos mais modernos, a utilização de tecnologia de ponta no setor de saúde é uma realidade, com a possibilidade de acesso à essas tecnologias por qualquer *player* do setor, tornou-o mais competitivo o que traz a necessidade de se avaliar os concorrentes e suas práticas com mais freqüência e realizar uma gestão mais profissional.
- Políticas econômicas, legislação e sistema financeiro: conforme descrito no histórico, o Governo Federal definiu através de duas leis a forma de atuação do setor de saúde através do Ministério da Saúde, com a aprovação do plano de acreditação hospitalar. A responsabilidade pela saúde pública é do Governo em todas os seus níveis, federal, estadual ou municipal, com isso o setor de saúde é profundamente influenciado pelas decisões no que diz respeito à captação de dinheiro e credenciamentos para importação ou exportação de tecnologia ou equipamentos, instrumentos e medicação.

- Impactos no meio ambiente: o descarte de material hospitalar tem regras específicas a serem seguidas e é fundamental que isso ocorra dentro dos processos definidos pela lei. Isto implique, na busca da excelência através dos programas de qualidade e de responsabilidade social de muitos *players* do setor. As multas por contaminação do meio ambiente são pesadas e repercutem muito na imagem da organização, podendo até ser excluído temporariamente ou definitivamente do mercado.
- Organizações sindicais: quanto maior a qualificação exigida do corpo funcional e quanto maior forem as exigências com relação a metas e resultados, as organizações sindicais passam a exercer um papel de fundamental importância, podendo ser parceiros e alavancadores do processo de modernização como também uma oposição forte no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores.
- População e Consumidores: o cliente principal desse setor e que possui uma força mobilizadora tanto para alavancar o negócio quanto para tirá-lo do mercado. Quanto maior o nível de conscientização da população sobre a legislação e seus direitos constitucionais, maior a pressão exercida nas organizações do setor de saúde.
- Infra-estrutura existente na comunidade: um grande facilitador do processo de modernização, desde que exista a parceria estratégica com os governos municipais, até porque o próprio modelo preconizado para os serviços de saúde é a consolidação dessas parcerias. Isto quer dizer que quanto melhor for a infra-estrutura existente menor serão as dificuldades para a implantação do modelo proposto.
- Mercado: altamente competitivo, com a possibilidade de novos entrantes, principalmente os planos de saúde.
- Concorrentes: podem e devem ser vistos como parceiros estratégicos, a evolução e desenvolvimento de especialidades possibilitam um

mercado para um grande número de *players*, preferível manter o crescimento do mercado como um todo do que simplesmente buscar o aumento da sua própria fatia no mercado.

- Fornecedores: podem e devem ser vistos como parceiros estratégicos, a evolução e desenvolvimento de novos produtos possibilitam a agregação de valor tanto para fornecedor como para comprador neste setor. A força pode ser equilibrada onde ambos terão uma boa posição no mercado.

Quanto à segunda parte da análise – Ambiente Interno, conforme previsto no modelo de Análise SWOT (forças e fraquezas, ameaças e oportunidades) relata-se a seguir:

- Relacionamento com os clientes: todo o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde a palavra do momento é atendimento ao cliente, o mercado altamente competitivo e a exigência dos clientes cada vez maior, os altos custos pagos pelos tratamentos e consultas, faz com que o atendimento seja visto como ponto de excelência no setor.
- Promoção e propaganda: o atendimento ao cliente é a propaganda necessária e eficiente para esse setor, no caso dos planos de saúde a flexibilidade na transição de um plano para outro sem prazos de carência ou mesmo perdas de benefícios faz com que os clientes repensem seus fornecedores.
- Análise de Índices Financeiros: pouco utilizada mais de importância fundamental, para que possa ter preços que concorram no mercado e para que possam se auto-sustentar em função dos valores repassados pelos atendimentos do Sistema Único de Saúde – SUS, normalmente com valores abaixo da realidade do mercado.
- Planejamento e controle financeiro: fundamental para a mudança das práticas de gestão, uma gestão profissional não é concebível sem um planejamento e controle financeiro, a busca das práticas de excelência

em gestão por várias organizações do setor, vem demonstrando a carência nesse segmento.

- Instalações: urge no setor a busca da modernidade das instalações físicas e também com a implantação dos programas de qualidade total, a busca da limpeza e senso de ordenação vem facilitar a implantação das práticas de excelência em gestão e ao aumento de procura pelos clientes em algumas organizações do setor.
- Equipamentos: normalmente, um processo difícil e dispendioso principalmente para hospitais da rede pública, a modernização exige um alto investimento em equipamentos de alta tecnologia e de última geração o que implica também na atualização e capacitação dos profissionais responsáveis pela utilização dos mesmos. Este talvez seja uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas organizações do setor de saúde brasileiro.
- Processo produtivo: um processo que em muitas organizações ainda não está totalmente mapeado, gerando muito retrabalho, desgaste da imagem da organização perante o público e os clientes. Há uma necessidade emergente de se intervir profissionalmente no processo produtivo do setor de saúde. O produto deveria ser mais pessoas com saúde e o contrário é o que acontece. Mais doentes e mais necessidades de internamento, menos leitos, menos profissionais de saúde dispostos e disponíveis.
- Padrão de qualidade: a busca atual e de prioridade "zero" de todas as organizações e profissionais desse setor, refletido no próprio manual brasileiro de acreditação hospitalar do Ministério da Saúde, que tem suas premissas baseadas na busca desses padrões de qualidade.
- Sistema de custos: ainda uma incógnita para a maioria das organizações, com exceção das que foram pioneiras na busca da

excelência em gestão. Nos demais casos, uma composição híbrida entre atendimento pela rede pública e atendimento particulares, tabelas da Associação Médica, custos hospitalares altíssimos, e sem muito direcionamento para solução.

- Suprimentos: uma grande dependência dos fornecedores e do controle financeiro e orçamentário exige também um mapeamento urgente desse processo para que se possam racionalizar procedimentos e baratear o custo de armazenamento e aumentar a eficiência no processo de suprimento de materiais e medicamentos.
- Aspectos relacionados a recursos humanos: os recursos humanos das organizações do setor de saúde brasileiro é o seu ponto de mutação. Da mesma forma como é na qualificação técnica o grande diferencial competitivo dessas organizações, é também a grande barreira, a grande força de resistência às mudanças tão necessárias. A grande mudança de paradigmas está justamente calcada nas mudanças comportamentais necessárias dos profissionais da área de saúde. Pois hoje, com o processo de acreditação hospitalar o pessoal da lavanderia tão importante quanto o corpo clínico, e isso exige uma postura dos gestores dessas organizações diferenciada em termos de competências para o trato dos recursos humanos. Todo o processo de modernização passa pelas pessoas, estejam elas em qualquer nível da organização, do estratégico ao operacional, a importância no desenvolvimento e capacitação é fundamental para todas.

4.2 ANÁLISE DO SETOR SAÚDE SOB A ÓTICA CRONOLÓGICA DO SETOR NO BRASIL

Em uma visão cronológica e correlata aos períodos políticos do Brasil, passa-se a relatar os acontecimentos e fatos mais importantes do Setor Saúde Brasileiro.

No período do descobrimento do Brasil até o primeiro reinado entre o século XVI e XIX (1500-1888), o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador em criá-lo. A atenção à saúde limitava-se a plantas e ervas e a curandeiros (1500). A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, só existiam 4 médicos exercendo a profissão no Rio de Janeiro e inexistiam médicos em outros estados do país. Como consequência da inexistência de uma assistência médica estruturada fez com que proliferassem os Boticários (farmacêuticos), que não dispunham de um aprendizado acadêmico (1789). D. João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e em novembro de 1808 foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao Hospital Militar. Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e o controle de navios e saúde dos portos.

No início da república no final do século XIX (1889) até 1930, já em pleno século XX, a falta de um modelo sanitário para o país, deixava as cidades à mercê de epidemias. A cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado por doenças graves como a varíola, malária, febre amarela e depois a peste, com consequências graves para o comércio exterior. Nomeia-se Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública com o propósito de erradicar a febre amarela, implantando o modelo de intervenção conhecido como campanhista. Em 1904, Oswaldo Cruz cria a lei federal n.º 1261, instituindo a vacinação antivaríola obrigatória em todo o território nacional o traz como consequência o surgimento de um grande movimento popular conhecido como a "Revolta da Vacina". O modelo campanhista obteve importantes vitórias como a erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o que o fortaleceu e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área de saúde coletiva durante décadas. Nessa reforma foram incorporados como elementos das

ações de saúde: os registros demográficos, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população; a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico e a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Carlos Chagas reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo que era até então puramente fiscal e policial.

As assistências hospitalares, infantis e a higiene industrial se destacaram como problemas individualizados. Expansão das atividades de saneamento para outros estados. Um fato relevante para a formação de profissionais foi a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

As exigências político e socioeconômicas eram uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que pudessem prejudicar a exportação (1920).

Aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, através dessa lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), somente para operários urbanos e o Estado não participava propriamente do custeio das Caixas. As empresas, conforme a lei, recolhiam mensalmente e em conjunto a contribuição das três fontes de receita e depositavam em conta bancária da sua respectiva CAP. Em 1923, os fundos proviam as pensões, aposentadorias e também os serviços funerários e médicos (artigo 9.º), como também a assistência aos acidentados no trabalho (artigo 27).

No período de 1930 a 1960 foi criado além dos outros o Ministério da Educação e Saúde (governo Getúlio Vargas), com a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça) e a pulverização de ações de saúde a outros setores. Extensão a todas as categorias operárias urbanas organizadas os benefícios da previdência, assim as

CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), onde os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não mais por empresa (1930). Criado o primeiro dos IAPs, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM). No artigo 46 estavam definidos os benefícios assegurados aos associados, além da aposentadoria e pensão, assistência médica e hospitalar com internação de 30 dias; socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração (1933). Criados o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB) (1934), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) (1936) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) (1938).

Em 1941, instituiu-se a Reforma Barros Barreto onde se destacaram as seguintes ações: (1) instituições de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; (2) criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); (3) fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz como referência nacional e descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; (4) destaque aos programas de abastecimento de água e de construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; (5) atenção aos problemas de doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

Em 1949, criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), o qual era mantido pelos IAPs e CAPs remanescentes. A maioria das ações de saúde pública do Estado Novo ficou reduzida a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções dos grandes problemas sanitários existentes naquela época. As despesas com assistência médica representavam apenas 7,3% do total de despesas da previdência social. (NICZ, 1982).

Em meados da década de 50, Os IAPs tinham um papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período do século XX, como "*instrumento de captação de poupança forçada*", através de seu regime de capitalização, conforme citado por Nicz (1982). Foi criado em 1953, o Ministério da Saúde somente como um desmembramento sem significar uma nova postura do governo.

Em 1960 foi sancionada e promulgada a lei 3.807, chamada de Lei Orgânica da Previdência Social. Nesse ano, as despesas com assistência médica já passavam a representar 19,3% do total de despesas da previdência social, segundo citado por Nicz (1982). Em março de 1963 os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema com a promulgação da lei 4.214 que instituiu o fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). A lei previa contribuição das 3 partes: empregado, empregador e o governo, embora esse último nunca tenha cumprido a sua parte, fato este que comprometeu seriamente o sistema até os dias de hoje.

No período da Revolução de 64, no Governo revolucionário o processo de unificação avança e o governo promove uma intervenção em todos os Institutos, substituindo os conselhos administrativos por juntas de intervenção nomeadas pelo governo. No ano de 1966, as despesas com assistência médica já passam a representar 24,7% do total de despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária. (NICZ, 1982).

Em janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS) consolida-se a unificação dos seis IAPs, o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O novo Instituto sobre a influência dos técnicos egressos do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), que tinham forte tendência privatizante, dando assim condições para se desenvolver o chamado "complexo médico-hospitalar"

Na década de 70, os chamados anos do milagre econômico, o governo militar, com a unificação do sistema previdenciário, foi obrigado a incorporar os benefícios já instituídos além das aposentadorias e pensões. Em 1970, foi criada a

Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com as atribuições do DENERU, controle de endemias e erradicação da malária, em 1971, os trabalhadores rurais passaram a ser beneficiários do sistema previdenciário com a criação do PRORURAL e no ano seguinte os empregados domésticos e autônomos.

O aumento substancial da base de contribuintes e em consequência deste o de beneficiários, fez com que o governo toma-se a decisão de como atender à demanda e à necessidade de ampliação do sistema, que foi direcionar os recursos públicos para a iniciativa privada com o intuito de cooptar setores importantes e influentes da economia e da sociedade. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS).

Formação de um complexo sistema médico industrial em função dos convênios e contratos feitos entre o governo e médicos e hospitais do país, o que gerou um grande aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde onde se definiu o campo de atuação na área de saúde, ficando para o Ministério da Previdência a medicina curativa e para o Ministério da Saúde a medicina preventiva, este documento reconheceu e tornou oficial a dicotomia da questão saúde no país.

Com a escassez de recursos destinados ao Ministério da Saúde este se tornou mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde, como se pretendia. Em 1976 iniciou-se um programa chamado Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em função de recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, resultando numa grande expansão da rede ambulatorial pública por todo o território nacional. Esse grupo se capitalizou rapidamente chegando o sistema a ficar tão complexo que em 1978 o INPS cria uma estrutura administrativa própria que é o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Ainda na década de 70, com a crise mundial da economia, veio a crise do modelo de medicina curativa no Brasil e que trouxe consequências para a população com baixos salários, que passou a conviver com o desemprego e as

suas graves conseqüências sociais como a marginalidade, crescimento das favelas, aumento da mortalidade infantil entre outras tantas e a sofrer a pior das conseqüências que foi a exclusão social.

O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas, pela priorização da medicina curativa, pela incapacidade de solucionar os principais problemas de saúde coletiva (endemias, as epidemias e os indicadores de saúde), os aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente, a diminuição do crescimento econômico repercutindo na arrecadação para o sistema previdenciário, provocando a redução de suas receitas, a incapacidade do sistema em atender a população composta por um alto número de excluídos sociais, que sem emprego formal com carteira assinada e sem condição financeira de contribuir para a previdência passam a ser excluídos também do sistema de saúde, além dos problemas administrativos e financeiros do modelo como os desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal, o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união).

Em 1981, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS, tentando conter os custos e combater fraudes. Neste Conselho alguns técnicos ligados ao movimento sanitário passam a ocupar postos de importância o que propicia o início da ruptura interna da dominância dos anéis burocráticos previdenciários.

O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes e propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

Devido ao agravamento da crise financeira o sistema redescobre quinze anos depois a existência do setor público de saúde e a necessidade de se investir nesse setor, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência.

Em 1983, foi criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Com o final do regime militar e o surgimento de diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONASEMS) e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde).

É preciso fazer um pequeno corte nesta seqüência para entender como o modelo médico neo-liberal procurou se articular neste momento da crise. A partir do momento, em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Deste modo foi concebido um subsistema de ATENÇÃO MÉDICO-SUPLETIVA composta de 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Estes serviços e benefícios eram predeterminados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas.

O subsistema de atenção médico-supletiva cresce vertiginosamente, na década de 80, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000

brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00 (MENDES, 1992).

Em 1990 o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: "A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento.

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros.

A NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados.

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993. A crise de financiamento do setor saúde se agrava e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a cobrança por fora é um fato.

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva. A Santa Casa de Belo Horizonte faz o mesmo e lança o seu plano de saúde, o que implica numa diminuição de leitos disponíveis para o SUS.

Os Hospitais Universitários, último reduto da assistência médica hospitalar de excelência no nível do SUS, também entram em crise. Em 1997 os Hospitais Universitários do país "são forçados" a reduzir o número de atendimentos, e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos. As dívidas dos hospitais universitários ultrapassaram a quantia de 100 milhões de reais (Abril/ 1997). Muitos deles operavam com a metade do número de funcionários necessários ao seu funcionamento.

O governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. É fundamental destacar que uma das alterações mais importante introduzidas pela NOB 96 refere-se à forma de repasse

dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per capita (PAB) e não mais vinculado à produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

Em novembro de 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas e por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços, a saber: o plano ambulatorial, o plano hospitalar sem obstetrícia, o plano hospitalar com obstetrícia e o plano odontológico.

Estes fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é primordialmente com o ganho financeiro e com o lucro do capital, e não com a saúde dos cidadãos. Prova maior disto foi a afirmação das seguradoras de que os planos deveriam aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem as novas regras.

No início de 1999, o país atravessa uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo, que procura responder mais uma vez com um novo acordo de empréstimo junto ao FMI, e no plano interno com uma nova política recessiva, ditada pelo FMI, o que gera uma diminuição do PIB e um aumento ainda maior do desemprego no país.

No bojo do pacote recessivo propõe e aprova no congresso em março de 99 o aumento da CPMF de 0,20 para 0,38 %, o imposto criado para ser provisório e que deveria ser destinado unicamente para a saúde e tornou-se definitivo.

Na virada do século XXI continua ainda o mesmo impasse e o governo brasileiro opta por uma mudança de rumos começando a buscar rede de atendimento mais padronizada e com maior qualidade na gestão dos seus processo, publica então o Manual de Acreditação Hospitalar, mencionado pela autora no capítulo 1 – Introdução, desse estudo.

4.3 SOB A ÓTICA DA ORGANIZAÇÃO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

4.3.1 Histórico

Solicitado em 1857, após 4 anos de instalação da Província do Paraná, em relatório presidencial, a apresentação de planta da obra de uma enfermaria para alienados. Os doentes mentais eram até então alojados no Hospital de Misericórdia, em prédio doado pela Loja Maçônica "Candura Curitibana". O problema foi equacionado com construção de uma enfermaria especializada.

Ergueu-se no subúrbio do Ahú, um edifício, de bloco único do "Asilo de Alienados de Nossa Senhora da Luz," primeiro nome da entidade, inaugurou-se em 25 de março 1903, pelo provedor da Irmandade Monsenhor Alberto José Gonçalves - Dom Alberto, esse edifício era situado onde hoje se acha instalada a Penitenciária do Estado.

Em 29 de Janeiro de 1905, o Irmão Provedor em reunião da Irmandade, comunicou que o Governo do Estado propôs a Santa Casa a compra do Edifício do Hospício Nossa Senhora da Luz, do Ahú, para nele se instalar a Penitenciária do Estado, prometendo indenizar a Irmandade da importância dispendida com a construção de um novo Hospício. Fez ver a vantagem dessa proposta, uma vez que a prática agora adquirida faz ver que a construção de um novo Estabelecimento deve ser feita de acordo com as regras da ciência e higiene, que manda ser em pavilhões separados, a exemplo do que foram construídos em São Paulo. O Governo do Estado entraria com as prestações equivalentes do novo Hospital.

A Irmandade constrói nos terrenos do antigo Prado de corrida, hoje Rua Marechal Floriano os 3 primeiros pavilhões isolados com acomodações para 150 doentes, já sob ótica clínica decorrente das as observações feitas no Asilo Juqueri no Estado de São Paulo.

Em 1910 já eram insuficientes esses Pavilhões, pois que o número de alienados que demandavam ao Hospício, dos diversos pontos do Estado era

enorme. Os 2 próximos pavilhões 4 e 5 foram construídos em 1914 e 1931 respectivamente.

No Relatório do Director Medico do Hospício de N. S. da Luz nos anos de 1912 a 1914, foram elencadas as principais dificuldades enfrentadas pelo gestor do Hospício e algumas das características da gestão naquele período, descritas abaixo.

Especificamente no ano de 1912, a tabela 1 abaixo apresenta o excesso de população no Hospício o que trazia sérios problemas para a continuidade dos serviços com a qualidade desejada e possível na época.

TABELA 1 - POPULAÇÃO DO HOSPÍCIO DE NOSSA SENHORA DA LUZ -1912

SEXO	QUANTIDADE			
	Pavilhões	Existente	Prevista	Excedente
Masculino	02	184	100	84
Feminino	01	133	50	83
Total	03	317	150	167

FONTE: Relatório do Director Medico do Hospício de N. S. da Luz nos anos de 1912

As conseqüências provenientes do excesso de população que estavam apontadas no relatório foram as seguintes: a higiene bastante precária; a falta de separação entre os doentes, os calmos misturados com alienados perigosos e com delinqüentes; ambiente desagradável pela falta de asseio; infecção por tuberculose, criando epidemia; pátio de recreio tão desordenado quanto perigoso como também os dormitórios.

Nesse relatório também se encontravam as propostas para solução dos problemas apontados como a criação de colônias agrícolas para solucionar o super povoamento, proposta esta baseada na realidade da França, existente desde 1861, com o objetivo de triar os alienados crônicos, dos com possibilidade de cura. Observe-se que mesmo num período onde não havia as facilidades de comunicação entre os continentes, os gestores daquela época buscavam as melhores práticas do setor em outros países. Prática de gestão que na atualidade caracterizam os novos modelos de gestão.

Outra proposta constante do relatório para melhorar o ambiente do Hospício era o uso de terapia ocupacional com o objetivo de minorar a ociosidade e tornar os alienados produtivos, segundo Lemos (1915):

Devem elles ter passeios, jogos e entretenimentos, não como meio exclusivo de passar o tempo e distrahir o espírito, mas intermeados de uma occupação útil qualquer, para se não tornarem fastidiosos. O trabalho, lei universal da natureza para a saúde, tanto do corpo como do espírito, é especialmente benéfico para o louco, visto que substitue as idéias mórbidas por novos e salutaes pensamentos, revive o hábito familiar de actividade diária, restaura a estima da própria personalidade, mostrando ao paciente que é elle útil pra alguma cousa, ao mesmo tempo que lhe promove a saúde do corpo. Em resumo o trabalho physico no tratamento das moléstias nervosas e mentaes é útil: 1.º sob o ponto de vista physiologico, como todo o movimento; 2.º sob o ponto de vista hygienico, como meio de desenvolvimento; 3.º como meio moralizador; 4.º como meio pedagógico; 5.º como meio de equilibrar as funções do cérebro.

A proposta de criação de sinergia da colônia, das criações e plantações com o suprimento ou pelo menos complementação de necessidades de alimentos, suprimindo melhor de alimentação o Hospício, sem ônus dos poucos recursos existentes, a exemplo do que já acontecia no Estado de São Paulo. Observe-se que se pode analisar sob 3 visões esta proposta para a organização: 1.^a visão o impacto na estrutura organizacional, provocando uma verticalização; 2.^a visão da prática médica como uma forma de resolver o problema da ociosidade dos pacientes e 3.^a visão da otimização de recursos financeiros, com a produção de alimentos.

A proposta de dimensionar melhor o quadro de enfermeiros seja quantitativamente quanto qualitativamente, apontada pela insuficiência do quadro de enfermeiros devido à superpopulação e os existentes na maioria não idôneos. Observe-se que naquela época já eram requeridos ou ao menos se notava a necessidade de profissionais qualificados e/ou com habilidade adequada, é a busca do perfil adequado para o desempenho das atividades. Na época a competência era a idoneidade. Esse problema foi em parte resolvido com o trabalho das Irmãs de São José, as quais trabalhavam incessantemente e além de outras qualificações e habilidades eram pessoas idôneas.

Aplicação de métodos de psiquiatria como hidroterapia e clinoterapia com excelentes resultados para os incuráveis e a terapia ocupacional – o trabalho na lavoura – para os que podiam trabalhar. Além do cultivo, as mulheres ajudavam na lavanderia, cozinha e até mesmo aos enfermeiros no trabalho noturno. Observe-se que esta prática do início do século XX vem sendo adotada como terapia ocupacional no início do século XXI, dentro do processo de preparação de reinserção social dos pacientes.

Um dos maiores problemas citados no relatório era a facilidade com que vagabundos trazidos pela polícia eram internamentos como indigentes, com conseqüências maléficas aos pacientes, essas pessoas quando úteis eram utilizados como mão-de-obra, em caso contrário dava-se alta. Observe-se que o hospital era para alienados e na época eram internados vagabundos, procedimento este que provocava uma distorção na missão do Hospício, se tornando também albergue para indigentes.

Outro problema citado era a internação de pacientes trazidos pela Polícia Civil sem as informações necessárias sobre a saúde e sobre as ocorrências de distúrbios do indivíduo, dificultando a assertividade no tratamento.

No ano de 1913, além da repetição das propostas para solução dos problemas do ano anterior e das citações dos problemas que ainda persistiam, foram explicitadas novas propostas de soluções para os problemas de superpovoamento e de falta de separação por gravidade do transtorno mental, sexo e idade dos pacientes, como segue: busca incessante da construção de mais pavilhões para poder separar os alienados por gravidade de estado e também as crianças dos adultos; para os perigosos só restava a casa de força e a camisola de força, o que não era recomendado pelo gestor, por não considerar prática terapêutica. Ainda relatava o número de altas por sexo, por alienação, condição de indigente e também do número de fugas e retornos.

No ano seguinte o relatado foi diferente dos anos anteriores no que dizia respeito à prática terapêutica, conforme descrito pelo gestor Lemos (1914),

[...] sobre a therapeutica que aplicamos, eu só vos tenho a relatar que de accordo com as nossas posses procuramos fazer o que é possível". (p.xx); ao quadro de enfermeiro, conforme citado pelo mesmo gestor "Os nossos enfermeiros são dignos de elogios e as nossas irmans de caridade, no seu piedoso officio, são dignas filhas immaculadas que merecem as nossas adorações e o reino bemaventurado dos céus.

Relatado estatisticamente o número de pacientes e indigentes internados durante os últimos 11 anos de existência do Hospício; o número de altas e falecimento desses, descriminando-os por sexo e causa *mortis* e o número de novos internos por sexo e insiste em relatar a necessidade premente de separação dos pacientes pela gravidade do transtorno mental e também dos indigentes.

Após o incêndio de 1916, foram reconstruídas as dependências com muitos melhoramentos, erguendo-se no local um pavilhão. Um outro pavilhão em semicírculo destinado à seção masculina de quartos fortes e só depois de 1930 foi construído a feminina.

E assim, o Asilo foi se expandindo, até a construção em 1923 do edifício da frente para administração e a clausura, como também para espaçosa capela, que era aberta ao público, por falta de igreja naquela região, embora fosse fechado o regime do hospital. Toda a construção proporcionada por uma quantia legada em testamento por Dom Alberto, ex-provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

Em boa parte da existência do Hospital Nossa Senhora da Luz, este teve à frente da administração as Irmãs da Casa de São José, como também a chefia da enfermagem que lhes foi entregue desde a fundação. A situação financeira sempre difícil e sob a ajuda e tutela da Santa Casa, sua receita era na maioria auxílio e subvenções e donativos especiais.

Desde a sua fundação em 1912 a Universidade do Paraná tem cooperado através de sua Faculdade de Medicina, para a eficiência do Hospital Nossa Senhora da Luz, como a utilização do laboratório de química biológica a análises clínicas para realização de exames dos pacientes, desde 1939.

O Hospital Nossa Senhora da Luz em contra partida cedia-lhes o uso de sala onde se ministravam aulas de neurologia e psiquiatria, aos sexto-anistas eram

abertos os serviços de indigentes; a casa hospedava - permanentes, alguns acadêmicos; algumas teses foram elaboradas com observações colhidas no hospital sobre novos métodos da época de tratamento de transtornos mentais.

O Hospício de Nossa Senhora da Luz, que em 1905 era composto de somente três Pavilhões, que mal podiam acomodar 150 doentes, até 1999 como Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto passou a ter 9 Pavilhões com capacidade para recolher cerca de 650 doentes, afora os diversos outros pavilhões de Cozinha, Lavanderia, Marcenaria, Refeitório e Vestiário, Capela Mortuária, etc.

No Relatório do Diretor Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz nos anos de 1972 a 1973, foram relatadas pelo gestor do Hospital as características da gestão naquele período e estão descritas abaixo.

Nesse relatório foi realizada a prestação de contas e atos durante o referido biênio, relatório esse com padrão definido, onde fica caracterizada a subordinação hierárquica à ISMC através do Titular Provedor, subordinação decorrente de uma organização bem definida, onde havia definição clara de poderes e dos níveis de decisão.

As principais práticas de gestão citadas no relatório eram a valorização de todos os níveis hierárquicos, inclusive a valorização do trabalho realizado pelo corpo funcional, o claro entendimento da missão do Hospital embora sua definição não estivesse escrita e muito menos disseminada para todo o corpo funcional.

Como em outros relatos, o uso de referências externas também é citado nesse relatório com a intenção de adequar a nova construção do Hospital Nossa Senhora da Luz, à modernidade e o atendimento à lei de saúde.

Relatada a análise do aumento da demanda de leitos desde 1905 até o biênio do referido relatório e a correspondência com o crescimento da infraestrutura do Hospital, através da construção de pavilhões e a referida utilização. Nos anos de 72 e 73 o Hospital lera constituído por 9 pavilhões e tinha

internados 650 doentes e ainda o aproveitamento do espaço físico para plantações diversas, com a mesma finalidade explicitada nos relatórios anteriores, de auto-sustento na alimentação.

As práticas de recursos humanos, administrativas e financeiras foram também relatadas, quando descreve os vários tipos de trabalhadores e enfatiza os resultados através do trabalho da equipe composta por médicos, pessoal administrativo, corpo diretivo e pelas irmãs de caridade.

As atribuições administrativas e financeiras da Secretaria e da Tesouraria se encontravam descritas e claras, como também a centralização do processo de administração de pessoa e o processo contábil na ISMC, as contas eram apresentadas pelo Hospital e recebidas pela Irmandade, bem como o pagamento de contas e faturas eram responsabilidade da ISMC. Isso caracterizava a pouca delegação administrativa e financeira existente, a centralização do controle na Irmandade.

Existência de controle estatístico da produtividade dos médicos que era medida por número de diárias, ou seja pelo período de internação dos pacientes, era pratica naquele biênio a realização do planejamento para o aprimoramento e a continuidade dos serviços prestados, com a definição de planos como o de reformas e recuperação, o de melhorias (obras novas) os planos sempre apresentavam as vantagens, sempre com o foco financeiro nos seus estudos de viabilidade econômica e estudos de viabilidade financeira para as atividades de suporte, em conseqüência neste período a prestação de contas do Hospital apresentou superávit, mesmo sendo necessário a redução de 60 leitos para cumprimento das legislações, após ter o Hospital sofrido algumas autuações.

Nos relatos de 1984 apresentaram-se várias propostas à Provedoria da Irmandade como a proposta de inclusão de musicoterapia nas práticas terapêuticas, viabilizada através de convênio com a Faculdade de Educação Musical do Paraná desde 1973, a proposta para alteração do estatuto, uma das sugestões, gerir os recursos no próprio Hospital Nossa Senhora da Luz. Observe-se a reivindicação de

autonomia; a proposta de contratação de Administradores Hospitalares como indício da busca da profissionalização da administração do Hospital e uma proposta de delegação de poderes ao Corpo Clínico e Diretoria Clínica.

Nos relatos de 1992, após um intervalo de 8 anos, foi proposta e aprovada uma nova mudança no regulamento, buscando maior autonomia nos processos clínicos para o Diretor Clínico, Chefe do Ambulatório e voto final do Corpo Clínico Psiquiátrico, e delegação dada inclusive para a administração dos recursos humanos no tocante a admissão, promoção e despesas realizadas pelos médicos.

Nesta data já realizavam serviços técnicos auxiliares que compreendiam o que hoje se pede do projeto terapêutico – psicologia, serviço social, terapia, musicoterapia, educação física, fisioterapia, odontologia e nutrição, além da proposta de desenvolvimento de pesquisa e divulgação científica.

O Hospital tinha a definição de plano de cargos no tocante ao cargo de médico, com hierarquia bem definida, pré-requisitos a serem cumpridos e comissão de avaliação, somente para a classe médica existiam as descrições dos cargos. Havia um dimensionamento quantitativo de médicos através do parâmetro proporção médico/paciente. O Corpo Clínico Psiquiátrico tinha total poder de gestão empresarial, com direito a votar ou sancionar as decisões do Diretor do Corpo Clínico.

O estatuto aprovado define claramente as características do modelo de gestão vigente naquele período: autocrático, controle centralizado, autonomia aparente, decisão do topo, pessoas como instrumento de trabalho, decisões sob uma única ótica – a médica, administração financeira totalmente desvinculada e submetida à ISMC, processos operacionais não definidos claramente e seguindo aparentemente a legislação, procedimentos médicos e tratamento dos pacientes totalmente definidos pelos próprios médicos responsáveis pelos pacientes e a divisão do trabalho em castas por formação e não por pavilhão ou equipe multidisciplinar.

Após a criação da Aliança Saúde, processo esse descrito a seguir, o referido Hospital Psiquiátrico passa a ser uma das Unidades de Saúde dessa nova instituição

com a nova denominação de Hospital Nossa Senhora da Luz e não mais de hospital psiquiátrico. Inicia-se uma grande mudança organizacional caracterizada pelas exigências legais do Ministério da Saúde e do ambiente externo extremamente competitivo e pelas demandas internas com a adoção de um novo modelo de gestão chamado Sistema Aliança Saúde de Gestão, descrito na próxima subseção.

4.3.2 Aliança Saúde - Modelo de Gestão

A Aliança Saúde é a representante das atividades da área de saúde da Sociedade Paranaense de Cultura – SPC, mantenedora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR. Representa um sistema de saúde, constituído de unidades próprias e outras sob sua gestão com característica de: (1) Complementaridade e otimização de serviços; (2) Ampliação de área de atuação; (3) Evolução técnica e científica; (4) Aproveitamento de sinergias entre a atividade de saúde e ensino. É um desdobramento da Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa, agora não mais representando uma aliança estratégica, mas sim, representando uma concepção mais ampla, de um sistema de saúde com a possibilidade da constituição de diversas alianças e parcerias, estabelecidas sob uma orientação estratégica.

A Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa surgiu como um Convênio de Cooperação firmado em 11 de abril do ano 2000 entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (ISCMC) e a Sociedade Paranaense de Cultura (SPC), com o objetivo de criação de um programa de cooperação inter-institucional com o propósito de somar esforços para a consecução das finalidades e da missão de cada entidade convenente, e de promover a gestão integrada dos hospitais e outras unidades da área da saúde por elas mantidas. Na mesma data, através de resolução conjunta da ISCMC e SPC foi criada a Superintendência Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa, órgão executivo central, encarregado do planejamento, superintendência, coordenação e controle das atividades da Aliança e suas Unidades. Ainda em 11 de abril de 2000, outra resolução conjunta da ISCMC e

SPC, estabelece as normas, competências e atribuições para o funcionamento da Superintendência da Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa, criando uma Diretoria Superintendente, uma Superintendência Administrativa e uma Superintendência Acadêmica. As Unidades de Saúde coordenadas pela Aliança Saúde PUCPR – Santa Casa são: Hospital Universitário Cajuru, Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz, Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, Plano de Saúde Ideal.

A Aliança Saúde depois de instituída definiu sua filosofia, baseada nos princípios da gestão da qualidade, nos critérios de excelência de gestão e sempre sustentada pelos princípios e valores Cristãos e Maristas. Para isso, definiu seu referencial estratégico, constituído de missão, princípios, lema e visão.

A missão da Aliança Saúde foi definida como atuar dentro de princípios éticos e cristãos, na área de saúde, de forma integrada, com excelência na prestação de seus serviços e contínuo desenvolvimento, atendendo aos objetivos e expectativas das mantenedoras, parcerias, clientes e colaboradores.

Os princípios norteadores dessa empresa: inovação, qualidade, foco no mercado e satisfação de todos os intervenientes; sendo o seu lema definido como: "Atuar na saúde para preservar a vida."

Foi definido como visão da Aliança Saúde que ela será até 2010 reconhecida no Paraná e no Brasil como um sistema de referência na área de saúde, identificado pela qualidade de seus serviços, pelo seu desenvolvimento científico e tecnológico, pelo seu contributo à sociedade e pelo sólido posicionamento no mercado.

Para poder atender às definições do seu referencial estratégico a Aliança Saúde aplicou a ferramenta planejamento estratégico pra o delineamento das Diretrizes Estratégicas, o qual apresenta uma filosofia eminentemente adaptativa, pois para o planejamento do futuro dessa organização e suas unidades de saúde são consideradas as influências ambientais sobre o setor e sobre as Unidades da

Aliança, requerendo então a promoção de mudanças que continuem a lhe permitir o desenvolvimento de sua capacidade e de sua capacitação, a obtenção de resultados e a satisfação dos participantes de seu processo de operação.

Seus objetivos estratégicos foram definidos num horizonte de 2003 a 2010 e divididos em curto, médio e longo prazo, respectivamente até 2003, até 2006 e até 2010.

Os objetivos estratégicos de curto prazo focam a consolidação da organização através de ajustes internos nas Unidades de Saúde participantes da Aliança Saúde, nos aspectos institucionais, econômico-financeiros, organizacionais, operacionais e humanos (comportamentais), do reposicionamento e consolidação da Aliança Saúde e de suas Unidades com foco no mercado, na busca da otimização e complementaridade de serviços e no funcionamento com características de "rede", do desenvolvimento de mercado através de parcerias ou alianças estratégicas (rede) em áreas complementares e/ou de interesse, da consolidação da atuação própria nas áreas de diagnóstico, apoio e tratamento e na adequação e otimização das relações ensino *versus* saúde, com plena utilização do potencial atual e das oportunidades emergentes, considerando os diversos cursos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Já os objetivos estratégicos de médio prazo focam a expansão da organização através da ampliação e da adequação de unidades existente, do incremento de alianças estratégicas e da implantação de novas unidades. Os de longo prazo têm foco na diversificação de atuação da organização no setor através do atendimento às demandas contingenciais em áreas que apresentem sinergia de interesse, como as seguintes: novas modalidades de atendimento: "*Home Care*"; remoção e atendimento local; tele-medicina; novas unidades e negócios; alianças em áreas de tecnologia de ponta; desenvolvimento e comercialização de tecnologia; atendimento de demandas hospitalares em materiais e logística; novas tecnologias e interações ensino *versus* saúde e a criação de novas oportunidades na área de medicina em grupo.

O delineamento do processo de gestão estratégica da Aliança Saúde objetivou, essencialmente, possibilitar a adaptabilidade das suas unidades de saúde às demandas ambientais, as quais pela dinamicidade do ambiente, exigem das organizações constante aperfeiçoamento técnico, científico, operacional e administrativo, para que possam assegurar a continuidade do seu desenvolvimento.

Para alcançar os resultados esperados, esse processo foi apoiado em três pilares, conseqüentes e interdependentes: percepção apropriada; planejamento consistente e ação eficaz. Estes pilares se manifestam no processo de gestão estratégica, demonstrado na figura 6 a seguir:

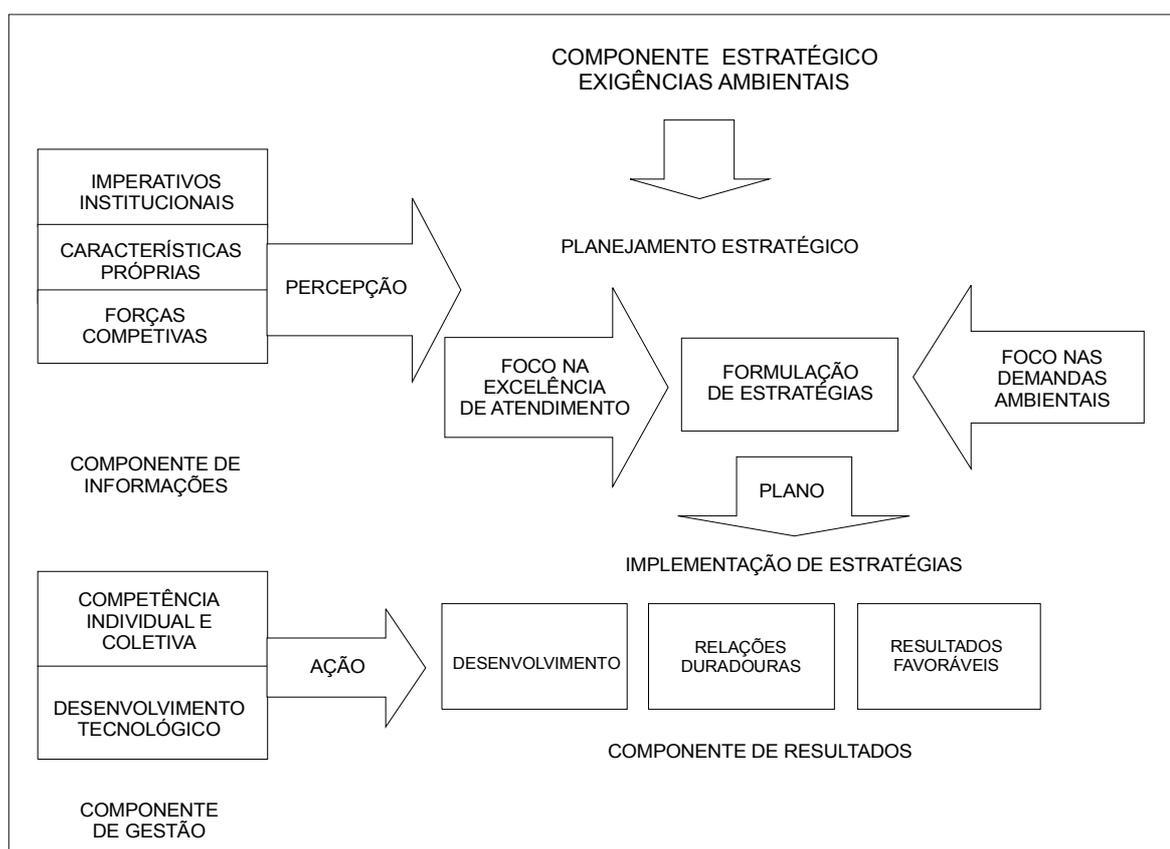


FIGURA 6 - MODELO TEÓRICO DO PROCESSO DE GESTÃO ESTRATÉGICA
 FONTE: Caderno de Planejamento Estratégico da Aliança Saúde, 2002

A Aliança Saúde definiu dois imperativos institucionais: a independência das áreas de saúde e ensino, com maximização de sinergias entre as duas áreas e intra-áreas (Unidades de Saúde) e a atuação das Unidades de Saúde como Unidades de

Negócios, tendo como principais características organizacionais a auto-suficiência, o foco no mercado, a autonomia administrativa e a busca de resultados.

As orientações estratégicas da Aliança Saúde para suas unidades foram o foco no desenvolvimento da capacitação da organização, da sua capacidade e dos seus serviços e/ou produtos. Este desenvolvimento representado pelas dimensões de aperfeiçoamento tecnológico e científico, do crescimento vertical dentro das Unidades e crescimento horizontal as novas Unidades e a competitividade baseada no posicionamento apropriado e na qualidade. Outra orientação foi o estabelecimento de relações duradouras que foi representado pelos cuidados com a perenidade das unidades participantes através das adequações necessárias às contingências ambientais, com a integração e motivação de colaboradores internos e externos e com a interação constante com a sociedade.

A terceira e última orientação estratégica foi a obtenção de resultados favoráveis e para isso colocou-se como condição o equilíbrio econômico – financeiro, a capacidade de financiamento do seu desenvolvimento, a eficiência operacional, a qualidade, o desenvolvimento científico e tecnológico e a contribuição à sociedade.

O Sistema Aliança de Gestão foi denominação dada ao modelo de gestão da Aliança Saúde e a sua operacionalização no tocante à tomada de decisão se realiza em dois sentidos horizontal e vertical. A operacionalização horizontal se faz por nível decisório e deve garantir a formulação, definição, integração e avaliação das políticas, estratégias, diretrizes, objetivos, metas e planos de ação. A figura 7 a seguir demonstra seu funcionamento.

A operacionalização vertical se realiza através do repasse das estratégias e diretrizes formuladas no Conselho de Integração, pelos Diretores aos demais integrantes do Comitê Executivo da respectiva Unidade Gerencial Agregada. Nesse processo as estratégias e diretrizes se desdobram em objetivos e metas e na seqüência em planos de ação. A proposição baseou-se no envolvimento de todos os níveis da organização, desde o estratégico até o operacional.

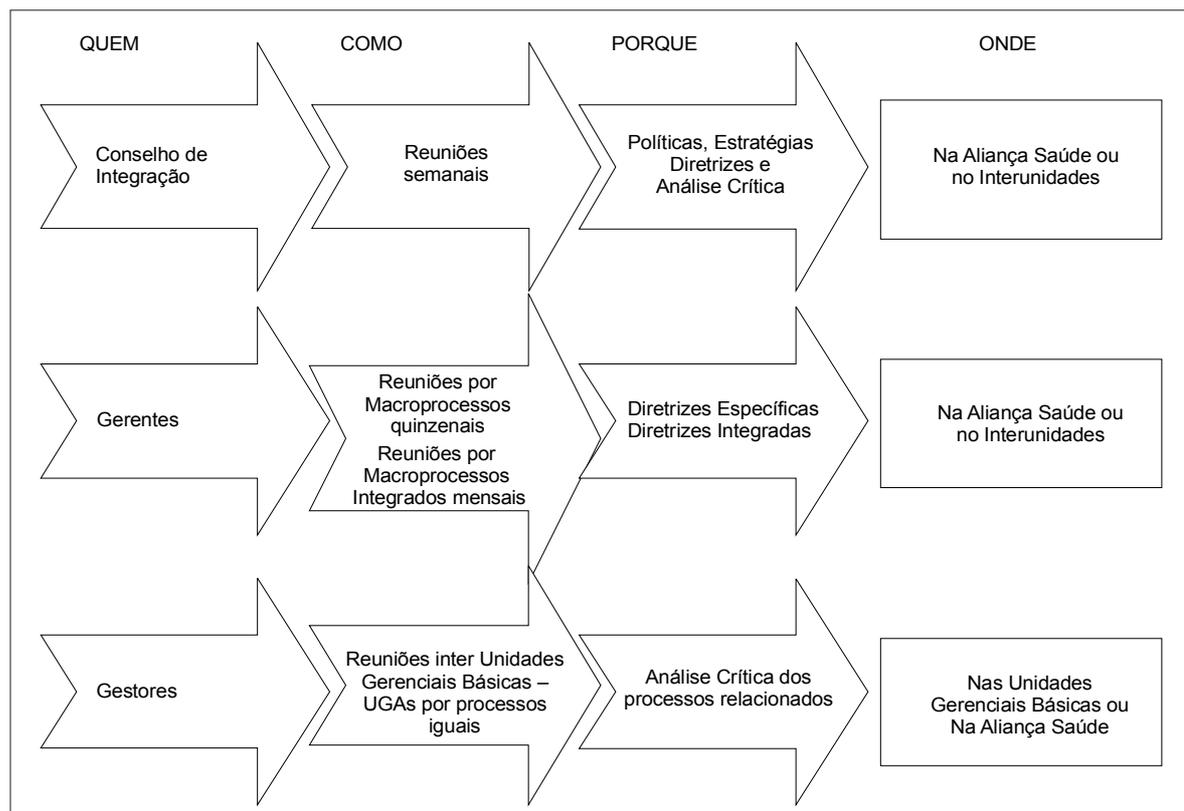


FIGURA 7 - OPERACIONALIZAÇÃO HORIZONTAL DO SISTEMA ALIANÇA DE GESTÃO
 FONTE: Manual de Procedimentos Internos da Aliança Saúde ALS.ADM15.PRO.07.01-maio 2004

Para que seja possível a operacionalização horizontal e vertical do Sistema Aliança Saúde foi fundamental a definição do processo de comunicação efetiva como um processo baseado na comunicação descendente e ascendente, com o envolvimento de todos os níveis da organização e baseado na realimentação das informações, criando um círculo virtuoso de informações.

4.3.3 Práticas de Gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz

Através da análise dos dados primários e secundários da pesquisa, construiu-se uma linha do tempo das práticas de gestão da organização em comparação com as eras empresariais. Para a construção dessa linha do tempo foi utilizado como referencia o modelo teórico evolutivo das eras empresarias, citado por Pereira (1995, p.9) e o qual foi adaptado para que possibilitasse uma melhor visualização dessa linha do tempo das práticas de gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz, conforme apresentado a seguir, na figura 8.

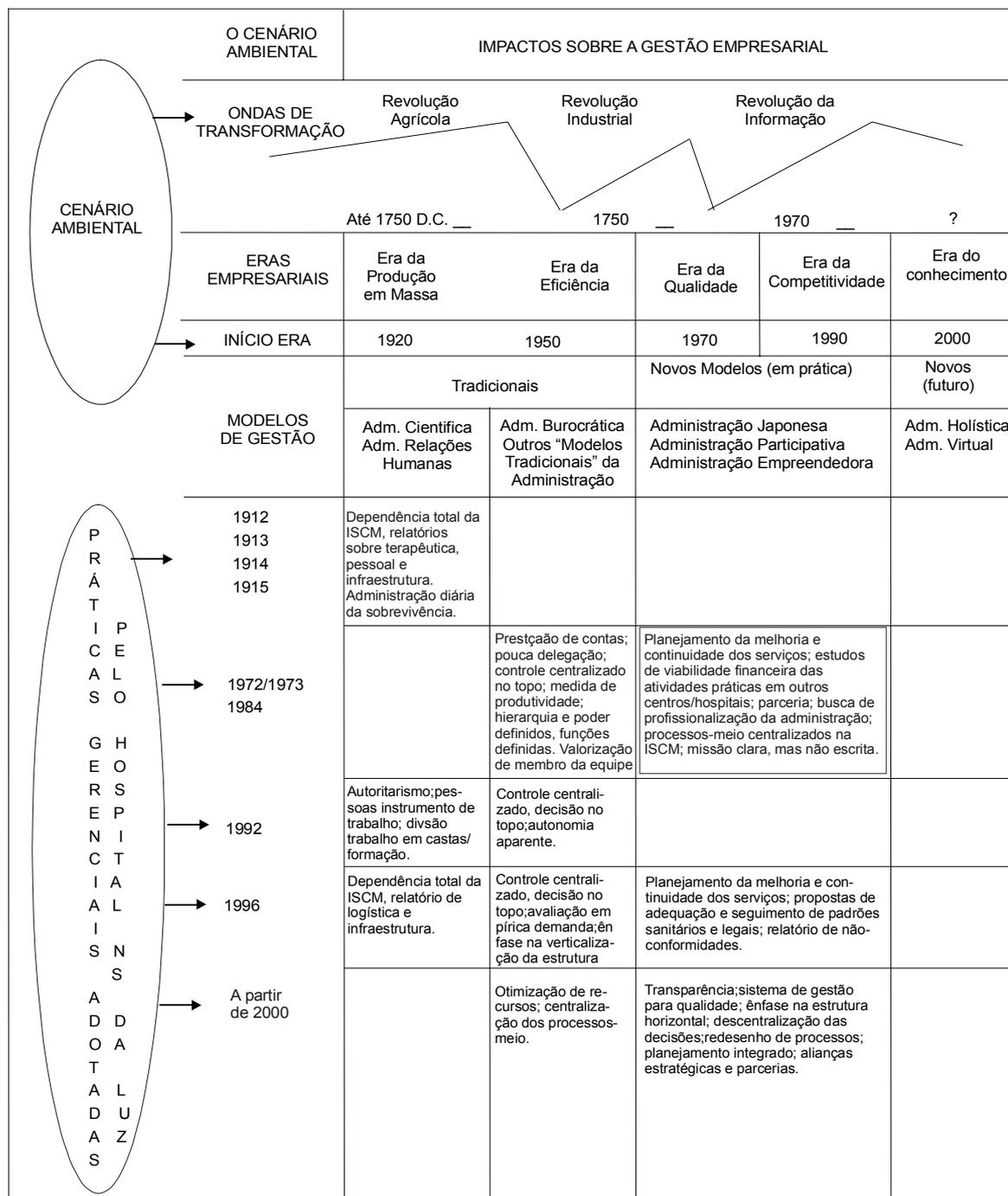


FIGURA 8 - ENQUADRAMENTO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DO HNSL NO MODELO TEÓRICO EVOLUTIVO DAS ERAS EMPRESARIAIS
 FONTE: Adaptado de PEREIRA (1995, p.9)

Neste quadro pode-se avaliar a trajetória percorrida pelo Hospital Nossa Senhora da Luz, desde a sua fundação até a data dessa pesquisa, no tocante às suas práticas gerenciais em relação às eras empresariais e principalmente em relação aos modelos de gestão. Este quadro possibilitou a resposta a duas

perguntas de pesquisa e objetivos específicos sejam eles: Identificar as características do modelo de gestão da organização hospitalar estudada anterior à mudança organizacional e identificar as características do novo modelo de gestão em implantação na organização hospitalar estudada.

A primeira pergunta encontra-se respondida na linha do tempo datada de 1912 até 2000, indicada pela coluna Práticas Gerenciais adotadas pelo Hospital Nossa Senhora da Luz e a segunda pergunta com essas mesmas indicações de linhas e colunas, datada de a partir de 2000.

4.3.4 Impactos do Modelo de Gestão Adotado

4.3.4.1 Na estratégia

Para a implantação do novo modelo de gestão houve a necessidade de uma mudança integral da forma de atuação da organização, principalmente na sua cultura organizacional com a implantação dos valores marista através do ensino e evangelização.

O hospital passou a ser preparado para ser um hospital de ensino inserido na comunidade com todo um processo de capacitação, de assistência, um desenvolvimento de um sistema de referência que possibilitasse estar transferindo conhecimento para a rede pública municipal e estadual de saúde. Para que isso se torne possível, a estratégia de reter talentos é vista como fundamental, bem como a de desenvolver talentos, pois a proposta para essa Unidade da Aliança Saúde é ser o único hospital psiquiátrico do Brasil a adotar a administração por processo.

Toda essa (trans)formação é estratégica para que a Aliança Saúde venha a se consolidar no mercado do setor que atua e passe a ser a representação de uma força econômica diferente da que havia antes, mais concentrada.

4.3.4.2 Na estrutura

A nova arquitetura organizacional proposta teve suas implicações como a "desmontagem" das estruturas existentes, em função da necessidade de criação de nova identidade organizacional. Essa nova identidade se fez necessária para tornar o hospital do tamanho adequado para que se desenvolvessem as atividades de ensino e de evangelização.

Buscando-se sempre a criação de ambiente mais propício para desenvolver a atividade de ensino, para ter produtos que possam ser comercializados e que possam gerar recursos adicionais para o hospital.

Espelhando sua arquitetura e funcionamento nos hospitais psiquiátricos que são modelo no mundo e são todos pequenos com no máximo 200 leitos, pois a diferença está na citação do entrevistado 1: "O hospital não pode ser grande porque se torna inadministrável e se torna desumano."

4.3.4.3 Nos processos

A busca da excelência de gestão revelou-se um processo prioritário para os gestores da organização estudada. As exigências para consolidação do modelo de gestão proposto passa pela necessidade de apresentarem os resultados obtidos dentro da sua unidade negócio, ordenar e organizar as culturas distintas, a centralização dos processos com vistas à redução de custos em função também das imposições legais do setor, acarretando em restrição de receitas advindas do Sistema Único de Saúde.

Isso impulsionou a organização e seus gestores a otimizar processos, a aproveitar a possibilidade de negociar preços e condições melhores com fornecedores, em função do ganho de escala. Oferecer às comunidades da saúde a consultoria para implantação do modelo de gestão que desenvolveram e a perspectiva de gerar recursos não só para a sobrevivência, mas para manter-se atualizado e manter a demanda do mercado vislumbrando possibilidades de outro tipo de vantagens em relação ao mercado.

4.3.4.4 Nas pessoas - gestores

Um dos pilares da mudança foi a capacitação das pessoas, preparando-as para mudarem sua forma de atuação, na busca de maior participação delas nesse novo modelo. Conseqüentemente, o gestor tem todas as condições de estar tratando sua unidade como um negócio. Negócio esse que tem que gerar algum resultado e para que isso acontecesse, o gestor tem que estar propondo soluções e buscando inovação.

Desta forma, os gestores passaram a perceber a importância deles dentro da organização e que para isso também é preciso expor-se, colocando o que já aprenderam, tentando repassar isso e mostrando a própria participação na equipe. Isto implicou na necessidade dos gestores terem como uma de suas responsabilidades a organização de eventos internos e interunidades.

Com a criação da Unidade Gerencial Básica que é o nível operacional, a equipe tem que se gerenciar, pois a equipe pode ser cobrada como um todo, lá tem uma autoridade a do gestor, o médico é responsável técnico pelo serviço e não pelo processo todo. É necessário que seja feita a análise de custo e benefício, pois se vai investir, o gestor tem que ter perspectiva de retorno, de que se pague, de que se financie.

Com a mudança de 80% do corpo clínico, vem novamente a preocupação de capacitar as pessoas para trabalhar dentro da área, proporcionar a atualização do corpo clínico do hospital psiquiátrico, a visualização do seu futuro profissional dentro do novo modelo através de uma perspectiva de evolução, de se ter a possibilidade de aplicar novas técnicas, de poder participar de uma estrutura ampla.

Outros impactos, como saber que se tem que melhorar os resultados, mesmo assumindo um posto de direção geral sem a experiência administrativa e de administração hospitalar, com a preocupação em remunerar adequadamente o corpo funcional, de acordo com sua capacitação profissional e pessoal, comprometimento e geração de resultados, com coerência da atuação do gestor

com as políticas de Recursos Humanos do Hospital Nossa Senhora da Luz e da Aliança Saúde, para que tenha indivíduos com a capacidade de trabalhar em qualquer Unidade sem comprometer a qualidade do trabalho, que implica na preparação de profissionais multifuncionais e que estejam preparados para quando houver a recolocação em outras atividades.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse capítulo se discorre sobre os resultados obtidos através da análise dos dados coletados pela pesquisa realizada no Hospital Nossa Senhora da Luz, pesquisa essa que teve como objetivo geral identificar como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar objeto desse estudo e como objetivos específicos: Identificar as características do modelo de gestão da organização hospitalar estudada anterior à mudança organizacional; identificar as características do novo modelo de gestão em implantação na organização hospitalar estudada; identificar as competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar estudada após a mudança organizacional e avaliar os impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais dos gestores da organização hospitalar estudada.

Para responder aos objetivos específicos referentes à identificação das características dos modelos de gestão anterior à mudança e do novo modelo de gestão foram utilizados os dados primários extraídos das entrevistas realizadas com os gestores da organização e utilizados os dados secundários extraídos análise dos documentos da organização, principalmente os relatórios dos diretores do Hospital Nossa Senhora da Luz desde o ano de 1912 até 1999 que eram enviados à Provedoria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, como relato anual das suas atividades. No capítulo 4 esses relatórios estão comentados.

Através desses dados foi realizada a identificação das práticas de gestão do período anterior e posterior à mudança organizacional. Essas práticas foram

classificadas conforme o modelo de gestão a que pertencem e para isso elaborou-se a figura 8 - Enquadramento das Práticas de gestão do HNSL no modelo teórico evolutivo das eras empresariais citado pela autora no capítulo 4 e adaptado de Pereira (1995), citado no capítulo 1.

Analisando-se as práticas de gestão pode-se afirmar que da sua fundação em 1905 até 1915, o modelo de gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz, então chamado de Hospício, tinha as características dos modelos de gestão Tradicionais e suas práticas eram baseadas na Administração Científica e na Administração de Relações Humanas.

Observa-se um período onde não foram encontrados dados secundários que pudessem servir de fonte fidedigna para a pesquisa realizada, desta forma há um período de 50 anos, onde foram somente encontrados relatos sobre a infraestrutura do Hospital e número de alienados como eram chamados na época os pacientes. Cabe salientar, que não houve mudanças significativas nas práticas de gestão, embora se observe que para fins de tratamento científico não são relevantes as informações, pois não há dados comprobatórios.

A partir da década de 70 até meados da década de 80, observa-se uma evolução nas práticas de gestão do Hospital. Essa evolução foi caracterizada nessa pesquisa como uma transição de modelo de gestão, embora ainda permanecesse nos modelos de gestão tradicionais, havia algumas práticas que possibilitam ser classificadas nos novos modelos de gestão, onde suas práticas eram baseadas na Administração Japonesa, Participativa e Empreendedora. Mesmo nas práticas classificadas como de modelos de gestão tradicionais houve uma evolução para as escolas da Administração Burocrática e demais modelos tradicionais de administração que possuem o foco na eficiência da organização.

Na década de 90, pela pesquisa realizada, ocorreu um retrocesso nas práticas de gestão no ano de 1992, onde as práticas voltam a classificarem-se somente nos modelos de gestão tradicionais e suas práticas baseadas na

Administração Científica e na Administração Burocrática e demais modelos tradicionais de administração e no ano de 1996 voltam a evoluir em algumas práticas como por exemplo: planejamento da melhoria e continuidade dos serviços, relatórios de não conformidade e seguimento de padrões sanitários e legais, classificadas como práticas baseadas na administração japonesa que pertence a categoria dos novos modelos de gestão.

Até o final da década de 90, as práticas de gestão se mantêm classificadas nas duas categorias de modelos de gestão – Tradicionais e Novos. A partir do ano 2000 iniciou-se o processo de mudança organizacional, com a constituição da Aliança Saúde e o Hospital Nossa Senhora da Luz tornou-se uma das unidades de saúde dessa nova parceria entre a PUCPR e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia.

O novo modelo de gestão adotado através da análise dos dados coletados pela pesquisa realizada revelou que o Hospital se encontra em uma fase de transição nas suas práticas de gestão entre os modelos de gestão tradicionais e os novos modelos de gestão.

Salienta-se a importância de que não se revelou através da pesquisa, nenhuma prática da Administração Burocrática, pois as práticas encontradas estão nos modelos tradicionais da Administração e foram identificadas como sendo a otimização de recursos e a centralização dos processos-meio, o que confirma o discurso da Aliança Saúde em obter resultados econômicos – financeiros positivos e sendo esse um de seus objetivos estratégicos de curto prazo e com foco na consolidação da Aliança Saúde e suas unidades, conforme descrito no capítulo 4 desse estudo.

As demais práticas de gestão adotadas foram classificadas nos novos modelos de gestão os quais se baseiam na Administração Japonesa, Administração Participativa e na Administração Empreendedora, conforme citado por Pereira (1995). Na análise dos resultados não foi possível identificar práticas de gestão que caracterizassem somente o modelo de gestão empreendedor, pois

como descrito no capítulo 4, a organização e suas unidades de saúde, como o Hospital Nossa Senhora da Luz encontram-se ainda na fase de consolidação, embora pelo planejado devessem estar no primeiro ano de sua fase de expansão pelo planejamento estratégico da organização.

O importante para o estudo realizado foi a identificação das características de gestão dos modelos de gestão anterior à mudança organizacional e posterior à implantação do novo modelo de gestão adotado, a seguir demonstra-se a análise dos dados que respondem os outros dois objetivos específicos da pesquisa realizada.

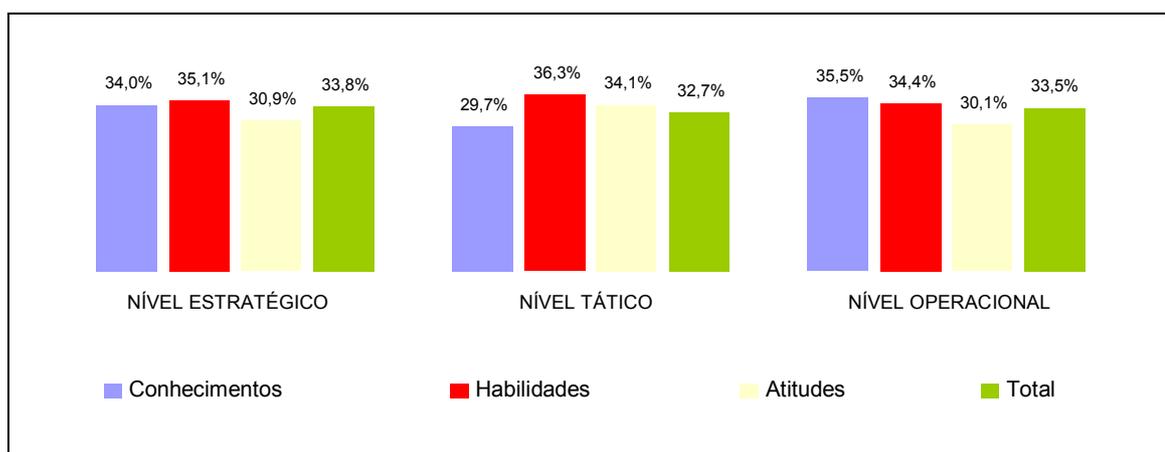
Para responder ao terceiro objetivo específico dessa pesquisa que é identificar as competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar estudada após a mudança organizacional foram analisados os dados coletados nas entrevistas com os gestores da organização e com o gestor de Recursos Humanos da Aliança Saúde PUCPR-ISMC.

Baseando-se na fundamentação teórica, decidiu-se pela análise dos resultados através da aplicação também do modelo de competências baseado em McClelland, (1973) e validado por Spencer e Spencer (1993) e por Daólio (2002), complementando a proposta inicial de aplicação do método CHA – conhecimentos, habilidades e atitudes, conforme definição operacional da variável dependente no capítulo 3.

O rol de competências apresentado no quadro 1 dos anexos desse estudo, elenca as competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz, já classificadas pela aplicação dos dois citados acima e adotados pela autora para análise das competências individuais requeridas e também classificada nos níveis estratégico, tático e operacional da organização.

Para que se pudesse realizar uma análise quantitativa desse rol de competências adotou-se para fins dessa análise que cada competência elencada representa uma ocorrência e o número total dessas ocorrências foi de 278, na organização pesquisada, permitindo que se analisasse o percentual de incidências dessas competências/ocorrências.

No gráfico 1 a seguir, encontra-se expresso em valores percentuais o correspondente grau de participação das competências individuais requeridas pelos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz identificadas pela análise dos dados coletados através da pesquisa.



Base: 278

GRÁFICO 1 - GRAU DE PARTICIPAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS

Portanto, foram identificadas 278 competências para os gestores da organização independente do nível hierárquico que ocupam, sendo 94 competências para o nível estratégico (33,8%), 91 para o nível tático (32,7%) e 93 para o nível operacional (33,5%). Observe-se que os quadros e as tabelas elaboradas pela autora, para subsidiar a análise, encontram-se nos anexos desse estudo.

O número de ocorrências no nível estratégico em relação ao método CHA ficou assim composto: 34% de conhecimentos, 35,1% de habilidades e por 30,9% de atitudes, conforme demonstrado no gráfico 1 acima, o que significa a existência de um equilíbrio do impacto do modelo de gestão adotado nas competências individuais requeridas dos gestores de nível estratégico do Hospital Nossa Senhora da Luz, no tocante ao modelo CHA de competências.

O número de ocorrências no nível tático corresponde a 29,7% de conhecimentos, 36,3% de habilidades e 34,1% de atitudes, o que significa dizer que o impacto do modelo de gestão adotado nas competências individuais requeridas dos gestores do nível tático do Hospital é mais relevante nas

habilidades e atitudes requeridas do que nos conhecimentos requeridos, no tocante ao modelo CHA de competências.

Verificando o número de ocorrências no nível operacional ficou composto por 35,5% de conhecimentos, 34,4% de habilidades, e 30,1% de atitudes, o que significa que o impacto modelo de gestão adotado das competências individuais requeridas dos gestores operacionais do Hospital Nossa Senhora da Luz, é mais relevante para os conhecimentos e habilidades requeridas do que para atitudes, no tocante ao modelo CHA de competências.

No segundo enfoque que é o modelo de competências baseado em McClelland a análise quantitativa realizada por conjunto de competências demonstra o seguinte:

Conjunto 1 - Competências mobilizadoras

Das 7 competências descritas no capítulo 2- Fundamentação Teórica, seção- Gestão de Competências e subseção - Competências foram identificadas 6 competências pela pesquisa realizada, descritas na tabela 2 a seguir:

TABELA 2 - DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DE OCORRÊNCIAS

COMPETÊNCIAS	NÍVEL			OCORRÊNCIAS	
	Estratégico	Tático	Operacional	(%)	Total
Cliente	7,7	9,1	12	9,6	
Controlar	30,8	36,4	44	36,9	
Estratégia	34,6	18,2	12	21,9	
Inovar	7,7	13,6	12	11	
Mudar	11,5	9,1	8	9,6	73
Comprometimento com a empresa	7,7	13,6	12	11	
TOTAL	100	100	100	100	

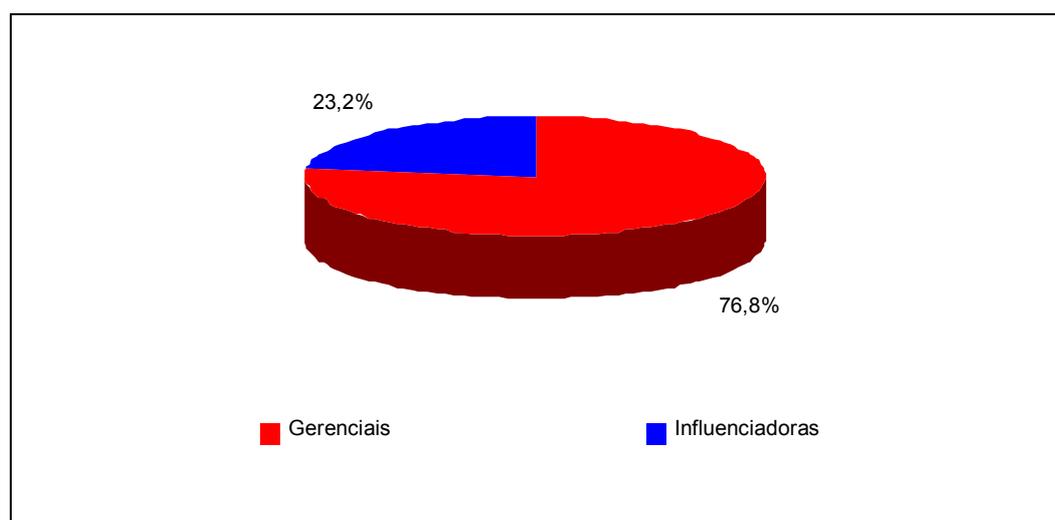
FONTE: Elaborado pela autora

Das 278 ocorrências identificadas, 73 delas se classificaram como competências mobilizadoras representando 26,3% do total geral de ocorrências, a participação mais relevante foi da competência Controlar 36,9%, deste valor

correspondem para o nível estratégico 30,8%, para o tático 36,4% para o operacional 44%, o que indicou uma maior preocupação por parte do Hospital Nossa Senhora da Luz em ter gestores com competência Controlar, o que corrobora com as necessidades do Hospital em se tornar viável financeira e economicamente, já que se constituiu em uma das Unidades de Negócio da Aliança Saúde.

A competência Estratégia segunda mais relevante deste conjunto de competências mobilizadoras com 21,9%, tem sua relevância maior no nível estratégico com 34,6% e decresce acentuadamente nos níveis tático e operacional, respectivamente com 18,2% e 12%. Isso vem ao encontro do posicionamento da Aliança Saúde quanto aos seus propósitos de missão e visão descritos no capítulo 4, na seção Análise do Setor Saúde sob a ótica da Organização Hospital Nossa Senhora da Luz, subseção Histórico.

O segundo conjunto de Competências chamado de Táticas, composto por 2 Grupos as Gerenciais e as Influenciadoras que correspondem à 23,2% do conjunto de competências táticas correspondem a 20,5% das ocorrências identificadas, sendo que o grupo das gerenciais que correspondem à 76,8%, de acordo com Daólio (2002) compõem-se por 5 competências, das quais foram identificadas somente 3 competências pela pesquisa realizada junto aos gestores do Hospital.



Base: 82

GRÁFICO 2 - PERCENTUAL DOS GRUPOS DO CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS TÁTICAS

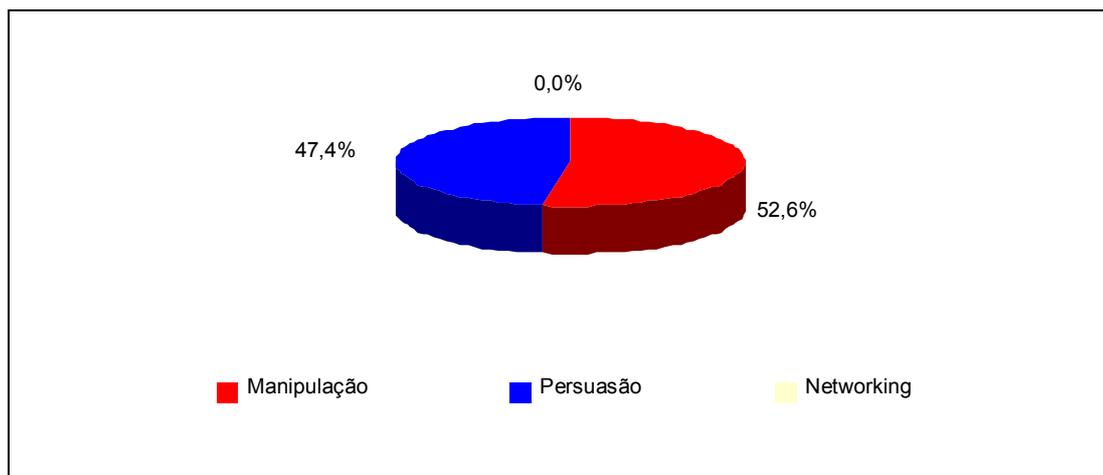
Essas competências do 1.º grupo corresponderam a 76,8% do conjunto de competências Táticas e 22,6% do total geral das ocorrências, sendo composto por 22,3% para o nível estratégico, 26,4% para o nível tático e 22,6% para o nível operacional. O que demonstra certa ênfase para o nível tático em acordo com o papel definido onde esse nível deveria realizar tanto no Hospital Nossa Senhora da Luz como na Aliança Saúde, que foi o de disseminador das práticas gerenciais da organização.

O foco principal dado pelo Hospital Nossa Senhora da Luz foi a competência tática gerencial denominada Liderando que corresponde a 52,3% das ocorrências desse grupo do 2.º conjunto de competências, correspondeu também para cada nível 52%, o que reflete equilíbrio e coerência entre o discurso da organização e o que ela demonstrou aos seus gestores.

O 2.º grupo do conjunto de competências táticas, chamado de competências táticas influenciadoras correspondeu a 23,2% do total das ocorrências do conjunto a que pertence. Esse grupo composto por 3 competências, segundo Daólio (2002) e dessas na aplicação do modelo de competências baseado em McClelland, nos resultados da pesquisa, foram identificadas somente 2 competências desse grupo, as quais foram citadas nas entrevistas realizadas com os gestores da organização. Os resultados demonstram um equilíbrio entre os níveis Tático e Operacional com 6,6% e 6,5% respectivamente, e uma maior relevância para o nível estratégico com 7,4%.

A competência **Articulando** (grifo da autora) correspondeu a 52,6% do grupo, conforme demonstrado no gráfico 3.

Essa competência tem relevância maior para o nível estratégico com 57,1%, corroborando com o descrito pela Aliança Saúde na sua missão e visão como também com a relevância da competência mobilizadora - Estratégia do 1º conjunto de competências descrito nesse capítulo.



Base: 19

GRÁFICO 3 - CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS TÁTICAS INFLUENCIADORAS

O 3.º conjunto de competências denominado competências Trazidas na Bagagem e composto por 9 competências, conforme citado por Daólio (2002) e após a aplicação do modelo de competência baseado em McClelland nos resultados dessa pesquisa, foram identificadas todas as competências do referido conjunto.

O Hospital Nossa Senhora da Luz focou na competência Integridade que corresponde a 30,8% do total geral das ocorrências, esta relevância foi tanto para o nível estratégico de gestores (33,2%) quanto para os gestores do nível tático (29,4%) e operacional (29,4%), conforme ilustrado no gráfico 4. Essa competência – Integridade se relaciona aos princípios e valores descritos pela Aliança Saúde, o que torna interessante esse resultado, pois o Hospital Nossa Senhora da Luz é uma unidade de negócios pertencente à Aliança Saúde que é resultante de uma aliança estratégica entre a Associação Paranaense de Cultura – APC e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (ISMC) e tanto a missão quanto o lema dessa organização chamada Aliança Saúde dão ênfase aos princípios e valores cristãos e integridade faz parte desse contexto.

Interessante também foi o fato que no modelo CHA a ênfase foi dada para atitudes, o que possibilita pensar na validação da correlação entre os dois modelos de competências aplicados nesse estudo, não obstante tratar-se dessa questão no capítulo Recomendações desse estudo.

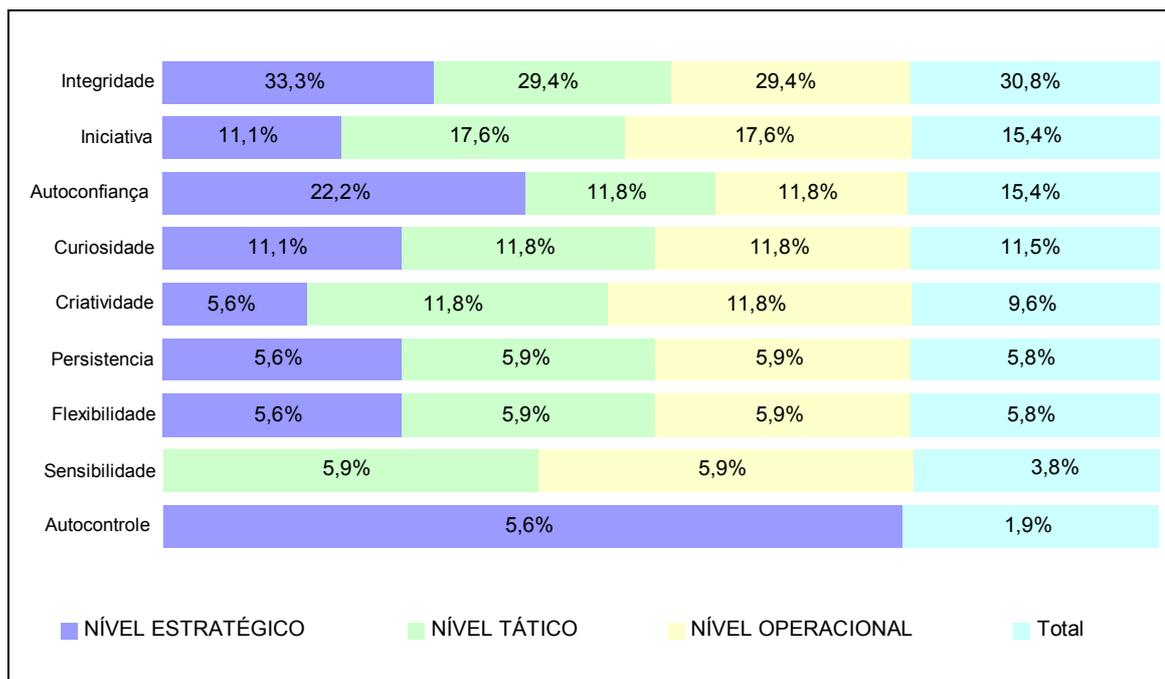


GRÁFICO 4 - COMPETÊNCIAS TRAZIDAS NA BAGAGEM

O quarto conjunto de competências e último do modelo baseado em McClelland chamado de Competências Aprendidas – Ferramentas, composto por 4 competências e somente 2 delas foram identificadas na pesquisa realizada no Hospital Nossa Senhora da Luz. As competências identificadas foram Análise e Difusão, sendo que esse conjunto corresponde a 5% do total geral das ocorrências, não sendo o foco mais relevante para a organização, de acordo com os resultados da análise da pesquisa realizada.

Além dos quatro conjuntos de competências que compõem um dos modelos aplicados nesse estudo científico, foi identificado um outro conjunto de competências que denominamos de Competências Específicas. Esse conjunto constitui-se pelas competências relativas à cada organização e que têm sua ênfase no atendimento das competências essenciais de cada organização e não foram somente requeridas aos gestores mas também aos profissionais e técnicos que realizam atividades na organização.

O resultado da pesquisa demonstrou ao aplicarmos o método CHA, que a ênfase das competências do Hospital Nossa Senhora da Luz focou-se nos

conhecimentos e habilidades, onde a organização torna claras as suas especificidades e características próprias.

A participação desse conjunto de competências específicas o classificou como o terceiro conjunto mais relevante dos cinco descritos nesse estudo, conforme demonstrado na tabela 3 a seguir:

TABELA 3 - DEMONSTRATIVO DO PERCENTUAL DE RELEVÂNCIA DOS CONJUNTOS DE COMPETÊNCIAS

CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS	PERCENTUAL DE RELEVÂNCIA				Classificação
	Nível Estratégico	Nível Tático	Nível Operacional	Total Geral	
Mobilizadoras	27,7	24,2	26,8	26,3	2.º
Táticas	29,7	29,6	27,1	29,5	1.º
2a - Gerenciais	22,3	23,1	22,5	22,7	(1.º)
2b - Influenciadoras	7,4	6,6	6,5	6,8	(2.º)
Trazidas na Bagagem	19,1	18,7	18,3	18,7	4.º
Aprendidas – Ferramentas	4,3	5,5	5,4	5	5.º
Específicas	19,2	22,0	20,4	20,5	3.º
TOTAL	100	100	100	100	

FONTE: Elaborado pela autora

Analisando-se a tabela acima, pode-se deduzir através da classificação feita pelo percentual de relevância dos conjuntos de competências para a organização hospitalar estudada, que o conjunto de competências, no seu primeiro grupo - Gerenciais foi o foco principal das competências individuais requeridas pelos gestores da organização.

Para responder ao quarto e último objetivo específico dessa pesquisa que é avaliar os impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais dos gestores da organização hospitalar estudada foram analisados os dados primários coletados nas entrevistas com os gestores da organização e os dados secundários encontrados no acervo da organização e/ou fornecido pelos atuais gestores.

Conforme descrito no capítulo 4, os impactos do modelo de gestão adotado foram classificados conforme os quatro pilares que compõem um modelo de gestão – estratégia, estrutura, processos e pessoas, para responder ao objetivo específico em questão procedeu-se à avaliação com o foco em pessoas, mais precisamente gestores.

Os principais impactos verificados pela pesquisa relacionam-se à preocupação da organização em capacitar seu quadro de profissionais independentemente da posição hierárquica que ocupam, a premissa de participação em todo o processo de atendimento ao paciente desde a sua chegada no Hospital até a sua reinserção social, o que provocou uma renovação no corpo clínico do Hospital Nossa Senhora da Luz em 80%, segundo citado na entrevista 2, isso também conseqüência da necessidade de atualização do conhecimento clínico e mudança nas práticas terapêuticas.

Os objetivos estratégicos delineados pela Aliança Saúde e conseqüentemente seguidos pelo Hospital Nossa Senhora da Luz visam a profissionalização da administração hospitalar requerendo assim dos seus gestores um posicionamento mais profissional no tocante à custos e otimização de recursos, isso teve como conseqüência a renovação de 100% dos gestores do Hospital, após a adoção do novo modelo de gestão, segundo citado nas entrevistas realizadas.

Outra avaliação realizada é forma como as pessoas independentemente de serem gestores ou não, passaram a ser envolvidas nos processos do Hospital, necessitando trabalhar em equipe e conhecer os processos sob sua responsabilidade e a importância deles nos demais processos do Hospital.

A partir dessa análise passasse para o próximo capítulo desse estudo, a Conclusão, onde respondesse ao problema de pesquisa desse estudo: Como a adoção do novo modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz?

5 CONCLUSÃO

A importância de se ter estudado esse tema inovador e em construção no que diz respeito aos conceitos de competências e de modelo de gestão encontra-se na fundamentação teórica do estudo, na caracterização dos modelos de gestão existentes e no posicionamento dos principais autores que pesquisam o tema competências – organizacionais e individuais.

O objetivo geral desse estudo foi a identificação de como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz. Para a realização do objetivo geral do estudo, foram definidos 4 objetivos específicos sendo o primeiro deles a identificação das características de gestão da organização anterior à mudança organizacional e através da pesquisa para atingir esse primeiro objetivo específico analisou-se a mudança organizacional e foram identificadas as rupturas causadas pela adoção de um novo modelo de gestão.

Essas rupturas foram consequência da estruturação da Aliança Saúde. Os impactos dessa mudança se verificaram na (re) estruturação das unidades de saúde pertencentes a ela. A substituição de profissionais do quadro clínico e do quadro de gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz foi outro impacto da mudança, bem como a preocupação com a padronização das atividades e consequentemente dos processos do Hospital, em função da decisão estratégica de se implantar o processo de qualidade total e da busca da certificação da Norma ISO para os processos hospitalares. Outro impacto sobre os processos e a forma de atuação da organização vem do ambiente externo, através da exigência do Governo Federal às organizações hospitalares do processo de Acreditação Hospitalar.

Para sustentar essa mudança, a decisão estratégica da Aliança Saúde de investir na capacitação das pessoas e de reter os talentos, impactou em todo o quadro funcional e gerencial do Hospital Nossa Senhora da Luz.

As rupturas identificadas nos parágrafos anteriores elucidam as características do modelo de gestão em implantação no Hospital Nossa Senhora da Luz e correspondem ao segundo objetivo específico desse estudo que foi enunciado como: identificar as características do novo modelo de gestão em implantação na organização hospitalar estudada.

Portanto, o estudo em identificar como a mudança do modelo de gestão impacta nas competências individuais requeridas dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz foi atendido em dois dos seus quatro objetivos específicos.

O terceiro e quarto objetivos específicos desse estudo foram: identificar as competências individuais requeridas dos gestores da organização hospitalar estudada após a mudança organizacional; e avaliar os impactos do modelo de gestão adotado nas competências individuais dos gestores dessa organização.

Para a realização e atingimento desses objetivos teve-se como premissa que existe uma igualdade de entendimento entre as definições de competências e a tríade do CHA – conhecimentos, habilidades e atitudes. Adotando-se assim pela autora o mesmo posicionamento que os meios acadêmicos brasileiros e os autores nacionais que se dedicam ao assunto competências.

Pode-se identificar, através da análise das entrevistas, o rol de competências individuais requeridas pela organização dos seus gestores e classificá-las em conhecimento, habilidades e atitudes pelos níveis estratégico, tático e operacional. Pode-se também, pela aplicação do modelo de competências baseado em McClelland, classificá-las nos quatro conjuntos de competências definidos no modelo.

Este fato permitiu a comprovação do entendimento assumido nesse estudo, da igualdade de entendimento das definições de competências e do CHA.

Identificou-se também, o conjunto de competências específicas requeridas dos gestores de uma organização hospitalar voltada para o tratamento de distúrbios e transtornos mentais, as quais se concluíram como sendo as competências individuais requeridas dos gestores do tipo de hospital estudado e que se relacionam diretamente com as competências essenciais desse tipo de organização hospitalar.

A identificação dos conjuntos de competências classificadas pelos níveis da organização possibilitou a construção dos perfis genéricos dos gestores do Hospital Nossa Senhora da Luz. Esses perfis demonstram que em todos os 3 níveis de gestores – estratégico, tático e operacional – o conjunto de competências requeridas foi o mesmo, havendo variação do percentual de relevância das competências entre os níveis, porém no computo geral o foco foi o mesmo, nas competências táticas gerenciais, nas mobilizadoras e nas específicas.

Destes 3 conjuntos de competências o de táticas gerenciais com ênfase na competência *liderando*, que representa 52,3% das ocorrências desse conjunto, indicando o posicionamento dos gestores de qualquer um dos níveis hierárquicos no processo de mudança organizacional do Hospital.

Esse foi o conjunto de competências individuais requeridas identificado como o de maior relevância para os gestores, sendo complementado pelas competências mobilizadoras, com ênfase nas competências *controlar e estratégias*, que representam 26,3% das competências individuais requeridas dos gestores pela organização e o identificou como o segundo conjunto de competências de maior relevância.

Essa ênfase na competência *controlar* foi ratificada pela identificação das práticas de gestão adotadas a partir do ano de 2000, conforme demonstrado pela evolução das práticas de gestão do Hospital Nossa Senhora da Luz desde a sua fundação até a adoção do novo modelo de gestão da Aliança Saúde.

Portanto, a partir da identificação dos conjuntos de competências percentualmente mais relevantes se pode delinear um perfil genérico dos gestores de nível estratégico, tático e operacional.

O perfil dos gestores de nível estratégico é composto por 29,7% de competências táticas, 27,7% de competências mobilizadoras, 19,2% de competências específicas, 19,1% de competências trazidas na bagagem e 4,3% de competências aprendidas.

Portanto, pode-se concluir que o impacto de maior ênfase nas competências individuais dos gestores foi no conjunto de competências que identificam como os gestores agem para atingirem seus objetivos, para que as outras pessoas aceitem suas idéias e sejam mobilizadas para a ação, quais as táticas que esses gestores usam para que haja realização das ações e quais suas estratégias de atuação e de convencimento.

Esta reflexão, embora os percentuais tenham variação, também foi verdadeira para os gestores de nível tático e operacional.

Desta forma, complementa-se o perfil explicando-se os conceitos-chave dos outros dois conjuntos de competências - mobilizadoras e específicas, os quais somados ao conjunto de competências táticas correspondem à 76,6% das competências individuais requeridas dos gestores de nível estratégico.

O conjunto de competências mobilizadoras identifica o que move os gestores à ação nos ambientes de trabalho, quais os motivos, as preocupações, os interesses e necessidades, os seus objetivos. Enfim, qual a motivação que os impulsiona para a sua atuação na organização.

O conjunto de competências específicas, como foi denominado pela autora, identifica o alinhamento das competências individuais requeridas dos gestores pela organização com as competências essenciais da organização. Esse alinhamento permite que a organização ofereça ao mercado em que atua os seus produtos essenciais, tornando-a cada vez mais competitiva no setor em que está inserida.

Portanto, concluiu-se que os dois últimos objetivos específicos foram atendidos e que através da análise dos resultados foi possível verificar que os gestores da organização expressam a preocupação comum de disseminar o processo de mudança organizacional em que o Hospital Nossa Senhora da Luz se encontra. Preocupação com a importância do papel que vivenciam, em função do envolvimento das pessoas para a consolidação do modelo de gestão adotado pela Aliança Saúde e suas unidades de saúde (de negócio), sendo o Hospital uma dessas unidades.

A análise dos resultados do estudo permitiu também verificar a existência de uma correlação entre o modelo de competências baseado em McClelland e a tríade CHA, vislumbrando-se a possibilidade da realização de outras pesquisas e estudos no tema competências.

O estudo também concluiu como verdadeira a interdependência das variáveis independente – modelo de gestão adotado e dependente – competências individuais requeridas, definidas para a pesquisa.

Constatou-se através da análise das práticas gerenciais da organização, a evolução dos seus modelos de gestão desde sua fundação até o momento da realização da pesquisa, o que permite que se conclua que: *tanto a mudança do modelo de gestão adotado por uma organização impacta nas competências individuais requeridas dos seus gestores quanto à mudança nas competências individuais dos gestores têm impacto no modelo de gestão adotado*, pois a consolidação de um processo de transformação organizacional como apresentado nesse estudo impacta na forma de atuação da organização e esta atuação é de responsabilidade das pessoas que a compõem, portanto não se verificou uma dissociação entre a atuação da organização e das pessoas da organização.

Desta forma, atendeu-se ao objetivo geral desse estudo na sua totalidade, embora seja de fundamental importância registrar que em função do estudo realizado ser um estudo de caso único, não é possível generalizar os seus resultados.

No entanto, deve-se levar em consideração que como a organização hospitalar estudada se encontra em fase de consolidação do novo modelo de gestão adotado, viabiliza-se a aplicação prática dos resultados desse estudo no próprio Hospital Nossa Senhora da Luz.

Como também, a possibilidade de realização de futuros estudos nessa organização hospitalar e em outras organizações do setor saúde.

Com esse intuito, apresentam-se a seguir algumas recomendações para futuros estudos do tema pela academia e aos interessados em se aprofundar no

estudo sobre competências e se transformarem em descobridores de competência, denominação que a autora assume nesse estudo.

Utiliza-se das recomendações para manter aberta a parceria entre a academia e as organizações, para tanto se faz mister que a autora indique possíveis caminhos para outros mestrandos que como ela se interessam em ingressar no mundo acadêmico e poder contribuir como o desenvolvimento da academia e principalmente com o contínuo desenvolvimento da ciência da Administração.

5.1 APLICAÇÕES PRÁTICAS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

Realização de mapeamento de competências dos gestores para identificar as competências existentes e propor através da comparação entre os resultados do mapeamento e os resultados apresentados nesse estudo, o desenvolvimento das competências requeridas e ainda não adquiridas pelos gestores.

Aplicação do estudo para o restante de quadro funcional e a realização de mapeamento de competências, utilizando a mesma metodologia descrita acima para os gestores.

Aprovação da metodologia utilizada pelo estudo e seus resultados quanto as competências individuais requeridas na Unidade de Saúde do Hospital Nossa Senhora da Luz, pelos gestores da Aliança Saúde. O quê possibilita a aplicação nas demais unidades de saúde pertencentes ao grupo.

Utilização do rol de competências identificado como subsídio na construção do perfil desses gestores.

Aplicação do modelo de competências baseado em McClelland na sua essência e totalidade e obter a avaliação do grau de excelência dos gestores, profissionais e técnicos do Hospital.

5.2 REALIZAÇÕES DE ESTUDOS ACADÊMICOS FUTUROS

Utilização do rol de competências identificado como subsídio na construção do perfil desses gestores hospitalares.

Validação da metodologia utilizada no estudo através da aplicação nas demais unidades de saúde pertencentes ao grupo, através de um estudo de caso – multicaseos.

Desenvolver o estudo de mapeamento de competências dos gestores como estratégia de construção de um banco de talentos de uma organização hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. de. **Relatório de 1915 da Irmandade da Misericórdia de Curitiba**. Curitiba: Typografia da Livraria Econômica Curitiba, 1916.
- AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J.; MINTZBERG, H. Todas as partes do elefante. **Revista HSM Management**, São Paulo: Savana, n.12, p.100-109, jan./fev. 1999.
- ANSOFF, Igor H.; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a administração estratégica**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1993.
- BAND, W. A. **Competências críticas**. Dez novas idéias para revolucionar a empresa. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa - Portugal: Edições 70, 2004.
- BIBLIOMED CORPORATIVO. **Acreditação é pouco difundida no Brasil - 11/10/2000**. Disponível em: <<http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/>>. Acesso em: 27 jun. 2004.
- BIBLIOMED CORPORATIVO. **Um olhar eletrônico sobre o gerenciamento hospitalar - 2002**. Disponível em: <<http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/>>. Acessado em 27 jun. 2004.
- BITTENCOURT, F. N. **Regulamento do Corpo Clínico do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz de 1971**– Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Curitiba: Lítero-Técnica. 1971.
- BOTERF, G. L. **Desenvolvendo a competências dos profissionais**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- DAÓLIO, Luiz C. **Perfis & competências**: retrato dos executivos, gerentes e técnicos. 1.ed. São Paulo: Érica, 2004.
- DAVENPORT, Thomas H. e PRUSAK, Laurence. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam seu capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
- DRUCKER, P. F. **Inovação e espírito empreendedor (entrepreneurship)**. Prática e princípios. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.
- DRUCKER, P. F. **Introdução à administração**. São Paulo: Pioneira, 1998. 3.ed.
- DRUCKER, P. F. O advento da nova organização. In: **Gestão do conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 2000. p.9-25.
- DUTRA, J. S. Gestão de pessoas com base em competências. In: DUTRA, J. S. (org.) **Gestão por competências**. São Paulo: Gente, 2001. p.25-43.
- EDVINSSON, L.; MALONE, M. S. Capital Intelectual. Trad. Roberto Galman, São Paulo: Makron Books, 1998. p.47.

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. (vários autores). **Textos de apoio em administração** – série trabalho e formação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FERRAREZI, A. **As práticas de gestão do conhecimento e a visão única sobre o valor do cliente**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba: PUCPR, 2003. 284 p.

FISCHMANN, Adalberto A. **Implementação de estratégias**: identificação e análise de problemas. Tese de Livre-Docência, FEA-USP. 1987.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. Aprendizagem e inovação organizacional. As experiências de Japão, Coréia e Brasil. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Estratégias empresariais e formação de competências**. Um quebra-cabeça caleidoscópico da indústria brasileira. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

FONTINELE, K. J. Programa de saúde da família (PSF) comentado. Goiânia: AB, 2003.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HEILPERN, J. D.; NADLER, D. A. Implementação da administração da qualidade total: um processo de mudança cultural. In: GERSTEIN, A. M. S.; NADLER, D. A.; SHAW, R. A. **Arquitetura organizacional**: A chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro: Campus, 1993. 4 ed.

HOERNER JÚNIOR, V. **Santa Casa**. Curitiba: Champagnat, 2002. Coleção Legado, n.11.

KILIMNIK, Zélia M.; SANT'ANNA, Anderson de S. e DA LUZ, Talita R. Competências profissionais e modernidade organizacional: coerência ou contradição? Revista de **Administração e Economia**, Minas Gerais, v.44, p.10-20. Ed. Especial

KING, Adelaide W.; FOWLER, Sally W.; ZEITHAML, Carl P. **Competências organizacionais e vantagem competitiva**: o desafio da gerência intermediária. São Paulo: Revista de Administração e Economia – jan./mar. 2002, v.42, n.1, artigo p.36-49.

KON, João. **A aceleração das mudanças**: como enfrentá-la? **RAE**, São Paulo, v.4, n.2, Light/EAESP/FGV, p.2-4., 1997.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. 7.ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1995.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina de A. **Técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEMOS, R. P.; LEMOS, C. **Relatórios do Director Medico do Hospício de N. S. da Luz – 1912 a 1914**. Curitiba.

LUSSARI, W. R.; SCHMIDT, I. T. **Gestão hospitalar**. Mudando pela educação continuada. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

MADER, L. R. A. **Relatório e Considerações das Instalações do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto**. Curitiba: março, 1986.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de administração de empresas**, São Paulo: FGV, v.41, n.3, p.51-59, jul./set. 2001.

McCLELLAND, D. C. Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28, p. 1–14, 1973.

McCLELLAND, D. C. **The achieving society**. New York: D. Van Nostrand, 1961.

MEGGINSON, Leon C., Mosley, Donald C. e Pietri Jr., Paul H. **Administração: conceitos e aplicações**. São Paulo: Harbra, 1986.

MINTZBERG, H. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOTTA, Fernando C. P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 19.ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

NASCIMENTO, Dinalva M. **Metodologia do trabalho científico: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

NICZ, Luiz F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, Ernesto L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. p.163-197.

NISEMBAUM, Hugo. **A competência essencial**. São Paulo: Infinita, 2000.

NONAKA, Ikushiro; TAKEUCHI, Hirotaka. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVEIRA Jr., Moacir de M. Competências essenciais e conhecimento na empresa. **Gestão do Conhecimento, Aprendizagem e Competências Estratégicas**, p. 121-156, 2000.

PENROSE, E. T. **The theory of growth of the firm**. Londres: Basil Blackwell, 1959.

PEREIRA, Heitor J. Os novos modelos de gestão: principais abordagens e suas características. In: **Os novos modelos de gestão: análise de algumas práticas em empresas brasileiras**. 1995. 298p Tese (Doutorado - área de concentração: organização e recursos humanos) - São Paulo: FGV-EAESP, 1995.

PEREIRA, Heitor J.; et al. Gestão do conhecimento como modelo empresarial. In: SANTOS, A. R. *et al.* **Gestão do conhecimento**. Uma experiência para o sucesso empresarial. Curitiba: Champagnat, 2001.

PEREIRA, Ivo A. **Regulamento dos Serviços Clínicos dos Hospitais Psiquiátricos Nossa Senhora da Luz e Dom Alberto: 1984** – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Curitiba: 1984.

PEREIRA, Ivo A. **Relatório das Atividades Administrativas do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz: biênio 1972/1973** – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Curitiba. 1974.

PEREIRA, Maria Isabel. **Modelo de gestão**: uma análise conceitual. São Paulo: Pioneira; Thomson Learning, 2001.

POLANYI, M. **The tacit dimension**: Londres: Routledge & Kegan Paul, 1966.

PRAHALAD, C. K. e HAMEL, Gary. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 16 Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

PROBST, Gilbert; RAUB, Steffen; ROMHARDT, Kai. **Gestão do conhecimento**: os elementos construtivos do sucesso. Porto Alegre: Bookman, 2002.

RESENDE, Enio. **O livro das Competências**: a melhor ajuda para pessoas, organizações e sociedades. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

SANCHEZ, R.; HEENE, A.; THOMAZ, H. **Managing articulated knowledge in competence-based competition**. In: SANCHEZ, R.; HEENE, A.; THOMAZ, H. (Ed.). Strategic learning and knowledge management. West Sussex: John Wiley, 1997.

SANCHEZ, R.; HEENE, A.; THOMAZ, H. **Towards the theory and practice of competence-based competition**. In: SANCHEZ, R.; HEENE, A.; THOMAZ, H. (Ed.). Dynamics of competence-based competition. Oxford: Elsevier, 1996.

SANT'ANNA, A. S. Análise **psicométrica de escalas em pesquisas em administração**: procedimentos e resultados de validação de medidas de modernidade organizacional, competências individuais e satisfação no trabalho. In: XXVII Enanpad. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003.

SANT'ANNA, A. S.; et al. Competências individuais, modernidade organizacional e satisfação no trabalho: um estudo de diagnóstico comparativo. **RAE – eletrônica**, São Paulo, v.4, n.1, Art. 1, jan./jun., 2005.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**. Arte e prática da organização que aprende. 2 ed. São Paulo: Best Seller, 1998.

SOUZA, Vanda. Como fazer mudanças: 10 fases para implementação de mudança organizacional. **Melhor vida & trabalho. Segmento**, n.166. p.22-23, mar., 2001.

SPENCER, Lyle M.; SPENCER, Signe M. **Competence of work**: models for superior performance. USA: Wiley, 1993.

SPENDER, J. C. Competitive advantage from tacit knowledge? Unpacking the concept and its strategic implications. In: MOINGEON, B.; EDMONDSON, A. (Ed.) **Organizational learning and competitive advantage**. Londres: Sage, 1996. p.64.

STONER, James A. F. **Administração**. 2.ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1995.

SVEIBY, KARL E. **A nova riqueza das organizações**: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento. 6.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TERRA, José C. C. **Gestão do conhecimento**: o grande desafio empresarial. 3.ed. São Paulo: Negócio, 2001.

VAN ERVEN, H. M. **Contribuição ao Histórico do hospital de Nossa Senhora da Luz de Curitiba**. Curitiba: Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense-Centro de Letras do Paraná e do Círculo de Estudos "Bandeirantes", 1950.

VASCONCELOS, Flávio C.; CYRINO, Álvaro B. **Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional**. **RAE**, São Paulo, v.40, n.4, p.20-37, out./dez., 2000.

VENETIKIDES, C. H. (org.). **Saúde mental em Curitiba**. Rio de Janeiro: CEBES/Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

VENETIKIDES, C. H. **Protocolo integrado: saúde mental em Curitiba – versão 2002**. Curitiba: PMC, 2002.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIEIRA, Adriane e GARCIA, Fernando C. **Gestão do conhecimento e das competências gerenciais: um estudo de caso na indústria automobilística**. **RAE - eletrônica**, São Paulo, v.4, n.1, jan./jun. 2005.

VON HIPPEL, E. **The sources of innovation**. Cambridge, MA: MIT Press, 1988.

VYGOTSKY, L. S. **Thought and language**. Cambridge, MA: MIT Press, 1962.

WERNERFELT, B. A resource based view of the firm. **Strategic Management Journal**, 5, p.171-180, 1984.

WERNERFELT, B. **A resource based view of the firm: ten years after**. **Strategic Management Journal**, 16, p. 171-174, 1994.

YAMAMOTO, E. **Os novos médicos-administradores: cuidando da saúde dos pacientes e das empresas**. 2.ed. São Paulo: Futura, 2002.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZARIFIAN, P. **O modelo da competência**. Trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC, 2003.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

ANEXO 1 - COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES

COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES

UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
Planejamento Estratégico	Gerir pessoas	Transparência	Administração hospitalar	Gerir pessoas	Transparência	Administração hospitalar	Gerir pessoas	Transparência
Administração Hospitalar	Liderança	Trabalhador do Conhecimento	Gestão de Serviços hospitalares	Trabalho em equipe	Catalisador	Gestão de serviços hospitalares	Trabalho em equipe	Trabalhador do conhecimento
Gestão de Negócios	Comunicação	Proativo	Planejamento Estratégico	Liderança	Trabalhador do conhecimento	Planejamento Estratégico	Liderança	Proativo
Conceitos e Ferramentas De Gestão de Pessoas	Trabalho em equipe	Motivador	Conceitos e Ferramentas De Gestão de Pessoas	Relações humanas no trabalho	Proativo	Conceitos e Ferramentas De Gestão de Pessoas	Relações humanas no trabalho	motivado
Políticas de RH	Ensinar	Inovador	Políticas de RH	Comunicação	motivado	Políticas de RH	Comunicação	criativo
Qualidade Total	Visão Estratégica	negociador	Qualidade Total	Multidisciplinar	criativo	Qualidade Total	Multidisciplinar	comprometimento
Prêmio Nacional da Qualidade	Integração	Integradora	Prêmio Nacional da Qualidade	Ensinar	comprometimento	Prêmio Nacional da Qualidade	Planejamento	Lealdade institucional
Normas ISO	Visionário	comunicador	Normas ISO	Visão Interdisciplinar	organizado	Normas ISO	Negociador	organizado
Comunicação corporativa	Visão Holística	empreendedor	Administração de custos	Planejamento	inovador	Atendimento ao Cliente	Visão Interdisciplinar	inovador
Responsabilidade Social	Gerar resultados	Agente de mudanças	Legislação do Setor de Saúde	Gerar resultados	empreendedor	Noções de Contabilidade Básica	Ensinar	empreendedor
Sustentabilidade	Propor soluções	Lealdade institucional	Manual de Acreditação Hospitalar	Propor soluções	Agente de mudanças	Noções de Direito Trabalhista	Gerar resultados	Agente de mudanças
Legislação do Setor de Saúde	Viabilizar mudanças	flexível	Empresas Bechmarking	Disseminar informações e documentos	Lealdade institucional	Justiça do trabalho	Propor soluções	comunicador
Cultura Organizacional	Disseminar informações e documentos	Engajamento	Empreendedorismo	Produzir conhecimento e competências	flexível	Didática	Disseminar informações e documentos	flexível
Manual de Acreditação Hospitalar	Produzir conhecimento e competências	Aberto a discussão	custos	Organizar eventos	negociador	Técnicas de Apresentação	Produzir conhecimento e competências	negociador
Empresas Bechmarking	Gerenciar custos	desprendimento	informática	Falar em publico	engajamento	Legislação do Setor de Saúde	Organizar eventos	engajamento

COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES

UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
Processos internos da unidade gerencial agregada	Comercializar projetos, produtos e competências	Visão profissional	Processos Internos da unidade gerencial agregada	Médico-administrador	Aprendizagem contínua	Manual de Acreditação Hospitalar	Falar em público	desprendimento
Custos	Organizar eventos	Acreditar no que faz	Filosofia e Valores Maristas	Visão ampla dos processos	Aberto a discussão	Empresas Bechmarking	Médico-administrador	Aberto a discussão
informática	Médico-administrador	Realizador	Processo de Reinserção Social	Monitoramento de processo	Visão profissional	empreendedorismo	Visão ampla dos processos	Visão profissional
Comercialização	Falar em público	Polido	Saúde Mental	Visão do conjunto	Polido	custos	Visão do conjunto	Polido
Processo de Reinserção Social	Visão ampla dos processos	Responsável socialmente	Visão Mercadológica	Docência	Responsável socialmente	informática	Monitoramento de processo	Responsável socialmente
Empreendedorismo	Trabalhar com o preconceito, estigma	Aprendizagem contínua	Psicopatologia Básica (delírio/alucinação)	Trabalhar com o preconceito, estigma	desprendimento	Processos Internos da unidade gerencial agregada	Trabalhar com o preconceito, estigma	Aprendizagem contínua
Orçamento	Visão do conjunto	Parceiro	Inglês	Formar pessoas	Parceiro	orçamento	Docência	Parceiro
Marketing	Inteligência emocional	Pioneirismo	Gestão de Saúde	orientar	Pioneirismo	Processo de Reinserção Social	Formar pessoas	Pioneirismo
Filosofia e Valores Maristas	Monitoramento de processo	Independência (autonomia)	Análise Custo x benefício	Relacionamento interpessoal	Independente (autônomo)	Visão mercadológica	Relacionamento interpessoal	Independência (autonomia)
Inglês	Docência	Comunicativo	orçamento	empregabilidade	comunicativo	Inglês	Orientar	Comunicativo
Gestão de Saúde	Formar pessoas	persistência	marketing	Atuar em parceria	persistência	Gestão de Saúde	empregabilidade	persistência
Análise Custo x benefício	Relacionamento interpessoal	Compartilhamento de informações	Processo Decisório	Visão mercadológica	Compartilhamento de informações	Psicopatologia Básica (delírio/alucinação)	Atuar em parceria	Compartilhamento de informações
Saúde Mental	Empregabilidade		Delegação de Poder	Visão de Negócio	marketing	Análise Custo x benefício	Visão mercadológica	
Processo Decisório	Atuar em parceria		Gerência de Processo	Atuação interdisciplinar		Filosofia e Valores Maristas	Visão do processo que atua	
Delegação de Poder	Visão de Negócio			Interligação		Saúde Mental	Atuação interdisciplinar	
Gestão por Processo	Visão Mercadológica			Tomada de Decisão		Processo Decisório	Tomada de Decisão	
	Visão Interdisciplinar			Improvisação		Delegação de Poder	Improvisação	
	Tomada de Decisão					Gerência de Processo		

ANEXO 2- PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

continua

ANTERIOR	ADOTADO
Cada hospital com vida própria	Estrutura bastante enxuta
Falta de integração entre as unidades hospitalares	Administração profissional
Administração empírica	Manutenção de médicos atuando na direção de algumas unidades hospitalares
Mesa administrativa composta por quinze membros	Modelo de unidades gerenciais básicas
Processo centralizado de decisão	Criação de Unidades de Negócio, depois chamadas unidades gerenciais agregadas
Não havia treinamento para as pessoas	Empowerment
Falta de preparo das pessoas	A importância dos gestores dentro da organização
Aquisição de conhecimento pela experiência prática	Envolvimento que valoriza o que se aprende para transformar práticas em cuidados de saúde
feudos	Administração participativa
Pessoas como meras cumpridoras de ordens	Envolvimento de todos os níveis decisórios nesse processo todo
Não havia espaço para questionamentos	Envolvimento deles na definição dos objetivos e na definição das estratégias que iriam possibilitar o atingimento dos objetivos
Cerceamento do pensar e do propor soluções	Explicitar como as ações tomadas estão relacionados com a estratégia maior da empresa
Paciente com atendimento impessoal	Oportunidade das pessoas proporem melhorias e/ou soluções
Vários hospitais com culturas distintas	Redesenho dos processos dentro das unidades
As pessoas assumiam algum tipo de responsabilidade por conhecimento, por questões políticas	Construção de indicadores, estabelecimento de metas e monitoramento dos resultados
Modelo asilar	Proposição de alterações de metas
Dependência total de aportes de recursos do governo, particulares e da irmandade	Programa de Idéias e Melhorias - PIEM

PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

continua

ANTERIOR	ADOTADO
Não havia integração entre as áreas	Reconhecimento e valorização da contribuição das idéias e soluções das pessoas
Centralização e autoritarismo	Acesso aos resultados obtidos mês a mês
Não havia nada em termos de organização, fluxo de trabalho	Discutir a possibilidade de atingir metas mais ambiciosas
Não havia profissionalismo das pessoas, assumiam determinadas funções não tendo a formação adequada, mais pela amizade, conhecimento e aspectos pessoais, escolha de pessoas chegadas	Intervenção no planejamento e no resultado
Irregularidade no processo de licitação de compra de serviços	Otimização dos recursos que são utilizados pelos hospitais
Faturamento não era monitorado	Transparência total
Serviços terceirizados instalados dentro do hospital não eram controlados, sem gestão sobre isso	Atender o cliente da melhor forma possível
Não existia estrutura, processos e estratégias	Processo de reinserção dos pacientes na comunidade
Administração por crise	Programa de Humanização intensificado
Facilitação de internamento para determinados pacientes	Integração maior com a universidade
Falta de visão do todo	Adequação do tamanho dos hospitais pra desenvolverem as atividades de ensino e de evangelização
Centralizados na sua área de atuação	Hospital de ensino
Despreparo das pessoas na área administrativa para administrar um negócio como empreendedor	Transferência de conhecimento para a rede pública municipal e estadual de saúde
Atraso no pagamento da folha de pessoal	Desenvolvimento e implantação de curso seqüencial de gestão de serviços hospitalares
Não existia renovação do corpo clínico no HNSL	Absorção e capacitação do quadro existente
Hospital de características asilares, cronificador de pacientes	Mudança nas práticas terapêuticas
Práticas terapêuticas fora dos padrões habituais, em termos de procedimento	Implantação do Sistema Aliança de Gestão – um sistema de gestão para a qualidade

PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

continua

ANTERIOR	ADOTADO
Funcionava com um administrador chamado de coordenador administrativo, a figura do Provedor era eventual, no HNSL ficava o 3º Provedor	Lugar de produção de conhecimento e competências
Autogerenciamento dos médicos	Autosuficiente em recursos
Liberdade de o administrador tocar os aspectos administrativos do hospital com pouca interferência sobre o trabalho médico ou administração médica	Prática de alianças estratégicas, para obter fonte adicional de receita
Liberdade do exercício da psiquiatria pelos médicos, sem interferência	Desenvolvimento de parcerias e alianças com fornecedores no aspecto de que eles possam estar vinculando a marca deles com a nossa marca
Gestão do plano de atendimento aos pacientes de responsabilidade exclusiva dos médicos	Redução do custo da folha, para trabalhar com quem era realmente importante para o processo e quem realmente contribua
Quase nenhuma interferência dos médicos no trato das questões administrativas	Controle e monitoramento de contratos de terceirizados
Médicos sem vínculo empregatício e conseqüente não compromisso com os problemas administrativos	Holding para agregar todos os processos comuns a todas as outras unidades, diminuindo prejuízos com a eliminação da duplicidade de serviço
Dependência da administração e da gestão da Sta. Casa	Unidades ficariam com o operacional
HNSL tinha dois diretores clínicos e um administrador	Redução de cargos e funções
Atualização do corpo clínico estava estacionada	Preocupação que as pessoas fossem preparadas administrativamente para obtenção de resultados satisfatórios
Onipotência médica	Centralização de processos, normatização de processos
Tomada de decisão pelo conselho da irmandade	Enxugamento de estrutura
A questão dos custos era a sobrevivência do dia a dia, através da generosidade da comunidade	Transformar o hospital em um Centro de Referência – Ensino, tratamento e pesquisa
O hospital sempre sobreviveu, sempre tentou cuidar da sua sobrevivência	Diminuição do tamanho do hospital
Não tinha planejamento estratégico, nem objetivos e nem missão do hospital	Modificações físicas do hospital, derrubada dos muros
A missão era a da caridade	Modelo de gerência com um Diretor formal
Papel do provedor era mobilizar a sociedade para que colocasse dinheiro nos hospitais, o que ia reverter em benefício para a comunidade	Suspensão da realização de procedimentos terapêuticos inadequados e feitos fora dos padrões

PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

continua

ANTERIOR	ADOTADO
Provedor e irmãos não tinham função/atividade remunerada, eram voluntários. Vinculados pelos ideais e com disponibilidade de tempo. Pessoas com certo sucesso na sua vida empresarial e queriam prestar um serviço à comunidade	Constituição do Comitê executivo – Diretor, gerente de processos administrativos, gerente de pacientes internados e gerente de pacientes externos
Administrador à distância, pois não ficava fisicamente no dia a dia no HNSL.	Patrocínio de cursos e pagamento de auxílio educação em forma de bolsa no valor de 50% do custo da formação de 3º grau
Serviços de alta complexidade terceirizados, os quais eram rentáveis e deixaram de ser da Irmandade.	Implantação das gerências, colocando ordem maior no hospital, deixando de existir os dos diretores clínicos e o administrador
A Santa Casa é o berço da Medicina no Paraná.	Criação de uma equipe na Direção do Hospital
Não havia disponibilidade de treinamento nunca	Definição de requisitos técnicos para as pessoas assumirem postos de trabalho
Terceirização dos exames de alta complexidade da Sta. Casa (visão de custo- aumento do endividamento)	Criação das unidades de negócio com independência gerencial, depois passou a se chamar Unidade Gerencial Agregada
Recursos doados pela comunidade	Desterceirização dos procedimentos/exames de alta complexidade (Visão econômico-financeira – possibilidade de aumento da receita)
A área de saúde parou no tempo e o HNSL também, não se fazia treinamento, não se fazia especializações ou cursos.	Montagem de uma equipe multidisciplinar em cada unidade (médico, assistente social, terapeuta ocupacional e musicoterapeuta)
Não havia preocupação com a preparação de pessoas, com a formação	Recolocação de pessoal para outras atividades, em função da diminuição do hospital
	Centralização do médico com seus pacientes em uma única unidade
	Otimização do tempo de atendimento aos pacientes
	Instituição muito mais aberta para a informação
	Administração por processo
	Mudança da relação autoritária entre médico e equipe a que pertence
	Implantação da residência médica no HNSL
	Divisão do HNSL em 3 macro -processos
	No início de cada ano, os gestores junto com suas equipes indicam quais são os treinamentos necessários e as solicitações. O RH da PUC consolida o LNT da Aliança Saúde e se discutem as prioridades.
	Realização de muitos treinamentos voltados para uma melhoria e uma mudança do caminho do hospital.

PRÁTICAS DO MODELO DE GESTÃO

conclusão

ANTERIOR	ADOTADO
	Dar oportunidades a todos
	Preocupação com a preparação de pessoas, com a formação.
	Disseminação para todos os níveis das oportunidades de treinamento e de crescimento profissional.
	Crescimento da motivação do quadro de pessoal
	Acesso a todo quadro de pessoal para estudar
	Política de promoção através de recrutamento interno
	Valorização do pessoal interno
	Coerência das proposições com as ações praticadas

**ANEXO 3 - APLICAÇÃO DO MODELO BASEADO EM MCCLELLAND NAS
COMPETÊNCIAS REQUERIDAS**

MODELO DE MCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ								
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS	UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL			
	CONHECIMENTO	HABILIDADE	ATITUDE	CONHECIMENTO	HABILIDADE	ATITUDE	CONHECIMENTO	HABILIDADE	ATITUDE	
1. MOBILIZADORAS	1	Marketing	Visão Mercadológica	-----	Marketing	Visão Mercadológica	-----	Marketing, Atendimento ao Cliente	Visão Mercadológica	-----
	2	Custos, Administração de custos, Orçamento, Qualidade Total, Prêmio Nacional da Qualidade, Normas ISO	Monitoramento de processo, gerenciar custos	-----	Custos, Administração de custos, Orçamento, Qualidade Total, Prêmio Nacional da Qualidade, Normas ISO	Monitoramento de processo, gerenciamento de custos	-----	Noções de Contabilidade Básica, Custos, Administração de custos, Orçamento, Qualidade Total, Prêmio Nacional da Qualidade, Normas ISO, Noções de Direito Trabalhista, Justiça do trabalho	Monitoramento de processo, Gerenciamento de custos	-----
	3	Sustentabilidade, Gestão de Negócios, Legislação do Setor Saúde, Manual de Acreditação Hospitalar	Visão Holística Visão Estratégica Visionário Visão de Negócio Visão Interdisciplinar	-----	Legislação do Setor Saúde, Manual de Acreditação Hospitalar	Visão Interdisciplinar Visão de Negócio	-----	Legislação do Setor Saúde, Manual de Acreditação Hospitalar	Visão Interdisciplinar	-----
	4	-----	-----	Inovador Desprendimento	-----	Improvisação	Inovador Desprende-mento	-----	Improvisação	Inovador Desprende-mento
	5	-----	Viabilizar mudanças	Agente de Mudanças Pioneirismo	-----	-----	Agente de Mudanças Pioneirismo	-----	-----	Pioneirismo Agente de mudanças
	6	-----	-----	Lealdade institucional, Engajamento	-----	-----	Comprometi-mento Lealdade institucional Engajamento	-----	-----	Comprometi-mento Lealdade institucional Engajamento

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando; 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole 15 Criatividade 16 Curiosidade 17 Flexibilidade 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

modelo de Mclelland		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ								
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
2a. TÁTICAS GERENCIAIS	7	-----	Trabalhem equipe Integração	Aberto a discussão Integrador	-----	Trabalho em equipe	Catalisador Aberto a discussão		Trabalho em equipe	Aberto a discussão
	8	Delegação de Poder	-----	Independente (autônomo)	Delegação de Poder	-----	Incentivador, Independente (autonomia)	Delegação de Poder	-----	Independente (autônomo)
	9	Técnicas de Apresentação	Docência Formar pessoas Ensinar		-----	Docência, ensinar, orientar, Formar pessoas		Didática, Técnicas de Apresentação	Ensinar, Docência, Formar pessoas, Orientar	
	10	Conceitos e Ferramentas De Gestão de Pessoas, Políticas de RH, Processo Decisório	Liderança, Gerir pessoas, Gerar resultados, Disseminar informações e documentos, Produzir conhecimento e competências, tomada de decisão	Motivador, Compartilha- mento de informaçõe	Conceitos e Ferr- amentas de Gestão de Pessoas, Políticas de RH, Processo Decisório	Gerir pessoas, Liderança, Tomada de Decisão, Gerar Resultados, Disseminar informações e documentos, Produzir conhecimento e competências	motivador Compartilhar informações	Conceitos e Ferr- amentas de Gestão de Pessoas, Políticas de RH, Processo Decisório	Gerir pessoas liderança, tomada de decisão, Gerar resultados, produzir conhecimento e competências, disseminar informações e documentos	motivador Compartilhar informações

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLELLAN		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ								
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
		Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
2b TÁTICAS INFLUENCIADORAS	11	-----	Atuar em parceria	Parceiro, negociador	-----	Atuar em Parceria	Negociador, Parceiro	-----	Atuar em parceria	Negociador, Parceiro
	12	Cultura Organizacional, Processos internos da unidade gerencial agregada	Visão ampla dos processos, Relacionamento interpessoal	-----	Processos Internos da unidade gerencial agregada	Visão ampla dos processos, relacionamento interpessoal	-----	Processos Internos da unidade gerencial agregada	Relacionamento interpessoal, Visão ampla dos processos	-----

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ								
		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
3. TRAZIDAS NA BAGAGEM	13	Empreendedorismo	-----	Acreditar no que faz, realizador, empreendedor	Empreendedorismo	-----	Empreendedor	Empreendedorismo	-----	Empreendedor
	14	-----	Inteligência emocional	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	15	-----	Propor soluções	-----	-----	Propor soluções	criativo	-----	Propor soluções	Criativo
	16	Empresas Bechmarking	-----	Aprendizagem contínua	Empresas Bechmarking	-----	Aprendizagem contínua	Empresas Bechmarking	-----	Aprendizagem contínua
	17	-----	-----	Flexível	-----	-----	flexível	-----	-----	flexível
	18	Planejamento Estratégico	-----	Proativo	Planejamento Estratégico	Planejamento	Proativo	Planejamento Estratégico	Planejamento	Proativo
	19	Responsabilidade Social Filosofia e Valores Maristas	Trabalhar com o preconceito e estigma	Visão profissional Transparência Responsável socialmente	Filosofia e Valores Maristas	Trabalhar com o preconceito e estigma	Visão profissional Responsável Socialmente Transparência	Filosofia e Valores Maristas	Trabalhar com o preconceito estigma	Transparência, Visão profissional, Responsável Socialmente
	20	-----	-----	Persistência	-----	-----	Persistência	-----	-----	persistência
	21	-----	-----	-----	-----	Relações humanas no trabalho	-----	-----	Relações humanas no trabalho	-----

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ								
		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL		
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude
4. APRENDIDAS FERRAMENTAS	22	Análise custo x benefícios		Lógico, Analítico	Análise custo x benefícios		Lógico, Analítico	Análise custo x benefícios		Lógico, Analítico
	23			Trabalhador do Conhecimento		Multidisciplinar	Trabalhador do conhecimento		Multidisciplinar	Trabalhador do conhecimento

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ									
UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO			GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO			UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL			
Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	Conhecimento	Habilidade	Atitude	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	Processo de Reinserção Social	Comercializar projetos, produtos e competências	comunicador	Processo de Reinserção Social	Visão do conjunto	organizado	Psicopatologia Básica (delírio/ alucinação)	Visão do processo que atua	Polido
	Saúde Mental	Empregabilidade	Polido	informática	Atuação interdisciplinar	Comunicador	Administração hospitalar	Atuação interdisciplinar	Organizado
	Gestão por processo	Falar em público	Comunicativo	Gerência de Processo	Interligação	Polido	informática	Médico - administrador	Comunicativo
	Administração Hospitalar	Médico-administrador		Gestão de Serviços hospitalares	Empregabilidade	Comunicativo	Saúde Mental	Empregabilidade	
	informática	Visão do conjunto		Administração hospitalar	Falar em Público		Gestão de serviços hospitalares	Comunicação	
	Comercialização	Comunicação		Psicopatologia Básica (delírio/ alucinação)	Comunicação		Inglês	Organizar eventos	
	Gestão de Saúde	Organizar eventos		Saúde Mental	Médico-administrador		Gestão de Saúde	Falar em publico	
	Inglês			Inglês	Organizar eventos		Processo de Reinserção Social	Visão do conjunto	

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLLELAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ																	
CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO		
		C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%	
1. MOBILIZADORAS	1	1	1	0	2	7,7	1	1	0	2	9,1	2	1	0	3	12,0	7	9,6	
	2	6	2	0	8	30,8	6	2	0	8	36,4	9	2	0	11	44,0	27	36,9	
	3	4	5	0	9	34,6	2	2	0	4	18,2	2	1	0	3	12,0	16	21,9	
	4	0	0	2	2	7,7	0	1	2	3	13,6	0	1	2	3	12,0	8	11,0	
	5	0	1	2	3	11,5	0	0	2	2	9,1	0	0	2	2	8,0	7	9,6	
	6	0	0	2	2	7,7	0	0	3	3	13,6	0	0	3	3	12,0	8	11,0	
	TOTAL	11	9	6	26	100	9	6	7	22	100	13	5	7	25	100	73	100	
TOTAL GERAL DE OCORRENCIAS	32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100		

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ																	
		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO		
		C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%	
2a. TÁTICAS GERENCIAIS	7	0	2	2	4	19	0	1	2	3	14,3	0	1	1	2	9,6	9	17,7	
	8	1	0	1	2	9,6	1	0	2	3	14,3	1	0	1	2	9,6	7	11,1	
	9	1	3	0	4	19	0	4	0	4	19	2	4	0	6	28,5	14	22,2	
	10	3	6	2	11	52,4	3	6	2	11	52,4	3	6	2	11	52,3	33	52,4	
	TOTAL	5	11	5	21	100	4	11	6	21	26,4	6	11	4	21	22,6	63	22,7	
TOTAL GERAL DE OCORRÊNCIAS	32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100		

NOTAS: 1 Cliente; 2 Controlar; 3 Estratégias; 4 Inovar; 5 Mudar; 6 Comprometimento com a empresa; 7 Colaborando; 8 Delegando; 9 Desenvolvendo; 10 Liderando 11 Persuadindo; 12 Manipulando; 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade; 22 Análise; 23 Difusão.

MODELO DE MCCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ																
		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO	
		C	H	A	Total	%	C	H	A	Total	%	C	H	A	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%
2b. TÁTICAS INFLUENCIADORAS	11	0	1	2	3	42,8	0	1	2	3	50	0	1	2	3	50	9	47,4
	12	2	2	0	4	57,2	1	2	0	3	50	1	2	0	3	50	10	52,6
	TOTAL	2	3	2	7	100	1	3	2	6	100	1	3	2	6	100	19	100
TOTAL GERAL DE OCORRÊNCIAS		32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100

NOTAS: 11 Persuadindo; 12 Manipulando.

MODELO DE MCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ																		
		CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO	
				C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%
3. TRAZIDAS NA BAGAGEM	13	1	0	3	4	22,2	1	0	1	2	11,8	1	0	1	2	11,8	8	15,4		
	14	0	1	0	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,9		
	15	0	1	0	1	5,6	0	1	1	2	11,8	0	1	1	2	11,8	5	9,6		
	16	1	0	1	2	11,1	1	0	1	2	11,8	1	0	1	2	11,8	6	11,5		
	17	0	0	1	1	5,6	0	0	1	1	5,9	0	0	1	1	5,9	3	5,8		
	18	1	0	1	2	11,1	1	1	1	3	17,5	1	1	1	3	17,5	8	15,4		
	19	2	1	3	6	33,2	1	1	3	5	29,4	1	1	3	5	29,4	16	30,8		
	20	0	0	1	1	5,6	0	0	1	1	5,9	0	0	1	1	5,9	3	5,8		
	21	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5,9	0	1	0	1	5,9	2	3,8		
	TOTAL	5	3	10	18	100 19,1	4	4	9	17	100 18,7	4	4	9	17	100 18,3	52	100 18,7		
TOTAL GERAL DE OCORRÊNCIAS	32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100			

NOTAS: 13 Autoconfiança; 14 Autocontrole; 15 Criatividade; 16 Curiosidade; 17 Flexibilidade; 18 Iniciativa; 19 Integridade; 20 Persistência; 21 Sensibilidade.

MODELO DE MCLELLAND		COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ																	
		UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO		
		c	h	a	TOTAL	%	c	h	a	TOTAL	%	c	h	a	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%	
4. APRENDIDAS FERRAMENTAS	22	1	0	2	3	75	1	0	2	3	60	1	0	2	3	60	9	64,3	
	23	0	0	1	1	25	0	1	1	2	40	0	1	1	2	40	5	35,7	
	TOTAL	1	0	3	4	100 4,3	1	1	3	5	100 5,5	1	1	3	5	100 5,4	14	100 5	
TOTAL GERAL DE OCORRÊNCIAS		32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100	

NOTAS: 22 Análise; 23 Difusão.

COMPETÊNCIAS INDIVIDUAIS REQUERIDAS DOS GESTORES PELO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS	UNIDADE GERENCIAL AGREGADA NÍVEL ESTRATÉGICO					GERÊNCIA DE PROCESSOS NÍVEL TÁTICO					UNIDADES GERENCIAIS BÁSICAS NÍVEL OPERACIONAL					RESULTADO		
	C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	C	H	A	TOTAL	%	TOTAL GERAL	%	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS		8	7	3	18	100	8	8	4	20	100	8	8	3	19	100	57	100
	TOTAL	8	7	3	18	100	8	8	4	20	100	8	8	3	19	100	57	100
						19,2					22,0					20,4		20,5
TOTAL GERAL DE OCORRÊNCIAS	32	33	29	94	33,8	27	33	31	91	32,7	33	32	28	93	33,5	278	100	