

**UNIJUÍ - UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO
DO RIO GRANDE DO SUL**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
DESENVOLVIMENTO**

**LINHA DE PESQUISA: GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES E DO
DESENVOLVIMENTO**

AMAURI LUIS LAMPERT

**GESTÃO SOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DE ORGANIZAÇÕES FILANTRÓPICAS
- um estudo de caso da
REDE HOSPINOROESTE**

Ijuí/RS, maio de 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AMAURI LUIS LAMPERT

**GESTÃO SOCIAL: UMA ESTRATÉGIA DE MANUTENÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DE ORGANIZAÇÕES FILANTRÓPICAS
- um estudo de caso da
REDE HOSPINOESTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), como requisito final para obtenção do título de mestre.

ORIENTADOR: professor doutor Jorge Oneide Sausen

Ijuí (RS)
2007

A Deus, criador de tudo e fonte de esperança.
A minha esposa Simone,
pela motivação e por me fazer acreditar que tudo é possível.
A minha filha Amanda,
fonte inesgotável de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para essa dissertação:

À minha família que sempre me apoiou;

À Diretoria da Associação Protetora do Hospital São Francisco, na pessoa do presidente Edir Carlos Schwerz, por ter oportunizado e compreendido o valor deste tempo de estudo, pelo aceite, consentimento e apoio ao desafio que me propus realizar;

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí);

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) que custeou meus estudos;

Ao orientador professor doutor Jorge Oneide Sausen por suas relevantes contribuições;

À professora doutora Enise Barth Teixeira, pelo apoio, orientação, aprendizado, confiança e por ter me acompanhado no estágio docência;

Ao Departamento de Estudos da Administração da Unijuí, por ter oportunizado o estágio docência;

À Marlise Vitcel, Bolsista de Iniciação Científica do Departamento de Estudos da Administração da Unijuí pela disposição em auxiliar-me na transcrição das entrevistas;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Desenvolvimento, pela convivência e ensinamentos, especialmente aos professores da Linha de Pesquisa de Gestão de Organizações e do Desenvolvimento;

Aos professores da Banca, pelo tempo dispensado e pelas contribuições;

Aos associados e à funcionária da Rede Hospinoeste, pelo apoio prestado na obtenção dos dados, indispensáveis ao presente trabalho;

A todas as pessoas que se dispuseram a participar da pesquisa;

A todos aqueles que apoiaram ou inspiraram minha entrada no Mestrado;

Aos colegas e amigos que compartilharam comigo esta trajetória.

RESUMO

Esta dissertação tem como propósito apresentar os resultados da pesquisa desenvolvida sobre a temática da “gestão social em instituições hospitalares a partir da formação de uma rede social de cooperação”, no intuito de dar conta do escopo do estudo que busca investigar o modelo de gestão de organizações hospitalares de caráter filantrópico que têm, na ação comunitária e de cooperação, por meio de rede social, sua estratégia de manutenção e desenvolvimento. A pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa, na medida em que é mais indicada para as investigações de perspectiva interpretativa ou crítica. A investigação caracteriza-se como exploratória e descritiva. Como modo de investigação, o estudo constitui-se como pesquisa bibliográfica, documental e de campo, por meio de entrevistas semi-estruturadas com os *stakeholders* legitimados como sujeitos desta. Quanto aos procedimentos técnicos constitui-se como estudo de caso/multicaso, porque foram investigadas sete instituições hospitalares filantrópicas que atuam de forma cooperada na Rede Hospinoeste. Os dados da pesquisa revelam que as organizações, nessa nova conjuntura, necessitam acompanhar as mudanças para permanecerem nos mercados, pois a concorrência global tem exigido níveis mais elevados de qualidade, competitividade e inovação. Adaptar-se a esse ambiente e se tornar competitivo é condição de sobrevivência. A cooperação das instituições hospitalares constitui-se em estratégia capaz de promover a sustentabilidade dos hospitais, a melhoria e a garantia de acesso aos serviços hospitalares para a população assistida, bem como corrobora para o desenvolvimento de um determinado local ou região, criando um ambiente propício para a permanência e o desenvolvimento dos hospitais filantrópicos, melhorando a infra-estrutura e os processos de gerenciamento. É possível constatar que as redes sociais de cooperação constituem-se num importante meio para tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, uma vez que proporcionam a integração de pessoas, organizações públicas e agentes econômicos que se voltam para a realidade social como foco de preocupação. A parceria das instituições hospitalares de caráter filantrópico, por meio da formação de rede social de cooperação, apresenta-se como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, otimizando a utilização dos recursos disponíveis, respeitando o saber e preservando a identidade de cada membro do grupo e a sua competência na gestão de recursos. Esta integração, por sua vez, contribui para aumentar a eficiência e a eficácia das políticas sociais. Por outro lado, percebe-se que o terceiro setor passa a integrar um movimento, criando novas possibilidades de gestão e de parcerias que ocasionam a criação de respostas novas a problemas sociais e, ao mesmo tempo, passa a exigir mudanças significativas nas práticas das organizações públicas e privadas.

Palavras-chave: Redes de Cooperação. Gestão Social. Estratégias Organizacionais. Hospital Filantrópico. Terceiro Setor. Aprendizagem Organizacional.

ABSTRACT

This dissertation has as its purpose to present the results of the research developed upon the theme “social management in hospital institutions having as a starting point the constitution of a social cooperation network”, in order to give basis to the study that tries to investigate the management model of hospital organizations of a philanthropic feature, which has its maintenance and development strategy in the communitarian and cooperative action in a social network. The research was developed in a qualitative approach, in the sense that is the most recommended for interpretative or critical perspective of investigations. It is an exploratory and descriptive investigation. The investigation is a bibliographic, documental and field research, through semi-structured interviews with the *stakeholders*, legitimated as subjects of this work. Concerning the technical procedures, it is a case/multicase study, because seven philanthropic hospital institutions, which work in a cooperative way in the Hospinoroeste network, were investigated. The research data reveal that the organizations, in the new status quo, need to follow changes so as to stay in the markets, since global competition has demanded higher quality, competitiveness and innovation levels. To adapt to this environment and become competitive is a surviving condition. The cooperation of the hospital institutions constitute a capable strategy of promoting the sustainability of the hospitals, the improvement and the certainty of access to the hospital services for the assisted population, as well as contribute to the development of a certain place or region, creating a friendly environment for the continuity and development of philanthropic hospitals, improving the infra-structure and management processes. It is possible to notice that the social cooperation networks constitute themselves in an important means to make the social political management more efficient, once they allow the integration of people, public organizations and economical agents, which, in their turn, turn to the social reality as a concern focus. The partnership of the hospital institutions with a philanthropic character, through the creation of a cooperation social network, presents itself as a set of people and organizations who interact in order to respond to the demands and necessities of the population in an integrated way, optimizing the use of the available resources, respecting knowledge as well as preserving the identity of each member of the group and their competence in the resource management. This integration, in its turn, contributes to increase the efficiency and the efficacy of social policies. On the other hand, it is perceived that the third sector starts to become part of a movement, creating new possibilities of management and partnerships that lead to new responses for social problems, at the same time, it requires meaningful changes on the practices of public and private organizations.

Keywords: Cooperation Network. Social Management. Organizational Strategies. Philanthropic Hospital. Third Sector. Organizational learning.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE QUADROS	11
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	12
LISTA DE ANEXOS	13
INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	16
1.1 Tema da Pesquisa	16
1.2 Questão de Estudo	19
1.3 Justificativa	19
1.4 Objetivos	21
1.4.1 Objetivo geral	21
1.4.2 Objetivos específicos	22
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA	23
2.1 Pressupostos Epistemológicos da Pesquisa	24
2.2 Classificação do Estudo	25
2.3 Definição das Organizações Filantrópicas e da Amostra da Pesquisa	27
2.4 Sujeitos da Pesquisa	30
2.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	32
2.6 Tratamento, Análise e Interpretação dos Dados	35
CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO	38
3.1 Administração	38
3.1.1 Administração de serviços	40
3.1.2 Administração hospitalar	40
3.1.3 O contexto socioorganizacional	44

3.1.4 Mudanças organizacionais e estratégias gerenciais _____	46
3.2 Gestão Social _____	50
3.2.1 Organizações sem fins lucrativos _____	50
3.2.2 Organizações filantrópicas _____	52
3.2.3 Organizações do terceiro setor _____	53
3.3 Organização Hospitalar _____	56
3.3.1 As funções do hospital, produtos e serviços _____	59
3.3.2 O mercado hospitalar e o sistema de saúde _____	60
3.4 Redes de Cooperação _____	61
3.4.1 Tipologia de redes _____	63
3.4.2 Contribuições das redes de cooperação na gestão organizacional _____	66
3.4.3 Redes de cooperação e desenvolvimento local e regional _____	68
3.4.4 Rede social _____	70
3.5 Aprendizagem Organizacional _____	71
3.5.1 Evolução dos conceitos de aprendizagem organizacional _____	72
3.5.2 Modelos teóricos de aprendizagem organizacional _____	74
3.5.3 Aprendizagem e gestão do conhecimento _____	76
3.5.4 Aprendizagem em redes de cooperação _____	83
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS _____	88
4.1 Histórico e Caracterização da Rede Hospinoeste _____	88
4.2 Histórico e Caracterização dos Hospitais Pesquisados _____	92
4.2.1 Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba _____	92
4.2.2 Associação Protetora do Hospital São Francisco de Augusto Pestana _____	93
4.2.3 Associação Hospital de Caridade de Crissiumal _____	93
4.2.4 Associação Hospital Bom Pastor Ijuí _____	94
4.2.5 Associação Hospital de Caridade de Ijuí _____	94
4.2.6 Associação Hospital Bom Pastor de Santo Augusto _____	95
4.2.7 Associação Cultural São Gregório de São Martinho _____	95
4.3 O Contexto Hospitalar da Amostra Pesquisada _____	96
4.4 Fatores de Análise _____	99
4.4.1 Modelo de gestão _____	100
4.4.1.1 A percepção dos administradores dos hospitais _____	100
4.4.1.2 A percepção da administração da rede _____	104

4.4.1.3	Análise teórica do modelo de gestão	104
4.4.2	Sustentabilidade das instituições	106
4.4.2.1	A percepção dos administradores dos hospitais	106
4.4.2.2	A percepção da administração da rede	109
4.4.2.3	Análise teórica da sustentabilidade das instituições	110
4.4.3	Importância da instituição na comunidade	112
4.4.3.1	A percepção dos administradores dos hospitais	112
4.4.3.2	A percepção da administração da rede	115
4.4.3.3	Análise teórica da importância da instituição na comunidade	118
4.4.4	Vantagens e benefícios da ação em rede	120
4.4.4.1	A percepção dos administradores dos hospitais	120
4.4.4.2	A percepção da administração da rede	123
4.4.4.3	Análise teórica das vantagens e benefícios da ação em rede	124
4.4.5	Mecanismos de relacionamento entre os hospitais	126
4.4.5.1	A percepção dos administradores dos hospitais	126
4.4.5.2	A percepção da administração da rede	128
4.4.5.3	Análise teórica dos mecanismos de relacionamento entre os hospitais	129
4.4.6	Experiências de desenvolvimento individual e organizacional	132
4.4.6.1	A percepção dos administradores dos hospitais	132
4.4.6.2	A percepção da administração da rede	134
4.4.6.3	Análise teórica das experiências de desenvolvimento individual e organizacional	135
4.4.7	Ações de cooperação	138
4.4.7.1	A percepção dos administradores dos hospitais	138
4.4.7.2	A percepção da administração da rede	140
4.4.7.3	Análise teórica das ações de cooperação	142
4.4.8	Estudo consolidado dos fatores de análise da pesquisa	146
4.5	A Importância da Hospinoroeste no Contexto do Desenvolvimento Regional	150
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES		153
5.1	Conclusão	153
5.2	Recomendações	157
REFERÊNCIAS		159
ANEXOS		166

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Mapa do RS com Delimitação da Região Noroeste_____	27
FIGURA 2 – Mapa do RS com Delimitação dos Coredes_____	28
FIGURA 3 - Mapa Delimitando a Região de Abrangência da 17ª CRS_____	29
FIGURA 4 - Modelo de <i>Stakeholders</i> das Organizações_____	31
FIGURA 5 - Passos para a Coleta e o Tratamento dos Dados_____	36
FIGURA 6 - A Organização em Cinco Partes_____	42
FIGURA 7 – Aprendizagem em Circuito Simples e em Circuito Duplo_____	75
FIGURA 8 – Espiral do Conhecimento_____	83

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Relação dos Hospitais da Região da 17ª CRS_____	30
QUADRO 02 – Matriz de apoio – <i>stakeholders</i> e fatores de análise_____	33
QUADRO 03 - Ambiente de Negócios e as Mudanças nas Organizações_____	45
QUADRO 04 – Tipologia de Redes de Empresas_____	65
QUADRO 05 – Oportunidades de Aprendizagem Organizacional_____	86
QUADRO 06 – Relação de Hospitais Associados à Hospinoroeste_____	89
QUADRO 07 – Dados Econômicos e Demográficos dos Municípios com o Hospital Pesquisado_____	96
QUADRO 08 – Dados Financeiros de 2005 dos Hospitais Pesquisados_____	97
QUADRO 09 – Estrutura de Leitos, Colaboradores, Médicos e nº de Atendimentos Hospitalares_____	98
QUADRO 10 – Percentual dos Serviços Prestados por Convênio_____	99
QUADRO 11 – Dados Consolidados dos Fatores de Análise da Pesquisa_____	147

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CASSI	-	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CNAS	-	Conselho Nacional de Assistência Social
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREDE	-	Conselho Regional de Desenvolvimento
CRS	-	Coordenadoria Regional de Saúde
DEAd	-	Departamento de Estudos da Administração
FAPERGS	-	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
HCI	-	Hospital de Caridade de Ijuí
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPERGS	-	Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
MPMEs	-	Micro, Pequenas e Média Empresas
ONGs	-	Organizações Não-Governamentais
PHAS	-	Política de Humanização da Assistência à Saúde
PRC	-	Programa Redes de Cooperação
SEDAI	-	Secretaria de Estado do Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais
SES	-	Secretaria Estadual de Saúde
SIG	-	Sistema de Informação Gerencial
SMSMAS	-	Secretaria Municipal de Saúde, Meio Ambiente e Assistência Social
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UNIJUÍ	-	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
UNIMED	-	Sociedade Cooperativa de Serviços Médicos Ltda.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I - Matriz de apoio - coleta de dados do histórico das instituições_____	167
ANEXO II - A instituição hospitalar filantrópica_____	168

INTRODUÇÃO

Num contexto marcado por uma nova ordem mundial na qual a abertura dos mercados nos campos econômico, social e cultural tem sido a marca registrada dos últimos anos, demonstra interferência no cotidiano dos cidadãos e das organizações. Nessa nova conjuntura, as organizações necessitam acompanhar as mudanças para permanecerem nos mercados, pois a concorrência global tem exigido padrões mais elevados de qualidade, competitividade e inovação. Isso confirma que, para se adaptar a esse ambiente e se tornar competitivo, as alianças, parceiras e redes de cooperação constituem-se em estratégias capazes de promover a continuidade, melhoria e o sucesso de diferentes segmentos de negócios, bem como corroborar para o desenvolvimento de um determinado local ou região.

Esta dissertação tem como propósito apresentar os resultados da pesquisa desenvolvida sobre a temática da **“gestão social em instituições hospitalares a partir da formação de uma rede social de cooperação”**, no intuito de dar conta do escopo do estudo que busca investigar o modelo de gestão de organizações hospitalares de caráter filantrópico que têm, na ação comunitária e de cooperação, por meio de rede social, sua estratégia de manutenção e desenvolvimento. Assim sendo, a estrutura da dissertação está distribuída em cinco capítulos.

O primeiro capítulo trata de apresentar o tema da pesquisa, a questão que norteou o estudo, as motivações e justificativas que conduziram o desenvolvimento desta, e, por fim, são descritos os objetivos almejados pelo estudo.

A metodologia da pesquisa perfaz o segundo capítulo desta dissertação, no qual são descritos os pressupostos epistemológicos da pesquisa, a classificação do estudo, a definição das organizações filantrópicas que constituem a amostra para o desenvolvimento empírico, os sujeitos, as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados e os métodos de tratamento, análise e interpretação destes.

No terceiro capítulo busca-se apresentar os pressupostos teóricos da investigação, o qual está subsidiado por cinco seções, sendo que a primeira traz a literatura referente à administração, a segunda trata da gestão social, a terceira refere-se à organização hospitalar, a quarta aborda as redes de cooperação e, por fim, a quinta seção versa sobre aprendizagem organizacional.

A apresentação e análise dos dados dar-se-á no capítulo quatro, o qual traz o histórico e caracterização da Rede Hospinoroeste e dos hospitais pesquisados. Na seqüência apresenta-se o contexto hospitalar da amostra pesquisada e os sete fatores de análise empírica dos sujeitos da pesquisa (modelo de gestão, sustentabilidade das instituições, importância da instituição na comunidade, vantagens e benefícios da ação em rede, mecanismos de relacionamento entre os hospitais, experiências de desenvolvimento individual e organizacional e ações em rede), os quais serão analisados a partir da percepção dos administradores dos hospitais e pela percepção da administração da rede, sendo que, para cada fator, far-se-á a respectiva análise teórica.

Ainda no capítulo quatro apresenta-se a apreciação consolidada dos sete fatores de análise tomando como base as evidências empíricas, e na seqüência busca-se apresentar a importância da Rede Hospinoroeste no contexto do desenvolvimento regional. No quinto e último capítulo do estudo apresenta-se a conclusão desta pesquisa como, também, busca-se apresentar recomendações para futuros estudos.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Este capítulo trata de contextualizar o estudo apresentando o tema da pesquisa, a questão que norteou a investigação, as motivações e justificativas que conduziram o desenvolvimento desta, e os objetivos almejados pelo estudo.

1.1 Tema da Pesquisa

As organizações mais inovadoras e competitivas são aquelas que desenvolvem a habilidade de gerenciar o conhecimento, incorporando-o aos seus produtos e serviços. Neste cenário, a gestão do conhecimento e a instituição de uma cultura de aprendizagem devem estar inseridas no conjunto de estratégias organizacionais.

Na sociedade em que vivemos, na qual a tecnologia avança assustadoramente a cada dia, a comunicação é cada vez mais ágil e os consumidores cada vez mais exigentes, não é possível uma organização sobreviver se não acompanhar de perto as necessidades do mercado, adaptar-se às mudanças em tempo hábil, além de desenvolver produtos que satisfaçam, ou melhor, que surpreendam o mercado/cliente.¹

O século XX pode ser lembrado pelos progressos alcançados pela ciência em várias áreas mas talvez fique marcado justamente como o século da desigualdade social. No entendimento de Schommer (2002), destacam-se as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, que se estruturam em torno de objetivos públicos e são geridas por agentes

¹ Far-se-á uso neste estudo da denominação “usuário” quando se fizer referência a clientes, por se tratar da terminologia habitual na área de serviços da saúde.

privados, constituindo o chamado terceiro setor distinto do conjunto de organizações do Estado e do mercado.

Denota-se uma nova consciência, em torno da inter-relação e interdependência entre os fenômenos que afetam a todos, seja no campo da ecologia, da economia, da saúde ou da política. Migra-se da dicotomia público-privado, na qual interesses e ações privadas são facilmente diferenciadas do interesse e ação pública, para um espaço em que agentes sociais e do desenvolvimento, públicos e privados relacionam-se, condicionam-se e se interpretam de forma que é difícil identificar limites (SCHOMMER, 2002, p. 91).

Nas inter-relações desse espaço público, novos padrões de comportamento levam as organizações a diferentes estratégias de atuação. Na concepção de Schommer (2002) são geradas organizações diferenciadas, identificadas por sua permeabilidade e hibridismo, incorporando características globais e locais, públicas e privadas, da burocracia tradicional e da fluidez interorganizacional. Termos como cooperação, redes, parcerias e alianças ganham espaço em debates de várias áreas.

O que se observa é um processo, em curso, de aprendizado e descoberta de potencialidades, tanto no sentido das preocupações com questões sociais e ambientais que afetam a todos, quanto em relação à forma de atuação em rede, em interdependência (SCHOMMER, 2002, p. 107). Esse aprendizado acontece muitas vezes no decorrer da atuação das organizações envolvidas, que sofrem influências do ambiente, compartilham conhecimentos com outras organizações, transformam-se e aperfeiçoam ações e motivações.

É por meio do processo de aprendizagem e de gestão do conhecimento que as organizações podem desenvolver as competências necessárias para a realização de sua estratégia competitiva (FLEURY, 2001).

Em uma organização, o processo de aprendizagem pode ocorrer em três níveis:

No nível do indivíduo: o processo de aprendizagem acontece primeiro no indivíduo, carregado de emoções positivas ou negativas e que se dá por meio de caminhos diversos. No nível do grupo: a aprendizagem pode ser um processo social partilhado pelas pessoas do grupo. No nível da organização: o processo de aprendizagem individual, de compreensão e interpretação partilhados pelo grupo institucionaliza-se e expressa-se em diversos artefatos organizacionais: estrutura, regras, procedimentos e elementos simbólicos; as organizações desenvolvem memórias que retêm e recuperam informações (FLEURY, 2001, p. 86).

As iniciativas de gestão do conhecimento demandam profissionais que tenham facilidade em gerir relacionamentos com equipes internas e externas e com fornecedores externos da informação e do conhecimento, tais como clientes, outras empresas e parceiros acadêmicos.

Estabelece-se, portanto, uma relação entre gestão do conhecimento nas organizações e os processos de aprendizagem. No entendimento de Fleury (2001), a gestão do conhecimento nas organizações está relacionada aos métodos de aprendizagem e à conjugação das técnicas de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, bem como de disseminação e de construção de memórias, num processo coletivo para a elaboração das competências necessárias à organização.

A partir das concepções de Schommer (2002), pode-se dizer que organizações que se constituem ou transformam-se em espaço público, surpreendem pela flexibilidade, pela capacidade de incorporarem lógicas e estruturas diversas convivendo e se harmonizando para fins comuns. Logo, para que as relações entre elas gerem benefícios para todos, é importante o desenvolvimento de características que propiciem a cooperação. A temática deste estudo, então está relacionada à gestão social em organizações do terceiro setor.² Uma vez apresentado o tema, far-se-á a seguir a apresentação da questão de estudo, a justificativa e os objetivos desta pesquisa.

² Ao grupo de organizações que se situam entre as públicas e privadas dá-se o nome de terceiro setor

1.2 Questão de Estudo

A partir da contextualização apresentada, a questão que norteou o presente estudo buscou indagar por meio da investigação:

Como se dá o desenvolvimento e a efetividade dos serviços e, por consequência, a sustentabilidade das organizações hospitalares de caráter filantrópico, a partir da ação comunitária e de cooperação por meio de rede social?

1.3 Justificativa

A investigação do tema “gestão social em instituições hospitalares”, justifica-se pela sua relevância tanto no âmbito acadêmico, como organizacional e empresarial, uma vez que a melhoria da gestão hospitalar está colocada como um desafio para os profissionais, financiadores, usuários e autoridades do setor de saúde.

Neste sentido, o estudo poderá ampliar o acesso e a utilização de novos modelos e novas ferramentas de gestão, a partir da pesquisa de uma rede social e das suas perspectivas de gestão, marcadas pela cultura que prioriza o poder de comunicação dos sujeitos inseridos na rede hospitalar, no intuito de ampliar o acesso e elevar a efetividade dos serviços.

O desenvolvimento desta investigação vem contribuir para a elaboração de uma análise da aprendizagem organizacional a partir das ações conjuntas de colaboração que aumentam o desempenho e a competitividade de uma amostra de organizações que constituíram uma rede social de cooperação, sobretudo quando observada a atual conjuntura na qual as instituições hospitalares buscam continuamente se preparar para a melhoria dos padrões organizacionais, superando deficiências de aprendizado e se tornando mais eficazes.

A maioria dos estudos na década de 90 enfatizou a importância do “conhecimento” para que as organizações criem e mantenham suas competências tecnológicas e gerenciais para competir no mercado mundial. Ainda há, no entanto escassez de estruturas analíticas e estudos empíricos que explorem as implicações práticas dos processos de aprendizado e inovação organizacional. Motta (1998) considera que as inovações tecnológicas e as transformações sociais dominam a sociedade contemporânea: mudam significativamente a produção e a vida das pessoas, sendo que a atração pela novidade faz a mudança surgir de forma cada vez mais intensa.

Além disso, o desenvolvimento desta temática também se associa ao projeto de pesquisa do Edital Fapergs/Procoredes, apresentando-se como um desdobramento do estudo realizado por um grupo de pesquisa no Departamento de Estudos da Administração da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Dead/Unijuí), inserido na linha de pesquisa “Gestão de Organizações e do Desenvolvimento” no Programa de Mestrado em Desenvolvimento, que procura estudar as estratégias de mudança e evolução de organizações da região no contexto do desenvolvimento regional.

A originalidade deste estudo está em aprofundar a questão da gestão social de organizações hospitalares integradas em uma rede social de cooperação caracterizada pelo hibridismo e pela interdependência do setor de serviços da saúde uma vez que a tendência à cooperação entre estas organizações, fundamentalmente de pequeno e médio porte, vêm se concretizando, de modo que desperta o interesse de organismos de cooperação técnica, bem como dos órgãos de financiamento e fomento ao desenvolvimento, que estabelecem políticas diferenciadas para a formação de redes de cooperação ou arranjos produtivos locais, em prol do desenvolvimento local e regional.

Toma-se como uma questão importante a história da assistência hospitalar da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, caracterizada pelas raízes centradas na cultura comunitária, alimentada pelo vigor participativo que caracteriza a mobilização social. A assistência hospitalar tem um vínculo histórico com as organizações comunitárias como a Fidene/Unijuí, de tal forma que muitas delas surgiram antes da criação dos municípios em que estão inseridas, transformando-se em instituições de importância fundamental ao desenvolvimento desses municípios.

Vale registrar ainda, que um dos temas que tem merecido destaque nas discussões, especialmente econômicas e políticas, é o desenvolvimento, tendo como base um enfoque voltado para o desenvolvimento de forma integrada.

Deste modo, esta pesquisa, embora representando um desdobramento do estudo anteriormente citado, traz uma contribuição específica, não só para o curso de Mestrado, mas também para a região pesquisada, uma vez que a união de esforços e a conscientização dos diferentes atores envolvidos no desenvolvimento, podem gerar vantagens competitivas na conquista de novos mercados, garantindo a sustentabilidade e a sobrevivência das organizações e o desenvolvimento integrado da região.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Estudar o modelo de gestão de organizações hospitalares de caráter filantrópico que tem na ação comunitária e de cooperação, por meio de rede social, sua estratégia de manutenção e desenvolvimento.

1.4.2 Objetivos específicos

- Verificar a importância da ação de cooperação na performance das instituições integrantes da rede e a efetividade dos serviços prestados à comunidade;
- compreender os mecanismos e relacionamentos que garantem a sustentabilidade de instituições que têm na ação solidária, comunitária e voluntária das pessoas, a base para a concretização da missão organizacional (razão de ser) destas organizações;
- identificar os processos de aprendizagem organizacional decorrentes da ação de cooperação entre as instituições hospitalares que tem contribuído para a manutenção destas organizações, como também para a melhoria dos serviços prestados à comunidade.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos que deram suporte ao desenvolvimento do estudo. Para tal, inicialmente são descritos os pressupostos epistemológicos da pesquisa; em seguida apresenta-se a classificação e a definição das organizações filantrópicas que constituem a amostra para o desenvolvimento empírico deste trabalho. Na seqüência, estão delineados os sujeitos da pesquisa e as técnicas e instrumentos utilizados na coleta de dados e, por fim, explicitam-se os métodos de tratamento, análise e interpretação destes dados.

A metodologia é descrita por Minayo (1994) como uma parte complexa e deve requerer maior cuidado. Mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as opções e a leitura que o pesquisador fez do quadro teórico. A metodologia não só contempla a fase da exploração (escolha do espaço e do grupo de pesquisa, estabelecimento dos critérios de amostragem e construção de estratégias para entrada em campo) como também, a definição de instrumentos e procedimentos para análise dos dados.

Somente com todos estes critérios bem estabelecidos e claros é que será possível executar o processo da pesquisa e, conseqüentemente, obter as informações realmente importantes ao estudo. Desta forma, explicitar a metodologia adotada para a realização do trabalho de pesquisa é de fundamental importância, pois é a partir desta definição que se

estabelece o tipo de estudo a realizar, de que forma se dará a coleta dos dados, a análise e a interpretação dos mesmos, com o propósito de alcançar os objetivos deste.

2.1 Pressupostos Epistemológicos da Pesquisa

A dimensão epistemológica, que se refere às bases que sustentam o conhecimento acerca do objeto de estudo, remete para o antagonismo entre uma vertente *positivista* e outra *antipositivista*. Para a primeira, a percepção e o conhecimento do mundo podem ser estruturados, transmitidos, comunicados e, portanto, adquiridos; para os *antipositivistas*, ao contrário, o conhecimento é *softer*, mais subjetivo, espiritual, algo transcendente, e se baseia na vivência, em *insights*, enfim, na experiência de natureza essencialmente pessoal. Os positivistas, assim, abordam as organizações como um objeto ou entidade que existe por si e que pode ser explicada por meio de leis gerais de funcionamento. A abordagem antipositivista ou construtivista concebe a organização como um artefato socialmente construído e que somente pode ser entendido a partir de convenções e acordos metodológicos (BURRELL; MORGAN, 1979).

O desenvolvimento do estudo apoiou-se na sustentação de Minayo (1994), trabalhando “com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada”, num espaço em que as pessoas, a cultura, o ambiente, serão analisados sob formas interpretativas do sujeito enquanto ser social, capaz de tomar decisões e de mudar e ser mudado pela realidade do meio em que vive, sobretudo no propósito de constituir o desenvolvimento de organizações sociais, caso da presente pesquisa.

2.2 Classificação do Estudo

Este estudo apresenta características da abordagem qualitativa na medida em que esta é mais indicada para as investigações de perspectiva interpretativa ou crítica, justificada por Minayo (1994) pelo fato do método quantitativo restringir a realidade social ao que pode ser observado e quantificado, e por considerar que há uma relação dinâmica entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números.

Quanto aos objetivos a pesquisa é exploratória e descritiva. Descritiva porque busca descrever com exatidão os fatos e fenômenos que cercam determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987); descreve as percepções dos diferentes atores envolvidos na formação e na gestão das instituições hospitalares organizadas em redes de cooperação. É exploratória porque enfatiza a descoberta de idéias e discernimentos que permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema (TRIVIÑOS, 1987). Embora o tema “gestão social” tenha sido alvo de diversas investigações, buscou-se verificar e desenvolver esta pesquisa voltada para as organizações hospitalares filantrópicas que constituíram uma rede social de cooperação.

Quanto aos procedimentos técnicos, a investigação também se constitui como pesquisa bibliográfica, envolvendo estudo sistematizado com base em material publicado (VERGARA, 2000b), uma vez que, para a fundamentação teórico-metodológica do trabalho, investigou-se a produção científica já disponível sobre gestão social, organizações hospitalares e redes de cooperação, com ênfase sobre práticas administrativas, educativas, de inovação e aprendizagem organizacional. Caracteriza-se como estudo de caso/multicaso considerando que envolve uma investigação profunda e exaustiva, que permite um amplo e detalhado conhecimento (GIL, 1999), com investigação empírica aplicada a várias

organizações (YIN, 2001), pois foram investigadas sete instituições hospitalares filantrópicas que atuam de forma cooperada em uma rede social de cooperação.

O presente estudo configura-se, ainda, numa análise longitudinal do processo como um sistema contínuo, com passado, presente e futuro (PETTIGREW, 1979 *apud* SALAMA, 1994) em que se busca explicitar o caráter temporal de cada organização a partir do período histórico que marcou o ingresso na rede de cooperação. Também se pode dizer que a pesquisa caracteriza-se como indutiva e sistemática, aberta a descobertas imprevistas (*insights* – saltos criativos), que exigiram do pesquisador uma visão periférica que lhe possibilitou verificar tudo o que foi relevante e estudar o processo criativo com suas complexidades inerentes (MINTZBERG, 1983).

Dentre os pressupostos da abordagem histórica da pesquisa que representa um modo alternativo de compreender as organizações, buscou-se focar nos elementos específicos desta abordagem o enfoque no contexto e na descrição minuciosa dos fenômenos. Na compreensão de Salama (1994), assim como o desenvolvimento dos indivíduos pode ser entendido por meio das suas histórias pessoais de vida (nascimento, juventude, maturidade), o mesmo ocorre com o crescimento de uma organização.

Salama (1994) enfatiza que é importante observar que a história/biografia organizacional não é o mesmo que idade organizacional, pois, em muitos casos, as organizações possuem períodos e ciclos que independem da sua idade cronológica. Kimberly citado por Salama (1994), observa que o comportamento das pessoas e das organizações se forma a partir de uma combinação de fatores ambientais e internos.

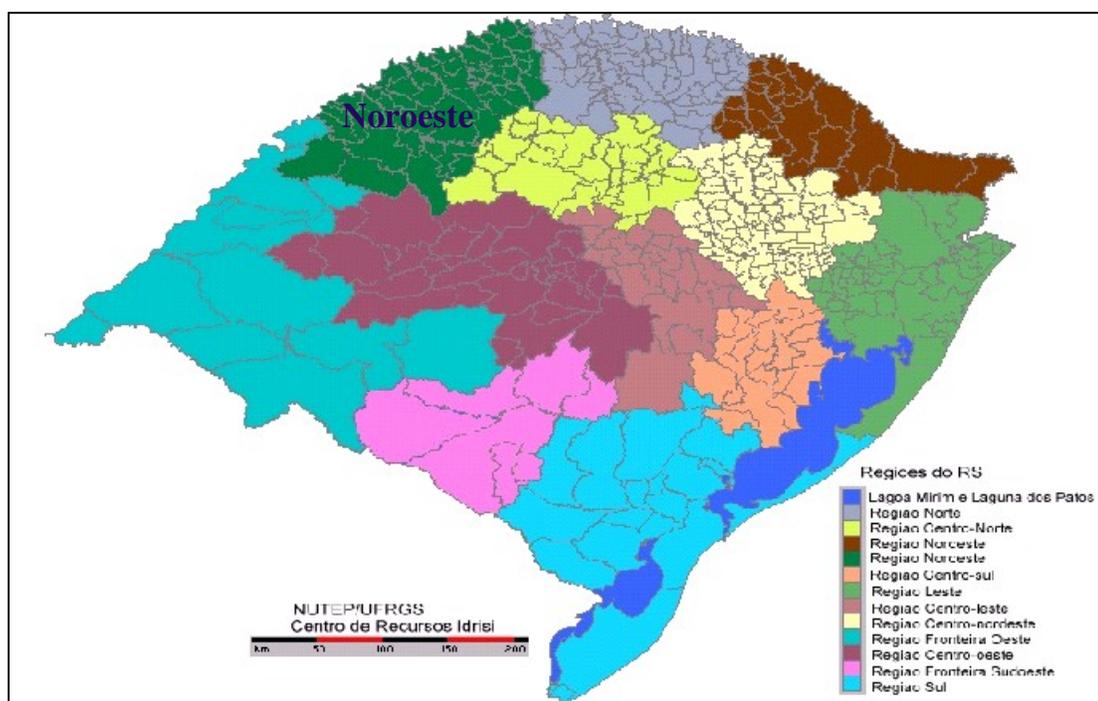
A pesquisa centra-se na descrição e indução implícita e explícita dos fatos, levando em consideração a dimensão de fatos reais vivenciados na organização, o que pode ser

entendido como metodologia direta e informação em profundidade, com maior relevância quando comparada com as informações superficiais (MINTZBERG, 1983).

2.3 Definição das Organizações Filantrópicas e da Amostra da Pesquisa

A Rede Hospinoeste tem como campo de abrangência a Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, conforme se pode visualizar na Figura 1 a seguir:

Figura 1 – Mapa do RS com Delimitação da Região Noroeste

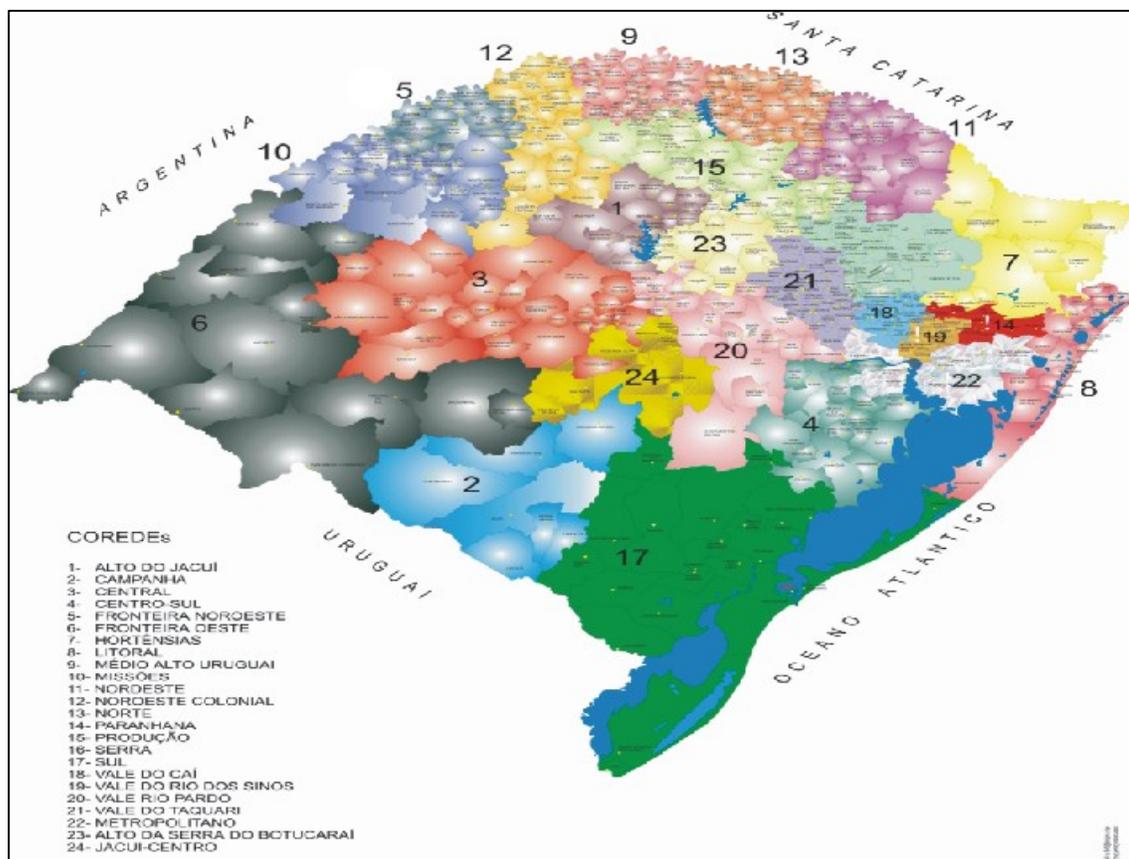


Fonte: Secretaria da Rede Hospinoeste

Por estar a Rede Hospinoeste delimitada em congregar as instituições hospitalares da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, conforme mapa da Figura 1, torna-se necessário apontar que sua abrangência toma nova formação quando se observa a divisão do Rio Grande do Sul pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento – (Coredes), que se constituem em órgãos de desenvolvimento local e regional, referendados pelas políticas públicas do Estado do Rio Grande do Sul.

Cabe destacar, portanto, que a Rede Hospinoeste possui hospitais associados distribuídos nos Coredes: Noroeste Colonial, Fronteira Noroeste, Missões, Médio Alto Uruguai e Corede Central, observando as delimitações no mapa da Figura 2 a seguir:

Figura 2 – Mapa do RS com Delimitação dos Coredes



Fonte: Secretaria do Corede Norc

Delimitou-se para fins deste estudo a região de abrangência do Corede Noroeste Colonial, na qual está inserida a circunscrição da 17ª Coordenaria Regional de Saúde (CRS), composta por 20 municípios, como demonstra a Figura 3 a seguir:

Figura 3 – Mapa Delimitando a Região de Abrangência da 17ª CRS



Fonte: 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí/RS

De acordo com o mapa da Figura 3, que representa a região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí, tem-se que nesta região estão localizados 15 hospitais, conforme quadro a seguir:

Quadro 01 – Relação dos Hospitais da Região da 17ª CRS

Nº	ENTIDADE	MUNICÍPIO
1	Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba	Ajuricaba
2	Associação Protetora Hospital São Francisco	Augusto Pestana
3	Hospital de Caridade de Campo Novo	Campo Novo
4	Sociedade Hospitalar Beneficente de Chiapeta	Chiapeta
5	Associação Hospital de Caridade de Crissiumal	Crissiumal
6	Assoc. de Desenvolvimento Comunitário de Humaitá	Humaitá
7	Associação Hospital de Caridade de Ijuí	Ijuí
8	Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí	Ijuí
9	Sociedade Hospitalar Panambi	Panambi
10	Casa Beneficente de Saúde Rio Branco	Pejuçara
11	Sociedade Hospitalar Beneficente Nossa Senhora Aparecida	Santo Augusto
12	Associação Hospital Bom Pastor de Santo Augusto	Santo Augusto
13	Associação Cultural São Gregório de São Martinho	São Martinho
14	Sociedade Hospitalar Beneficente de Condor	Condor
15	Hospital Unimed	Ijuí

Fonte: 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí/RS

A partir desta relação de 15 hospitais, identificou-se que sete são associados à Rede Hospinoeste e, por sua vez, constituem a amostra das instituições que foram objeto deste estudo, sendo elas respectivamente: Sociedade Hospitalar Beneficente Ajuricaba, Associação Protetora Hospital São Francisco de Augusto Pestana, Hospital de Caridade de Crissiumal, Associação Hospital de Caridade de Ijuí, Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí, Sociedade Hospitalar Bom Pastor de Santo Augusto e Hospital de Caridade de São Martinho.

2.4 Sujeitos da Pesquisa

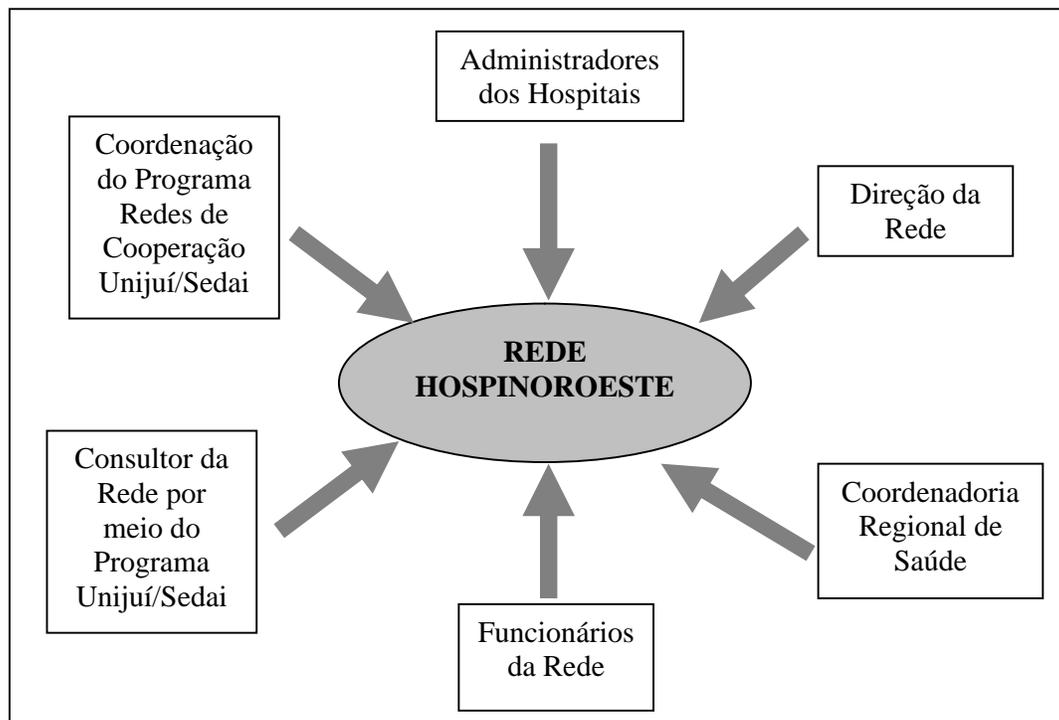
Para o desenvolvimento da pesquisa foi necessário o envolvimento dos atores sociais que, no entendimento de Stoner e Freeman (1985, p. 46-47), ao discutirem o ambiente externo, identificam elementos de ação direta e de ação indireta, também conhecidos como *stakeholders*.

O termo *stakeholder* refere-se a grupos que têm direito legitimado sobre a organização, segundo Stoner e Freeman (1985), que consideram qualquer indivíduo ou grupo

que pode afetar a obtenção dos objetivos organizacionais ou que é afetado pelo processo de busca destes objetivos.

Os atores que influenciam direta e indiretamente a Rede Hospinoroeste, podem ser visualizados na Figura 4 a seguir:

Figura 4 - Modelo de *Stakeholders* das Organizações



Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir de HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2002, p. 28.

Os *stakeholders* influenciam diretamente as organizações, de modo que são elementos de ação direta. Os empregados e os acionistas são considerados *stakeholders* internos, enquanto outros, como clientes e concorrentes, são considerados *stakeholders* externos. Os elementos de ação indireta, como a tecnologia, a economia e a política de uma sociedade, afetam o clima em que uma organização atua e tem o potencial de tornarem-se elementos de ação direta.

Estes *stakeholders*, considerados, os sujeitos da pesquisa, constituíram-se em fonte de pesquisa estratégica para o levantamento de informações.

2.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados corresponde à busca dos dados e das informações necessárias para o estudo da rede social de cooperação em análise, e que neste caso se deu da seguinte forma: pesquisa bibliográfica em livros e artigos de revistas especializadas com dados pertinentes ao assunto, além de serem feitas consultas em manuais de classificação e normas do sistema hospitalar e pesquisa documental, buscando identificar regulamentos internos, relatórios e outros documentos da rede e das respectivas instituições cooperadas que constituem a amostra.

Realizou-se, ainda, visita *in loco* à sede da rede de cooperação, bem como às organizações cooperadas que constituem a amostra, implicando na pesquisa direta, com coleta de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas que foram desenvolvidas a partir de uma matriz de apoio, conforme Quadro 02 que considerou sete fatores de análise pré-estabelecidos por conveniência como norteadores da coleta de dados, quais sejam: modelo de gestão, sustentabilidade das instituições, importância da instituição na comunidade, vantagens e benefícios da ação em rede, mecanismos de relacionamento entre os hospitais, experiências de desenvolvimento individual e organizacional e ações em rede.

Quadro 02 – Matriz de apoio – *stakeholders* e fatores de análise

Stakeholders	Fatores de Análise						
	1	2	3	4	5	6	7
	Modelo de Gestão	Sustentabilidade das instituições	Importância da instituição na comunidade	Vantagens e benefícios da ação em rede	Mecanismos de relacionamento entre os hospitais	Experiências de desenvolvimento individual e organizacional	Ações de cooperação
Administradores dos Hospitais	<p>Constituição diretiva da instituição</p> <p>Estatuto, Regimento Interno</p> <p>Corpo clínico, Direção Técnica</p> <p>Estrutura Organizacional e Processo Decisório</p> <p>Sistema de Informação Gerencial (Quantitativos)</p> <p>Por se tratar de uma instituição comunitária (diferente do que ser proprietário?)</p> <p>Diferença entre tamanho, poder ou posição estratégica</p>	<p>Quais os convênios (com o Estado, município, outros) existentes para prestação de serviços</p> <p>Hospital Comunitário recebe contribuições (empresas, prefeituras, câmara de vereadores)</p> <p>Avaliação dos serviços a partir de pesquisa de satisfação do usuário</p> <p>Performance de desempenho a partir da formação e/ou participação na rede</p>	<p>O hospital foi criado antes da emancipação do município</p> <p>Participa como prestador de serviços e possui assento no Conselho Municipal de Saúde</p> <p>Ações de humanização da saúde, envolvendo a comunidade</p> <p>Campanhas de doação como fonte alternativa de recurso</p>	<p>Otimização e potencialização das faturas nas tabelas dos convênios</p> <p>Políticas de qualificação profissional</p> <p>Políticas de parceria com fornecedores</p> <p>Do individualismo para o associativismo</p> <p>Elaboração de projetos como fonte alternativa de recursos com os convênios públicos e privados</p>	<p>Calendário de reuniões e/ou assembleias</p> <p>Processo decisório</p> <p>Estatuto</p> <p>Regimento</p> <p>Estabelecimento de estratégias conjuntas</p> <p>Compartilham e discutem informações similares</p>	<p>Capacitação gerencial dos administradores das instituições</p> <p>Capacitação da equipe técnica</p> <p>Capacitação do pessoal de apoio</p> <p>Aprendizagem de técnicas utilizadas por outros associados</p> <p>Ciclo de palestras e debates</p> <p>Conscientizar a comunidade sobre a importância da presença hospitalar local e regional (área preventiva, curativa, educativa, pesquisa)</p>	<p>Central de compras</p> <p>Acesso a fornecedores</p> <p>Linhas de crédito</p> <p>Negociação com fornecedores</p> <p>Acesso a novas tecnologias</p> <p>Melhoria no atendimento e instituição de novos serviços</p>

Direção da Rede	Constituição diretiva da instituição Estatuto, Regimento Interno Processo Decisório	Clima de confiança e cooperação Avaliação e monitoramento dos resultados pretendidos	Importância da rede para as instituições	Identificação e definição de objetivos, metas e visão	Planejamento e execução das ações Fluxo de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional	Articulação e processo de mudança espaço organizacional na perspectiva intra-organizacional e interorganizacional	Sensibilização dos associados Políticas e/ou diretrizes de relacionamento entre os atores envolvidos
Coordenação do Programa Redes de Cooperação Unijuí/Sedai	Estatuto, Regimento Interno Processo Decisório	Clima de confiança e cooperação Avaliação e monitoramento dos resultados pretendidos	Importância da rede para as instituições	Mecanismos de suporte para as instituições	Identificar e priorizar ações Fluxo de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional	Difusão da informação e do conhecimento (aumento da capacidade de adotar ações eficazes)	Potencialidades e limites
Consultor da Rede por meio do Programa Redes de Cooperação	Estatuto, Regimento Interno Processo Decisório	Clima de confiança e cooperação Avaliação e monitoramento dos resultados pretendidos	Importância da rede para as instituições	Mecanismos de suporte para as instituições	Identificar e priorizar ações Fluxo de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional	Difusão da informação e do conhecimento (aumento da capacidade de adotar ações eficazes)	Potencialidades e limites
Representante da Coordenadoria Regional de Saúde			Importância da rede para a comunidade	Sustentabilidade dos serviços		Apoiar as instituições no desenvolvimento e implementação de projetos conjuntos	Estimula e fortalece as instituições
Funcionários da Rede			Importância da rede para as instituições	Otimização dos recursos		Potencialidades e limites	Projetos conjuntos

Esta matriz auxiliou a condução da entrevista semi-estruturada com membros da direção da rede de cooperação, com administradores das instituições cooperadas, com a coordenação do Programa Redes de Cooperação da Unijuí/Sedai e o respectivo consultor que atende a rede, com os funcionários da rede e com representantes da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Além disso, buscou-se desenvolver a observação participada com a presença do pesquisador em assembléias da rede.

2.6 Tratamento, Análise e Interpretação dos Dados

Os processos de análise e interpretação de dados variam significativamente em função do plano de pesquisa. Os delineamentos experimentais ou levantamentos, podem se constituir em tarefa simples de identificação e ordenação dos passos a serem seguidos. Nos estudos de caso, entretanto não se pode falar em um esquema rígido de análise e interpretação (GIL, 1995).

Especificamente com relação à interpretação, Gil (1995, p. 188) afirma que não existem normas rígidas que indiquem os procedimentos a serem adotados no processo de interpretação dos dados, sobretudo quando se trata de pesquisa social.

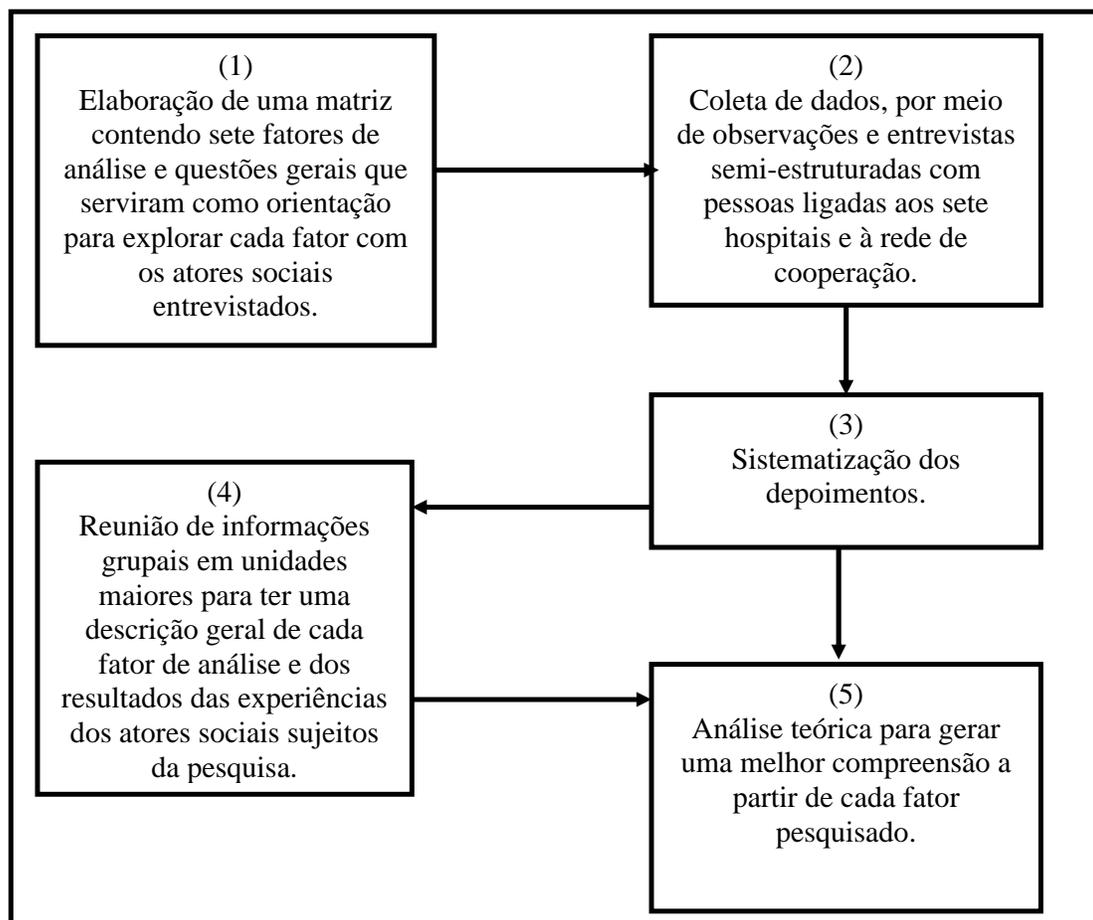
[...] o que existe na literatura especializada são recomendações acerca dos cuidados que devem tomar os pesquisadores para que a interpretação não comprometa a pesquisa. [...] quase tudo o que é dito sobre interpretação dos dados na pesquisa social refere-se à relação entre os dados empíricos e a teoria.

De acordo com Roesch (1996), a análise propicia a identificação de problemática existente. Os dados poderão ser cruzados a fim de possibilitar a identificação de pontos críticos, problemas, descobertas e, algumas vezes, envolve o uso de estatísticas. Os resultados podem ser comparados com outros projetos ou situações. Em alguns casos, cabe analisar os resultados à luz de modelos teóricos sobre o tema.

Na medida em que foram utilizados diferentes métodos e fontes de informações, deu-se a triangulação dos dados coletados, possibilitando a ampliação da descrição, da explicação e da compreensão do objeto de estudo. O uso de medidas múltiplas, mas independentes, é denominado como triangulação, que significa o uso de três pontos de referência para se verificar a localização de um objeto (MINAYO, 1994).

Os passos que foram seguidos para a coleta e tratamento dos dados podem ser melhor expressos na Figura 5 a seguir:

Figura 5 - Passos para a Coleta e o Tratamento dos Dados



Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir de CARVALHO; VERGARA, 2002, p. 84.

O esquema apresentado expressa o entendimento de que, na pesquisa qualitativa, o processo de coleta e de análise dos dados se dá de forma simultânea. Nesta etapa, segundo

Minayo (1994), podem ser apontadas três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Neste estudo, optou-se pela apresentação da análise e interpretação dos dados, com base no contexto e na caracterização da rede de cooperação, bem como nas organizações cooperadas que constituem a amostra, com ênfase na gestão social em instituições hospitalares a partir da formação de uma rede social de cooperação. Para que se pudesse ter melhor aproveitamento dos dados e informações, de forma a contemplar a questão de estudo, estes foram analisados e interpretados com base no referencial teórico.

CAPÍTULO III – REFERENCIAL TEÓRICO

Com a finalidade de estabelecer o quadro teórico deste estudo, apresenta-se neste capítulo uma revisão da literatura existente, a partir do acervo de teorias a cerca da Administração, da gestão social, das organizações hospitalares, das redes de cooperação e da aprendizagem organizacional.

3.1 Administração

A literatura disponível apresenta múltiplas definições no que se refere à administração, no entanto, nesta seção apresentar-se-á os conceitos extraídos de Motta (1991), Drucker (2001), Moraes (2000) e Montana (1998).

A palavra administração em sua origem significa a função que se desenvolve sob o comando de outro, um serviço que se presta a outro. A tarefa da Administração é interpretar os objetivos propostos pela organização e transformá-los em ação empresarial por meio de planejamento, organização, direção e controle de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa, a fim de atingir tais objetivos.

Na visão de Montana (1998), Administração é o ato de trabalhar com pessoas para realizar os objetivos tanto da organização quanto de seus membros. Para Drucker (2001), Administração é o órgão específico de uma atividade empresarial, e será, cada vez mais, a disciplina e a prática pelas quais as “humanidades” vão readquirir seu reconhecimento, impacto e relevância. Tomando em consideração as definições dos autores, percebe-se que há

uma maior ênfase ao elemento humano na organização, focalizando a atenção nos resultados a serem alcançados de maneira a contemplar a realização dos objetivos organizacionais e pessoais de seus membros. O conceito de Administração tem evoluído de modo que:

Não existe mais o executivo capaz de utilizar princípios da administração gerais e universais de maneira eficiente, em qualquer país, empresa ou setor. Cada organização é única, com características próprias que a diferenciam das demais, e um modelo de administração bem-sucedido, utilizado em uma organização, não será necessariamente o ideal a ser adotado em uma outra. Procuram-se novos modelos educacionais e organizacionais que facilitem a síntese funcional, permitindo que especialistas capazes de possuir visão generalista ou generalistas especializados em alguma área do conhecimento ocupem posições de liderança nas organizações (MORAES, 2000, p. 7).

A percepção da autora em análise revela que o conceito de Administração é muito mais amplo do que o de administração de empresas, na medida em que se aplica a organizações empresariais e não empresariais. Entende-se, portanto, que administração é o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar os esforços dos membros da organização, utilizando os outros recursos organizacionais para alcançar os objetivos estabelecidos.

O gigantismo das organizações contemporâneas de acordo com Motta (1991) se assemelha a grandes monstros que precisam ser dominados e, portanto, direcionados. Talvez, em princípio, ninguém saiba como lidar com esses gigantes. Grandes dirigentes não são nada além de pessoas que, possuidoras de algumas habilidades, vão tateando esses monstros, apreendendo-lhes a forma e indicando-lhes alguns caminhos.

Como as organizações são diferentes, para cada uma delas exige-se um novo aprendizado. “No entanto, existem comportamentos gerenciais comuns entre os dirigentes de sucesso; pode-se dizer que esses comportamentos provêm de habilidades gerenciais típicas que podem ser assimiladas” (MOTTA, 1991, p. 23).

Se dirigentes de grandes organizações aprenderam a se comportar de certa maneira, no entendimento de Motta (2001) talvez não tenha sido mero acaso, mas imposição de uma

realidade organizacional que possui padrões comuns. E é a compreensão dessa realidade e a sistematização desses comportamentos típicos que envolvem os estudos de gestão no que concerne ao alcance de eficácia na ação gerencial.

No intuito de buscar melhor entendimento sobre administração de serviços e administração hospitalar, parte-se para este desdobramento em dois tópicos que antecedem a próxima seção que irá tratar do contexto socioorganizacional.

3.1.1 Administração de serviços

A administração de serviços, no entendimento de Albrech (1998, p. 21) “é um enfoque organizacional global que faz da qualidade do serviço, tal como sentida pelo cliente, a principal força motriz do funcionamento da empresa”.

Os serviços são intangíveis, vivenciados pelo usuário, o que dificulta aos administradores a avaliação do resultado e da qualidade. O cliente é o principal avaliador da qualidade e nem sempre demonstra satisfação ou insatisfação.

O desafio de gestão da qualidade dos serviços, na concepção de Brasil e Pimenta (2005), inicia pela incorporação da voz ativa de todos os interessados (diretos e indiretos) no trabalho das entidades sociais, nos indicadores de avaliação e no planejamento das suas ações. É fundamental compreender que o fortalecimento das organizações do terceiro setor depende, antes de tudo, da qualidade de suas ações que é também um fator crítico que potencializará, ou não, a formação de parcerias e a captação de recursos para as organizações.

3.1.2 Administração hospitalar

A administração hospitalar segue as teorias e doutrinas básicas das escolas de administração e, por ser o hospital um estabelecimento complexo e voltado exclusivamente às

pessoas (pacientes, médicos, funcionários), uma boa administração poderá transformar esta estrutura em instrumento valioso na recuperação e manutenção da saúde.

Para Cherubin e Santos (1997, p. 74):

Administração Superior é a administração exercida pelo governo geral da instituição ou entidade proprietária do hospital que fixa sua política assistencial, social, econômica, de recursos humanos e ensino e zela pela colocação em prática dos seus objetivos. O órgão que exerce a Administração Superior, é designado, em geral, por Diretoria, Mesa Administrativa, Conselho de Administração ou Conselho Superior, planejando, organizando, comandando, coordenando e controlando os recursos humanos e materiais que assegurem uma assistência eficiente e eficaz aos pacientes e um bom desempenho administrativo.

O conceito atual de hospital é relacionado por Cherubin e Santos(1997, p. 3), ao conceito de sua finalidade precípua – a saúde -, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “perfeito bem-estar físico, social e mental, inclusive espiritual, e não a simples ausência de doenças ou enfermidades”.

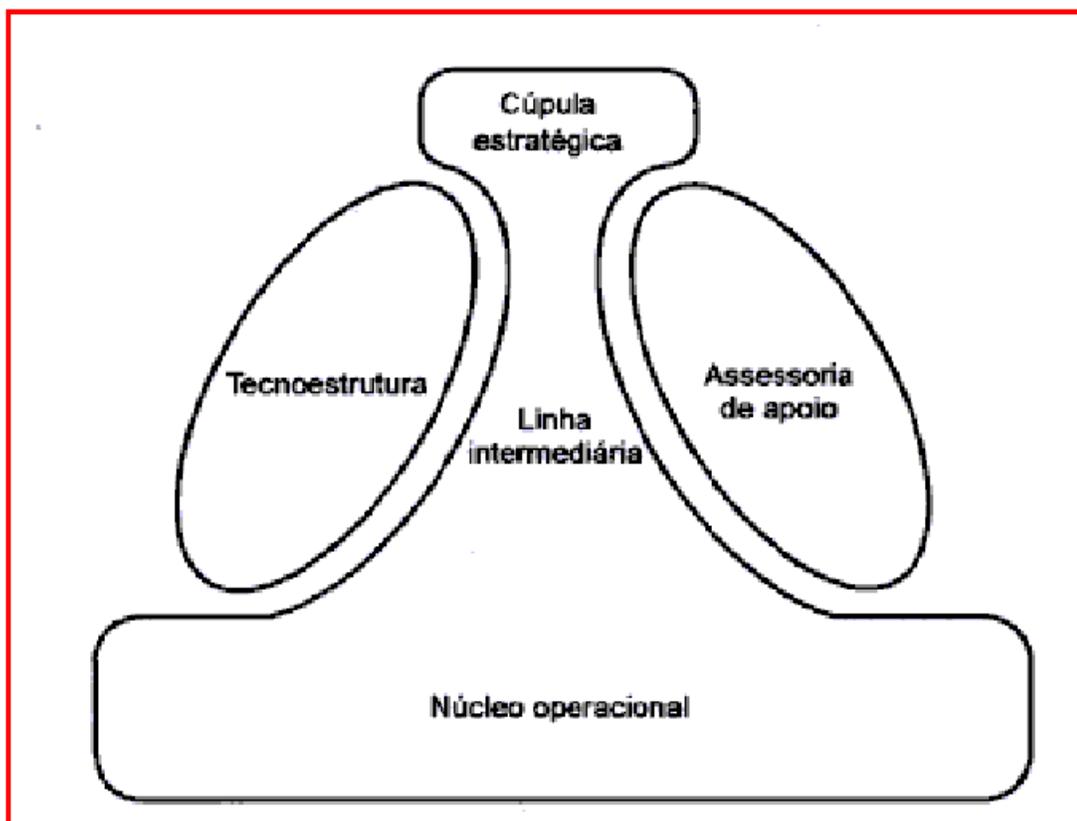
A definição de hospital da Organização Mundial da Saúde (OMS) é a que segue:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado da saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seus domicílio e ainda centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisa biossociais (CHERUBIN; SANTOS, 1997, p. 4).

Ao estudar as organizações, Mintzberg (1995, p. 12) propõe o delineamento da estrutura de uma organização eficaz considerando cinco configurações básicas. São elas: estrutura simples, burocracia mecanizada, burocracia profissional, forma divisionalizada e adhocracia. Cada configuração reflete um mecanismo de coordenação, isto é, as maneiras pelas quais as organizações coordenam suas tarefas. Os respectivos mecanismos de coordenação para cada configuração, são: supervisão direta, padronização dos processos de trabalho, padronização de habilidades, padronização de resultados e ajustamento mútuo. A organização, ainda, foi decomposta em cinco partes básicas, a saber: cúpula estratégica, linha

intermediária, tecnoestrutura, assessoria de apoio e núcleo operacional, conforme pode ser visualizado na Figura 6 a seguir:

Figura 6 - A Organização em Cinco Partes



Fonte: Mintzberg, 1995, p. 19.

O núcleo operacional da organização engloba aqueles participantes – os operadores – que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens e serviços; a cúpula estratégica é onde se situam as pessoas em cargos com total responsabilidade pela organização. Ela é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz, e satisfazer as exigências de quem a controla; a linha intermediária é composta de gerentes, que ligam o núcleo operacional à cúpula estratégica; a tecnoestrutura envolve os analistas de controle, incumbidos de efetuar certas formas de padronizar na organização, e a

assessoria de apoio é composta de várias unidades especializadas que foram criadas com a finalidade de dar apoio para a organização fora de seu fluxo de trabalho operacional. Os hospitais, na tipologia organizacional de Mintzberg (1995), são burocracias profissionais, também denominadas organizações profissionais.

No dizer de Etzioni (1989, p. 109) são “organizações especializadas”. A parte chave da organização é o núcleo operacional – responsável pela prestação de serviços diretamente aos pacientes, por meio, principalmente, de profissionais médicos e enfermeiras; o mecanismo principal de coordenação é a padronização de habilidades; os principais parâmetros para delinear a organização são treinamento e doutrinação, e os fatores situacionais são: ambiente estável e complexo, sistema técnico não regulado e não sofisticado. Assim, o bom funcionamento da organização hospitalar depende principalmente de seus operadores (médicos e enfermeiras, principalmente), que requerem autonomia na execução de seus trabalhos, complexos e controlados tecnicamente por eles mesmos.

Um dos problemas desse tipo de organização é o relacionado com:

A autonomia não somente permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes, como também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização. Os profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram partes de uma equipe. Para muitos, a organização é quase um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com sua profissão e não para com o local onde ocorre praticá-la (MINTZBERG, 1995, p. 207).

A integração da dupla estrutura: técnica e administrativa, no entendimento de Santos (1998), é o desafio que se apresenta às organizações profissionais. Nos hospitais esse desafio caracteriza-se pela integração dos profissionais médicos, principalmente com os profissionais da administração. Decorrem dessa efetiva harmonização os melhores resultados que a organização hospitalar pode ostentar.

3.1.3 O contexto socioorganizacional

A necessidade premente dos países em desenvolvimento, de enveredar pelo caminho do desenvolvimento econômico e social, tem induzido nações, estados, municípios, instituições e organizações a realizarem importantes transformações, a fim de se adequarem a estas situações.

Tomando como referência algumas das mudanças que vêm acontecendo em escala global, é possível identificar a teia que tecem no ambiente de negócios em que as empresas atuam. No entendimento de Vergara (2000a), a primeira dessas mudanças diz respeito à emergência de uma sociedade baseada na informação e que se manifesta na forma de acelerado desenvolvimento tecnológico. A segunda refere-se ao processo de globalização, que viola a noção de mercados domésticos. As fronteiras geográficas, que durante séculos representam limites para as transações comerciais, já não os representam.

Neste mesmo sentido, Motta (1998) considera que as inovações tecnológicas e as transformações sociais dominam a sociedade contemporânea: mudam significativamente a produção e a vida das pessoas, sendo que a atração pela novidade faz a mudança surgir de forma cada vez mais intensa.

Como resultado das mudanças no mundo, as organizações se vêm às voltas com a necessidade de se orientarem para o mercado global, afetadas pela globalização da economia, surgindo deste modo novas estruturas organizacionais, de maneira a reduzir as barreiras que separam a empresa de seu ambiente.

Em um ambiente no qual a administração da mudança inclui a necessidade de administrar surpresas, as empresas, freqüentemente, se vêm diante da necessidade de aprender com seus próprios erros. Essa capacidade de aprender continuamente tem identificado muitas empresas como o que se convencionou chamar de *learning organization*, organizações de aprendizagem (VERGARA, 2000a, p. 32).

Neste cenário, há uma ênfase crescente em equipes multifuncionais com bastante grau de autonomia, aquilo que se convencionou chamar de equipes autogerenciadas, bem como em levar a decisão cada vez mais para perto do cliente. Ressalta Vergara (2000a), que exercita-se a capacitação das pessoas dentro das empresas, bem como o compartilhamento de poder, ampliando, deste modo, o conceito de delegação.

As características no ambiente de negócios relacionado-as com as principais mudanças nas organizações, apontadas por Vergara (2000a), elucidam que a busca de adaptação por parte das empresas manifesta inúmeras relações com o que se passa no ambiente em que atuam, conforme o Quadro 03 a seguir:

Quadro 03 – Ambiente de Negócios e as Mudanças nas Organizações

Características no ambiente de negócios	Mudanças nas empresas
<ul style="list-style-type: none"> • Acelerado desenvolvimento tecnológico • Impacto significativo da tecnologia da informação 	<ul style="list-style-type: none"> • Novas formas de trabalho • Grande diferenciação de produtos e serviços • Ênfase em serviços adicionais • Mudanças no fluxo e tratamento das informações
<ul style="list-style-type: none"> • Competição em mercado globalizado • Novas relações com fornecedores e concorrentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientação para um mercado global, independente de atuar ou não fora de seu país • Relevância da ética • Parcerias, alianças
<ul style="list-style-type: none"> • Elevado nível de exigência dos clientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Visão e ação estratégica de todos os membros, com orientação para resultados
<ul style="list-style-type: none"> • Pressões da sociedade em geral 	<ul style="list-style-type: none"> • Exercício da responsabilidade social
<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças difundidas, persistentes e velozes 	<ul style="list-style-type: none"> • Novas relações entre empregador e empregado • Busca de participação e autonomia por parte dos empregados • Estruturas organizacionais flexíveis • Ênfase em equipes multifuncionais e autogerenciadas • Orientação para o aprendizado organizacional

Fonte: VERGARA, 2000a, p. 35

A partir das características no ambiente de negócios e as mudanças nas empresas, apresentadas por Vergara (2000a), denota-se que as organizações estão inseridas num contexto de mudanças profundas e velozes, envolvendo os campos político, econômico, tecnológico, social e dos valores pessoais.

3.1.4 Mudanças organizacionais e estratégias gerenciais

As mudanças nos panoramas político, econômico, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico, tem refletido e, sobretudo, causado grandes transformações nas estratégias empresariais das organizações. Nos últimos anos, significativas mudanças ocorreram no ambiente organizacional instituído; mudanças estas que podem também ser percebidas nos serviços de saúde.

De acordo com Bertucci e Meister (2003), dentre as mudanças pode-se enfatizar a supersofisticação dos procedimentos médicos, farmacológicos e tecnológicos, a hierarquização do sistema, que começa pelo médico de família, passa pelos ambulatórios e chega aos hospitais, a renovação acelerada do conhecimento, que se recicla a cada cinco anos e o uso da engenharia genética, que está possibilitando a cura de patologias até então consideradas incuráveis. Tais abordagens, apesar de proporcionarem a melhoria do atendimento à saúde da população, dificultam a adaptação dos hospitais, tanto sob o aspecto tecnológico e de acompanhamento das inovações, quanto em relação à redução do número de internações e do tempo de permanência do paciente.

Na concepção de Gonçalves (1998), as naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas. Sua importância pode bem ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos, em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial da

instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte.

Deste modo, é preciso observar que o contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar irão situar-se caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de efetivação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, mencionados por Gonçalves (1998), como facilitadores para tomada de decisão rápida e competente em torno de mudanças dentro e fora da instituição.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 21) abordam áreas de concordância em torno da estratégia:

- A estratégia é a forma deliberada ou não da empresa lidar com as mudanças no ambiente.
- A complexidade é característica intrínseca da estratégia, ante às múltiplas combinações de circunstâncias possíveis.
- O grau de profundidade envolvido de uma decisão estratégica, muitas vezes, é proporcional ao seu efeito no ambiente organizacional.
- A idéia ou visão da qual a estratégia é portadora precisa ser considerada, tanto quanto o processo de elaboração e instituição desta.
- As estratégias pretendidas nem sempre se mostram realizáveis e, das estratégias realizadas ao longo do tempo, nem todas foram pretendidas.
- Existem estratégias de diferentes planos: corporativas, que definem em que tipo de negócio a empresa estará, e estratégia de negócios, que se relaciona à forma como a empresa atuará em um segmento, e também estratégias por área funcional, a partir das estratégias de negócio.

Análise e síntese devem estar envolvidas no processo de formulação de estratégias.

A estratégia fixa a direção. O papel da estratégia é mapear o caminho a ser seguido pela organização através do seu ambiente, porém, pode servir como antolhos e evitar que um perigo iminente seja percebido. Fixar uma trajetória é positivo, desde que haja agilidade e flexibilidade para permitir correções de rumo. A estratégia focaliza o esforço. Uma estratégia plenamente compartilhada pela organização tem o poder de orientar os vetores das forças envolvidas nas etapas do processo de negócios, que muitas vezes estão em direções opostas. Por outro lado, quando uma estratégia é absorvida pelas camadas mais profundas da empresa e incorporada ao padrão de ação, pode não haver margem para uma visão periférica, que identifique possibilidades não mencionadas na estratégia. A estratégia define a organização. Em suas entrelinhas traz o espírito de uma organização e como ela se distingue das outras. Quanto mais precisa for a tentativa de definição, maior risco de definir uma empresa de forma superficial, desconsiderando importantes desdobramentos do negócio. A estratégia prevê consistência. É como um modelo que representa a realidade, que se bem elaborado, pode organizar as ações em torno de um objetivo claro, evitando a duplicação de esforços. O problema surge quando a realidade é confundida com o modelo, sendo assim distorcida. Erros podem decorrer desta falta de distinção entre o ambiente padronizado e o real (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000, p. 22).

Neste sentido, denota-se que a estratégia remete a uma projeção para assegurar que os objetivos básicos da organização sejam alcançados por meio da execução adequada, e objetivando por intermédio dela desenvolver competências essenciais em relação a seus produtos/mercados, lucratividade, tamanho, grau de inovação, relações profissionais internas com os empregados e certas instituições externas, sendo que, para isso torna-se necessário observar o ambiente, a organização e a adequação entre ambas.

Percebe-se, no entanto, que a estratégia aparece como uma etapa ou como um item do conjunto de produtos finais do planejamento, sendo que, desta forma, percebe-se que estratégia é um caminho que envolve modificações e flexibilidade que juntamente com a aprendizagem organizacional e o desenvolvimento de competências, proporcionam a efetiva construção daquilo que irá contemplar uma trajetória sujeita a alterações ao longo do tempo, ou seja, é uma visão de futuro que se deseja construir, com ações de mudanças concebidas em relação a uma determinada visão estratégica.

No atual cenário dos negócios, marcado por constantes e rápidas transformações, muitas organizações, especialmente as empresariais, têm buscado meios e ações estratégicas

para garantir a sobrevivência no mercado, que passa a requerer cada vez mais qualidade, produtividade e competitividade.

O que é uma estratégia? Não existe uma única definição universalmente aceita. Assim, para o desenvolvimento do estudo em questão, toma-se como referência as concepções de Mintzberg e Quinn (2001), no tocante à estratégia, metas ou objetivos, políticas, programas e decisões estratégicas.

Estratégia é o padrão, modelo ou plano que integra as principais metas, políticas e as seqüências de ações de uma organização num todo coerente. Porter (1986, p. 68) considera que a “estratégia é a criação de uma posição única e valiosa, envolvendo um conjunto diferente de atividades”. Para algumas pessoas, estratégia significa uma posição, isto é, a localização de determinados produtos em determinados mercados. Para outras, estratégia é uma perspectiva, isto é, a maneira fundamental de uma organização fazer as coisas.

Metas (ou **objetivos**) estabelecem o que se quer realizar e quando serão alcançados os resultados, porém não estabelecem como serão obtidos os resultados. As metas principais – aquelas que afetam a direção geral e a viabilidade total da entidade – são chamadas metas estratégicas.

As **políticas** são regras ou diretrizes que expressam os limites dentro dos quais a ação deve ocorrer. As principais políticas – aquelas que guiam a direção geral e a posição da entidade ou que determinam sua viabilidade – se denominam políticas estratégicas.

Programas especificam, passo a passo, a seqüência das ações necessárias para alcançar os principais objetivos. Os programas expressam como serão obtidos os objetivos dentro dos limites estabelecidos pelas políticas. Os principais programas que determinam o empuxo e a viabilidade são chamados *programas estratégicos*.

As **decisões estratégicas** são aquelas que determinam a direção geral de um empreendimento e, em última análise, sua viabilidade à luz do previsível e do imprevisível, assim como as mudanças desconhecidas que possam ocorrer em seus ambientes mais importantes.

3.2 Gestão Social

A gestão é um ato relacional que se estabelece entre pessoas, em espaços e tempos relativamente delimitados, objetivando realizações e expressando interesses de indivíduos, grupos e coletividades (FISCHER, 2002, p. 29). Na concepção de Fischer (2002), a gestão adjetivada como social orienta-se para a mudança e pela mudança, seja de microunidades organizacionais, seja de organizações com alto grau de hibridização, como são as interorganizações atuantes em espaços territoriais micro ou macroescalares.

O campo da gestão social ou de gestão do desenvolvimento social descrito por Fischer (2002) é reflexivo das práticas e do conhecimento construído por múltiplas disciplinas, delineando-se uma proposta paradigmática, que está sendo formulada como agenda de pesquisa e ação por muitos grupos e centros de pesquisa no Brasil e no exterior, bem como por instituições de diferentes naturezas que atuam no desenvolvimento local.

3.2.1 Organizações sem fins lucrativos

A globalização da economia está provocando surpreendentes revoluções no mundo dos negócios (nos conceitos de economia e nas formas de produção, comércio, etc.). Estão ocorrendo fusões de organizações gigantes e o favorecimento às pequenas empresas para participarem do mercado global.

Em termos de organizações hospitalares no entendimento de Abbas (2001), quanto à finalidade, os hospitais são classificados em entidades com fins lucrativos e sem fins

lucrativos. Nas organizações hospitalares com fins lucrativos, a eficiência administrativa é avaliada pela maximização da riqueza dos proprietários. A otimização de lucros visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória.

Poder-se-ia supor que as organizações hospitalares sem fins lucrativos não devem obter lucro. Não é neste sentido, todavia que uma entidade se caracteriza como sem finalidade lucrativa. Abbas (2001, p. 27) considera que: “não lucrativo não significa que o hospital não possa obter lucro, mas sim, que nenhuma das partes dos lucros líquidos do hospital pode ser dirigida em benefício de qualquer cidadão”.

Muitas organizações cidadãs criam fundações ou instituições similares como forma de institucionalizar sua participação na comunidade; estimulam o desenvolvimento da sociedade que aprende a se autogerenciar e se auto-sustentar.

Almeida (1987), referindo-se ao assunto, diz que:

A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto às segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade (*apud* ABBAS, 2001, p. 28).

As sete organizações, objeto do presente estudo, são instituições filantrópicas, ou seja, hospitais particulares não lucrativos. Considerando os pressupostos teóricos, as organizações hospitalares são significativamente diferentes, complexas e únicas, se comparadas com outros tipos de organização; assim sendo, na seqüência trata-se especificamente das organizações filantrópicas.

3.2.2 Organizações filantrópicas

Muitos termos estão associados ao investimento social das empresas, sendo utilizados com significados diversos dentro do Brasil e em relação a outros países. Schommer (2002, p. 92-93) expressa que “um termo muito usado em outros países é *filantropia*, que significa amor ao homem ou à humanidade, pressupondo uma ação altruísta e desprendida. É também relacionada à caridade, uma virtude cristã. Mas nos últimos anos aparece relacionado ao conceito de estratégia”.

Historicamente, a filantropia não é parte da cultura empresarial latino-americana, de acordo com Melo Rico (2006). No Brasil, a classe empresarial, até meados dos anos 1970, não se sentia responsável pelas questões sociais, por entender que a solução dos problemas sociais era de estrita responsabilidade do Estado, o qual, por meio das suas políticas sociais, deveria equacionar as situações oriundas da miséria, da falta de habitação, de saúde e de educação, entre outras.

Com a tendência ao declínio do Estado-Nação, à globalização da pobreza e do desemprego, surge uma nova reestruturação de forças em que o Estado e o setor privado vão delimitando seus papéis e fronteiras de atuação, deixando lacunas por preencher entre sociedade-governo-empresa. Nesse cenário de contrastes, a sociedade apresenta-se cada vez mais reivindicatória e consciente de que desenvolvimento não pode ser caracterizado simplesmente por indicadores de eficiência econômica, que resultam em pressões de toda ordem (SANTOS, 2002).

Melo Rico (2006, p. 79) destaca que a partir deste novo contexto emerge um movimento crescente da sociedade civil, que inclui setores do empresariado preocupados com a ajuda mútua realizada por “entidades sem fins lucrativos, capazes de estabelecer novas formas de complementaridade na troca, indução e geração de insumos, bens e serviços em

diversos campos do desenvolvimento social, cultural, patrimônio histórico e natural, meio ambiente, associativismo e mutualismo, solidariedades e eficácia de custos em relação a benefícios transferidos à comunidade”.

No entendimento de Melo Rico (2006) parte do empresariado brasileiro vem se aliando à sociedade civil na defesa do que tem sido conceituado como “cidadania empresarial”, também conhecida como “filantropia empresarial”, tendo a preocupação de apoiar as atividades sociais e investir nelas, buscando o desenvolvimento social, econômico e ambientalmente sustentável.

A filantropia empresarial, *a priori*, pode ser inserida em um movimento crescente que inclui um universo de organizações da sociedade civil sem fins lucrativos que se dedicam a ações sociais variadas de sentido público, buscando atingir interesses gerais da população. Landim (1999), mencionado por Melo Rico (2006, p. 84), dividiu estas organizações, destacando: “a) as beneficentes, filantrópicas ou assistenciais; b) as organizações não-governamentais (ONGs), que possuem ideários de promoção e cidadania e democracia; c) as fundações empresariais dedicadas aos investimentos sociais, na perspectiva do desenvolvimento social sustentável”.

3.2.3 Organizações do terceiro setor

Ao grupo de organizações que se situam entre as públicas e privadas dá-se o nome de terceiro setor. Estas são normalmente voltadas para fins sociais e são sustentadas com recursos da comunidade. Constituem parte principal desse grupo, as organizações filantrópicas, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e as fundações de cunho social. Resultantes do crescimento da consciência de cidadania, essas organizações têm se multiplicado no mundo inteiro, sendo que em cada lugar são motivadas por problemas sociais de causas diferentes, mas quase sempre por consequência de crises de governo.

O terceiro setor, conforme Tenório (1998, p. 20), “desenvolve atividades públicas através de associações profissionais, associações voluntárias, entidades de classe, fundações privadas, instituições filantrópicas, movimentos sociais organizados, organizações não-governamentais e demais organizações assistenciais ou caritativas da sociedade civil”.

Tenório acrescenta ao seu modelo a importância do terceiro setor, enquanto *locus* para o exercício da gestão social.

A origem destas organizações foi fundada sobre uma possibilidade de coordenação de meios e fins, isto é, de ações sociais nas quais é privilegiado o processo, a maneira de alcançar os objetivos desejados por meio de relações intersubjetivas, na qual o bem comum é o mote central dessas relações. O desempenho gerencial esperado dessas organizações é o de gestão social em vez de estratégica, a fim de neutralizar as conseqüências não desejadas do mercado (TENÓRIO, 1998, p. 20).

De acordo com Schommer (2002), termos diferentes são usados para se referir a esse possível conjunto de organizações, em que podem estar fundações, associações comunitárias, culturais, religiosas, educacionais, instituições filantrópicas, organizações não-governamentais (ONGs), cooperativas, etc.

Numa concepção considerada estrutural/operacional, o terceiro setor mencionado por Schommer (2002) poderia ser definido como um grupo de organizações que apresentam as seguintes características-chave:

- formais: institucionalizadas em algum grau mas não necessariamente constituídas juridicamente;
- privadas: institucionalmente distintas do governo, o que não significa que possam atuar em parceria ou receber recursos governamentais;
- sem fins de lucro: não distribuem lucros entre seus dirigentes, aplicando os resultados em sua missão;
- autogerenciadas: desenhadas para controlar suas próprias atividades, contando com seus próprios procedimentos de gestão e não sendo controladas por entidades externas;

- voluntárias: envolvem algum grau significativo de participação voluntária, o que significa que a maior parte de seus recursos humanos devam ter origem voluntária.

Outras características são associadas às organizações do terceiro setor:

Representam bem o paradigma de organizações pós-modernas, na medida em que misturam elementos de solidariedade e competitividade, recursos financeiros provenientes de diferentes fontes, interesses e agentes diversos, por vezes irreconciliáveis, trabalho voluntário e de profissionais empregados. São organizadas em torno de um forte sentido de missão, aspecto esse que vem sendo incorporado pelo setor privado lucrativo (SCHOMMER, 2002, p. 99).

As organizações do terceiro setor são uma realidade, possuindo diversificados papéis na sociedade brasileira, tais como:

[...] prestação de serviços variados no enfrentamento da pobreza e da exclusão, a busca pela melhoria das condições educacionais e culturais da população, a promoção de direitos sociais e civis, a defesa de direitos de grupos específicos no sentido de criar uma democracia pluralista, a proposição, o controle e a execução de políticas públicas, a criação de espaços sociais de afirmação de valores positivos a serem recuperados no cenário contemporâneo, entre outros (MELO RICO, 2006, p. 91).

A partir do fortalecimento do terceiro setor em todos os sentidos – como o da legislação, o acesso a recursos financeiros adequados, a conscientização sobre a participação voluntária, etc. - , restará às organizações desse segmento, na concepção de Caetano (2006), prepararem-se para atuar em um ambiente cada vez mais competitivo, fato que as obrigará a um maior grau de profissionalização de seus colaboradores, bem como à escolha de modelos de gestão mais sofisticados, semelhantes aos utilizados pelas organizações do setor de mercado.

Entre os desafios para a consolidação dessas organizações, Falconer (1999) citado por Schommer (2002) destaca: dificuldade de afirmação de sua identidade, consolidação organizacional, crise de valores organizacionais, dificuldade de se adaptar a uma realidade de crescente competitividade que leva à necessidade de profissionalizar a administração, rever processos, definir estratégias e buscar resultados sem comprometer ideais e valores e a falta de foco.

3.3 Organização Hospitalar

O hospital, no atual contexto organizacional além de ser uma instituição complexa, é também completo, como pode ser depreendido pela definição do Ministério da Saúde, (BRASIL, 1978), no qual o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Borba (1988, p. 42) define o hospital como: “a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem”.

Nesta definição observa-se a função caracterizadora do hospital, ou seja, a função restaurativa, em conjunto com o inter-relacionamento dos fatores assistenciais, demonstrando a preocupação com a qualidade exigida e necessária para o desenvolvimento das atividades hospitalares.

Para Borba (1988), de todas as empresas modernas nenhuma é mais complexa do que o hospital, com o objetivo fundamental de receber o corpo humano quando, por alguma razão, tornou-se doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo, evidenciando e concretizando as próprias funções hospitalares as quais são: restaurativa, preventiva, educativa e pesquisadora.

O hospital constitui-se numa organização, por si, de alta complexidade, tanto nos seus aspectos orgânico-estruturais, como na sua localização no mercado. De um lado, o

hospital está inserido nas condições de mercado, sofrendo todas as dificuldades conjunturais e sujeito às contingências econômicas e sociais; de outro, deve manter-se como prestador de serviços assistenciais à comunidade, tendo, por obrigação, que se manter fiel aos seus propósitos e finalidades de restaurar e promover a saúde, dentro de um bom padrão técnico e num ótimo grau de humanização em suas atividades operacionais.

Para Almeida (1983), citado por Abbas (2001, p. 25), precursor dos estudos sobre administração hospitalar no Brasil, hospital é:

Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins.

Rocchi (1989, *apud* ABBAS 2001, p. 26) apresenta a seguinte definição: “Os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa”.

a) Na área preventiva deve fornecer à comunidade:

- serviços preventivos como educação sanitária, pré-natal e vigilância no parto normal;
- prevenção da invalidez mental e física; e
- auxílio nas campanhas de vacinação, organização de cursos e palestras, como também distribuição de informativos com a finalidade de incentivar a prevenção de doenças.

b) Na área curativa:

- deve manter atividades de diagnóstico;
- propiciar tratamento curativo de enfermidade;

- oferecer um serviço de alta qualidade no desempenho tanto de recursos humanos, quanto materiais; e
- oferecer assistência aos pacientes em casos de urgência.

c) Na área educativa:

- adaptar cada centro do hospital para garantir um estágio de alta qualidade aos profissionais de saúde;
- oferecer cursos, seminários e simpósios aos chefes e diretores de unidades administrativas;
- promover cursos na área da saúde e ampliar o campo de literatura específica aos servidores que trabalham na instituição; e
- manter um número suficiente de convênios com entidades educacionais para residência e estágios oficiais.

d) Na área de pesquisa:

- promover e incentivar pesquisas clínicas e na área administrativa; e
- procurar manter dados atualizados de todas as áreas do hospital.

As organizações hospitalares diferem de outros tipos de organizações conforme Abbas (2001, p. 27), uma vez que suas atividades possuem características próprias, tais como:

- a) serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais;
- b) dependência das necessidades e demanda de seus clientes;
- c) definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- d) trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção;
- e) pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes;

f) organização não baseada em uma linha única de autoridade; haja vista que o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações;

g) organização formal, até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade repousa no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, porém, uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

3.3.1 As funções do hospital, produtos e serviços

Os serviços, talvez devido ao seu grande potencial de crescimento, cada vez mais passam a representar uma proporção significativa nas economias nacionais. Kotler (1994) define algumas características que podem ser apresentadas como lhe sendo peculiares:

1) intangibilidade, 2) inseparabilidade, 3) variabilidade, e 4) perecibilidade.

Os serviços são intangíveis por não poderem ser tocados, vistos, sentidos, ouvidos ou cheirados. Essa característica diminui o grau de certeza da sua boa qualidade. Anteriormente à prestação do serviço, o usuário dispõe apenas de uma promessa que poderá se cumprir ou não.

A inseparabilidade se justifica uma vez que, quando se trata de prestação de serviços, a produção e o consumo ocorrem de forma simultânea, ou seja, os serviços são inseparáveis daqueles que os fornecem.

A variabilidade se apóia na dependência/relação entre a qualidade percebida do serviço e quem o proporciona, quando, onde e como é proporcionado. Devido a essa dependência, a qualidade do serviço varia de forma mais intensa do que a qualidade de um produto físico.

A perecibilidade se traduz de forma clara, pois o estoque para uso posterior de um serviço não é possível. Logicamente, quando a demanda é flutuante, essa característica exerce uma influência mais forte do que quando a demanda é constante.

3.3.2 O mercado hospitalar e o sistema de saúde

O mercado hospitalar, de acordo com Minotto (2002), em termos de clientes compradores dos serviços médico-hospitalares, pode ser segmentado em três grupos: os clientes assistidos por meio do sistema governamental de saúde, caracterizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS; os clientes assistidos pelos sistemas de saúde privados ou estatais, excluindo-se o SUS; e os clientes assistidos em caráter particular.

Outro elemento fundamental no sistema de saúde é o posicionamento hierarquizado dos serviços médico-hospitalares, segundo os seus níveis de especialização e complexidade, os quais são classificados em primário, secundário e terciário:

- a) atendimento primário: caracteriza-se pelas atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas por pessoal de nível elementar, médio, médicos generalistas e odontólogos, em estabelecimentos como postos, centros de saúde, etc.;
- b) atendimento secundário: desenvolve, além do atendimento de nível primário, atividades assistenciais em especialidades médicas básicas nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação, urgência e reabilitação, em estabelecimentos como unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais, etc.;
- c) atendimento terciário: caracteriza-se como estrutura com maior capacidade resolutiva dos casos mais complexos do sistema de saúde, desenvolvidos em hospitais especializados, universitários, etc. (MAÇADA; BECKER, 1994, *apud* MINOTTO, 2002, p. 76-77).

Houve ainda significativa mudança em relação aos agentes financiadores do sistema, que migrou dos pacientes particulares para o convênio. Até os anos 90, o foco da saúde estava no aspecto curativo; hoje, os sistemas de saúde estão voltados para a prevenção. Essa mudança de enfoque, associado às novas tecnologias, à conscientização do paciente, à crise de financiamento e à falta de profissionalização da gestão, são situações que têm feito com que os hospitais tentem alterar suas estratégias de gestão para poderem sobreviver em cenário tão adverso.

Nesta linha, Pereira (2000), mencionado por Minotto (2002, p. 78), refere-se aos hospitais destacando que estes devem ter uma gestão orientada para o meio externo e devem adaptar-se às mudanças em todas as dimensões, relacionando três pontos cruciais para a transformação organizacional ou mudança estratégica: “1) o setor constitui um conjunto de condições objetivas, o qual pode criar pressões para as transformações; 2) o setor é uma arena cognitiva com a qual seus membros se identificam; 3) o setor não consiste apenas em produtos competitivos, mas também em uma rede de colaboradores atuais e potenciais, que podem evoluir para a coalizão dominante”.

As oportunidades disponíveis conforme Drucker (2002), devem emergir das análises das dimensões econômicas da organização. A seguir, elas devem ser examinadas em sua totalidade, selecionadas e classificadas. Existem três tipos de oportunidades:

Uma oportunidade aditiva explora de forma mais plena recursos já existentes. Ela não muda o caráter da empresa. A oportunidade complementar muda a estrutura do negócio. Ela oferece alguma coisa que, quando combinada com o negócio atual, resulta em um total maior que a soma das suas partes. A oportunidade de grande avanço muda as características econômicas fundamentais e a capacidade do negócio (DRUCKER, 2002, p. 178).

Drucker (2002) remete a indagações no momento de serem formuladas as estratégias para as organizações, no sentido de se observar também se a oportunidade é realmente do tipo que ajuda na efetivação da estratégia.

3.4 Redes de Cooperação

A formação de alianças estratégicas, fusões, aquisições de empresas e criação de *joint-ventures* vem se tornando uma estratégia de sobrevivência das empresas, diante do novo cenário da economia global. O fenômeno da cooperação entre organizações tem despertado grande interesse na comunidade acadêmica e nos meios empresariais, circunstância que é

visível no atual cenário globalizado pela ascensão das alianças estratégicas e outras formas de cooperação.

Para Castells (2001) a história recente apresenta as redes como novas formas organizacionais de sobrevivência. Para esse autor, as redes são e serão os componentes fundamentais das organizações. A integração em redes tornou-se a chave da flexibilidade organizacional e do desempenho empresarial.

O grau de articulação e cooperação entre as instituições, pessoas, governos e demais atores da sociedade dão origem às estruturas dinâmicas e articuladas, capazes de aumentar as forças regionais para competir no mundo globalizado. Para Putnam (1996, p. 169-170) a contradição entre competição e cooperação pode ser explicada quando, em uma rede, as empresas competem acirradamente no campo da eficiência e da inovação em produtos, mas cooperam nos serviços administrativos, na aquisição de matérias-primas, no financiamento e na pesquisa. Essas pequenas empresas combinam baixa integração vertical com alta integração horizontal. O resultado é uma estrutura econômica tecnologicamente adiantada e altamente flexível, que se mostra indicada para competir no dinâmico mundo econômico.

As redes de organizações criam, por sua vez, um ambiente propício ao desenvolvimento das pequenas empresas viabilizando a sua inserção nos mercados, melhorando a infra-estrutura, os processos produtivos e o gerenciamento. Essas facilidades seriam difíceis de obter se as empresas permanecessem sozinhas. De forma cooperada, as empresas também conseguem mobilizar maior ajuda de governos e entidades de apoio e pesquisa.

De certa forma isso remete a uma nova estrutura organizacional, na qual emerge a necessidade de uma grande mobilidade social no território em que as empresas estão inseridas, gerando um *pacto social* (PUTNAM, 1996) que incentive a flexibilidade e a

inovação. Os fatores socioculturais, denominados por Putnam como *capital social*, têm papel importante para explicar o sucesso desse modelo em algumas regiões.

3.4.1 Tipologia de redes

Para Casarotto Filho e Pires (2001), a rede é vista como um entrelaçamento de empresas unidas por um relacionamento formal ou de negócios, na qual os tipos mais comuns de redes e agrupamentos de empresas são: (i) pólo: concentração de empresas de uma mesma região, com o mesmo segmento de produtos; e (ii) *cluster*: pólo consolidado onde há forte interação entre as empresas, estendendo-se vertical e horizontalmente, envolvendo entidades privadas e governamentais.

Amato Neto (2000) também apresenta uma classificação: (i) redes verticais: formadas por empresas de uma cadeia produtiva nas quais umas são fornecedoras de outras formando uma cadeia de insumos e produtos que leva até o cliente final, e (ii) redes horizontais: formada por empresas que produzem ou ofertam produtos/serviços similares e se unem a fim de se fortalecerem.

Grandori e Soda (1995), citados por Amato Neto (2000), desenvolveram uma tipologia de redes interempresariais considerando os mecanismos de coordenação utilizados, e o grau de centralização e de formalização das redes. A partir destas considerações identificam três tipos básicos de redes:

- Redes sociais: a característica fundamental desse tipo de rede é a informalidade nas relações interempresariais, não existindo qualquer tipo de acordo ou contrato formal. São subdivididas em redes sociais simétricas que se caracterizam pela inexistência de poder centralizado, e em redes sociais assimétricas nas quais existe a presença de um agente central, cuja função principal é coordenar os contratos formais de fornecimento de produtos e/ou serviços entre as empresas e organizações que participam da rede.

- Redes burocráticas: em oposição às redes sociais, a característica principal dessas redes é a existência de um contrato formal, que se destina a regular não somente as especificações de fornecimento (de produtos e serviços), mas também, a própria organização da rede e as condições de relacionamento entre seus membros. Podem-se dividir as redes burocráticas, a exemplo das redes sociais, em simétricas e assimétricas.
- Redes proprietárias: caracterizam-se pela formalização de acordos relativos ao direito de propriedade entre os acionistas de empresas. Também podem ser classificadas entre simétricas ou assimétricas (AMATO NETO, 2000, p. 47-50).

Rede no entendimento de Castells (2001, p. 566) é:

Um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas que falamos. São mercados de bolsas de valores e suas centrais de serviços auxiliares avançados na rede de fluxos financeiros globais. São conselhos nacionais de ministros e comissários europeus da rede política que governa a União Européia. São campos de coca e de papoula, laboratórios clandestinos, pistas de aterrissagem secretas [...]. São sistemas de televisão, estúdios de entretenimento, meios de computação gráfica, equipes para cobertura jornalística e equipamentos móveis, gerando, transmitindo e recebendo sinais na rede global da nova mídia no âmago da expressão cultural e da opinião pública, na era da informação.

No Quadro 04 a seguir, são apresentadas as algumas tipologias de redes de empresas considerando os vários autores mencionados por Olave e Amato Neto (2005), ponderando as mais recentes formações de redes entre empresas encontradas na literatura.

Quadro 04 – Tipologia de Redes de Empresas

AUTOR	TIPOLOGIA
Grandori e Soda (1995)	Redes sociais: simétricas e assimétricas Redes burocráticas: simétricas e assimétricas Redes proprietárias: simétricas e assimétricas
Casarotto e Pires (1998)	Redes <i>top-down</i> : subcontratação, tercerização, parcerias Redes flexíveis: consórcios
Wood Jr. e Zuffo (1998)	Estrutura modular: cadeia de valor e tercerização das atividades de suporte Estrutura virtual: liga temporariamente rede de fornecedores Estrutura livre: de barreiras, define funções, papéis, tarefas
Corrêa (1999) e Verri (2000)	Rede estratégica: desenvolve-se a partir de uma empresa que controla todas as atividades Rede linear: cadeia de valor (participantes são elos) Rede dinâmica: relacionamento intenso e variável das empresas entre si
Porter (1998)	<i>Cluster</i> : concentração setorial e geográfica de empresas. Caracterizado pelo ganho de eficiência coletiva
Bremer (1996) e Goldman et al. (1995)	Empresa virtual: pontos de vista institucional e funcional Institucional: combinação das melhores competências essenciais de empresas legalmente independentes Funcional: concentração em competências essenciais coordenadas por uma base de tecnologia de informação

Fonte: OLAVE; AMATO NETO (2005, p. 82)

Para Mendes et al (2005) as organizações se estruturam em rede como uma forma organizacional específica, cujo sistema de meios é constituído pela intersecção de segmentos de sistemas autônomos. Ao mesmo tempo em que são autônomos, são dependentes em relação à rede e, ainda, podem ser parte de outras redes, o que requer a sua ligação a outros sistemas de meios destinados a outros objetivos.

Na concepção de Castells (2001), há dois atributos básicos que determinam o desempenho de uma rede: a) conectividade, entendida como a capacidade estrutural de facilitar a comunicação sem ruídos entre seus componentes; e b) coerência, isto é, o grau de interesses compartilhados entre os objetivos da rede e de seus componentes. “Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura” (p. 565).

3.4.2 Contribuições das redes de cooperação na gestão organizacional

As redes de organizações e as relações sólidas de cooperação de longo prazo, conforme Casarotto Filho e Pires (2001), servem de suporte estratégico operativo às pequenas empresas que buscam a vantagem competitiva. Justifica o autor que a própria base das redes em si é uma só: juntar esforços em funções em que se necessita de uma escala maior e maior capacidade inovativa para sua viabilidade competitiva (p. 41).

Por outro lado, Casarotto Filho e Pires (2001) apontam a falta de competência para dominar todas as etapas da cadeia de valor, como sendo o grande problema da pequena empresa, além da própria capacitação de gestão de todas as etapas. Verifica-se, deste modo, que atualmente a maior complexidade de funções exige cada vez mais das empresas a capacidade de trabalhar de forma associada ou cooperativada com outras empresas, pois é pouco provável que economicamente uma pequena empresa possa dominar todas as etapas ou funções da cadeia produtiva.

Existem algumas características no contexto das redes de MPMEs – micro, pequenas e média empresas - que formam um ambiente profícuo na geração de confiança entre as firmas, por exemplo:

a) as firmas compartilham e discutem informação sobre mercados, tecnologias e lucratividade; b) existe suficiente similaridade entre processo e técnicas das firmas e, assim, cada uma poderá entender e julgar o comportamento das outras; c) as relações são estabelecidas a longo prazo; d) existe pouca diferença entre tamanho, poder ou posição estratégica das firmas; e) ocorre uma periódica rotação de lideranças para representar o conjunto de firmas; f) ocorre similar recompensa financeira para as firmas e empregados dentro delas e g) há um alcance de vantagem econômica pela experiência coletiva das firmas, pelo aumento das vendas e pelos ganhos marginais (BALESTRIN et al, 2005, p. 9).

A possibilidade da confiança é aumentada quando existem essas condições, sendo que as redes de MPMEs maximizam a possibilidade de tais condições em relação ao modelo de produção integrada.

Ao analisar o contexto competitivo imediato da organização, no entendimento de Fontes (2005), chega-se à noção do aprendizado que ocorre nas relações interorganizacionais, assim como do conhecimento acumulado nessas relações. Ou seja, considerando a organização como um conjunto de pessoas, infra-estrutura, conhecimento por meio dos indivíduos, pode-se concluir que é possível também acumular conhecimentos nas relações estabelecidas no seu contexto competitivo, a partir das pessoas que participam dos fluxos entre empresas e, até, entre estas e a sociedade.

Balestro et al (2004) afirmam que as redes poderiam fornecer uma maneira eficaz de organizar a transferência do conhecimento, ou acessá-lo em domínio dinamicamente competitivo e em contextos nos quais o conhecimento complexo é cada vez mais especializado e fragmentado. A capacidade de integrar conhecimento e transformar competências tácitas e explícitas em um corpo de conhecimento organizacional, dependeria da habilidade de interagir e compartilhar conhecimento com outras empresas. A teoria dos recursos, ao contrário da economia dos custos de transação, não considera que o potencial das redes é apenas reduzir a complementaridade dos recursos, por meio dos conteúdos trocados nas relações de cooperação e, dessa forma, aumentar as vantagens competitivas e agregar valor para as firmas.

As relações de cooperação, na visão de Olave e Amato Neto (2005), são incrementadas visando reduzir justamente as dificuldades que se traduzem como custos de transação para as empresas, isto é, os custos que vão além dos de produção. Essa cooperação oferece a possibilidade de dispor de tecnologias e reduzir os custos de transação relativos ao processo de inovação, aumentando a eficiência econômica e, conseqüentemente, a competitividade.

3.4.3 Redes de cooperação e desenvolvimento local e regional

A avaliação dos graus de desenvolvimento regional deve contemplar os aspectos: sociais, econômicos, educacionais, de saúde e saneamento, além da qualidade de vida e do meio ambiente.

Geram-se condições concretas para a coexistência de múltiplos modelos de desenvolvimento. Essa diversidade de processos de desenvolvimento orientar-se-á pelas necessidades e interesses locais. Cada localidade, comunidade, municipalidade, sub-região, região, poderá e deverá optar por um processo de desenvolvimento que respeite seus valores e recursos específicos e melhor lhe oportunize participar do processo mundial de desenvolvimento (BECKER, 2000, p. 46-47).

A verdadeira integração vai acontecer da boa-vontade, mobilização, pensamento coletivo e da própria mudança de concepção de desenvolvimento, envolvendo a comunidade, seus atores, lideranças e as forças que compõem a sociedade local e regional.

Barquero (2001) define que o crescimento acontece a partir das localidades, das regiões, ou seja, de dentro para fora. Para Barquero (2001) os processos de inovação, o desenvolvimento organizacional, a formação de redes, o desenvolvimento urbano e a dinâmica institucional, são mecanismos que influenciam os processos de acumulação de capital. Quando existe uma interação entre esses fatores, produz-se um efeito sinérgico capaz de condicionar o crescimento e o progresso das cidades, regiões e países.

No caso do Rio Grande do Sul, as políticas públicas estimularam esses processos, por meio da criação do Programa Redes de Cooperação, conduzido pela Secretaria de Estado do

Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais (SEDAI/RS) e outros de consultoria pública, capacitando as regiões que responderam aos desafios, especialmente para enfrentar as dificuldades impostas pela globalização.

Um dos pontos centrais da teoria do desenvolvimento endógeno, no entendimento de Barquero (2001), reside no fato de os sistemas de empresas locais e as relações entre as empresas formarem um dos mecanismos pelos quais se produzem os processos de crescimento e mudança estrutural nas economias locais e regionais.

A questão gira em torno, portanto, da:

[...] forma de organização das empresas locais, às quais pode ser aplicada a noção de rede, já que esta é uma imagem das relações entre empresários e empresas. As pesquisas sobre a capacidade empresarial e as pequenas e médias empresas, por um lado, e sobre a organização da produção e os mercados, por outro, deram ao conceito de rede um valor analítico que transcende a simples imagem, convertendo os modelos de rede em um instrumento útil para explicar fenômenos como a dinâmica das organizações empresariais e dos sistemas produtivos locais (BARQUERO, 2001, p. 97).

A formação de redes interorganizacionais de pequenas e médias empresas propicia um impacto positivo na região onde estão localizadas. De acordo com Dotto e Wittmann (2004) o fortalecimento individual e setorial dinamiza a economia regional, mediante: aprofundamento de laços de cooperação entre os envolvidos; ampliação de recursos, produtos e serviços disponibilizados pelas empresas aos consumidores; condições mais adequadas para enfrentar a concorrência; e desencadeamento de um processo com a demanda de produtos e serviços de outras empresas regionais que integram a cadeia produtiva do setor, como fornecedores e prestadores de serviços.

Enquanto o processo de globalização econômica se expressa na crescente competição transnacional, o de regionalização social compreende um crescente esforço das sociedades regionais para configurar e sustentar seu projeto de desenvolvimento. Para Casarotto Filho e Pires (2001, p. 106) “viabilizando esses dois processos contraditórios, globalização e

regionalização, emerge o terceiro processo, muito dinâmico, a descentralização política, que resulta em também crescente flexibilização das relações entre os agentes de desenvolvimento”.

3.4.4 Rede social

As redes sociais são fundamentadas no valor do elo, no qual o tempo é importante variável a ser considerada. Além disso, essas redes na concepção de Mendes et al (2005) têm como propósito disseminar as suas ações e idéias a um universo mais amplo de interlocutores, tais como: colaboradores, beneficiários, parceiros, financiadores, voluntários, dentre outros. “Isso requer meios adequados para o desenvolvimento de fluxos de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional” (MENDES et al, 2005, p. 82).

A formação de redes sociais parte do pressuposto de que o público é parte da organização. Quando se analisa a relação usuário-organização mais de perto, porém percebe-se que há uma ruptura nessa relação. Essa afirmação, segundo Mendes et al (2005), se apóia em evidências que mostram que as relações entre os profissionais que atuam na organização são diferentes daquelas que se estabelecem entre esses profissionais e os usuário. “A interação do produtor com o usuário gera uma relação fundamentada no modelo comunitário e, ao introduzir a ruptura, outra forma de relação entre usuário e organização se estabelece: a mercantil e política” (MENDES et al, 2005, p. 80).

Godbout (2004) mencionado por Mendes et al (2005), considera a análise interna das organizações e demonstra as bases nas quais se fundamentam as diferenças entre o modelo comunitário e as organizações que se apóiam em relações mercantis e políticas. Assim, ao discutirem-se as redes sociais, é interessante identificar as diferenças entre organizações comunitárias e as instituições públicas.

De acordo com a análise de Mendes et al (2005) a construção de redes sociais torna-se crucial para evitar que a sociedade moderna imploda em uma comunidade de produtores. Logo, “compreender a essência e distinguir os diferentes tipos de elos das redes mercantis e sociais, assim como compreender a idéia de exterioridade radical do aparelho em relação ao público, o agente-alvo, é fundamental, para entender-se o funcionamento de redes e os obstáculos ao desenvolvimento de redes sociais” (MENDES et al, 2005, p. 82).

3.5 Aprendizagem Organizacional

A aprendizagem como um processo de mudança, resultante de prática ou experiência, pode vir ou não a se manifestar em mudanças de comportamento. Fleury (1997) destaca dois modelos de aprendizagem: o modelo behaviorista (em que o foco principal é o comportamento) e o modelo cognitivo (que explica fenômenos mais complexos, como a aprendizagem de conceitos e solução de problemas), que trabalha com representações e com o processamento de informação pelo indivíduo.

O processo de aprendizagem, em uma organização, não só envolve a elaboração de novos mapas cognitivos, que possibilitem compreender melhor o que está ocorrendo em seu ambiente interno e externo, como também a definição de novos comportamentos, que comprovem a efetividade do aprendizado (FLEURY, 1997, p. 153).

As organizações podem não ter cérebros como os humanos, mas têm sistemas cognitivos e memórias; desenvolvem rotinas ou procedimentos padronizados para lidar com os problemas internos e externos. Essas rotinas vão sendo incorporadas, de forma explícita, ou inconsciente, na memória organizacional.

Conforme Fleury (1997), o processo de aprendizagem ocorre primeiramente em âmbito do indivíduo – as idéias inovadoras, os *insights* - e, pode vir a se constituir num processo social e coletivo (para entendê-lo é preciso observar como o grupo aprende, como combina os conhecimentos e as crenças individuais, interpretando-as e integrando-as em

esquemas compartilhados) que quando institucionalizados, apresentam-se em âmbito de organização, expressos na estrutura, nas regras, nos procedimentos e elementos simbólicos, que passam a se constituírem sistemas de memórias que retêm e recuperam informações.

3.5.1 Evolução dos conceitos de aprendizagem organizacional

Durante a década de 60, o que predominava era uma visão altamente mecanicista da organização. O foco para aumentar a produção e, conseqüentemente, o lucro, estava em melhorar os processos de produção, nos quais o homem era tratado (dentro dessas organizações) como ferramentas (quando não se ajustava, trocava-se de ferramenta). Segundo Motta e Vasconcelos (2002) neste período os operários deveriam obedecer e se preocupar em desenvolver apenas as habilidades estritamente necessárias ao cumprimento de suas tarefas específicas.

Nos anos 80, os indivíduos dentro da organização passaram a ser vistos sobre outro enfoque: eles têm “obrigação” de formular pensamento próprio e defendê-lo, devendo questionar e discordar dos pressupostos básicos do sistema. Este período corrobora para a compreensão de que o aprendizado e o desenvolvimento da capacidade cognitiva dos indivíduos aumentam a produtividade das organizações.

Embora os estudos sobre o tema aprendizagem organizacional datem dos anos 70, quando Chrys Argyris lançou as primeiras questões sobre aprendizado organizacional, foi a partir da divulgação dos trabalhos de Peter Senge sobre as chamadas *learning organizations* (organizações voltadas para aprendizagem), que o assunto ganhou destaque, extrapolando o mundo acadêmico.

A aprendizagem nas organizações, no entendimento de Teixeira, Guerra e Ghirardi (2005), configura-se como um campo multidisciplinar, o que leva, por um lado, à construção conceitual a partir de uma abordagem ampliada e por outro, a uma certa ambigüidade

conceitual. Assim, existem várias definições de aprendizagem organizacional; algumas ressaltam a necessidade da mudança comportamental para a aprendizagem; outras apontam para novas formas de pensamento, enquanto outras, ainda, descrevem como um processo se desenvolve ao longo do tempo e associam-no com aquisição de conhecimento e melhora de desempenho.

Partindo das concepções que Fleury (1997, p. 154) buscou dos diferentes pesquisadores, revela-se alguns conceitos de aprendizagem organizacional que são apresentados por ela em seu texto: aprendizagem organizacional é um processo de identificação e correção de erros (ARGYRIS, 1997); organizações que aprendem são capacitadas em criar, adquirir e transferir conhecimentos, em modificar seus comportamentos para refletir estes novos conhecimentos e *insights* (GARVIN, 1993); uma organização que está continuamente expandindo sua capacidade de criar o futuro (SENGE, 1990).

Um processo de aprendizagem “requer tempo” das pessoas para pensar, refletir, analisar, digerir e se situar diante dos processos de mudança. Elas precisam absorver novos conhecimentos, estruturá-los, interpretá-los, individual ou coletivamente, decorrendo a orientação para a ação, ou seja, “não se mudam valores com um passe de mágica de discursos, é um processo lento que requer mudança nas práticas organizacionais, num ir e vir, de refletir e agir” (FLEURY, 1997, p. 163). Do mesmo modo, que espaços organizacionais, observando numa perspectiva intra-organizacional e interorganizacional.

Quando se fala na perspectiva intra-organizacional refere-se à estrutura organizacional com maior mobilidade e interação entre as pessoas, áreas, níveis, facilitando a formação de tipos diferentes de equipes de trabalho; e a comunicação precisa fluir da mesma forma, visando a criação de competências interdisciplinares, fundamentais ao processo de

aprendizagem. Em termos interorganizacionais, apresentam-se desafios de combinar a diversidade cultural local com as tentativas de padronização global.

As organizações, por serem movidas por homens e por fazerem parte de alguma maneira da vida deles, precisam permitir os aprendizados críticos, conscientes e criativos, utilizando novas estratégias de mudança sobre uma nova base de valores. Desta forma, é importante que as organizações sejam capazes de aprender, por intermédio de um processo que inclua o pensamento sistêmico, crítico e criativo, do todo holístico para que tenha condições objetivas de responder com maior rapidez às exigências que hoje são colocadas e se antecipar, prevendo as possíveis alterações que possam acontecer no futuro. Para que isso ocorra, há apenas uma saída: a construção de uma organização com bases holísticas (corpo, mente e alma) do conhecimento (ANGELONI, 2002).

3.5.2 Modelos teóricos de aprendizagem organizacional

Para Argyris (1978), citado por Araújo (2002), a aprendizagem organizacional ocorre quando indivíduos dentro da organização experimentam uma situação problemática e a investigam como representantes desta organização, mediante um processo mental e de ações posteriores que os levam a modificar as suas imagens da organização ou os seus entendimentos dos fenômenos organizacionais, reestruturando suas atividades de forma a alinhar resultados e expectativas.

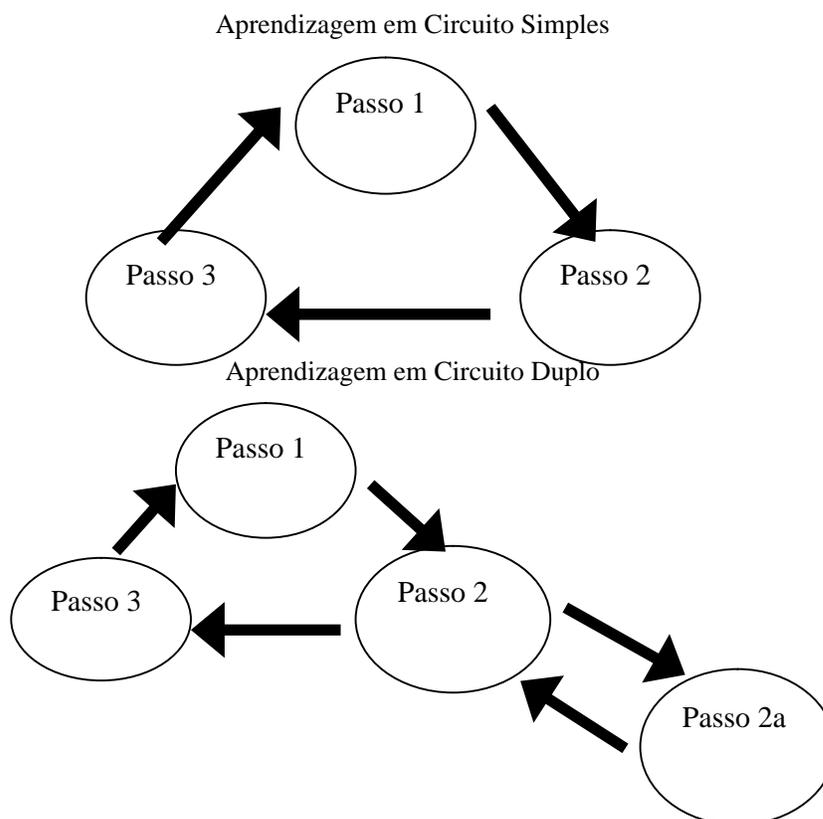
Para haver aprendizagem há que se evidenciar mudanças nas teorias-em-uso da organização. De acordo com Argyris (2000), existem dois modelos de teorias de uso e, em paralelo a esses dois modelos, o autor propõe dois circuitos de aprendizagem:

(.....) circuito simples de aprendizagem: o que se muda é a estratégia de ação ou os pressupostos destas estratégias sem que sejam afetados os valores da teoria de ação que permanecem imutáveis. Há um único ciclo de feedback: detecção de um erro, provocando a mudança da estratégia organizacional de ação (ou pressupostos), mantendo-se inalterados os valores da teoria-em-uso existentes. A preocupação é de como melhor atingir as metas e objetivos existentes (como corrigir erros), mantendo

a performance organizacional dentro de uma faixa especificada pelos valores e normas existentes. Sendo portanto instrumental (.....) circuito duplo de aprendizagem: é resultante da mudança dos valores da teoria-em-uso, das estratégias e de seus pressupostos. Nesse caso, a implantação da estratégia deverá ser precedida pela alteração de valores e de normas. Não se trata de se fazer melhor o que já está sendo feito. Neste circuito, membros individuais podem resolver conflitos interpessoais ou inter-grupais que expressem requisitos incompatíveis, dependendo de informações validadas e do teste público das atribuições e pressupostos (ARAÚJO, 2002, p. 33-34).

A aprendizagem em circuito duplo depende de ser capaz de “olhar-se duplamente” a situação, questionando a relevância das normas de funcionamento. A Figura 7 a seguir ilustra a aprendizagem nos dois tipos de circuitos.

Figura 7 - Aprendizagem em Circuito Simples e em Circuito Duplo



-
- Passo 1** = O processo de percepção, exploração e controle do ambiente.
Passo 2 = Comparação entre a informação obtida e normas de funcionamento.
Passo 2 a = Processo de questionamento da pertinência das normas de funcionamento.
Passo 3 = Processo de iniciação de ações apropriadas.
-

Em síntese, a aprendizagem em circuito único resolve apenas os problemas visíveis, enquanto a aprendizagem em circuito duplo busca “o porquê” da existência dos problemas.

No entendimento de Morgan (1996, p. 93), muitas organizações tornaram-se proficientes na aprendizagem de circuito único, desenvolvendo a habilidade de perscrutar o ambiente, de colocar objetivos e de monitorar o desempenho geral do sistema em relação a esses objetivos. Essa habilidade básica é, na maioria das vezes, institucionalizada sob a forma de sistemas de informação planejados para manter a organização em “curso”.

A habilidade de atingir proficiência em termos de uma aprendizagem em circuito é, todavia mais rara. Enquanto algumas organizações têm sido bem-sucedidas institucionalizando sistemas “que revêem e desafiam normas básicas, políticas e procedimentos operacionais em relação a mudanças que ocorrem nos seus ambientes – por exemplo, encorajando o debate contínuo e a inovação -, muitas falham em fazer isso”. Esse fracasso ocorre, sobretudo, “nas organizações burocráticas, uma vez que os seus princípios organizacionais fundamentais operam de maneira que realmente *obstrui* o processo de aprendizagem” (MORGAN, 1996, p. 93).

Uma das barreiras ao processo de aprendizagem de circuito duplo nas organizações burocráticas decorre da imposição de estruturas fragmentadas de pensamento aos seus membros, não encorajando os empregados a pensar por si próprios. Outra causa diz respeito à existência de freqüente defasagem entre aquilo que as pessoas dizem e aquilo que fazem. Em outros termos, defasagem entre a “teoria adotada” e a “teoria utilizada”, conforme se referiam a esse fenômeno Argyris e Schön citados por Morgan (1996).

3.5.3 Aprendizagem e gestão do conhecimento

Para entender a aprendizagem organizacional, convém compreender o que é aprendizagem e Fleury e Fleury (1995b, p. 21) conceituam “como um processo de mudança,

resultante de prática ou experiência anterior, que pode vir, ou não, a se manifestar em uma mudança perceptível de comportamento”. A aprendizagem também é definida como o “aumento da capacidade de alguém tomar ações eficazes” (KIM, 1998, p. 64).

Para Fleury (2001) é por meio do processo de aprendizagem e de gestão do conhecimento que as organizações podem desenvolver as competências necessárias para a realização de sua estratégia competitiva.

DiBella e Nevis (1999) ao discutirem como as organizações aprendem e como se tornam organizações aprendizes, identificaram três perspectivas a respeito de organizações e de aprendizagem, que são: perspectiva normativa, desenvolvimental e capacitacional.

Na perspectiva normativa, a aprendizagem organizacional apenas acontece sob certas condições ou em certas circunstâncias, absolutamente exclusivas. A aprendizagem, como mecanismo de evolução organizacional, não acontece por acaso e nem é produto de ações casuísticas, mas resulta do desenvolvimento e emprego de habilidades específicas. O efetivo engajamento da alta direção, através de iniciativa e estratégia, é essencial para se criar uma organização aprendiz. As concepções de Senge e de Garvin, dentre outros, se enquadram nesta perspectiva. A perspectiva desenvolvimental, representada por diversos estudiosos, dentre os quais destacam-se Argyris e Schon, localiza a organização aprendiz dentro do contexto do ciclo evolutivo da história das organizações. Noutros termos, as empresas transformam-se em organizações aprendizes através da experiência adquirida em seus ciclos de vida. A organização aprendiz considerada como o estágio mais avançado do desenvolvimento organizacional, pode ser dividida entre aquelas que caminham apenas em uma direção específica, à qual adaptam seus processos de aprendizagem, e as que avançam em todas as direções, rumo a um estágio supremo de adaptabilidade ou de auto-renovação. A terceira visão é denominada de perspectiva capacitacional, contrária às perspectivas normativa e desenvolvimental que pressupõem que a aprendizagem não é um dom inato da vida organizacional, supõe a aprendizagem como uma qualidade inata em qualquer organização e que há muitas maneiras de ela aprender. Esta perspectiva representa uma visão pluralista sobre a questão da aprendizagem organizacional. Pressupõe que não há uma forma melhor ou pior de aprender e que os processos de aprendizagem fazem parte integrante da cultura e da estrutura da própria organização (DIBELLA; NEVIS, 1999, p.15).

Senge (1999), ressalta que nas organizações aprendizes os gerentes precisam: adotar o raciocínio sistêmico, estimular o domínio pessoal de suas próprias vidas, trazer à superfície os modelos mentais predominantes e questioná-los, desenvolver uma visão compartilhada e facilitar o aprendizado da equipe. Ao mesmo tempo em que o ambiente de negócios torna-se mais aberto, exige qualificações mais amplas e flexíveis. Não basta, porém, atualização

técnica; é preciso desenvolver um conjunto de competências básicas no ambiente de negócios que garantam à organização sua vantagem competitiva. Diante disso, o autor sugere que as organizações devem desenvolver cinco disciplinas fundamentais para este processo de inovação e aprendizagem:

(...) Pensamento Sistêmico: as empresas e os outros feitos humanos também são sistemas. Estão conectados por fios invisíveis de ações inter-relacionadas, que muitas vezes levam anos para manifestar seus efeitos umas sobre as outras (...) Domínio Pessoal: as pessoas com alto nível de domínio pessoal conseguem concretizar os resultados mais importantes para elas, pois fazem isso comprometendo-se com seu próprio aprendizado ao longo da vida. Poucas organizações estimulam o crescimento de seus funcionários resultando em um desperdício de recursos (...) Modelos Mentais: são pressupostos profundamente arraigados, generalizações ou mesmo imagens que influenciam nossa forma de ver o mundo e de agir (...) Visão Compartilhada: a prática da visão compartilhada envolve habilidades de descobrir “imagens do futuro” compartilhadas que estimulem o compromisso genuíno e o envolvimento, em lugar da mera aceitação (...) Aprendizagem em Equipe: quando as equipes realmente estão aprendendo, não só produzem resultados extraordinários como também seus integrantes crescem com maior rapidez do que ocorreria de outra forma” (SENGE, 1999, p. 41-43).

É vital que as cinco disciplinas se desenvolvam como um conjunto. O pensamento sistêmico é a quinta disciplina, aquela que integra as outras, fundindo-as em um corpo coerente de teoria e prática. Uma organização que aprende é um lugar no qual as pessoas descobrem continuamente como criam sua realidade e como podem mudá-la.

Para De Geus (2000), a fonte básica de toda vantagem competitiva está na capacidade relativa da empresa de aprender mais rápido do que seus concorrentes. “Ao adaptar-se a um novo ambiente, a empresa não é mais a organização do passado, ela evolui. Eis a essência do aprendizado. Em outras palavras: empresas morrem porque seus gerentes se concentram na atividade econômica de produzir bens e serviços, e se esquecem de que a verdadeira natureza de suas organizações é aquela de uma comunidade de seres humanos” (DE GEUS, 2000, p. 104).

Para que a empresa transforme-se em verdadeira organização que aprende, Garvin (2000) ressalta que é necessário tratar de três temas críticos:

o primeiro, refere-se à questão do significado (*meaning*): uma definição plausível e bem fundamentada de organização que aprende, que seja conversível em ação e de fácil aplicação. Em segundo lugar, surge o tema da gestão (*management*): necessidade de orientações mais claras sobre aspectos práticos, envolvendo recomendações operacionais em vez de grandes aspirações. Em terceiro lugar vem a mensuração (*measurement*): melhores ferramentas para avaliar a velocidade e os níveis de aprendizado da organização, de modo a assegurar a conquista de ganhos efetivos (p. 50).

Nesta perspectiva, Garvin (2000) define as organizações que aprendem como aquelas que apresentam habilidades e cinco atividades principais: solução de problemas por métodos sistemáticos, experimentação de novas abordagens, aprendizado com a própria experiência, aprendizado com as melhores práticas alheias e transferência de conhecimentos rápida e eficiente em toda a organização.

Nenhuma organização que aprende, na concepção de Garvin (2000), se constrói da noite para o dia, pois o sucesso emana de atitudes cultivadas com zelo, de comprometimentos e de processos gerenciais que acumulem resultados, gradualmente e com firmeza. “A melhoria contínua exige comprometimento com o aprendizado. (...) a organização não será capaz de melhorar sem que aprenda algo novo. A solução de problemas, o lançamento de produtos e a reengenharia de processo exigem nova visão de mundo e novas formas de atuação compatíveis em entre si” (GARVIN, 2000, p. 51).

O que é a organização que aprende? Segundo Garvin (2000) quase todos os acadêmicos vêem o aprendizado organizacional como processo que se desdobra no tempo e o vinculam à aquisição de conhecimento e à melhoria do desempenho. “A organização que aprende é a que dispõe de habilidade para criar, adquirir e transferir conhecimentos, e é capaz de modificar seu comportamento, de modo a refletir os novos conhecimentos e idéias” (GARVIN, 2000, p. 54).

A criação do conhecimento organizacional é definida por Nonaka e Takeuchi (1997, p. 1) como a “capacidade de uma empresa em criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas”. O conhecimento

divide-se em explícito e tácito, sendo que a tendência das organizações ocidentais é a de valorizar as formas de conhecimento explícito, algo formal e sistemático. O conhecimento tácito possui as dimensões técnica e cognitiva, originando uma perspectiva diferente da organização, cuja visão passa de uma máquina de processamento de informações para um organismo vivo.

E existe, no entanto, uma outra forma de raciocinar sobre o conhecimento e seu papel nas organizações empresariais. Este, geralmente é encontrado nas empresas japonesas, nas quais, os gerentes das empresas reconhecem que a criação de novos conhecimentos não é apenas uma questão de “processamento” mecanicista de informações objetivas, mas que estes conhecimentos dependem do aproveitamento dos *insights*, das instituições e dos ideais tácitos ou altamente implícitos dos empregados. Para os gerentes ocidentais os métodos japoneses geralmente parecem estranhos e até mesmo incompreensíveis, mas são ferramentas indispensáveis à inovação contínua, por isso assumem forma de slogans, metáforas e símbolos (NONAKA, 2000, p. 28-29).

No entendimento de Nonaka (2000) as empresas de sucesso são aquelas que, de forma consistente, criam novos conhecimentos, disseminam-nos rapidamente por toda a organização e os incorporam em novas tecnologias e produtos. Essas atividades caracterizam a empresa “criadora do conhecimento”.

O elemento central da abordagem japonesa é o reconhecimento de que a criação de novos conhecimentos não é uma simples questão de “processamento” de informações objetivas, mas que, depende do aproveitamento dos *insights*, das intuições e dos palpites tácitos e, muitas vezes, altamente subjetivos dos diferentes empregados, de modo a converter essas contribuições em algo sujeito a testes e possibilitar seu uso em toda a organização (NONAKA, 2000, p. 30).

Ao discutir o conhecimento na organização de negócios, exige uma mudança fundamental na forma de pensar sobre o que a organização faz com o conhecimento. Nonaka e Takeuchi (1997) começam explicando a crença de que a organização não só “processa” o conhecimento, mas também o “cria”. E, atualmente, tem-se a convicção de que a criação do conhecimento é a principal fonte de competitividade internacional.

O estudo da estrutura conceitual do conhecimento mostra que as visões tradicionais e não-tradicionais deste são integradas na teoria da criação do conhecimento organizacional. Essa estrutura conceitual básica contém duas dimensões: a epistemológica e a ontológica da criação do conhecimento (NONAKA; TAKEUCHI, 1997).

Na dimensão ontológica, o conhecimento só é criado por indivíduos. Uma organização não pode criar conhecimento sem indivíduos. A organização apóia os indivíduos criativos ou lhes proporciona contextos para a criação do conhecimento. Quanto à dimensão epistemológica, baseada na distinção estabelecida por Michael Polanyi (1966), mencionado por Nonaka e Takeuchi (1997, p. 65), entre conhecimento tácito e explícito: “o tácito é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado. Já o explícito ou codificado refere-se ao conhecimento transmissível em linguagem formal e sistemática”.

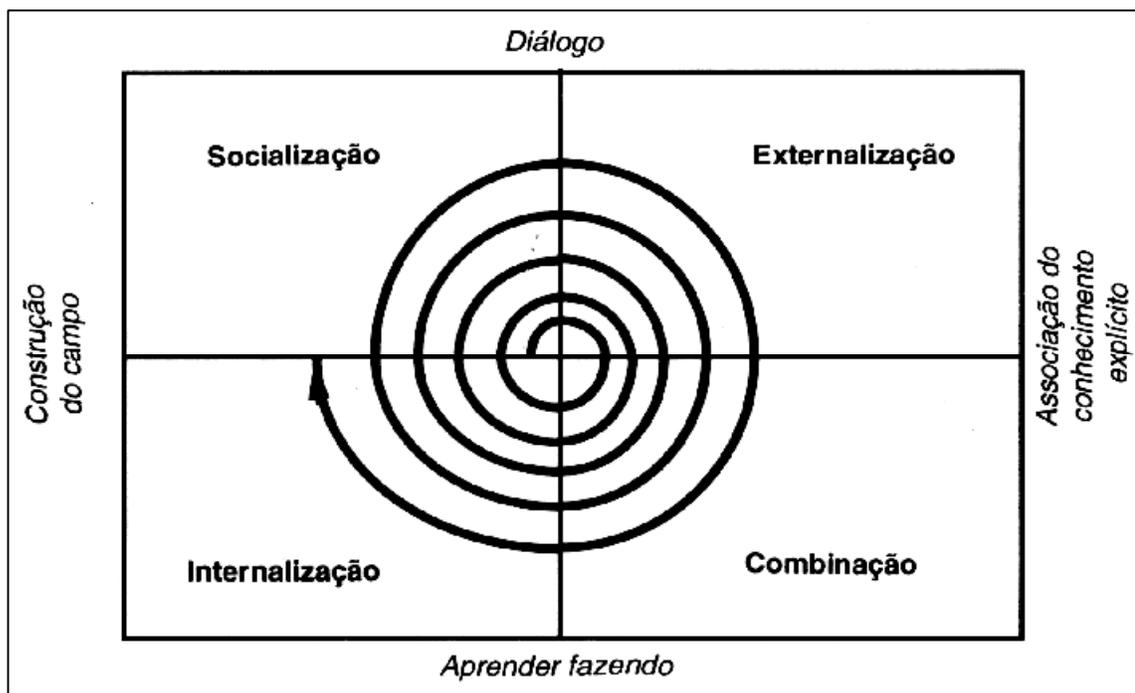
Na epistemologia tradicional, o conhecimento deriva-se da separação do sujeito e do objeto da percepção; os seres humanos como sujeitos da percepção adquirem conhecimento mediante a análise dos objetos externos. Os seres humanos criam conhecimento envolvendo-se com objetos, ou seja, pelo envolvimento e compromisso pessoal ou o “residir em”, rompe com as dicotomias tradicionais entre mente e corpo, razão e emoção, sujeito e objeto, conhecedor e conhecido. A objetividade científica, portanto, constitui a única fonte de conhecimentos.

O conhecimento tácito (subjetivo) inclui elementos cognitivos e técnicos. Os elementos cognitivos centram-se nos “modelos mentais”, em que os seres humanos criam o modelo do mundo estabelecendo e manipulando analogias em suas mentes. Os modelos mentais, como esquemas, paradigmas, perspectivas, crenças e pontos de vistas, ajudam os indivíduos a perceberem e definirem seu mundo, ou seja, “o que é” (realidade) e “o que deveria ser” (visões de futuro). O elemento técnico do conhecimento tácito inclui *know-how* concreto, técnicas e habilidades.

O conhecimento da experiência tende a ser tácito, físico e subjetivo, enquanto o conhecimento da racionalidade tende a ser explícito, metafísico e objetivo. O conhecimento tácito é criado “aqui e agora” em um contexto prático específico (análoga). O compartilhamento do conhecimento tácito entre indivíduos pela comunicação, constitui um processo análogo que exige uma espécie de “processamento simultâneo” das complexidades dos problemas compartilhados pelos indivíduos. O conhecimento explícito lida com os acontecimentos passados ou objetos “lá e então” e é orientado para uma teoria independente do contexto e criado sequencialmente de atividade digital.

Na visão de Nonaka e Takeuchi (1997), o conhecimento tácito e o explícito não são entidades totalmente separadas mas, sim mutuamente complementares. Interagem um com o outro e realizam trocas nas atividades criativas dos seres humanos. O modelo dinâmico de criação do conhecimento está “ancorado no pressuposto crítico de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social entre o conhecimento tácito e o explícito. Chamamos essa interação de conversão do conhecimento” (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 67).

Figura 8 – Espiral do Conhecimento



Fonte: NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 80

Os quatro modos de conversão do conhecimento, explicitados por Nonaka e Takeuchi (1997) são: (1) de conhecimento tácito em conhecimento tácito (socialização – conhecimento compartilhado); (2) de conhecimento tácito em conhecimento explícito (externalização – conhecimento conceitual); (3) de conhecimento explícito em conhecimento explícito (combinação – conhecimento sistêmico); (4) de conhecimento explícito para o conhecimento tácito (internalização – conhecimento operacional). Os modos de conversão do conhecimento – socialização, externalização, combinação e internalização – foram tratados sob várias perspectivas na teoria organizacional, respectivamente, teorias dos processos de grupo e organizacional.

3.5.4 Aprendizagem em redes de cooperação

Em um contexto de alta complexidade e velocidade de mudança, é possível perceber que a inovação está na vanguarda do desenvolvimento empresarial e, para tanto, a busca

inusitada de alternativas de sobrevivência no processo de globalização nos últimos anos vem assumindo um ritmo acelerado, produzindo formas organizacionais inovadoras, podendo destacar-se entre elas, **a formação de redes de cooperação.**

Entre as virtudes associadas à cooperação entre organizações com competências diferentes, Schommer (2002, p. 100) destaca:

[...] **oportunidade de aprender e desenvolver competências**, ganho de recursos – tempo, dinheiro, informações, legitimidade, *status*, utilização de capacidade ociosa, divisão de custos e riscos, habilidade para resolver problemas complexos e para especialização ou diversificação. Na área social, acredita-se que o envolvimento de diferentes agentes leva à maior sustentabilidade dos projetos e à potencialização dos recursos disponíveis.

Para Schommer (2002) as organizações do terceiro setor, por sua vez, podem ensinar a trabalhar em torno de um forte sentido de missão, incrementar a motivação de seus colaboradores, instituir processos decisórios participativos e compartilhar a capacidade de realizar mais com menos recursos. Neste sentido, a adaptação para um ambiente em rápida mutação requer, no entendimento de Mohrman e Mohrman (1995), flexibilidade e agilidade – de aprender rapidamente como produzir novos produtos e serviços que elevam o padrão de desempenho.

A aprendizagem organizacional, segundo Fleury e Oliveira Júnior (2001), é o *know-how* incorporado, resultante da capacidade de absorção e da receptividade da empresa a uma nova tecnologia. Ainda, segundo os mesmos estudiosos, a aprendizagem organizacional é dinâmica e há mudanças constantes nos graus de aprendizagem e desaprendizagem à medida que a experimentação e a inovação ocorrem. A aprendizagem é um fluxo contínuo que se auto-reproduz. A aprendizagem é estática; as organizações continuam a aprender. Uma vez algo aprendido, entretanto, torna-se, freqüentemente, tão incrustado que é difícil desaprendê-lo ou transferi-lo (Szulanski *apud* FLEURY; OLIVEIRA JÚNIOR, 2001, p. 276). A aquisição

de conhecimento é orientada para o futuro. É um processo dinâmico e está aberto ao debate, mesmo entre os próprios membros da organização.

Figueiredo (2000) relata que aprendizagem (*learning*) refere-se aos vários processos pelos quais habilidades e conhecimentos tecnológicos são adquiridos por indivíduos e convertidos para a organização. Em outras palavras, os processos de aprendizagem permitem à organização acumular suas próprias competências tecnológicas e gerenciais.

A noção de “oportunidades de aprendizado” busca identificar como desenvolver e otimizar aprendizagens em uma organização, considerando aquelas que são cruciais para a sobrevivência e as realidades sociais e culturais específicas de um contexto organizacional. Souza (2002) propõe a noção de “oportunidade de aprendizado” como base para que sejam estabelecidas estratégias de intervenção direcionadas à promoção da aprendizagem organizacional.

A proposta de Souza (2002, p. 4) parte dos seguintes pressupostos:

a) a Aprendizagem Organizacional é chave para a competitividade e sobrevivência das organizações; b) a Aprendizagem Organizacional é um fenômeno individual e coletivo; c) a Aprendizagem Organizacional está intrinsecamente relacionada à cultura das organizações; d) a Aprendizagem Organizacional é um fenômeno que apresenta uma dinâmica paradoxal, já que aprender e organizar são fenômenos antitéticos.

A partir desses pressupostos e da noção de “oportunidades de aprendizado”, a autora propõe um conjunto de questões apresentadas no Quadro 05 a seguir:

Quadro 05 – Oportunidades de Aprendizagem Organizacional

Características de Processos de Aprendizagem	Questões orientadoras para o desenvolvimento de processos de aprendizagem
A aprendizagem organizacional é chave para a competitividade e sobrevivência de organizações.	Que aprendizagens e que conhecimentos são cruciais para assegurar competitividade à organização?
A aprendizagem organizacional é um fenômeno ao mesmo tempo individual e coletivo.	Quem são os atores-chave na busca de informação? Quais e como são as estratégias e políticas da organização para o desenvolvimento de competências associadas à aprendizagem entre os atores-chave? Que condições estruturais e de interação os atores-chave encontram para disseminar informações?
A aprendizagem organizacional está intrinsecamente relacionada à cultura das organizações.	Quais são as formas de interação privilegiadas na cultura da organização? Como pessoas e equipes têm aprendido ao longo da história da organização? Quais são as áreas ou equipes da organização mais permeáveis a novas aprendizagens?
Aprendizagem organizacional é um fenômeno que associa ordem e desordem.	Que situações específicas, inscritas na cultura da organização e não necessariamente associadas à educação formal, apresentam potencial de aprendizagem? Como o sentido coletivo é construído?

Fonte: SOUZA, 2002, p. 7

Na visão de Fontes (2005), a aprendizagem que ocorre nas relações interorganizacionais e o conceito de rede de firmas agrega três dimensões: cooperação, coordenação e motivação. Com base na proposta de oportunidades de aprendizado de Souza (2002), podem ser adotados os seguintes pressupostos associados à aprendizagem organizacional no contexto das relações interorganizacionais:

- a aprendizagem organizacional nas relações interorganizacionais está intrinsecamente associada em níveis de cooperação entre as firmas, a mecanismos de coordenação para

integrar processos de diferentes organizações e a objetivos comuns, que se traduzam em motivações para a aprendizagem no contexto competitivo;

- o aproveitamento da aprendizagem que se dá nas relações interorganizacionais depende da capacidade da firma em incorporar novos conhecimentos às suas competências internas;
- a aprendizagem organizacional está sujeita a conflitos de interesse que podem ser minimizados pela elevação de graus de confiança entre as firmas (FONTES, 2005, p. 24).

Por sua vez, Teixeira et al (2005) entendem que as redes de aprendizado constituem-se num grupo de organizações com uma necessidade comum de aprendizado, que passa a se reunir com esse objetivo, criando, para isso, de maneira formal, uma estrutura de apoio, e definem regras para a operação da rede.

No interior dessas redes, o aprendizado ocorre tanto na firma isolada quanto em situações interorganizacionais, pois recursos tangíveis e intangíveis são compartilhados entre várias organizações heterogêneas (firmas produtoras de bens ou serviços, fornecedores, usuários, universidades, laboratórios, etc.), o que torna as redes de aprendizado um instrumento particularmente apropriado para a aquisição das capacitações dinâmicas necessárias para garantir competitividade (TEIXEIRA et al, 2005, p. 68).

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo trata da apresentação e da análise dos resultados da pesquisa teórico-empírica. Inicialmente é exposto o histórico e a caracterização da Rede Hospinoroeste; em seguida far-se-á a descrição do histórico dos sete hospitais pertencentes à rede, os quais constituíram a amostra pesquisada. Na seqüência apresenta-se o contexto hospitalar desta amostra, seguido dos sete fatores de análise: modelo de gestão, sustentabilidade das instituições, importância da instituição na comunidade, vantagens e benefícios da ação em rede, mecanismos de relacionamento entre os hospitais, experiências de desenvolvimento individual e organizacional, e ações em rede, os quais serão analisados a partir da percepção dos administradores dos hospitais e pela percepção da administração da rede. A partir disso, finalizando este capítulo da dissertação, apresenta-se a consolidação dos sete fatores de análise tomando como base as evidências teóricas e empíricas e, por fim, busca-se mostrar a importância da Rede Hospinoroeste no contexto do desenvolvimento regional.

4.1 Histórico e Caracterização da Rede Hospinoroeste

Sob a denominação de Associação dos Hospitais da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Hospinoroeste), foi constituída em 12 de abril de 1984, uma associação civil, sem fins lucrativos, com sede à Rua Santa Rosa, nº 980, em Santa Rosa, RS, na época com 14 hospitais associados.

Atualmente, a Rede Hospinoroeste situa-se à Rua Tereza Verzeri, 1.148, na cidade de Três de Maio/RS e conta com 26 hospitais associados conforme o Quadro 06 a seguir:

Quadro 06 – Relação de Hospitais Associados à Hospinoroeste

Nº	ENTIDADE	MUNICÍPIO
1	Centro de Assistência Médico-Social	Tuparendi
2	Associação Hospitalar Santo Afonso	Cândido Godói
3	Associação Hospitalar BoaVista	Boa Vista do Buricá
4	Hospital Oswaldo Cruz Ltda.	Horizontina
5	Associação Hospital de Caridade de Crissiumal	Crissiumal
6	Hospital São Francisco de Assis	São José do Inhacorá
7	Sociedade Hospital de Caridade Santa Rosa	Santa Rosa
8	Abosco – Hospital Dom Bosco	Santa Rosa
9	Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí	Ijuí
10	Associação Hospital de Caridade de Ijuí – HCI	Ijuí
11	Associação Hospital São José	Giruá
12	Associação Cultural São Gregório de São Martinho	São Martinho
13	Associação Hospital Santo Antônio	Tenente Portela
14	Associação Hospitalar São José	Rodeio Bonito
15	Associação Franciscana de Assistência a Saúde	São Paulo das Missões
16	Associação Hospital São Vicente de Paulo	Três de Maio
17	Hospital de Caridade Santo Cristo	Santo Cristo
18	Hospital Padre Benedito Meister	Campina das Missões
19	Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba	Ajuricaba
20	Associação Hospital Bom Pastor de Santo Augusto	Santo Augusto
21	Associação Protetora do Hospital São Francisco	Augusto Pestana
22	Hospital de Caridade Nossa Senhora dos Navegantes	Porto Xavier
23	Hospital Nossa Senhor Auxiliadora	Iraí
24	Hospital Bernardina Salles de Barros	Júlio de Castilhos
25	Sociedade Hospital de Caridade de Alecrim	Alecrim
26	Sociedade Hospitalar São Luiz Gonzaga	São Luiz Gonzaga

Fonte: Secretaria da Rede Hospinoroeste/2006

A Rede Hospinoroeste em conformidade ao seu Estatuto tem como finalidade:

- congregar as entidades a ela associadas, visando à defesa dos interesses comuns de suas necessidades econômico-financeiras de sustento e expansão;
- compor e manter uma padronização de convênios, de acordo com a racionalização operacional de seus objetivos;

- manter intercâmbio assistencial hospitalar em situações de superlotação ou de calamidade pública;
- estudar, propor e auxiliar, quando solicitado por alguma entidade associada, programas de aprimoramento operacional, de economia de custos ou expansão da capacidade assistencial;
- criar e promover projetos cooperativos hospitalares, no interesse de seus associados, tanto para aquisição de materiais de consumo, quanto para a produção de insumos ou de recuperação de equipamentos;
- estimular a capacidade técnico-administrativa dos dirigentes das entidades associadas, por meio de assessoramento, palestras ou cursos especializados;
- promover tudo o que mais for preciso e possível fazer em benefício das entidades associadas.

O objetivo da Rede Hospinoroeste é fortalecer a organização dos hospitais da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, de maneira a atuarem de forma cooperativa no mercado. O negócio está voltado para a saúde, geração do conhecimento e responsabilidade social.

A Rede Hospinoroeste tem como missão atuar na área de saúde de forma integral e integrada com excelência na prestação de serviços e contínuo desenvolvimento, atendendo aos objetivos e experiências das mantenedoras, fornecedores, clientes e colaboradores. A rede busca ser referência como Associação de Hospitais no Estado do Rio Grande do Sul, e o posicionamento está voltado a atender aos associados com um novo conceito em serviços hospitalares, buscando a investigação necessária para a procura de novas formas de diagnósticos, tratamentos e prevenção das doenças, bem como o bem-estar do paciente.

Dentre as principais estratégias delineadas pela Rede Hospinoroeste é possível destacar:

- plantar e fixar a marca Hospinoroeste;
- ampliar os serviços dos hospitais associados;
- reestruturar o sistema de compras em conjunto;
- criar e desenvolver o *marketing* compartilhado;
- fazer cumprir o estatuto, regimento interno e o código de ética;
- desenvolver o espírito associativo e empreendedor;
- participar de seminários, eventos, feiras, simpósios, etc.;
- desenvolver uma política de qualificação profissional;
- incentivar a criação do conhecimento e da aprendizagem;
- motivar as equipes de trabalho: negociação, *marketing*, inovação e expansão.

A Rede de hospitais apresenta aos seus associados os seguintes benefícios:

- oportuniza um ambiente para estabelecer estratégias conjuntas;
- permite troca de informações: conhecimento e aprendizagem;
- solidariedade: reciprocidade, confiança, parceria e cooperação;
- ganhos em faturamento – marca registrada, novos fornecedores e melhorias nas negociações, redução de custos e riscos de investimentos;
- possibilita campanhas de *marketing* compartilhado;
- facilita o acesso a novas tecnologias;
- desenvolve o espírito associativo de empreendedor.

Observando o histórico e a caracterização da Rede Hospinoroeste, denota-se que se trata de uma rede horizontal (AMATO NETO, 2000), uma vez que é formada por

organizações que produzem ou ofertam produtos/serviços similares e se uniram a fim de se fortalecerem. Ainda em relação à tipologia, a Hospinoeste está constituída como sendo uma rede social simétrica (GRANDORI; SODA, 1995 *apud* AMATO NETO, 2000) as quais se caracterizam pela inexistência de poder centralizado.

A Hospinoeste caracteriza-se como rede social, pois tem o propósito de disseminar as suas ações e idéias a um universo mais amplo de interlocutores, tais como: colaboradores, beneficiários, parceiros, financiadores, voluntários, dentre outros (MENDES et al, 2005). Além disso, considera como pressuposto que o público é parte da organização, e isso, no entendimento de Mendes et al (2005), requer meios adequados para o desenvolvimento de fluxos de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional.

4.2 Histórico e Caracterização dos Hospitais Pesquisados

Nesta parte do capítulo far-se-á a descrição do histórico dos sete hospitais pesquisados, apoiando-se no instrumento³ utilizado para a coleta de dados. Vale ressaltar que a utilização deste instrumento serviu para dar uniformidade aos dados e, ao mesmo tempo, para padronizar a descrição histórica de cada uma das instituições.

4.2.1 Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba

A Associação Hospitalar Beneficente Ajuricaba, mantenedora do Hospital de Ajuricaba, foi fundada em 22 de agosto de 1966, com sede à Rua Floriano Peixoto, nº 50, Bairro Planalto, Ajuricaba, RS. Em 15 de junho de 1970 foi considerada de Utilidade Pública Municipal, em 17 de janeiro de 2000 foi reconhecida, por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 24 de outubro de 2000, tornou-

³ Conforme ANEXO II – Matriz de apoio - coleta de dados do histórico das instituições.

se uma entidade filantrópica⁴ recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Atualmente a instituição está inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob nº 2265885, possuindo 32 leitos, dos quais 23 são utilizados para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1994 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.2 Associação Protetora do Hospital São Francisco de Augusto Pestana

A Associação Protetora do Hospital São Francisco, mantenedora do Hospital São Francisco de Augusto Pestana, foi fundada em 26 de novembro de 1939, com sede à Rua Dr. Orozimbo Sampaio, nº 370, Centro, Augusto Pestana, RS. Em 30 de setembro de 1964 foi considerada de Utilidade Pública Municipal; em 27 de março de 1996 foi reconhecida mediante projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 19 de setembro de 1996, tornou-se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no CNES sob nº 2261081, possuindo 42 leitos, dos quais 30 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1994 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.3 Associação Hospital de Caridade de Crissiumal

A Associação Hospital de Caridade de Crissiumal, mantenedora do Hospital de Caridade de Crissiumal, foi fundada em 12 de março de 1960, com sede à Rua Redentora, nº 81, Centro, Crissiumal, RS. Em 3 de março de 1970 foi considerada de Utilidade Pública Municipal; em 07 de novembro de 1973 foi reconhecida por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 1º de agosto de 1970, tornou-

⁴ No ANEXO III desta, é detalhado o nascimento, a conceituação e a caracterização de entidade filantrópica.

se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no CNES sob nº 2708000, possuindo 58 leitos, dos quais 38 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1984 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.4 Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí

A Associação Hospital Bom Pastor de Ijuí, mantenedora do Hospital Bom Pastor de Ijuí, foi fundada em 18 de maio de 1981, com sede à Rua Av. David José Martins, nº 1.376, Bairro Hammastron, Ijuí, RS. Em 19 de junho de 1990 foi considerada de Utilidade Pública Municipal; em 22 de junho de 1993, foi reconhecida por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 12 de agosto de 1994, tornou-se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no CNES sob nº 2261030, possuindo 35 leitos, dos quais 22 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1994 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.5 Associação Hospital de Caridade de Ijuí

A Associação Hospital de Caridade de Ijuí, mantenedora do Hospital de Caridade de Ijuí, foi fundada em 19 de junho de 1935, com sede à Rua Av. David José Martins, nº 152, Centro, Ijuí, RS. Em 23 de agosto de 1960 foi considerada de Utilidade Pública Municipal; em 1º de setembro de 1971, foi reconhecida por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 1986, tornou-se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no

CNES sob nº 2261057, possuindo 230 leitos, dos quais 178 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1999 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.6 Associação Hospital Bom Pastor de Santo Augusto

A Associação Hospital Bom Pastor de Santo Augusto, mantenedora do Hospital Bom Pastor de Santo Augusto, foi fundada em janeiro de 1935, com sede à Rua Independência, nº 73, Centro, Santo Augusto, RS. Em 25 de novembro de 1987 foi considerada de Utilidade Pública Municipal; em 21 de novembro de 1997 foi reconhecida por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 16 de dezembro de 2003, tornou-se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no CNES sob nº 2261065, possuindo 65 leitos, dos quais 43 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1993 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.2.7 Associação Cultural São Gregório de São Martinho

A Associação Cultural São Gregório de São Martinho, mantenedora do Hospital de Caridade de São Martinho, foi fundada em 10 de julho de 1955, com sede à Av. Getúlio Vargas, nº 690, Centro, São Martinho, RS. Em 10 de novembro de 1999, foi reconhecida por meio de projeto por ela encaminhado, como sendo de Utilidade Pública Federal; e, em 23 de outubro de 1996, tornou-se uma entidade filantrópica recebendo a certificação de entidade de fins filantrópicos e de entidade beneficente de assistência social, ambos concedidos pelo CNAS. Atualmente a instituição está inscrita no CNES sob nº 2707608, possuindo 35 leitos, dos quais 27 são utilizados para atendimento pelo SUS. Em 1984 associou-se à Rede Hospinoroeste.

4.3 O Contexto Hospitalar da Amostra Pesquisada

Nesta parte do capítulo busca-se contextualizar o cenário econômico, financeiro e demográfico dos municípios nos quais estão localizados os hospitais, objeto desta pesquisa, analisando as despesas na função saúde e os gastos em saúde por habitante no exercício de 2005. Além disso, apresenta-se as receitas operacionais e os recursos advindos de resultados não operacionais das sete instituições pesquisadas, observando a receita total dos hospitais e o respectivo passivo com obrigações sociais. Na seqüência apresenta-se uma tabulação de dados que demonstra a estrutura física das instituições, contemplando o número de leitos, de colaboradores e de profissionais médicos. Estão sistematizados também os principais convênios que os hospitais possuem e seus respectivos percentuais de atendimento.

No Quadro 07 a seguir, é possível observar os dados econômicos e demográficos dos municípios com hospital pesquisado:

Quadro 07 – Dados Econômicos e Demográficos dos Municípios com o Hospital Pesquisado

Municípios	Total da Receita do Município em 2005	Despesas na função saúde em 2005	População estimada IBGE 01/07/2005	Gastos com saúde por habitante
Ajuricaba	7.629.784,65	1.570.709,25	7.463	210,47
Augusto Pestana	7.665.082,72	1.492.241,08	7.746	192,65
Crissiumal	12.291.622,66	2.152.957,32	13.621	158,06
Ijuí	48.932.492,57	10.403.173,62	78.990	131,70
Santo Augusto	5.680.939,60	1.798.693,15	13.934	129,09
São Martinho	6.352.389,12	1.083.422,00	5.697	190,17
TOTAL	88.552.311,32	18.501.196,42	127.451	145,16

Fonte: Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul e IBGE

Diante dos números expostos no Quadro 07, denota-se que a realidade dos municípios em relação as suas despesas na função saúde, absorve aproximadamente 20% do total da receita, sendo que o gasto médio por habitante é de R\$ 145,16 (cento e quarenta e

cinco reais e dezesseis centavos). Torna-se necessário, no entanto, observar que parte destes recursos alocados para a saúde, destina-se muitas vezes para subsidiar serviços hospitalares que o município, por meio de convênio, repassa para os hospitais.

Nesse sentido, buscou-se nesta pesquisa identificar a origem das receitas dos hospitais, observando as receitas operacionais e as não-operacionais, o que pode ser verificado no Quadro 08 a seguir.

Quadro 08 – Dados Financeiros de 2005 dos Hospitais Pesquisados

Municípios	Receita Operacional	Receita Não Operacional	Total da Receita	Passivo Obrigações Sociais
Ajuricaba	710.688,93	180.929,17	891.618,10	0,00
Augusto Pestana	600.947,83	223.093,24	824.041,07	132.770,07
Crissiumal	1.029.499,95	265.137,27	1.294.637,22	262.000,00
Ijuí/Bom Pastor	1.199.079,58	341.578,54	1.540.658,12	403.768,27
Ijuí/HCI	26.639.600,89	1.869.459,22	28.509.060,11	6.932.750,95
Santo Augusto	1.598.324,01	183.808,00	1.782.132,01	1.329.955,93
São Martinho	364.859,04	148.665,75	513.524,79	27.494,06
TOTAL	32.143.000,23	3.212.671,19	35.355.671,42	9.088.739,28

Fonte: Dados levantados nos hospitais pesquisados

Os resultados da pesquisa demonstram que aproximadamente 10% da receita total das instituições estudadas têm origem não operacional, ou seja, as instituições buscam sua sustentabilidade a partir de fontes alternativas de recursos de custeio, fundamentalmente centrados em repasses de recursos dos municípios e em alguns casos do Estado e da União.

Vale ressaltar que no Brasil o SUS mantém convênios/contratos com instituições privadas sem fins lucrativos, como é o caso dos sete hospitais pesquisados, para complementar os serviços públicos de saúde dispostos à população. De acordo com o Ministério da Saúde, os hospitais filantrópicos são as instituições complementares do SUS em

maior número e capacidade instalada, detendo 36,1% do total de leitos existentes no País e realizando 40% das internações/SUS brasileiras.

De acordo com a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado do Rio Grande do Sul, ao contrário dos demais Estados brasileiros, nos quais o setor público prepondera, no Rio Grande do Sul as instituições filantrópicas respondem por 66,6% dos leitos/SUS existentes no Estado, realizando mais de 70% das internações. Os hospitais públicos respondem por 25% e os hospitais lucrativos por 5% das demais internações.

A rede filantrópica do Estado do Rio Grande do Sul, conforme dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, corresponde a 239 hospitais e detêm 25 mil leitos, dos quais 17 mil conveniados com o SUS. Estas instituições empregam 55 mil trabalhadores, com vinculação econômica e financeira familiar de mais de 170 mil pessoas.

Observe-se o quadro informativo a seguir, em que são apresentados os dados dos hospitais pesquisados:

Quadro 09 – Estrutura de Leitos, Colaboradores, Médicos e nº de Atendimentos Hospitalares

Hospitais	Total de Leitos	Leitos SUS	Total de Colaboradores	Médicos	Atendimentos em 2005
Ajuricaba	32	23	25	5	6.727
Augusto Pestana	42	30	35	9	6.230
Crissiumal	58	38	58	9	3.054
Ijuí – BP	35	22	47	56	6.555
Ijuí – HCI	230	178	791	146	81.813
Santo Augusto	65	43	83	12	20.344
São Martinho	35	27	23	2	1.970
TOTAL	497	361	1.062	239	126.693

Fonte: Dados levantados nos hospitais pesquisados

Os resultados da pesquisa expressos no Quadro 09, demonstram que os sete hospitais pesquisados mantêm mais de 70% do total de seus leitos para o atendimento do SUS,

corroborando com as estatísticas do Estado do Rio Grande do Sul apresentadas anteriormente. Além de identificar que os hospitais estudados disponibilizam esta estrutura para o SUS, buscou-se identificar, também, o percentual de serviços que estas instituições oferecem, conforme pode ser observado no Quadro 10 a seguir:

Quadro 10 – Percentual dos Serviços Prestados por Convênio

Hospitais	SUS	UNIMED	IPERGS	PARTICULAR	OUTROS
Ajuricaba	78	4	5	3	10
Augusto Pestana	74	15	8	2	1
Crissiumal	62	7	22	8	1
Ijuí – BP	26	32	12	22	12
Ijuí – HCI	75	9	11	3	2
Santo Augusto	67	9	14	8	2
São Martinho	60	4	14	13	9
MÉDIA	62,8	11,4	12,2	8,4	5,2

Fonte: Dados levantados nos hospitais pesquisados

Verifica-se, a partir dos dados do Quadro 10, que os sete hospitais pesquisados prestam mais de 60% de seus serviços para o SUS, o que vem ao encontro das informações apresentadas anteriormente, demonstrando a importância destas instituições no contexto do SUS, e, ao mesmo tempo, referendando a sua relevância para a população assistida no município onde se encontra instalada, bem como para um determinado local ou região de abrangência, neste caso considerando as instituições prestadoras de serviços da área da saúde de referência regional.

4.4 Fatores de Análise

Esta parte do capítulo traz os sete fatores de análise empírica dos sujeitos da pesquisa (modelo de gestão, sustentabilidade das instituições, importância da instituição na comunidade, vantagens e benefícios da ação em rede, mecanismos de relacionamento entre os

hospitais, experiências de desenvolvimento individual e organizacional e ações em rede), os quais serão analisados a partir da percepção dos administradores dos hospitais e pela percepção da administração da rede, sendo que, para cada fator, far-se-á a respectiva análise teórica.

Cada fator de análise, portanto, terá a compilação dos dados na percepção dos administradores dos sete hospitais e da administração da rede que se dá a partir dos dados do diretor da Rede, da coordenadora do PRC, do consultor da Rede por meio do PRC, da representante do setor de Planejamento da 17ª CRS e da secretária da Rede Hospinoroeste.

4.4.1 Modelo de gestão

4.4.1.1 A percepção dos administradores dos hospitais

O hospital de *Ajuricaba* caracteriza-se pela gestão regida por estatuto e regimento interno, possuindo uma diretoria formada por voluntários da comunidade e um corpo clínico com direção técnica e clínica. Trata-se de um modelo de gestão associativa caracterizado pelo processo decisório descentralizado. A instituição faz uso de um sistema de informação gerencial. Esta ferramenta não contempla todos os processos (contabilidade terceirizada), mas é considerada pela administração como fundamental no subsídio à tomada de decisão.

O administrador do hospital de *Ajuricaba* traz a concepção de que a sua “*participação na rede como encarregado administrativo do hospital se apresenta como uma inversão de papéis, pois o correto seria a direção participar*”. Considera ainda, que “*a diferença de tamanho dos hospitais da rede acaba, na maioria das vezes, proporcionando maiores benefícios para os hospitais de grande porte*”.

No caso do hospital de *Augusto Pestana* a instituição possui uma diretoria que comanda a partir de um estatuto e um regimento interno. A administração trabalha em

conjunto com o diretor clínico e técnico, observando o regimento interno. Possui quadro de associados. O processo decisório é democrático e participativo, tendo como órgão fiscalizador o conselho fiscal. O sistema de informação gerencial abrange os setores de recepção, farmácia, ambulatório, radiologia, finanças e logística, e a contabilidade é externa (terceirizada).

O administrador do hospital de Augusto Pestana revela que: “*em função da diretoria não estar efetivamente participando das discussões da rede, acaba o administrador assumindo uma dupla função, fazendo a vez do diretor e administrador*”. Defende ainda que: “*a diferença de tamanho e posição estratégica sempre influencia no processo de tomada de decisão e apresenta-se como um limitante na condução das ações conjuntas*”.

O hospital de *Crissiumal*, por sua vez, é regido por um estatuto, e, paralelo a este, existe um regimento interno e um regimento para o corpo clínico. Não existe uma participação efetiva da diretoria e do corpo clínico na tomada de decisão. A decisão ainda está verticalizada. O hospital já possui Sistema de Informação Gerencial (SIG) há dez anos, mas não o utiliza em sua totalidade, porém percebe a necessidade de aumentar o controle.

O administrador do hospital de *Crissiumal* expressa que: “*na nossa instituição há uma inversão do modelo, nós (administradores) deveríamos receber diretrizes mas, na verdade, nós temos que fazer todo o processo em função da diretoria ter dificuldades de acompanhar o processo tanto no hospital como na rede*”. Destaca ainda que “*os hospitais maiores acabam tendo maiores benefícios em detrimento dos menores, em função do porte e da posição estratégica*”.

A gestão do *Hospital Bom Pastor de Ijuí* é participativa e com o apoio do voluntariado comunitário dos diversos segmentos da sociedade civil organizada. A diretoria segue o modelo estatutário, tendo como referência um processo decisório democrático e participativo. O corpo clínico do hospital é aberto, e possui direção técnica e clínica. Percebe-

se que a estrutura hierárquica apresenta-se horizontalizada uma vez que contempla a participação dos diversos níveis. A instituição possui SIG em algumas áreas (contabilidade terceirizada), julgando ser essencial possuir dados estatísticos.

A administradora do Hospital Bom Pastor considera que: *“em função da diretoria não estar efetivamente participando das discussões da rede, acaba o administrador assumindo uma dupla função, fazendo a vez do diretor e administrador”*. Observa também: *“a diferença de tamanho e posição estratégica sempre influencia no processo de tomada de decisão; apresenta-se como um limitante na condução das ações conjuntas, sendo que, na maioria das vezes, o de grande porte obtém vantagens”*.

A direção do *Hospital de Caridade de Ijuí* é totalmente voluntária. O hospital tem um estatuto que rege todas as atividades administrativas e técnicas da instituição. Possui um diretor clínico e um diretor técnico. A sua estrutura organizacional é composta por diretoria, conselho fiscal, administração geral e adjunta, gerências de apoio e encarregados coordenadores de área. O processo decisório se caracteriza pela descentralização e pela avaliação de novos projetos pela comunidade e pela representatividade da direção, tornando-se participativo e democrático. O SIG se apresenta como uma ferramenta indispensável no dia-a-dia, viabilizando e facilitando o controle das compras, gastos e controle de internação.

O administrador adjunto do Hospital de Caridade de Ijuí considera que: *“nossa participação na rede é tranqüila, a diretoria vê isso com naturalidade. Essa questão de tamanho e posição estratégica reverte-se em ganho para todos os associados. As conversações e a união entre todas as instituições é o que fortalece a rede, independente da posição e do porte”*.

No caso do hospital de *Santo Augusto* a gestão é participativa e com o apoio do voluntariado comunitário do meio rural, o que é uma particularidade deste hospital, pois o seu surgimento se deu por meio da expressão e dos anseios da comunidade que vive no meio

rural. A diretoria segue o modelo estatutário, tendo como referência um processo decisório democrático e participativo, e, ao mesmo tempo, demonstra a necessidade de ter uma relação mais próxima entre o corpo clínico, a direção e a administração do hospital.

O corpo clínico do hospital de *Santo Augusto* possui direção técnica e clínica. A estrutura hierárquica apresenta-se horizontalizada contemplando a participação dos diversos níveis e prevalece uma forma descentralizada, administrando na ótica de contemplar o todo, pressupondo inclusive as diferenças ideológicas, o que implica em mudanças de rotina e processos no intuito de alcançar o consenso. A instituição possui SIG em algumas áreas e julga essencial possuir a interligação entre as áreas, principalmente internação, faturamento, compras e almoxarifado.

Quanto à participação na rede, a administradora do hospital de Santo Augusto destaca: “*sempre fui acompanhado pelo presidente*”, diferente de outros hospitais, nos quais só os administradores participam. Complementa ainda: “*temos a impressão que os hospitais de pequeno e médio porte acabam trabalhando em função dos de grande porte*”.

O hospital de *São Martinho* é regido por um estatuto e, paralelo a este, existe o regimento interno. Não existe uma participação efetiva da diretoria e do corpo clínico na tomada de decisão. A diretoria é constituída a partir do voluntariado e a direção técnica é composta por diretor clínico e técnico. A tomada de decisão se dá de forma democrática. O hospital instalou o sistema de informática após ter ingressado na rede, mas não utiliza o SIG em sua totalidade.

A administradora do hospital de São Martinho entende que: “*é importante participarmos das reuniões e atividades desenvolvidas pela rede. Ainda que a participação dos membros de direção dos hospitais seja inexpressiva, sempre aprendemos com as experiências dos demais administradores e colaboradores de áreas técnicas, inclusive com os hospitais de grande porte*”.

4.4.1.2 A percepção da administração da rede

Na visão da direção da Rede Hospinoroeste, o modelo de gestão é estatutário, coordenado por uma diretoria que considera no processo decisório o regimento interno e o código de ética. De acordo com o diretor *“é um modelo simples e desburocratizado que se caracteriza pela forma cooperativada de congregar hospitais”*.

A coordenadora do PRC Unijuí/Sedai menciona que: *“a rede funciona por meio de estatuto e conselho de administração. O processo decisório não ocorre de forma plenamente democrática, e talvez o desafio da rede seja chegar a um processo de democratização pleno, pois isso compromete mais e faz com que as pessoas se comprometam com o processo. O diferencial do modelo da Hospinoroeste é o nível de profissionalização”*.

O consultor da Rede, por meio do PRC, explica que o modelo de gestão da Hospinoroeste é regido pelo estatuto social adequado ao novo modelo do código civil. Por outro lado evidencia que: *“há necessidade de elaboração de planejamento estratégico, adequação do regimento interno e código de ética”*.

4.4.1.3 Análise teórica do modelo de gestão

O modelo de gestão dos hospitais e da rede demonstra que o desafio da gestão de qualidade dos serviços (BRASIL; PIMENTA, 2005) inicia pela incorporação da voz ativa de todos os interessados (diretos e indiretos) no trabalho destas entidades sociais, nos indicadores de avaliação e no planejamento das suas ações. Nesta mesma linha de pensamento é fundamental compreender que o fortalecimento das instituições hospitalares depende, antes de tudo, da qualidade de suas ações que é também um fator crítico que potencializará, ou não, o desempenho da rede e a captação de recursos para as organizações parceiras.

A Rede Hospinoroeste e os hospitais pesquisados remetem à orientação de Cherubin e Santos (1997), quando se referem à gestão a partir de um órgão que exerce a administração

superior, em que são designados, diretoria, mesa administrativa e conselho de administração, os quais colocam em prática seus objetivos, planejando, organizando, comandando, coordenando e controlando os recursos humanos e materiais que assegurem a assistência eficiente e eficaz aos pacientes e um bom desempenho administrativo.

São similares as interpretações de Mintzberg (1995) e Etzioni (1989) em relação à gestão dos hospitais. Na tipologia de Mintzberg os hospitais são burocracias profissionais, também denominadas organizações profissionais e, na percepção de Etzioni, os hospitais são “organizações especializadas” em que a chave da instituição é o núcleo operacional, de modo que o bom funcionamento da organização hospitalar depende, principalmente, de seus operadores (médicos e enfermeiras), que requerem autonomia na execução de seus trabalhos, complexos e controlados tecnicamente por eles mesmos.

Nesse sentido, identifica-se, a partir dos dados da pesquisa, que uma das dificuldades das instituições é estabelecer a interação entre direção administrativa e direção técnica. Nesta perspectiva Mintzberg (1995) expressa que os profissionais nessas estruturas não se consideram partes de uma equipe. Para muitos, a organização é quase um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com sua profissão e não para com a organização como um todo.

Na mesma linha de pensamento, Santos (1998) considera a integração da dupla estrutura - técnica e administrativa - como desafio para as organizações profissionais. No caso dos hospitais esse desafio caracteriza-se pela integração dos profissionais médicos, sobretudo com os profissionais da administração. Decorrem dessa efetiva harmonização os melhores resultados que a organização hospitalar pode ostentar.

Quanto ao modelo de gestão da rede, os resultados da pesquisa remetem à concepção de Castells (2001), que faz referência há dois atributos básicos que determinam o desempenho de uma rede: a) conectividade, entendida como a capacidade estrutural de facilitar a

comunicação sem ruídos entre seus componentes; b) coerência, isto é, o grau de interesses compartilhados entre os objetivos da rede e de seus componentes.

O modelo de gestão da Hospinoroeste, de forma cooperada, permite que os hospitais também consigam mobilizar maior ajuda de governos e entidades de apoio e pesquisa. De certa forma isso remete a uma nova estrutura organizacional, na qual emerge a necessidade de uma grande mobilidade social no território em que as empresas estão inseridas, gerando um *pacto social* (PUTNAM, 1996) que incentive a flexibilidade e a inovação. Os fatores socioculturais, denominados por Putnam como *capital social*, tem papel importante para explicar o sucesso desse modelo em algumas regiões.

4.4.2 Sustentabilidade das instituições

4.4.2.1 A percepção dos administradores dos hospitais

O hospital de *Ajuricaba* possui, além dos convênios tradicionais (SUS, Unimed, Ipergs, etc.), uma forte parceria com o município. Atualmente o município investe no hospital a complementação oriunda do déficit do SUS. A instituição possui ainda um quadro de associados investidores que fazem suas doações mensais e, em contrapartida, se beneficiam de serviços no futuro. O usuário avalia o serviço, e isto tem contribuído para a introdução de melhorias em diferentes processos. A partir da participação do hospital na rede, a administração demonstrou melhorias no desempenho, fundamentalmente por meio da humanização dos serviços.

A instituição hospitalar de *Augusto Pestana* presta serviços para o SUS, a Unimed e o Ipergs, e possui dois convênios com o município: um deles trata da prestação de serviços em saúde mental e, o outro, da complementação da tabela SUS, o que viabiliza a operacionalidade do sistema, sustentando a instituição e proporcionando pronto atendimento ao usuário. Colaboram ainda na sustentabilidade do hospital os repasses de recursos em forma

de subvenção social oriundas do executivo e legislativo municipal, bem como diferentes campanhas que buscam doações junto a comunidade assistida.

O hospital de *Augusto Pestana* possui um *feedback* dos seus serviços a partir de um instrumento de avaliação da satisfação do usuário, o que permite ajustar e instituir melhorias nos serviços. A partir da participação na Rede Hospinoroeste, a instituição constatou uma melhoria na performance de desempenho, repercutindo na ampliação do rol de serviços e área de abrangência de microrregional para regional, passando a ser referência para vinte municípios, além de reativar alguns serviços que passaram a proporcionar atenção especial ao usuário.

A instituição hospitalar de *Crissiumal* presta serviços para o SUS, a Unimed, o Ipergs e os Correios, e atualmente o hospital possui um convênio com o município de Crissiumal, além de manter tratativas com outros municípios vizinhos, no intuito de formalizar parcerias em forma de complementação do custeio dos serviços prestados para o SUS. Também são praticadas as doações dos associados do hospital que, em contrapartida, recebem um cartão que lhes dá direito a descontos em serviços e na farmácia externa do hospital.

Em relação à avaliação dos serviços prestados, o hospital de *Crissiumal* elaborou um instrumento com a assessoria do Programa de Extensão Empresarial da Unijuí. A participação na rede, no entendimento do administrador, repercutiu positivamente no desempenho e na melhoria dos processos da instituição.

A administradora do hospital *Bom Pastor de Ijuí* revela que: “*a filantropia proporciona uma simpatia maior com a comunidade; a receptividade de campanhas de doação é positiva. Nosso hospital possui uma parceria com gestor o público municipal, e o tratamento é recíproco e de ajuda mútua, pois colaborando com a sustentabilidade do hospital, o município também tem resolutividade nos serviços*”.

A instituição possui um convênio com o município de Ijuí para prestação de serviços, e na percepção da administradora do *Bom Pastor de Ijuí* “*precisamos usar a filantropia para negociar com todas as esferas de governo. Sempre estamos desenvolvendo campanhas comunitárias no intuito de reforçar o caixa. Percebemos que a partir da nossa participação na Rede Hospinoroeste evoluímos muito; a questão do associativismo é importantíssima e veio ao encontro de várias melhorias em nosso hospital*”.

No caso do *Hospital de Caridade de Ijuí* a maioria dos serviços estão centrados em dois convênios: SUS e Ipergs. A instituição, no entanto possui um convênio com o município de Ijuí que é voltado para o atendimento de urgência e emergência, o qual visa minimizar os custos gerados no pronto atendimento, o que implica na sustentabilidade deste serviço. Possui ainda um convênio com o Estado do Rio Grande do Sul, que também visa diminuir os custos do hospital em função dos atendimentos realizados para os municípios que compõem a macrorregião de abrangência.

Além destes, o *Hospital de Caridade de Ijuí* possui convênio com mais quatro municípios da região de abrangência. De acordo com o administrador da instituição, “*atualmente não estamos com nenhuma campanha que envolva a comunidade em termos de ajuda financeira*”. A avaliação dos serviços da instituição se dá por meio do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), o qual gerencia os indicadores de satisfação do usuário. Na percepção do administrador “*as discussões e ações em rede fortaleceram o nosso desempenho, pois todo trabalho em equipe é importante, maximiza e melhora a performance da instituição*”.

A instituição hospitalar de *Santo Augusto* presta serviços para o SUS, a Unimed, o Ipergs e o Cassi, e atualmente possui um convênio com os municípios de Santo Augusto, Nova Ramada e São Valério do Sul. Da mesma forma mantém tratativas com outros municípios vizinhos, no intuito de formalizar parcerias em forma de complementação

financeira para os serviços prestados ao SUS. O hospital também recebe contribuição do quadro associativo.

A administradora do hospital de *Santo Augusto* destaca que: *“fizemos uso de um instrumento para avaliação dos serviços por parte dos usuários, o que auxilia no desenvolvimento de ações em nosso hospital. Quanto a nossa participação na rede entendo que ela repercutiu positivamente no nosso desempenho e na melhoria dos processos, mas entendemos que podemos evoluir ainda mais”*.

O hospital de *São Martinho* presta serviços para o SUS, a Unimed e o Ipergs e além disso, possui um convênio com o município de São Martinho, pelo qual mantém o atendimento de urgência e emergência, além de servir como custeio complementar para os serviços prestados para o SUS. A instituição recebe ajuda dos associados, e além disso faz uso de um questionário para avaliação dos serviços. Em relação à participação do hospital na rede, a administradora avalia que: *“isto repercutiu no desempenho da organização e na melhoria dos serviços prestados”*.

4.4.2.2 A percepção da administração da rede

Na percepção do diretor, a rede tem um novo desafio: *“o de responder à expectativa de confiança que serviu de forma histórica. Sinto a necessidade da rede se desdobrar em novos papéis. A heterogeneidade dos associados e as políticas públicas da saúde exigem uma performance que permita diferentes e variadas soluções, observada a realidade e o perfil de cada instituição”*. É possível perceber que a sobrevivência das instituições e da rede volta-se para o grau de confiança que os associados irão depositar nas ações de cooperação por meio da rede, e a capacidade de resposta que a rede poderá propiciar aos hospitais. Esse parece ser o grande desafio da sustentabilidade.

A coordenadora do PRC argumenta que *“o diferencial perceptível da Hospinoroeste é o nível de profissionalização dos administradores dos hospitais que participam de forma efetiva das ações em rede. A sustentabilidade está centrada na constante busca de alternativas, apoios, projetos conjuntos e até mesmo mobilizações caracterizadas por reivindicações junto aos órgãos públicos; isso fortalece, e permite a sustentabilidade. Reunir o grupo para discutir o problema e, em rede, encontrar soluções para os problemas”*.

O fator de maior implicação que se percebe na questão da sustentabilidade, no entendimento do consultor da Rede, é a falta de recursos financeiros dos hospitais, uma vez que a maioria dos serviços é prestado para o SUS que remunera de maneira deficitária e, para além disso, os hospitais possuem um passivo em obrigações sociais, que por sua vez não permite acesso a linhas de crédito ou recursos das esferas de governo, por não possuírem as negativas de débito na Receita Federal, INSS, FGTS, etc. O consultor sugere que: *“a elaboração de um planejamento a longo prazo parece ser fundamental para os associados e para a rede hospinoroeste, podendo refletir na sustentabilidade das instituições e na própria rede”*.

4.4.2.3 Análise teórica da sustentabilidade das instituições

Considerando os resultados da pesquisa e observando o contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar irão situar-se, verifica-se que o ambiente caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de consolidação de processos permanentes de gestão e assistência, complementados por outros procedimentos temporários, expressos por Gonçalves (1998) como facilitadores para tomada de decisão rápida e competente de mudanças dentro e fora da instituição.

Nesta perspectiva de mudança, Bertucci e Meister (2003) enfatizam a supersofisticação dos procedimentos médicos, farmacológicos e tecnológicos, a

hierarquização do sistema, que começa pelo médico da família, passa pelos ambulatorios e chega aos hospitais, a renovação acelerada do conhecimento, que se recicla a cada cinco anos e o uso da engenharia genética, que está possibilitando a cura de patologias até então consideradas incuráveis. Tais abordagens, apesar de proporcionarem a melhoria do atendimento da saúde da população, dificultam a adaptação e a sustentabilidade dos hospitais, tanto sob o aspecto tecnológico quanto ao acompanhamento das inovações.

Contemplando a idéia de sustentabilidade das instituições e da Rede Hospinoroeste, Melo Rico (2006) destaca a emergência de um movimento crescente da sociedade civil que inclui setores do empresariado preocupados com a ajuda mútua realizada por “entidades sem fins lucrativos, capazes de estabelecer novas formas de complementaridade na troca, indução e geração de insumos, bens e serviços em diversos campos do desenvolvimento social, cultural, patrimônio histórico e natural, meio ambiente, associativismo e mutualismo, solidariedades e eficácia em relação a benefícios transferidos à comunidade” (MELO RICO, 2006, p. 79).

Entre os desafios para a consolidação e sustentabilidade das instituições filantrópicas, Falconer (1999) citado por Schommer (2002) destaca: dificuldade de afirmação de sua identidade, consolidação organizacional, crise de valores organizacionais, dificuldade de adaptar-se a uma realidade de crescente competitividade que leva à necessidade de profissionalizar a administração, rever processos, definir estratégias e buscar resultados sem comprometer ideais e valores e a falta de foco.

Os dados da pesquisa revelam também que os hospitais filantrópicos (terceiro setor) representam bem o paradigma de organizações pós-modernas, na medida em que misturam elementos de solidariedade e competitividade, recursos financeiros provenientes de diferentes

fontes, interesses e agentes diversos, por vezes irreconciliáveis, trabalho voluntário e de profissionais empregados (SCHOMMER, 2002, p. 99).

Diante do fortalecimento do terceiro setor em todos os sentidos – como o da legislação, o acesso a recursos financeiros adequados, a conscientização sobre a participação voluntária etc. -, restará aos hospitais associados, por meio de rede de cooperação, na concepção de Caetano (2006), prepararem-se para atuar em um ambiente cada vez mais competitivo, fato que os obrigará a um maior grau de profissionalização de seus colaboradores, bem como à escolha de modelos de gestão mais sofisticados, semelhantes aos utilizados pelas organizações do setor de mercado, que possam garantir a sua sustentabilidade.

4.4.3 Importância da instituição na comunidade

4.4.3.1 A percepção dos administradores dos hospitais

O administrador do hospital de *Ajuricaba* chama a atenção para o fato de que “*com a formação do município, a própria comunidade se motivou a trabalhar com a idéia de ter um hospital, então a nossa instituição de saúde surgiu praticamente com a emancipação do município*”. A instituição participa do conselho municipal de saúde, e tem a compreensão da importância dele, “*pois é no conselho que se discute e se delibera sobre a saúde do município como um todo*”.

O hospital de *Ajuricaba* sempre buscou atuar na comunidade, desenvolvendo atividades nos bairros e nas localidades do interior do município, e esta, por sua vez, reconhece a importância da instituição na prestação de serviços de saúde. Nesse sentido, o administrador argumenta que: “*quando buscamos recursos alternativos através de campanhas que emanam a participação da comunidade, esta sempre demonstrou predisposição para colaborar e contribuir*”.

A instituição hospitalar de *Augusto Pestana* busca oferecer uma assistência integral e humanizada à comunidade, tendo como finalidade principal prestar serviços com qualidade para a população. Por se tratar de uma instituição que surgiu duas décadas antes da emancipação do município, a presença do hospital foi relevante para o desenvolvimento deste e da região, pois no início de suas atividades o hospital foi referência para vários municípios. O reconhecimento da comunidade quanto à importância do hospital, expressa pelo administrador, “*se dá a partir do momento em que a comunidade responde positivamente às campanhas de doação que buscam recursos alternativos para manutenção dos serviços*”.

O hospital de *Augusto Pestana* também possui espaço garantido no conselho municipal de saúde, no qual busca obter respaldo para o desencadeamento de ações conjuntas com o gestor público municipal, com o objetivo de propiciar benefícios para a população assistida. Além disso, a instituição desenvolve atividades externas, com diversas associações de classe do município, envolvendo a zona urbana e rural, no intuito de socializar as informações da instituição e dos serviços por ela prestados.

Para o administrador de *Crissiumal* “*a comunidade tem a percepção da importância de ter um hospital, de ter um prestador de serviços mais próximo*”. O hospital participa do conselho municipal de saúde e julga que este órgão é fundamental, pois na percepção do administrador “*é ele que vai referendar as ações e decisões a serem desenvolvidas na saúde do município, tanto do gestor como do prestador de serviços*”.

O hospital de *Crissiumal* demonstra clareza quanto à necessidade de envolver a comunidade em algumas ações deste, e para isso desenvolve alguns eventos externos em conjunto com a secretaria municipal de saúde. Além disso, busca desencadear campanhas e eventos no intuito de angariar recursos alternativos que possam garantir a prestação de serviços e, nesse sentido, o respaldo da comunidade tem sido positivo, o que demonstra o reconhecimento da importância do serviço hospitalar.

O hospital *Bom Pastor de Ijuí* foi criado a partir de uma demanda do meio rural e depois a idéia se expandiu. No entendimento da administradora “*é perceptível a sua importância e a aprovação da comunidade para esse projeto, pois atualmente a proposta está sendo bem aceita pela população assistida, que aprova inclusive investimentos futuros, com investimentos em outros serviços especializados*”.

O *Bom Pastor de Ijuí* é membro do conselho municipal de saúde e participa de forma ativa, inclusive já assumiu a coordenação do mesmo, julgando imprescindível a participação dos diversos segmentos da sociedade. A instituição, ao longo da sua história, desencadeou inúmeras campanhas comunitárias no intuito de ter reforço de caixa para a manutenção dos serviços e, de acordo com a administradora “*todas elas foram bem aceitas pela comunidade*”. Além dessas campanhas, o hospital sempre desenvolveu atividades externas com a comunidade.

O administrador do *Hospital de Caridade de Ijuí* acredita que “*o hospital é relevante para o município de Ijuí e para a região, pois a nossa referência é macrorregional*”. O Hospital participa do conselho municipal de saúde e considera isso de suma importância, pois, segundo o administrador, “*este é um espaço para reivindicações e exposição de ações desenvolvidas pelo hospital*”.

A instituição prioriza o desenvolvimento de ações de humanização que envolvam a comunidade, principalmente ações externas. Além disso, o hospital historicamente procurou desenvolver campanhas buscando suprimento de caixa e recursos para novos investimentos em ampliações da estrutura física para instituição de novos serviços, e a expressão do administrador enfatiza que: “*a comunidade regional nunca se absteve*”.

O hospital de *Santo Augusto* possui 71 anos de existência, enquanto que o município tem 47 anos de emancipação. A instituição surgiu a partir de uma demanda do meio rural, de associados da cooperativa, e até hoje a direção do hospital é composta por pessoas do meio

rural, o que comprova a sua importância para a comunidade. A participação da instituição no conselho municipal está garantida e justificada pela administradora quando destaca: *“temos certeza que ela é de suma importância pois o conselho se apresenta como um espaço que determina as diretrizes dos serviços de saúde do município”*.

A instituição hospitalar de *Santo Augusto* atualmente possui mais de 200 sócios colaboradores que efetivam doações mensalmente, sendo que estes recursos são destinados para a manutenção do hospital, revertendo em benefícios para a comunidade que utiliza os serviços. Também desenvolve campanhas de doação e realiza eventos envolvendo a comunidade no intuito de obter fontes alternativas de suprimento de caixa. Ao mesmo tempo aproveita os eventos externos para socializar informações pertinentes à prestação de serviços do hospital.

A existência do hospital de *São Martinho* é anterior à formação do município, e a administradora destaca que: *“a comunidade reconhece a sua importância, pois sempre demonstrou estar predisposta a colaborar na manutenção da instituição”*. O Hospital, enquanto prestador de serviço, participa do conselho municipal de saúde e realiza, sempre que possível ações, que envolvam a comunidade. Atualmente a instituição tem 150 associados colaborando mensalmente com doações para a manutenção do hospital, o que solidifica o entendimento da população no tocante à relevância da existência desta casa de saúde.

4.4.3.2 A percepção da administração da rede

O diretor da rede destaca que: *“a rede surgiu para discutir problemas comuns dos associados, mas o que se percebe atualmente é que os problemas são heterogêneos, ou seja, a rede precisa de diferentes abordagens dependendo da situação individual de cada associado, e assimilar isso parece ser o grande desafio”*. Nessa linha de pensamento, denota-se a necessidade de viabilizar alternativas coletivas, porém os problemas se apresentam de forma

individualizada. A Rede Hospinoroeste foi formada, segundo o diretor, “*para nos tornar politicamente mais fortes no entanto a linguagem política do gestor público hoje não é mais uniforme, ela varia bastante. Então, acabar com a Rede Hospinoroeste seria um retrocesso muito grande, mas levar a associação adiante nesse campo de divergência, de diferenças, também consiste num desafio*”.

Os dados históricos dos associados da rede demonstram que muitos deles surgiram até mesmo antes da emancipação político-administrativa dos municípios onde estão situados, o que ressalta o quanto foram e são importantes no contexto regional, e essa importância histórica, da presença dos hospitais nas comunidades, no entendimento do diretor, “*necessita ser levada aos gestores públicos, evidenciando a importância da rede de prestadores de serviços em saúde*”.

O diretor da rede defende que: “*nós temos uma função comunitária sim, só que ela não está contemplada na política pública de saúde macrorregional*”. Na mesma linha de pensamento o diretor expressa que: “*a rede Hospinoroeste tem um papel a assumir, o de conduzir essas entidades para resgatarem sua importância histórica, para que se atualizem, se modernizem, porém não mais no modelo curativo, mas sim como guardião na saúde preventiva e educativa como sempre foi até então cumprido nas comunidades*”.

A Hospinoroeste, no entendimento da coordenadora do PRC, não pode, em momento algum ser considerada apenas um processo de negociação com fornecedores ou com sindicatos. A importância da rede deve ser observada como constituinte de um processo maior, observando a busca de soluções para os problemas das instituições e atuar de forma estratégica, partindo de um planejamento com ações predefinidas de gestão. Isso permitirá que o usuário também reconheça a importância dessas instituições.

Na concepção do consultor da Hospinoroeste a idéia de cooperação é pioneira no Estado, e demonstra ser inovadora enquanto processo de cooperação em prestação de serviços

na área da saúde; “*essa é uma grande diferença para os associados da Hospinoroeste, ressaltando a busca de alternativas conjuntas para as instituições*”. Atuar em rede, no entanto, demanda planejamento estratégico, e esse talvez seja o grande desafio a ser enfrentado pela rede de hospitais, “*pois prestar serviços na área da saúde não é uma coisa tão simples assim*”, destaca o consultor.

A importância da rede para as instituições e para a comunidade, no entendimento da representante da 17ª CRS, “*é relevante, pois concretiza e consolida as ações de saúde como uma rede de instituições filantrópicas que prestam serviços ao SUS*”. Nesta perspectiva, a representante da 17ª CRS reforça que “*as instituições foram construídas e constituídas a partir do esforço e da necessidade expressada pela comunidade ao longo da história dos hospitais e dos municípios*”.

A Rede Hospinoroeste, a partir do enfoque proposto pela representante da 17ª CRS, apresenta-se como uma nova forma de agir num modelo de atenção à saúde básica, preventiva, curativa, educativa, a partir de uma nova realidade. A rede faz com que a região se envolva nas ações de saúde e os hospitais, neste contexto, desempenham papel importante, como propulsores de qualidade de vida da população assistida.

A importância que tem o associativismo para os hospitais, na percepção da *Funcionária da Rede*, é muito grande. As instituições perceberam que a ação individualizada não tem o mesmo efeito da ação conjunta. A rede Hospinoroeste sempre procurou evidenciar a relevância do associativismo, instigando o associado a deixar o individualismo de lado e participar de forma efetiva do trabalho em grupo. Os hospitais precisam conscientizar-se de que toda ação conjunta irá demonstrar não só capacidade de articulação, mas também poder de organização.

4.4.3.3 Análise teórica da importância da instituição na comunidade

Os resultados revelam o reconhecimento da sociedade em relação à importância da presença da instituição hospitalar no meio em que vivem, e as próprias demandas sociais incluem o hospital no rol das instituições fundamentais da comunidade, como são as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas. Na concepção de Gonçalves (1998) sua importância pode bem ser avaliada pelo grau de relações que o hospital mantém com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial da instituição hospitalar em momentos fundamentais da vida das pessoas: no nascimento, na doença e na morte.

No caso dos hospitais pesquisados, a investigação revela que as associações mantenedoras criadas a partir dos anseios da comunidade rural e urbana, representam a expressão coletiva pela busca de serviços de saúde para determinada localidade ou região, no intuito de manter o atendimento dentro de padrões razoáveis para a população assistida. Nessa linha de pensamento Almeida (1987) citado por Abbas (2001, p. 28) acredita que muitas organizações cidadãs criam fundações ou instituições similares como forma de institucionalizar sua participação na comunidade, estimulando o desenvolvimento da sociedade que aprende a se autogerenciar e se auto-sustentar, como é o caso das associações hospitalares filantrópicas.

Quanto à importância das instituições hospitalares e de caráter filantrópico, os resultados do estudo apontam para o enfoque proposto por Melo Rico (2006) quando explica que, no Brasil, a classe empresarial, até meados dos anos 1970, não se sentia responsável pelas questões sociais por entender que a solução dos problemas sociais era da estrita responsabilidade do Estado, o qual, por meio das suas políticas sociais, deveria equacionar as situações oriundas da miséria, da falta de habitação, de saúde e de educação, entre outras.

E com a tendência ao declínio do Estado-Nação, globalização da pobreza e do desemprego, surge então uma nova reestruturação de forças em que o Estado e o setor privado vão delimitando seus papéis e fronteiras de atuação, deixando lacunas por preencher entre sociedade-governo-empresa. Nesse cenário de contrastes, a sociedade apresenta-se cada vez mais reivindicatória e consciente de que desenvolvimento não pode ser caracterizado simplesmente por indicadores de eficiência econômica, que resultam em pressões de toda ordem (SANTOS, 2002).

Neste contexto, os hospitais estudados expressam a força do voluntariado e a importância do terceiro setor que desenvolve atividades públicas por meio de instituições filantrópicas voltadas para fins sociais e, ao mesmo tempo, colabora com a sustentabilidade destas organizações com recursos da comunidade. Na mesma linha de pensamento, Pereira (2000), mencionado por Minotto (2002), refere-se aos hospitais destacando que estes devem ter uma gestão orientada para o meio externo e devem adaptar-se às mudanças de todas as dimensões, relacionando três pontos cruciais para a transformação organizacional ou mudança estratégica:

- o setor constitui um conjunto de condições objetivas, o qual pode criar pressões para as transformações;
- o setor é uma arena cognitiva com a qual seus membros se identificam;
- o setor não consiste apenas em produtos competitivos, mas também em uma rede de colaboradores atuais e potenciais, que podem evoluir para a coalizão dominante.

A pesquisa revela, ainda, a importância dada pela administração dos hospitais no tocante a sua participação nos Conselhos Municipais de Saúde, o valor que tem o controle social nas ações de saúde a serem desencadeadas em cada município e o reconhecimento da população assistida em prol das instituições hospitalares. Isso demonstra que as instituições

filantrópicas representam a descentralização das políticas de saúde, que resultam na flexibilização das relações entre os agentes de desenvolvimento. Nesse sentido Casarotto Filho e Pires(2001) alertam que, enquanto o processo de globalização econômica se expressa na crescente competição transnacional, o de regionalização social compreende um crescente esforço das sociedades regionais para configurar e sustentar seu projeto de desenvolvimento.

4.4.4 Vantagens e benefícios da ação em rede

4.4.4.1 A percepção dos administradores dos hospitais

Dentre as vantagens e benefícios em rede, o administrador do hospital de *Ajuricaba* destaca que: “*existe uma vontade do grupo de otimizar as faturas com os convênios, porém os resultados não são imediatos; é um caminho difícil de percorrer, mas os hospitais estão unidos, e toda tentativa é válida, por mais difícil que possa ser*”. Em relação às políticas de qualificação, isto é uma realidade na rede, nos diferentes âmbitos. A rede também propiciou a ampliação do número de fornecedores e facilitou o acesso.

Percebe-se que os hospitais estão convictos da importância do associativismo. No tocante à elaboração de projetos conjuntos, no entanto, verifica-se que a viabilidade técnica e financeira se apresenta como empecilho do desencadeamento desta ação. Reforça o administrador que “*a rede precisa ir ao encontro de um planejamento em âmbito macrorregional*”.

O administrador do hospital de *Augusto Pestana* explica que: “*as ações que visam otimizar ganhos na maximização de faturas dos convênios, têm esbarrado na incapacidade financeira do Estado, mais precisamente na questão de políticas públicas de saúde que contemplem os prestadores de serviço, porém a rede desempenha papel importante na mobilização dos hospitais associados*”. Entre as principais vantagens da ação em rede, é

destacado o trabalho de capacitação, aperfeiçoamento e treinamento de pessoal, seja em âmbito gerencial, na equipe técnica ou no pessoal de apoio. As ações sempre trouxeram benefícios para a organização como um todo. O administrador enfatiza que *“a falta de planejamento, trava a elaboração de projetos conjuntos, e as dificuldades financeiras não permitem sequer projetos individuais”*.

Na concepção do administrador de *Crissiumal* a rede *“não conseguiu ainda resultados efetivos nas ações da rede na busca de otimizar as tabelas de remuneração dos convênios, porém toda e qualquer tentativa conjunta é válida”*. A questão da qualificação profissional tem se mantido constante na rede, devendo continuar, pois ações desta natureza resultam em benefícios para os colaboradores, para a instituição e para a própria rede. Da mesma forma pode-se citar a parceria com fornecedores.

A Rede Hospinoroeste é uma expressão de coletividade, ela possui um formato associativo, porém, na visão do administrador, *“na prática muitas vezes as decisões tomadas em grupo não se concretizam, principalmente em relação a nossa busca incansável por fontes alternativas de recursos. Precisamos nos esforçar para traçar um planejamento estratégico para a rede”*.

No caso do hospital *Bom Pastor de Ijuí*, a administradora acredita que: *“talvez não se teve resultados efetivos da busca de otimizar as tabelas, mas só o fato de estar se discutindo em rede, trocando idéias e informações, isso otimiza”*. Na discussão em rede foram projetadas ações envolvendo: especialidades novas, readequação de estruturas e otimização de espaços físicos.

De acordo com a administradora os hospitais e a rede tiveram ganhos na questão das capacitações, das qualificações e, até mesmo, nas negociações conjuntas. Julga necessário, no entanto, *“avançar na questão do planejamento, no intuito de podermos contemplar ações de*

cooperação a longo prazo, pois os hospitais estão empobrecidos, e necessitam de fontes alternativas de recursos”.

A rede hospinoeste por meio da mobilização de seus associados, serve para buscar maior poder de barganha com os convênios. Um dos pilares de sustentação da rede é a qualificação profissional, seguida da parceria estabelecida com os fornecedores. No entendimento do administrador do Hospital de Caridade de Ijuí o associativismo *“nos remete a uma posição, em que o paradigma a ser quebrado é a concorrência interna, deixar de lado o individualismo e partir para a prática de uma rede de atendimento, formando pólos de atendimento que não se choquem, e isso precisa ser planejado”*. Refere-se ainda à necessidade de avançar na elaboração de projetos conjuntos principalmente no que tange às operadoras privadas.

As políticas de qualificação profissional adotadas por meio da rede, destacam-se entre as ações de sucesso. Reforça a administradora do hospital de Santo Augusto que *“potencializar o faturamento dos hospitais é uma bandeira de luta da rede; a peregrinação nas esferas de governo é antiga, o que demonstra a união do grupo em sair das lamentações e ir em busca de novas alternativas”*.

Levando em conta que a Hospinoeste configura união, a administradora argumenta que também *“os hospitais demonstram interesse pelo associativismo; no coletivo todos saem fortalecidos. Podemos avançar mais na parceria com fornecedores, ampliar o leque. Quanto à elaboração de projetos conjuntos, precisamos elaborar de fato um planejamento estratégico pensando a longo prazo, precisamos alavancar isso na rede”*.

As ações desencadeadas por meio da Hospinoeste no intuito de obter melhores remunerações pelos serviços prestados para os convênios, é uma das batalhas que a Rede mantém a tempo, porém a administradora do hospital de *São Martinho* entende que *“é preciso avançar e fortalecer essa ação”*. Em relação à capacitação profissional os resultados são bem

mais satisfatórios, da mesma forma em relação à parceria com os fornecedores hospitalares. Reforça a administradora: *“temos dificuldades em elaborar projetos conjuntos, pois compartilhamos e discutimos informações, mas não conseguimos avançar na elaboração de uma proposta a longo prazo”*.

4.4.4.2 A percepção da administração da rede

Na compreensão do *diretor da Hospinoroeste*, a principal vantagem que a rede trouxe para a nossa região foi *“sem dúvida a capacitação dos gestores; não a capacitação técnica ou científica, ou de uma forma mais formalizada, mas a coragem com que nós discutimos os problemas, as tendências, as macro tendências, as políticas pensadas pelos gestores e a forma como nós discutimos isso periodicamente dentro das nossas instituições; eu arriscaria dizer que foi o papel mais importante que a rede cumpriu até hoje, porque ela alertava os gestores hospitalares que nós estávamos em um processo de mudança”*.

Entre as vantagens e benefícios da rede percebe-se que a troca de informação é o maior ganho de qualquer rede, a partir do momento que tem participação. No entendimento da *coordenadora do PRC* *“outra ação da hospinoroeste é a negociação, na qual sempre se buscou o bem comum”*. Além disso, denota-se que há uma assídua participação dos associados nas ações desencadeadas, tomando como exemplo, a capacitação conjunta dos colaboradores das instituições nos seus diferentes âmbitos. Isso acaba revertendo em motivação e em multiplicadores nas instituições. Outro benefício perceptível que a coordenadora traz *“é o bechmarking, pois os hospitais associados da rede servem de espelho um para o outro”*.

De acordo com o *consultor* a rede hospinoroeste avançou satisfatoriamente nos mecanismos de suporte para as instituições associadas. Pode-se pautar entre os avanços, a busca conjunta de novas tecnologias na área de informática, priorizando um sistema de

informação gerencial que dê uniformidade aos processos dos hospitais, observando seu porte e suas condições para adquirir essa tecnologia.

A representante da 17ª CRS considera que “construir um acúmulo de cultura voltada para a mudança gera desenvolvimento social, que por sua vez aponta para caminhos de integração, de responsabilidade, de inclusão, de problematização com responsabilidade”. Este parece ser um dos pilares de sustentação dos serviços hospitalares a partir da cooperação em rede, sendo que o desafio consiste em não romper o processo associativo com a descontinuidade da gestão e das políticas públicas. De acordo com a representante da 17ª CRS a vantagem da rede de cooperação é que “ela emana um conjunto de vozes que impõe respeito. O associativismo das instituições filantrópicas representa prestação de serviços com resolutividade”.

A funcionária da Rede entende que “os hospitais se retroalimentam a partir da troca de experiências que a cooperação em rede proporciona. A própria união do grupo e o intercâmbio que se estabelece nos encontros dos associados se apresentam como vantagens para os hospitais, pois um acaba aprendendo com o outro, seguindo exemplos bem sucedidos”. Constata-se que a ação em rede otimiza e potencializa as instituições proporcionando um nivelamento do gerenciamento de processos.

4.4.4.3 Análise teórica das vantagens e benefícios da ação em rede

Entre as vantagens e benefícios decorrentes das ações da Rede Hospinoroeste, é possível identificar o trabalho conjunto dos hospitais de capacitação, aperfeiçoamento e treinamento de pessoal, seja em âmbito gerencial, da equipe técnica ou do pessoal de apoio. A troca e o compartilhamento de informações também se apresentam como benefícios da ação em rede. Além disso, uma maior resolutividade nos serviços é resultante do associativismo

das instituições filantrópicas. Nesse sentido, Castells (2001) expressa que a história recente apresenta as redes como novas formas organizacionais de sobrevivência.

Na mesma linha de pensamento Castells (2001) explica que as redes são e serão os componentes fundamentais das organizações. Deste modo, a integração dos hospitais em rede, objeto deste estudo, revelam que as ações conjuntas e o associativismo tornaram-se a chave da flexibilidade organizacional e do desempenho das instituições estudadas. Putnam (1996) reforça que o grau de articulação e cooperação entre as instituições, pessoas, governos e demais atores da sociedade, dão origem às estruturas dinâmicas e articuladas, capazes de aumentar as forças regionais para competir no mundo globalizado.

Os resultados da pesquisa indicam que as ações em rede propiciaram facilidade de acesso e ampliação dos fornecedores, bem como proporcionaram poder de negociação, levando em conta que as redes de organizações e as relações sólidas de cooperação de longo prazo, conforme Casarotto Filho e Pires (2001), servem de suporte estratégico operativo às organizações que buscam a vantagem competitiva, de modo que a base da rede em si passa a ser a união de esforços em funções em que se necessita de uma escala ascendente e maior capacidade inovativa para sua sustentabilidade.

As redes sociais, como é o caso da Hospinoroeste são fundamentadas no valor do elo, no qual o tempo é importante variável a ser considerada. Além disso, essas redes, na concepção de Mendes et al (2005), têm como propósito disseminar as suas ações e idéias a um universo mais amplo de interlocutores, tais como: colaboradores, beneficiários, parceiros, financiadores, voluntários, dentre outros. No entendimento de Mendes et al (2005) isso requer meios adequados para o desenvolvimento de fluxos de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional.

Entre as virtudes associadas à cooperação entre organizações com competências diferentes, Schommer (2002, p. 100) destaca: “[...] oportunidade de aprender e desenvolver competências, ganho de recursos – tempo, dinheiro, informações, legitimidade, *status* - , utilização de capacidade ociosa, divisão de custos e riscos, habilidade para resolver problemas complexos e para especialização ou diversificação. Na área social, acredita-se que o envolvimento de diferentes agentes leva a maior sustentabilidade dos projetos e à potencialização dos recursos disponíveis”.

Para Schommer (2002) as organizações do terceiro setor, por sua vez, podem ensinar a trabalhar em torno de um forte sentido de missão, incrementando a motivação de seus colaboradores, instituindo processos decisórios participativos e compartilhando a capacidade de realizar mais com menos recursos. Neste sentido, a adaptação para um ambiente em rápida mutação requer, no entendimento de Mohrman e Mohrman (1995), flexibilidade e agilidade – de aprender rapidamente como produzir novos produtos e serviços que elevam o padrão de desempenho.

4.4.5 Mecanismos de relacionamento entre os hospitais

4.4.5.1 A percepção dos administradores dos hospitais

O administrador do hospital de *Ajuricaba* enfatiza que “o *principal mecanismo de relacionamento é o encontro em assembléias*”. As relações também acontecem por meio de envio de informativos sobre as atividades a serem desenvolvidas e, a partir disso, inicia-se um processo de discussão e troca de informações entre os associados, que permite identificar objetivos homogêneos que possam conduzir à instituição de ações coletivas.

No entendimento do administrador de *Augusto Pestana* a Hospinoroeste propiciou aos associados “o *compartilhamento de informações a partir da definição de um cronograma*

de encontro mensal dos associados e, ao mesmo tempo, estas discussões permitem a elaboração de ações estratégicas a serem desencadeadas pelas instituições de maneira pontual e também coletiva". Destaca-se ainda que a rede propicia melhores condições de negociação com fornecedores, e o intercâmbio de informações resulta em aprendizagem de técnicas utilizadas pelos demais associados.

Os mecanismos de relacionamento da rede observados pelo administrador do hospital de *Crissiumal* estão centrados "*na realização das assembleias mensais, nas quais se compartilha e se discutem informações similares que podem maximizar processos nas instituições associadas e, a partir disto, busca-se estabelecer estratégias de ação conjunta*". O administrador alerta ainda que é perceptível a expressividade dos hospitais de grande porte sobressaindo-se, de tal modo que as conquistas conjuntas apresentam aporte de recursos maior para os hospitais macrorregionais em detrimento dos hospitais locais que atuam na baixa e na média complexidade, ou seja, não existe um critério para a distribuição de recursos vinculados por volume de serviços prestados.

A administradora do *Hospital Bom Pastor de Ijuí* revela que as instituições associadas da rede "*tendem a aprender com o outro e buscam poder colocar em prática algumas ações que determinada instituição desenvolve*". Revela ainda que os encontros mensais permitem aos administradores a busca de *feedback*, de replanejar e projetar ações para o futuro. Os mecanismos de relacionamento na percepção da administradora caracterizam-se como *bechmarking* hospitalar.

Para o administrador do *Hospital de Caridade de Ijuí* a questão de compartilhar e discutir informações similares e a preocupação de se estabelecer estratégias conjuntas tem sido uma constante na relação entre os associados da rede, no entanto revela que "*precisamos ainda nos despir das vaidades e do individualismo e focar com maior ênfase a idéia do*

associativismo. Aprender contigo aquilo que eu não sei, mostrar minhas deficiências, mostrar minhas potencialidades”.

A Rede Hospinoroeste na percepção do administrador sempre oportunizou capacitações em âmbito gerencial, da equipe técnica e do pessoal de apoio, e isso se constitui em aprendizagens de técnicas que, muitas vezes, são multiplicadas nas instituições por meio dessa troca de informações, dos encontros, e até mesmo nos ciclo de palestras e debates, dos quais os hospitais participam.

A administradora do Hospital de Santo Augusto destaca a partir do calendário de reuniões da Hospinoroeste que: *“esses encontros se apresentam como uma oportunidade de cada associado observar e abstrair informações, compartilhar e discutir similaridades, podendo assim maximizar a projeção de ações conjuntas”*. Expressa ainda que a partir deste relacionamento sempre surge algo novo, alternativas novas que podem refletir positivamente para a instituição e, ao mesmo tempo, para a população assistida.

A administradora do *Hospital de São Martinho* enfatiza que *“a rede está centrada em discutir no grupo e a partir do consenso dos associados são desencadeadas ações conjunta; nos encontros mensais sempre se compartilha e se discute informações de interesse do grupo”*. Desta forma, o relacionamento entre os hospitais poderá proporcionar a todos os associados um equilíbrio de ganhos, sempre lembrando que o fundamento é a importância e a consciência da cooperação.

4.4.5.2 A percepção da administração da rede

A Rede Hospinoroeste, no entendimento do diretor, explorou muito bem, ao longo dos anos, a questão de novos paradigmas que *“foram surgindo e que tiveram que ser adotados invariavelmente pelas pequenas instituições que teriam dificuldade de isoladamente buscar soluções”*. Dentre os mecanismos de relacionamento o administrador cita a questão do

gerenciamento dos serviços hospitalares e a profissionalização da gestão em setores estratégicos como é o caso do faturamento hospitalar (financeiros), do sistema de informação gerencial e, principalmente, nas relações com os convênios.

O diretor revela ainda, a ação das compras conjuntas, *“no tocante à padronização de alguns itens comuns nos hospitais, além da área de materiais, profissionalizando e capacitando os compradores hospitalares, bem como inovações nas áreas técnicas de enfermagem e nutrição em que foram realizadas várias reuniões de socialização e discussão, capacitações e treinamentos”*.

A coordenadora do PRC ressalta que entre os mecanismos de relacionamento por meio da rede, é possível salientar *“o estabelecimento de um fluxo de informações que contempla o intercâmbio no gerenciamento organizacional, fortalecendo a comunicação institucional e interinstitucional, permitindo a identificação e priorização de ações a serem desencadeadas por meio de ações de cooperação”*. Evidencia-se que esses mecanismos sempre estiveram presentes e sempre foram trabalhados e explorados de forma coletiva.

Na percepção do consultor da rede *“o principal mecanismo de relacionamento dos hospitais concentra-se na troca de informações”*. Além disso, é possível destacar também as conquistas políticas que, na opinião do consultor, talvez não sejam mensuráveis, *“mas se as articulações não tivessem sido coletivas, quem sabe as políticas teriam sido mais desastrosas ou com conseqüências mais severas em determinados momentos”*, referindo-se a instituição de políticas públicas da esfera federal e estadual.

4.4.5.3 Análise teórica dos mecanismos de relacionamento entre os hospitais

Os mecanismos de relacionamento praticados pela Hospinoroeste caracterizam-se pelo estabelecimento de um fluxo de informações que contempla o intercâmbio no gerenciamento organizacional, fortalecendo a comunicação institucional e interinstitucional,

permitindo a identificação e priorização de ações a serem desencadeadas por meio de ações de cooperação. O fato de a rede estar viabilizando o desenvolvimento de estratégias conjuntas, também pressupõe ganhos em relação à capacitação dos colaboradores e melhorias nas técnicas de gerenciamento de serviços, repercutindo na melhoria dos serviços para a população assistida.

Nesse sentido, para Mendes et al (2005), as organizações estruturam-se em rede, como uma forma organizacional específica, cujo sistema de meios é constituído pela intersecção de segmentos de sistemas autônomos. Ao mesmo tempo em que são autônomos, são dependentes em relação à rede e, ainda, podem ser parte de outras redes, o que requer a sua ligação a outros sistemas de meios destinados a outros objetivos.

Ao analisar o contexto competitivo das instituições hospitalares, no entendimento de Fontes (2005), chega-se à noção do aprendizado que ocorre nas relações interorganizacionais, assim como do conhecimento acumulado nessas relações, ou seja, considerando o hospital como um conjunto de pessoas, infra-estrutura, conhecimento por meio dos indivíduos, pode-se concluir que é possível também acumular conhecimentos nas relações estabelecidas no seu contexto competitivo, a partir das pessoas que participam dos fluxos entre empresas e, até, entre estas e a sociedade.

Os mecanismos de cooperação da Hospinoroeste, na visão de Olave e Amato Neto (2005), são incrementados visando reduzir justamente as dificuldades que se traduzem como custos de transação para as instituições, isto é, os que vão além dos custos de produção. Essa cooperação oferece a possibilidade de dispor de tecnologias e reduzir os custos de transação relativos ao processo de inovação, aumentando a eficiência econômica e, conseqüentemente, a competitividade, e ao mesmo tempo garantindo a sustentabilidade das instituições.

A formação de redes interorganizacionais, como é caso da Rede Hospinoeste, propicia um impacto positivo na região em que estão localizadas. De acordo com Dotto e Wittmann (2004), o fortalecimento individual e setorial dinamiza a economia regional, mediante: aprofundamento dos mecanismos de relacionamento e cooperação entre os envolvidos, ampliação de recursos, produtos e serviços disponibilizados pelas organizações aos consumidores, condições mais adequadas para enfrentar a concorrência, e desencadeamento de um processo com a demanda de produtos e serviços de outras instituições regionais, tais como fornecedores e prestadores de serviços.

A noção de “oportunidades de aprendizado” busca identificar como desenvolver e otimizar aprendizagens em uma organização, considerando aquelas que são cruciais para a sobrevivência e as realidades sociais e culturais específicas de um contexto organizacional. Souza (2002) propõe a noção de “oportunidade de aprendizado” como base para que sejam estabelecidas estratégias de intervenção direcionadas à promoção da aprendizagem organizacional.

Na visão de Fontes (2005), a aprendizagem que ocorre nas relações interorganizacionais e o conceito de rede de empresas agrega três dimensões: cooperação, coordenação e motivação. Com base na proposta de oportunidades de aprendizado de Souza (2002), podem ser adotados os seguintes pressupostos associados à aprendizagem organizacional no contexto das relações e mecanismos adotados pela hospinoeste:

- a aprendizagem organizacional nas relações interorganizacionais está intrinsecamente associada a níveis de cooperação entre os hospitais e a mecanismos de coordenação para integrar processos das instituições hospitalares a objetivos comuns, que se traduzam em motivações para a aprendizagem no contexto social;

- o aproveitamento da aprendizagem que se dá nas relações interorganizacionais depende da capacidade dos hospitais em incorporar novos conhecimentos as suas competências internas;
- a aprendizagem organizacional está sujeita a conflitos de interesse que podem ser minimizados pela elevação de níveis de confiança entre os hospitais (FONTES, 2005).

4.4.6 Experiências de desenvolvimento individual e organizacional

4.4.6.1 A percepção dos administradores dos hospitais

A Rede Hospinoroeste, na percepção do administrador do Hospital de *Ajuricaba*, facilitou a capacitação de colaboradores de diferentes áreas dos hospitais, “*e esses colaboradores, por sua vez, exerceram o papel de multiplicadores nas suas instituições*”. Revela ainda, que a rede oportunizou a diluição dos custos destes cursos e, ao mesmo tempo, provocou a interiorização das capacitações, que na maioria das vezes eram realizadas na capital.

O administrador do Hospital de *Augusto Pestana* enfatiza que as capacitações da equipe se apresentaram como uma das principais experiências da rede de hospitais. “*Compartilhar e disseminar conhecimento gera aprendizagem*”. Vale ressaltar que a rede sempre oportunizou capacitação nas diferentes áreas e, além disso, as instituições associadas à rede passaram a estabelecer convênios com universidades e as escolas técnicas, proporcionando espaço para campos de estágio, o que também se apresenta como oportunidade de aprendizagem. “*Ganha a instituição e os colaboradores*”.

No entendimento do administrador de *Crissiumal* as capacitações, os treinamentos, os ciclos de palestras e debates que são oportunizados pela rede, são geradores de desenvolvimento humano e organizacional, no entanto “*é possível aproveitar melhor, alguns*

profissionais que trabalham nas instituições e oportunizar situações de inter-relação de áreas homogêneas”, ou seja, aprender a partir da interinstitucionalidade.

A administradora do *Hospital Bom Pastor de Ijuí* revela que, por meio da Rede Hospinoeste, houve um grande avanço na questão do desenvolvimento individual e organizacional. As instituições se voltaram para ações de humanização dos serviços de saúde, proporcionando o fortalecimento do vínculo da instituição com a comunidade. Destaca ainda que *“a troca de experiências nas capacitações também fortalece e melhora os processos da instituição, bem com, a própria relação dos hospitais com a universidade e com as escolas técnicas, estimulando os campos de estágio, tanto no nível superior como no técnico, oportunizando a troca de experiências e o ganho recíproco e mútuo”*.

Entre as experiências de desenvolvimento, o administrador do *Hospital de Caridade de Ijuí* chama a atenção para a importância da inter-relação das instituições e da própria rede com o setor educacional, buscando desencadear um processo de educação continuada nos hospitais. Acredita que esta cooperação *“é de extrema relevância”*. Argumenta também que *“nos estágios se visualiza novos profissionais, se compartilha conhecimento, e ao mesmo tempo se proporciona aos colaboradores do hospital a proximidade com a atualização do ensino, ou seja, acaba trocando experiência e qualificando”*.

A administradora do *Hospital de Santo Augusto* explica que, entre as experiências vivenciadas na rede, se sobressai a questão da capacitação não só da equipe técnica, do nosso pessoal de apoio, mas também dos próprios administradores que, seguidamente, estão participando de seminários, congressos, *“enfim, existe uma prática, na verdade, de se buscar aprender, se buscar o novo, sempre buscando envolver todos os hospitais”*.

Na percepção da administradora do *Hospital de São Martinho* as experiências de desenvolvimento individuais e organizacionais são reflexo dos avanços por meio das ações conjuntas desenvolvidas pela hospinoeste. Dentre as ações relevantes a administradora

destaca: “*as capacitações, os treinamentos, os ciclos de palestras e debates que são oportunizados pela rede são geradores de conhecimento e aprendizado*”. Ainda, em relação aos estágios do pessoal de nível superior e também do técnico, “*sempre se aprende algo e se estabelece troca de conhecimento*”. A reciprocidade entre prática e teoria acaba gerando ganhos para ambas as partes, e isso qualifica, repercutindo inclusive em melhorias para a comunidade assistida pelo serviço.

4.4.6.2 A percepção da administração da rede

O diretor da Hospinoroeste argumenta que “*na rede o que é mais fácil trabalhar é a consciência. Conscientizar é um item que se trabalha com relativa facilidade. O que é difícil trabalhar na associação é metodologia, ou uniformizar uma metodologia, ou garantir processos que sejam úteis e que possam ser aplicados de uma forma mais uniforme, esse é o grande desafio*”. A rede teve o mérito de conscientizar o grupo representativo de hospitais e as experiências se voltam para o intuito de tentar proporcionar e oportunizar ferramentas gerenciais, que contemplem processos e métodos. Na opinião do diretor “*o que se percebe é que dificilmente se consiga elaborar um planejamento estratégico global para a rede*”.

No entendimento da coordenadora do PRC “*as ações desenvolvidas pela hospinoroeste estão aumentando a capacidade dos hospitais de adotarem ações eficazes e ao mesmo tempo a rede também otimiza as suas decisões em relação a ações mais eficazes*”. A mobilização em rede fez com que muitas entidades buscassem implementar alternativas, que pela expressão do grupo, resultaram em experiências exitosas. Deste modo, a rede se volta para viabilizar algumas ações com maior rapidez. Por outro lado, os hospitais demonstraram consciência da necessidade de se pensar a longo prazo, para que eles e a rede tenham uma maior perspectiva de sustentabilidade.

O *consultor* da rede explica que uma das questões importantes da cooperação são as experiências de desenvolvimento, *“não só a questão da profissionalização individual, mas a profissionalização na gestão hospitalar e a profissionalização na gestão pública local”*. Complementa a idéia reforçando que *“isso está bem presente e é uma realidade que vai estar posta logo ali na frente, e que nós não temos mais como entrar com amadorismo nessas situações, até porque existe toda uma gama de usuários esperando pelos serviços, e o serviço de qualidade com resolutividade e humanização”*.

As experiências de cooperação na percepção da *representante da 17ª CRS* podem estimular e fortalecer ainda mais as instituições associadas em rede, e se apresentam como uma forma de alavancar recursos novos para um determinado local, município ou região. Considera ainda *“a busca, inclusive, de referências para determinados serviços, para usar aquelas estruturas ociosas, as grandes edificações físicas que foram construídas em outras épocas e que podem muito bem ser reutilizadas, porque às vezes a questão da localização geográfica potencializa e credencia determina instituição para servir de referência regional”*.

A respeito das experiências de desenvolvimento individual e organizacional a *funcionária da rede* argumenta: *“o que tem sido praxe na hospinoeste é a questão da capacitação pessoal; se trabalha com treinamento para funcionários da equipe técnica e para pessoal de apoio, e os hospitais aderem e se propõem a capacitar seus colaboradores, a trabalhar um processo de educação continuada e a ter uma visão mais ampla do que é um processo de aprendizagem dentro da sua organização”*.

4.4.6.3 Análise teórica das experiências de desenvolvimento individual e organizacional

Evidencia-se, a partir dos resultados da pesquisa, que várias foram as experiências de desenvolvimento individual e organizacional das instituições associadas e da própria Rede Hospinoeste. Sobressai-se, no entanto, a capacitação dos gestores e colaboradores das

instituições, caracterizada pela busca contínua da melhoria de processos e métodos que, por sua vez, otimizaram a profissionalização da gestão interinstitucional dos hospitais filantrópicos por meio de ações conjuntas da rede de cooperação.

É perceptível, ainda, que o compartilhamento e a disseminação de informações por meio da inter-relação das áreas homogêneas, acrescida do intercâmbio de experiências e da sensibilidade das instituições pela busca da uniformidade em processos e métodos de gestão, oportunizaram a maximização do desempenho individual e organizacional dos associados da Rede Hospinoeste, contemplando não só colaboradores, gestores e organização, mas, fundamentalmente, a população assistida pelos serviços de saúde das instituições hospitalares. Por meio das ações conjuntas da rede buscaram qualificar e otimizar seus serviços.

A partir desta base, resultante da pesquisa, percebe-se que as experiências individuais foram imprescindíveis na condução das ações conjuntas dos hospitais associados, complementando a idéia de Fleury (1997) quando expressa que o processo de aprendizagem ocorre primeiramente em âmbito do indivíduo – as idéias inovadoras, os *insights* - e pode vir a constituir-se num processo social e coletivo (para entendê-lo é preciso observar como o grupo aprende, como combina os conhecimentos e as crenças individuais, interpretando-as e integrando-as em esquemas compartilhados), que quando institucionalizados apresentam-se em nível de organização, expressos na estrutura, nas regras e nos procedimentos, que passam a se constituir em sistemas de memórias que retêm e recupera informações.

Na mesma linha, Fleury (1997) reforça que o processo de aprendizagem “requer tempo” das pessoas para pensar, refletir, analisar, digerir e se situar diante dos processos de mudança. Elas precisam absorver novos conhecimentos, estruturá-los, interpretá-los, individual ou coletivamente, decorrendo a orientação para a ação, ou seja, “não se mudam

valores com um passe de mágica de discursos, é um processo lento que requer mudança nas práticas organizacionais, num ir e vir, de refletir e agir” (FLEURY, 1997, p. 163).

Do mesmo modo, o processo de aprendizagem requer espaços organizacionais, observando numa perspectiva intra-organizacional e interorganizacional. Quando se fala na perspectiva intra-organizacional refere-se à estrutura organizacional com maior mobilidade e interação entre as pessoas, as áreas e os níveis, facilitando a formação de tipos diferentes de equipes de trabalho; a comunicação precisa fluir da mesma forma, visando a criação de competências interdisciplinares, fundamentais ao processo de aprendizagem. Em termos interorganizacionais, apresentam-se desafios de combinar a diversidade cultural local com as tentativas de padronização global.

Entre as experiências da hospinoeste, evidencia-se a disseminação do conhecimento por meio de colaboradores que participaram de capacitações e, a partir destas, passam a exercer a função de multiplicadores, e é nesta linha de pensamento que Nonaka e Takeuchi (1997) explicam que a criação do conhecimento organizacional é a capacidade de uma organização criar novo conhecimento, difundi-lo na organização como um todo e incorporá-lo a produtos, serviços e sistemas.

Na mesma linha de pensamento, Nonaka (2000) defende que as empresas de sucesso são aquelas que, de forma consistente, criam conhecimentos, disseminam-os por toda a organização e os incorporam em novas tecnologias e produtos. Essas atividades caracterizam a empresa “criadora do conhecimento”. No caso da Rede Hospinoeste, denota-se que as ações resultantes da interinstitucionalidade otimizaram a disseminação do conhecimento por meio da capacitação na perspectiva de um processo de educação continuada.

Figueiredo (2000) relata que aprendizagem (*learning*) refere-se aos vários processos pelos quais habilidades e conhecimentos tecnológicos são adquiridos por indivíduos e

convertidos para a organização. Em outras palavras, os processos de aprendizagem permitem à organização acumular suas próprias competências tecnológicas e gerenciais. Por sua vez, Teixeira et al (2005) entendem que as redes de aprendizado constituem-se num grupo de organizações com uma necessidade comum de aprendizado, que passa a se reunir com esse objetivo, criando, para isso, de maneira formal, uma estrutura de apoio que definem regras para a operação da rede.

No interior dessas redes, o aprendizado ocorre tanto na firma isolada quanto em situações interorganizacionais, pois recursos tangíveis e intangíveis são compartilhados entre várias organizações heterogêneas (firmas produtoras de bens ou serviços, fornecedores, usuários, universidades, laboratórios, etc.), o que torna as redes de aprendizado um instrumento particularmente apropriado para a aquisição das capacitações dinâmicas necessárias para garantir competitividade (TEIXEIRA et al, 2005, p. 68).

4.4.7 Ações de cooperação

4.4.7.1 A percepção dos administradores dos hospitais

O administrador do Hospital de *Ajuricaba* defende que: *“o atual cenário da saúde não permite que um hospital tente trabalhar isoladamente, já não tem mais espaço para isso, e o coletivo é o caminho; agindo de forma cooperada tem-se a possibilidade de agir e equacionar problemas que individualmente seria inviável”*. Dentre as ações de cooperação expressas pelo administrador destacam-se na rede as compras conjuntas, as negociações, o acesso à informação, novas tecnologias, acesso a novos serviços e prestação de serviço humanizado.

Na percepção do administrador do Hospital de *Augusto Pestana* a cooperação *“permite a busca de relações estáveis, mas não descartam a competição saudável entre pessoas, grupos, comunidades e instituições”*. Enfatiza ainda que o desafio dos hospitais está

no acúmulo de competências e experiências para a cooperação. *“O atendimento ao usuário precisa ser padronizado sem deixar de lado a humanização. O envolvimento dos colaboradores e a sua conscientização em relação à importância da cooperação é fundamental para o sucesso das ações”*. Centralizar compras, acessar novos fornecedores, negociar em grupo, instituir o uso de novas tecnologias, são alguns dos ícones da hospinoeste.

As ações de cooperação da hospinoeste mais bem sucedidas, no entendimento do administrador do hospital de *Crissiumal*, são a central de compras e o acesso a fornecedores. Revela, no entanto, que *“ainda se pode avançar nas discussões em torno do acesso a linhas de crédito para as instituições, o acesso a novas tecnologias e a introdução de novos serviços com o foco voltado para o atendimento microrregional”*. Por outro lado é perceptível, na visão do administrador, que a hospinoeste consegue comprometer os associados, desenvolvendo ações conjuntas e trocando informações com o objetivo de fortalecer o associado e a própria rede.

Destacam-se na Rede Hospinoeste, no entendimento da administradora do Hospital *Bom Pastor de Ijuí*, ações de cooperação voltadas para as compras conjuntas, as negociações, o acesso à informação, novas tecnologias, acesso a novos serviços e prestação de serviço humanizado. A administradora argumenta ainda que: *“pode-se avançar em algumas frentes, principalmente na busca de novas linhas de crédito e nas reivindicações junto às esferas de governo, principalmente em relação ao cronograma de reembolso dos serviços prestados para os convênios com o Estado”*.

O administrador do Hospital de Caridade de *Ijuí* revela que as ações de cooperação da hospinoeste estão implicando em melhorias no atendimento e na instituição de novos serviços pelos hospitais, e a convivência entre eles faz com que os administradores e suas equipes possam identificar gargalos nos processos organizacionais e, ao mesmo tempo, buscar

equacioná-los. Dentre as principais ações desencadeadas pela rede, o administrador cita: *“as compras conjuntas, as negociações, o acesso à informação, novas tecnologias, acesso a novos serviços e prestação de serviço humanizado”*.

Quanto às ações de cooperação da hospinoeste mais bem sucedidas no entendimento da administradora do Hospital *Santo Augusto*, sobressaem-se os trabalhos voltados para as políticas de qualificação e profissionalização. A administradora, no entanto, argumenta que *“as ações exitosas da rede voltam-se para as compras conjuntas”*.

A administradora do Hospital de São Martinho explicita que as ações de cooperação da hospinoeste proporcionaram ganho de escala no tocante à negociação com os fornecedores, *“pois se conseguiu barganhar em função da proposta e das demandas conjuntas”*. Revela ainda que a ação em rede não está voltada somente para negociação, compras, poder de barganha, pois outra ação que tem demonstrado expressividade são *“os acordos coletivos com os sindicatos dos trabalhadores, nos quais o associativismo dos hospitais tem respondido positivamente ao coletivo que sempre pressionou as instituições, porém atualmente os hospitais associados demonstram maior poder por estarem agindo de forma cooperada”*.

4.4.7.2 A percepção da administração da rede

O diretor da Rede Hospinoeste acredita que *“agir de forma cooperada tem seus entraves, pois a expectativa de um pequeno hospital, que cumpre um papel maravilhoso na sua comunidade, demonstra os anseios e a reivindicação de uma atenção maior; que ele consiga também desenvolver serviços na área preventiva, na área da qualidade de vida, mas com dinheiro, com recursos, e aí o que se verifica, e de forma muito perigosa, é que esta situação em que nós nos encontramos dentro do associativismo caminha para a heterogeneidade, porque os nossos interesses e as nossas necessidades não são mais tão*

comuns, elas já divergem muito em relação há outras épocas, em que as nossas reivindicações basicamente eram por reajuste de tabela e melhores condições de trabalho e pontualidade de pagamento; hoje as diferenças estão muito mais acentuadas e isso é uma ameaça para o associativismo; se nós não tivermos competência de realinhar a nossa missão e as nossas funções enquanto rede de cooperação, corremos o risco de termos sérios problemas”.

Dentre as potencialidades e os limites da ação em rede, a *coordenadora do PRC* revela como limitante a descontinuidade da gestão pública que “*por sua vez gera dificuldades para que haja uma sintonia entre o consultor, a rede, a universidade e o governo*” e, ao mesmo tempo, a coordenadora adverte para a ausência de projetos conjuntos buscando alavancar recursos e a inexistência de uma proposta de longo prazo para a rede. Como potencialidades a coordenadora cita: “*o alto nível de profissionalização e o potencial dos associados, a capacidade de negociação, a busca constante por conhecimento e inovação e a capacidade coletiva de agir e integrar o associado*”.

O *Consultor* da Hospinoroeste enfatiza que dentre as ações de cooperação é possível destacar o nível de profissionalização da gestão, que na opinião do consultor “*repercuta nos resultados da negociação e do poder de barganha da rede por meio da central de compras*”. Revela que “*o capital intelectual que os hospitais possuem é um diferencial e potencializa as ações da rede por meio da troca de informações*”.

De acordo com a *representante da 17ª CRS* a rede se sobressai “*pela troca de informação, por compartilhar processos, pela implantação de projetos inovadores, pela busca incansável de aporte de recursos para a sustentação do associado, pelos processos inovadores de qualificação e aperfeiçoamento das equipes técnicas, pela mudança de comportamento e pela preocupação de prestar serviço humanizado no intuito de proporcionar qualidade de vida para a população assistida*”.

A funcionária da Rede defende que a Rede Hospinoroeste apresenta como principais ações de cooperação, “a participação efetiva dos associados nas capacitações, a central de compras, a negociação com fornecedores, a logística e a capacidade de desenvolver atividades conjuntas. O reconhecimento da importância do associativismo fortalece e dá sustentabilidade a hospinoroeste”.

4.4.7.3 Análise teórica das ações de cooperação

Os resultados da pesquisa revelam várias ações de cooperação desencadeadas pelas instituições associadas da Rede Hospinoroeste, no entanto sobressaem-se às compras conjuntas, o acesso à informação, às novas tecnologias e aos novos serviços. A central de compras apresenta-se como uma das principais ações, refletindo na ampliação do poder de barganha e na negociação com os fornecedores.

É perceptível ainda, dentre as ações da hospinoroeste, a negociação com os sindicatos dos trabalhadores, principalmente em relação aos acordos coletivos com esta categoria. Observa-se também que os hospitais associados se propõem a buscar conhecimento e inovação por meio de ações conjuntas, valorizadas pelo nível de profissionalização e o potencial de gerenciamento dos associados, caracterizado pelo capital intelectual que acaba potencializando as ações de cooperação.

Alguns fatores citados pelos sujeitos da pesquisa, no entanto, necessitam de maior atenção, discussão e avanços em termos de ação conjunta, fundamentalmente em relação à sintonia entre consultor, rede, universidade e governo, no intuito de elaborar um plano estratégico vislumbrando a longo prazo, e que contemple ações voltadas ao acesso de linhas de crédito, à instituição de serviços microrregionais e o fortalecimento das ações reivindicatórias nas esferas de governo, observando a heterogeneidade dos associados da hospinoroeste.

Nesta perspectiva, o associativismo dos hospitais demanda a elaboração do planejamento estratégico, expresso pela percepção dos atores sociais pesquisados, que fortaleça as ações praticadas e que viabilize a instalação de novas estratégias conjuntas. Nesta linha de pensamento, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) abordam o processo de formulação de estratégias, destacando que a *estratégia define a organização*. Em suas entrelinhas traz o espírito de uma organização e como ela se distingue das outras. Quanto mais precisa for a tentativa de definição, maior risco de definir uma organização de forma superficial, desconsiderando importantes desdobramentos do negócio. *A estratégia provê consistência*. É como um modelo que representa a realidade que, se bem elaborado, pode organizar as ações em torno de um objetivo claro, evitando a duplicação de esforços. O problema surge quando a realidade é confundida com o modelo, sendo assim distorcida. Erros podem decorrer desta falta de distinção entre o ambiente padronizado e o real.

Neste sentido, a estratégia remete a uma projeção para assegurar que os objetivos básicos das instituições hospitalares sejam alcançados por meio da execução adequada, e objetivando, por intermédio dela, desenvolver competências essenciais em relação a seus serviços, porte, posição estratégica, grau de inovação, relações profissionais internas com os colaboradores e instituições externas, sendo que, para isso, torna-se necessário observar o ambiente, a organização e a adequação entre ambas.

Tomando como referência as concepções de estratégia como padrão, modelo ou plano que integra as principais metas, políticas e as seqüências de ações de uma organização num todo coerente, Porter (1986, p. 68) considera que a “estratégia é a criação de uma posição única e valiosa, envolvendo um conjunto diferente de atividades”. A orientação de Mintzberg e Quinn (2001) é no sentido de que as políticas são regras ou diretrizes que expressam os limites dentro dos quais a ação deve ocorrer. As principais políticas – aquelas que guiam a

direção geral e a posição da entidade ou determinam sua viabilidade – denominam-se políticas estratégicas.

Considerando o modelo de gestão da hospinoroeste e das instituições associadas, e as ações conjuntas por elas desencadeadas demonstram que a cooperação por meio da rede estabelece relacionamentos entre pessoas, em espaços e tempos relativamente delimitados, objetivando realizações e expressando interesses de indivíduos, grupos e coletividades. Na visão de Fischer (2002), a gestão adjetivada como social orienta-se para a mudança e pela mudança, seja de microunidades organizacionais, seja de organizações com alto grau de hibridização, como são as interorganizações atuantes em espaços territoriais micro ou macroescalares.

O campo da gestão social ou de gestão do desenvolvimento social, descrito por Fischer (2002), é reflexivo das práticas e do conhecimento construído por múltiplas disciplinas, delineando-se uma proposta paradigmática que está sendo formulada como agenda de pesquisa e ação por muitos grupos e centros de pesquisa no Brasil e no exterior, bem como por instituições de diferentes naturezas que atuam no desenvolvimento local.

A pesquisa revela que as ações da hospinoroeste representam o fortalecimento do terceiro setor em todos os sentidos – como o da legislação, o acesso a recursos financeiros adequados, a conscientização sobre a participação voluntária, etc. -, no entanto restará às instituições hospitalares, na percepção de Caetano (2006), prepararem-se para atuar em um ambiente cada vez mais competitivo, fato que as obrigará a um maior grau de profissionalização de seus colaboradores, bem como à escolha de modelos de gestão mais sofisticados, semelhantes aos utilizados pelas organizações do setor de mercado.

Torna-se necessário observar que o hospital no atual contexto organizacional além de ser uma instituição complexa, é também completo, como pode ser depreendido pela definição

do Ministério da Saúde (BRASIL, 1978), em que o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

O hospital constitui-se numa organização, por si só, de alta complexidade, tanto nos seus aspectos orgânico-estruturais, como na sua localização no mercado. De um lado, o hospital está inserido nas condições de mercado, sofrendo todas as dificuldades conjunturais e sujeito às contingências econômicas e sociais; por outro, deve manter-se como prestador de serviços assistenciais à comunidade, tendo por obrigação manter-se fiel aos seus propósitos e finalidades de restaurar e promover a saúde, dentro de um bom padrão técnico e num ótimo nível de humanização em suas atividades operacionais. Rocchi (1989, *apud* ABBAS, 2001, p. 26) apresenta a seguinte definição: “Os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa”.

A formação de redes sociais, como é o caso da Rede Hospinoeste, parte do pressuposto de que o público é parte da organização. Quando analisa-se a relação usuário-organização mais de perto, porém, verifica-se que há uma ruptura nessa relação. Essa afirmação, segundo Mendes et al (2005), se apóia em evidências que mostram que as relações entre os profissionais que atuam na organização são diferentes daquelas que se estabelecem entre esses profissionais e os usuários. “A interação do produtor com o usuário gera uma relação fundamentada no modelo comunitário e, ao introduzir a ruptura, outra forma de relação entre usuário e organização se estabelece: a mercantil e a política” (MENDES, 2005, p. 80).

Godbout (2004) mencionado por Mendes et al (2005), considera que a análise interna das organizações, demonstra as bases nas quais se fundamentam as diferenças entre o modelo comunitário e as organizações que se apóiam em relações mercantis e políticas. Assim, ao discutirem-se as redes sociais, interessa identificar as diferenças entre organizações comunitárias e as instituições públicas.

De acordo com a análise de Mendes et al (2005), a construção de redes sociais torna-se crucial para evitar que a sociedade moderna imploda em uma comunidade de produtores. Logo, “compreender a essência e distinguir os diferentes tipos de elos das redes mercantis e sociais, assim como compreender a idéia de exterioridade radical do aparelho em relação ao público, o agente-alvo, é fundamental, para entender-se o funcionamento de redes e os obstáculos ao desenvolvimento de redes sociais” (MENDES et al, 2005, p. 82).

4.4.8 Estudo consolidado dos fatores de análise da pesquisa

A partir da análise individual dos sete fatores que deram sustentação a pesquisa, busca-se nesta parte do capítulo, apresentar as potencialidades e os limites evidenciados nas entrevistas com os *stakeholders* que demonstram estar relacionados à sustentabilidade das organizações hospitalares filantrópicas, que buscam garantir o desenvolvimento e a efetividade dos serviços a partir da ação comunitária e de cooperação por meio de rede social, fortalecida pela missão organizacional das instituições cooperadas.

A matriz que apoiou o levantamento de dados permitiu a sistematização das informações, no intuito de obter a percepção da importância das ações conjuntas e a sua comprovação na performance dos hospitais e dos serviços prestados, permitindo a compreensão dos mecanismos de relacionamento que refletem na sustentação das instituições hospitalares, além de implicarem em processos de aprendizagem organizacional que decorrem das ações conjuntas da rede social, conforme pode ser visualizado no Quadro 11 a seguir:

Quadro 11 – Dados Consolidados dos Fatores de Análise da Pesquisa

Potencialidades	Limites
Modelo de Gestão	
Estatutário; voluntário; associativo; alto nível de profissionalização; direção técnica e clínica; processo decisório descentralizado e democrático.	SIG não contempla todos os processos; a diretoria não participa de forma efetiva dos encontros da Rede; heterogeneidade dos associados (porte e posição estratégica); ausência de planejamento estratégico.
Sustentabilidade das Instituições	
Convênio SUS; convênios com operadoras de planos de saúde; convênio município (subvenção social); associado contribuinte; campanhas de doação; o usuário avalia os serviços; a Rede propiciou melhor desempenho das instituições.	Cronograma de reembolso dos serviços prestados; defasagem da tabela SUS; descontinuidade das políticas públicas de saúde; disparidade entre demanda de serviços e aporte de recursos públicos.
Importância da Instituição na Comunidade	
O hospital surge a partir dos anseios da comunidade; a população assistida demonstra predisposição para ações voluntárias e comunitárias; controle social por meio do conselho municipal de saúde; associado contribuinte; doação espontânea.	Falta de reconhecimento do gestor público municipal de saúde da importância do prestador de serviços de saúde.
Vantagens e Benefícios da Ação em Rede	
Qualificação e profissionalização dos colaboradores; poder de barganha, negociação; compartilhamento de informações e experiências; <i>benchmarking</i> ; padronização de materiais e medicamentos.	Carência em elaborar projetos conjuntos; incapacidade financeira do Estado; ausência de planejamento; empobrecimento das instituições; remuneração dos serviços; descontinuidade da gestão pública.
Mecanismos de Relacionamento entre os Hospitais	
Reuniões, assembleias, encontros, seminários, cursos; intercâmbio de informações e experiências; gerenciamento de serviços hospitalares; compras conjuntas; inovação em áreas técnicas; comunicação interinstitucional.	O hospital de grande porte se sobressai no aporte de recursos alternativos; falta de consciência sobre a importância da cooperação e do associativismo.
Experiências de Desenvolvimento Individual e Organizacional	
Capacitação de gestores e colaboradores; compartilhamento e disseminação de informações; padronização de processos e métodos de gestão; aprendizagem a partir da interinstitucionalidade; inter-relação com Universidades e Escolas Técnicas; otimização de serviços e estruturas como referências regionais.	Deficiência em trabalhos/projetos na perspectiva de uniformizar uma metodologia que garanta processos equânimes para as instituições; carência de conscientização da necessidade de se pensar a longo prazo.
Ações de Cooperação	
Central de compras; acesso à informação, às novas tecnologias e a novos serviços; negociação com fornecedores e entidades representativas dos trabalhadores; busca constante por conhecimento e inovação; capacidade coletiva de agir e integrar o associado; implantação de projetos inovadores; qualificação e humanização dos serviços.	Pouca sintonia entre consultor, rede, universidade e governo no desencadeamento de ações conjuntas; divergência nas reivindicações; descontinuidade da gestão pública.

Fonte: Elaborado pelo autor com dados da pesquisa, 2006

Tomando como referência as potencialidades e os limites evidenciados neste estudo, observa-se que a cooperação interorganizacional poderá convergir a um contexto singular para a criação de conhecimentos estratégicos para a sustentabilidade das instituições hospitalares. No entendimento de Balestrin et al (2005) para que o processo de criação do conhecimento interorganizacional seja efetivo, é necessário um ambiente de sinergia e de estímulo em que as emoções, as experiências, os sentimentos e as imagens mentais sejam compartilhados além das fronteiras da organização.

Neste sentido percebe-se que a Rede Hospinoroeste, apesar da heterogeneidade dos associados, promoveu atividades que proporcionaram a interação eficaz entre pessoas, grupos e instituições, ampliando interorganizacionalmente o conhecimento criado por meio da qualificação e profissionalização dos colaboradores, pelo compartilhamento de informações e experiências de desenvolvimento individual e organizacional. Isto propiciou a consolidação da cooperação e da confiança mútua, servindo de suporte estratégico na busca da sustentabilidade dos hospitais.

Os dados consolidados revelam, também, que dentre as ações de cooperação da hospinoroeste emerge a capacidade coletiva de agir e integrar os associados, para convergir na direção da elaboração e efetivação de projetos conjuntos, e essa dinâmica, no entendimento de Balestrin et al (2005), promove a complementaridade de competências por meio da qual o conhecimento, as práticas, os valores, os processos, a cultura e as diferenças dos indivíduos, são compartilhados coletivamente em favor de um projeto comum.

Para Castells (2001), a história recente apresenta as redes como novas formas organizacionais de sobrevivência. Para esse autor, as redes são e serão os componentes fundamentais das organizações . A integração em redes tornou-se a chave da flexibilidade organizacional e do desempenho empresarial. No caso da Hospinoroeste evidenciou-se, no fator que trata da sustentabilidade das instituições, que a rede propiciou melhor desempenho

das instituições apesar das limitações marcadas pela descontinuidade das políticas públicas de saúde e da disparidade entre a demanda de serviços e do aporte de recursos de custeio.

De forma cooperada, as instituições hospitalares também conseguem mobilizar maior ajuda de governos e entidades de apoio e pesquisa. Isso remete a uma nova estrutura organizacional na qual emerge a necessidade de uma grande mobilidade social no território em que as instituições estão inseridas, gerando um *pacto social* (Putnam, 1996) que incentive a flexibilidade e a inovação. Os fatores socioculturais, denominados por Putnam como *capital social*, têm papel importante para explicar o sucesso desse modelo em algumas regiões. Essa mobilidade social está presente quando analisamos a importância das instituições na comunidade, pois se percebe que há reconhecimento da comunidade e pré-disposição para ações voluntárias. É preciso, no entanto, haver maior sensibilização dos gestores públicos municipais de saúde em relação à relevância dos hospitais em seu território.

Os mecanismos de relacionamento entre os hospitais revelam que a parceria das organizações hospitalares, por meio da formação da rede social de cooperação, expressa-se como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam (reuniões, assembléias, encontros, seminários, cursos, etc.) para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, otimizando a utilização dos recursos disponíveis, respeitando o saber e preservando a identidade de cada membro do grupo e a sua competência na gestão de recursos.

Dentre as vantagens e benefícios da ação em rede, percebe-se que o terceiro setor passa a integrar um movimento criando novas possibilidades de gestão e de parcerias que ocasiona a criação de respostas novas a problemas sociais e, ao mesmo tempo, passa a exigir mudanças significativas nas práticas das organizações públicas e privadas.

O desenvolvimento dessa investigação permitiu, sobretudo, observar que as intensas transformações no contexto socioeconômico que marcaram as últimas décadas revelaram

estratégias alternativas de sobrevivência para as instituições hospitalares, constituindo-se em novos modelos organizacionais, neste caso, o modelo de gestão estatutário/voluntário dos hospitais filantrópicos e da própria Rede Hospinoroeste.

Observa-se que o terceiro setor emergiu como uma alternativa diante do crescimento das desigualdades sociais presentes no contexto social excludente e da conseqüente pressão dos cidadãos na busca incansável pelas soluções, em diferentes realidades, para as mais diversas questões dos problemas sociais. Torna-se possível entender que o terceiro setor passou a ocupar determinados espaços que eram tidos como de exclusividade do Estado.

No entendimento de Tenório e Saraiva (2006) devemos reconhecer que, apesar das reformas e modernizações, das “reformas do Estado”, dos inúmeros seminários e treinamentos sobre a temática, as prestações do Estado não ocorrem na quantidade e qualidade que permitiriam atender às inúmeras carências suportadas por grande parte da população do país. Nesse sentido, Tenório e Saraiva (2006) defendem que o importante não é diferenciar gestão pública de gestão social, mas resgatar a função básica da administração pública, que é atender os interesses da sociedade como um todo. Gestão social seria uma adjetivação da gestão pública, não um substituto.

A gestão social, na concepção de Tenório e Saraiva (2006) não deve ser apenas a prática de uma gestão pública voltada para a solução de problemas sociais, como muitos idealizam, mas uma prática gerencial que incorpore a participação da sociedade no processo de planejamento e implementação de políticas públicas. Não basta agir para o social, mas agir com o social. Gestão pública é o fim e gestão social, o meio.

4.5 A Importância da Hospinoroeste no Contexto do Desenvolvimento Regional

Os resultados da pesquisa demonstraram que a interação social proporcionada pela configuração em rede das instituições hospitalares está relacionada com a boa-vontade,

mobilização, pensamento coletivo e da própria mudança de concepção de desenvolvimento, envolvendo a comunidade, seus atores, lideranças e as forças que compõem a sociedade local e regional. Nesta perspectiva, Becker (2000) defende que a avaliação dos níveis de desenvolvimento regional deve contemplar os aspectos: sociais, econômicos, de saúde e saneamento, além da qualidade de vida e do meio ambiente.

No caso da Rede Hospinoroeste, objeto desta pesquisa, os resultados apontam que as relações de cooperação dos hospitais sustentam-se por meio da orientação advinda dos anseios e das necessidades e interesses locais. Nesta perspectiva, Becker (2000) destaca que cada localidade, comunidade, municipalidade, sub-região, região, poderá e deverá optar por um processo de desenvolvimento que respeite seus valores específicos, que melhor lhe oportunize participar do processo mundial de desenvolvimento.

Na mesma visão, Barquero (2001) define que o crescimento acontece a partir das localidades, das regiões, ou seja “de dentro para fora”. Para Barquero (2001), os processos de inovação, o desenvolvimento organizacional, a formação de redes, o desenvolvimento urbano e a dinâmica institucional, são mecanismos que influenciam os processos de acumulação de capital. Quando existe uma interação entre esses fatores, produz-se um efeito sinérgico capaz de condicionar o crescimento e o progresso das cidades, regiões e países.

No caso do Estado do Rio Grande do Sul, as políticas públicas estimularam esses processos por meio da criação do Programa Redes de Cooperação, conduzidas pela Secretaria de Estado do Desenvolvimento e dos Assuntos Internacionais (Sedai/RS) em parceria com algumas universidades como a Unijuí, dentre outras, capacitando as regiões que responderam aos desafios especialmente para enfrentar as dificuldades impostas pela globalização.

Em decorrência da cooperação dos hospitais, denota-se que as experiências conjuntas levam a crer que a ação comunitária, por meio do voluntariado da direção destas organizações sem fins lucrativos e o seu corpo técnico, fortalecem o compromisso do desenvolvimento

social da comunidade em que estão inseridas e, fundamentalmente, da região que os serviços de saúde abrangem, proporcionando qualidade de vida para a população assistida.

Percebe-se que a formação da rede interorganizacional de instituições hospitalares propicia um impacto positivo na região na qual está localizada. No entendimento de Dotto e Wittmann (2004), o fortalecimento individual e setorial dinamiza a economia regional. Os resultados da pesquisa revelam que as ações conjuntas da hospinoeste contribuíram para que as instituições associadas aprofundassem os laços de cooperação entre os hospitais e demais atores sociais envolvidos nos serviços de saúde.

Além disso, denota-se que as ações cooperadas contribuíram para a manutenção e sustentabilidade dos hospitais que se constituem num significativo segmento gerador de emprego e renda, uma vez que os hospitais pesquisados representam 1.265 postos de trabalho, considerando o somatório de colaboradores e médicos apresentados no Quadro 08.

Torna-se necessário, no entanto, observar que dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos revelam que nos últimos 4 anos, no Estado do Rio Grande do Sul, houve o fechamento de 2 mil leitos e a demissão com extinção de vagas de mais de 10.000 profissionais, culminando com o encerramento de atividades de 13 hospitais. Deste modo, pode-se observar que os hospitais, objeto deste estudo, apesar das dificuldades do atual contexto, conseguiram manter seus serviços por meio da cooperação, permitindo que mais de 120.000 usuários pudessem ser assistidos.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

5.1 Conclusão

Os dados da pesquisa apontam para a direção de que as organizações, nessa nova conjuntura, necessitam acompanhar as mudanças para permanecerem nos mercados, pois a concorrência global tem exigido graus mais elevados de qualidade, competitividade e inovação. Adaptar-se a esse ambiente e se tornar competitivo é condição de sobrevivência.

A cooperação das instituições hospitalares constitui-se em estratégia capaz de promover a sustentabilidade dos hospitais, a melhoria e a garantia de acesso aos serviços hospitalares para a população assistida, bem como corrobora para o desenvolvimento de um determinado local ou região, criando um ambiente propício para a permanência e o desenvolvimento dos hospitais filantrópicos, melhorando a infra-estrutura e os processos de gerenciamento.

É possível constatar que as redes sociais de cooperação constituem-se num importante meio para tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, uma vez que proporcionam a integração de pessoas, organizações públicas e agentes econômicos que se voltam para a realidade social como foco de preocupação.

A parceria das instituições hospitalares de caráter filantrópico, por meio da formação de rede social de cooperação, expressa-se como um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, otimizando a utilização dos recursos disponíveis, respeitando o saber e preservando a

identidade de cada membro do grupo e a sua competência na gestão de recursos. Esta integração por sua vez, corrobora para aumentar a eficiência e a eficácia das políticas sociais.

De modo geral, nas práticas gerenciais das organizações e de modo particular, nas prestadoras de serviços sem fins lucrativos, a gestão se caracteriza pela busca constante da qualidade dos serviços e pela satisfação dos usuários, porém não omite as dificuldades financeiras enquanto instituições filantrópicas que, por vezes, vêm ameaçada a continuidade das atividades, exigindo capacidades criativas e empreendedoras dos gestores destas organizações.

Para os hospitais que atuam na baixa e na média complexidade dos serviços de saúde e que se encontram predominantemente no interior, e que, em boa parte, são únicos em seus municípios, o maior desafio é o da sua migração para projetos mais ajustados, tanto gerencial quanto assistencialmente. No caso dos hospitais pesquisados, verifica-se a excessiva dependência na participação do SUS na composição das receitas, o que gera uma condição econômica bastante delicada. Identifica-se assim, a necessidade de adaptação à complexidade do setor de saúde, buscando alternativas que propiciem a arrecadação de recursos não operacionais, possibilitando a sua manutenção e garantindo a continuidade dos serviços.

Constata-se que as instituições hospitalares associadas por meio da Rede Hospinoroeste, estrategicamente mantêm uma relação de afinidade com a gestão da saúde dos municípios de abrangência dos seus serviços, parceria esta de suma importância no atual contexto do setor de saúde, para tornar mais eficaz sua prática além de garantir uma vida com qualidade para a população assistida. Os hospitais demonstram, também, o reconhecimento da importância de estarem participando do controle social por meio dos conselhos municipais de saúde, enquanto prestadores de serviços.

O reconhecimento das oportunidades no ambiente organizacional no qual as instituições hospitalares estão operando, certamente oferece vantagens competitivas que permitem a instituição de ações conjuntas e estratégias inovadoras por meio da rede de cooperação, que possam assegurar a sobrevivência, o crescimento e a continuidade dos serviços de saúde com eficiência e efetividade.

A pesquisa revela, ainda, que os hospitais filantrópicos padecem de políticas públicas que podem e devem, corajosamente, induzir à transformação de suas estruturas, mediante estratégias que os diferenciem com a estruturação de novos serviços de modo a viabilizar o segmento hospitalar para referências microrregionais ou regionais, com base em incentivos adicionais, vindo ao encontro da efetiva racionalidade da rede de atenção.

Além disso evidencia-se que a formação de parcerias com Instituições de Ensino Superior e com Escolas de Profissionalização Técnica, pode ser considerada de extrema relevância para que as instituições hospitalares se adaptem às constantes mudanças do ambiente externo, ao mesmo tempo em que se entende que esta prática da interinstitucionalidade, adicionada da disseminação do conhecimento, apresenta-se como uma estratégia de gestão das organizações e das pessoas, possibilitando não só a simples incorporação de informações, mas a construção da capacidade de criar e de romper as maneiras rotineiras e habituais de pensar e agir.

Em relação ao modelo de gestão estatutário, voluntário e associativo das instituições, caracterizado pela ação comunitária, entende-se que, dentre as contribuições, pode-se destacar a profissionalização da gestão dos hospitais de caráter filantrópico que proporcionou avanços no sentido de profissionalizar os colaboradores destas instituições, que, por sua vez, puderam apropriar-se de ferramentas de gestão mais sofisticadas, o que fortaleceu a interação do trabalho voluntário e dos profissionais remunerados, envolvidos na constante busca de rever

processos, definir estratégias e alcançar resultados sem comprometer a interinstitucionalidade dos hospitais e, sobretudo, sem desvirtuar o foco no usuário, ou seja, na comunidade assistida pelos serviços.

Quanto à importância da ação de cooperação na efetividade dos serviços, vale ressaltar que na Rede Hospinoroeste destacam-se as compras conjuntas, o acesso à informação, às novas tecnologias e serviços, o que proporcionou, pela sua relevância, não só a manutenção e melhoria, mas fundamentalmente a consolidação de novos serviços, por meio do esforço e da capacidade coletiva da rede na ação e na integração do associado, garantindo que os objetivos básicos das instituições hospitalares sejam alcançados por meio da execução adequada das ações, permitindo que o associado desenvolva competências essenciais em relação a seus serviços.

Tomando como referência os mecanismos de relacionamento entre os hospitais caracterizados pelo estabelecimento de um fluxo de informações que contempla o intercâmbio no gerenciamento organizacional permeando a comunicabilidade interinstitucional que permite identificar e priorizar as ações a serem desencadeadas de forma cooperada, denota-se que isto contribui para que as instituições hospitalares possam atuar de forma integral e integrada com excelência na prestação de serviços e contínuo desenvolvimento, atendendo aos objetivos e a missão da rede e, sobretudo, viabilizando a instituição de estratégias conjuntas, contemplando a qualificação profissional e as técnicas de gerenciamento de serviços, repercutindo no avanço assistencial para os usuários.

Dentre os destaques das experiências de desenvolvimento individual e organizacional pode-se citar a capacitação dos gestores e colaboradores dos hospitais, a busca contínua da melhoria de processos e métodos e a otimização e profissionalização da gestão cooperada, que proporcionaram aos associados compartilhar e disseminar informações por meio da inter-

relação de áreas técnicas e o intercâmbio de conhecimento, oportunizando a maximização do desempenho dos associados na perspectiva de um processo de educação continuada.

Para finalizar, deve-se destacar que as relações de cooperação da Rede Hospinoroeste valorizam a gestão interinstitucional, fortalecendo e desencadeando ações conjuntas articuladas a partir de ações comunitárias na perspectiva de equacionar problemas sociais de forma integrada, promovendo o desenvolvimento e a efetividade dos serviços hospitalares e, conseqüentemente, garantindo a sustentabilidade das organizações hospitalares de caráter filantrópico.

5.2 Recomendações

Mesmo que os resultados desta pesquisa apresentem algumas limitações, sobretudo por se restringirem ao contexto de uma Rede Social e de apenas sete instituições associadas, as evidências empíricas indicam que as ações de cooperação desencadeadas pela Hospinoroeste fortalecem a performance das instituições integrantes da rede e a efetividade dos serviços prestados.

Deste modo, sugere-se que este estudo possa, no âmbito organizacional ser utilizado pela Rede Hospinoroeste e pelos hospitais pesquisados como uma experiência capaz de ser aproveitada e praticada, ou até mesmo aperfeiçoada como uma possibilidade de ampliar e integrar as diversas instituições que atuam na rede social.

No campo acadêmico, a presente pesquisa poderá servir como referencial para outros estudos que poderão ser realizados nesta área ou em temáticas voltadas para a gestão pública dos serviços de saúde, para a gestão de organizações a partir de formação de redes de cooperação ou, até mesmo, para estudos de outras organizações hospitalares.

Recomenda-se ainda outros estudos que possam dimensionar, por meio de indicadores, a melhoria da performance destas instituições, com a estratégia de atuação em rede de cooperação, considerando os dados que antecedem o ingresso na rede e os resultados posteriores à cooperação, apontando o quanto efetivamente melhorou o desempenho, apresentando dados quantitativos e qualitativos.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. UFSC, 1998. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. (Dissertação Mestrado em Engenharia de Produção - PPGE).

ALBRECH, K. **Revolução dos serviços**: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os clientes. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMATO NETO, J. **Redes de cooperação produtiva e clusters regionais**: oportunidades para as pequenas e médias empresas. São Paulo: Atlas, 2000.

ANGELONI, M. T. (Coord.). **Organizações do conhecimento**: infra-estrutura, pessoas e tecnologias. São Paulo: Saraiva, 2002.

ARAÚJO, U. P. **Gestão do conhecimento como ferramenta de aprendizagem organizacional**. Dissertação apresentada à Universidade Federal da Bahia, 2002. Disponível em: <http://www.adm.ufba.br/ipublica_disser_mest_prof.html>. Acesso em: 6 de julho de 2005.

ARGYRIS, C. Ensinando pessoas inteligentes a aprender. In: **Gestão do conhecimento**: On Knowledge Management/Harward Business Review. Rio de Janeiro: Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. 7. ed.: Campus, 2000.

BALESTRIN, A.; VARGAS, L. M.; FAYARD, P. Criação de conhecimento nas redes de cooperação interorganizacional: **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 45, n. 3, jul/set 2005, p. 52-64.

BALESTRO, M. V.; ANTUNES JÚNIOR, J. A. V.; LOPES, M. C.; PELLEGRIN, I. A experiência da Rede Petros-RS: uma estratégia para o desenvolvimento das capacidades dinâmicas. **RAC - Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial, 2004.

BARQUERO, A. V. **Desenvolvimento endógeno em tempos de globalização**. Porto Alegre: FEE, 2001.

BECKER, D. **Desenvolvimento regional**: determinantes e desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2000.

BECKER, G. V. Cronograma e orçamento In: ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

BERTUCCI, J. L. de O.; MEISTER, R. Efetividade organizacional e estratégias de gestão em burocracias profissionais na perspectiva dos gestores: avaliação da performance da Rede Hospitalar Privada de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ANPAD, 27., 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia, SP: 2003.

BEULKE, R.; BERTÓ, D. J. **Gestão de custos e resultado na saúde:** hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. São Paulo: Saraiva, 1997.

BOEGER, M. A. **Gestão em hotelaria hospitalar.** São Paulo: Atlas, 2003.

BORBA, V. R. **Administração hospitalar:** princípios básicos. 2. ed. São Paulo: CEDAS, 1988.

BRASIL, E. R.; PIMENTA, S. M. Gestores e competências organizacionais no terceiro setor em Itabira – MG. In: ENCONTRO DA ANPAD, 29., 2005, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas padrões de construção de instalações de serviços da saúde:** conceitos e definições – hospital geral de pequeno e médio porte, unidades sanitárias. Brasília, 1978.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde,** de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1990.

BRASIL. **Terminologia básica em saúde.** 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRUNO, L. **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo:** leituras selecionadas. São Paulo: Atlas, 1996.

BURRELL, G.; MORGAN, G. *Sociological paradigms and organizational analysis.* London: Heinemann Educational Books, 1979.

CAETANO, G. Terceiro Setor – as tendências em ambiente globalizado: responsabilidade social e parcerias sociais. In: CAVALCANTY, M. (Org.). **Gestão social, estratégias e parcerias:** redescobrimo a essência da administração brasileira de comunidades para o terceiro setor. São Paulo: Saraiva, 2006.

CARVALHO, J. L. F.; VERGARA, S. C. A fenomenologia e a pesquisa dos espaços de serviços. **Revista de Administração de Empresas – RAE.** São Paulo: FGV, v.42, n. 3, jul./set. 2002.

CASAROTTO FILHO, N.; PIRES, L. H. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local:** estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana. São Paulo: Atlas, 2001.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede:** a era da informação. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar fundamentos**. São Paulo: Cedas, 1997.

DE GEUS, A. A empresa viva. In: **Estratégias para o crescimento: Strategies for growth/** Harward Business Review. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

DE GEUS, A. **A empresa viva: como as organizações aprendem a prosperar e se perpetuar**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DIBELLA, A.; NEVIS, E. C. **Como as organizações aprendem: uma estratégia integrada voltada para a construção da capacidade de aprendizagem**. São Paulo: Educator, 1999.

DOTTO, D. M. R.; WITTMANN, M. L. Redes de pequenas e médias empresas: uma análise regional. In: **Redes de cooperação: uma nova organização de pequenas e médias empresas no Rio Grande do Sul**. Jorge Renato S. Verschoore (Org.). Porto Alegre: FEE, 2004.

DRUCKER, P. F. **Administrando para obter resultados**. São Paulo: Pioneira, 2002.

DRUCKER, P. F. **Fator humano e desempenho**. São Paulo: Pioneira, 1981.

DRUCKER, P. F. **O melhor de Peter Drucker: a administração**. São Paulo: Nobel, 2001.

EASTERBY-SMITH, M. et al. **Aprendizagem organizacional e organização de aprendizagem: desenvolvimento na teoria e na prática**. São Paulo: Atlas, 2001.

EIRIZ, V. Proposta de tipologia sobre alianças estratégicas. **Revista de Administração Contemporânea – RAC**, Rio de Janeiro, RJ: Ed. ANPAD, v. 5, n. 2, p. 65-90, maio/ago. 2001.

ETZIONI, A. **Organizações modernas**. São Paulo: Pioneira, 1989.

FIGUEIREDO, P. N. Trajetórias de acumulação de competências tecnológicas e os processos subjacentes de aprendizagem: revisando estudos empíricos. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, v. 34, n. 1, p. 7-33, jan./fev. 2000.

FISCHER, T. (Org.). **Gestão do desenvolvimento e poderes locais: marcos teóricos e avaliação**. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2002.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências do Japão, Coréia e Brasil**. São Paulo: Atlas, 1995b.

FLEURY, A.; FLEURY, M. T. L. Os desafios da aprendizagem e inovação organizacional. **RAE Ligth – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, v. 2, n. 5, p. 14-20, 1995a.

FLEURY, M. T. L. Aprendendo a mudar, aprendendo a aprender. **RAUSP – Revista de Administração**, São Paulo, v.30, n. 3, p 5-11, jul./set. 1995.

FLEURY, M. T. L. Aprendizagem e gestão do conhecimento. In DUTRA, J. S. (Org.). **Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas**. São Paulo: Editora Gente, 2001.

FLEURY, M. T. L. Inovação e gestão – o perfil do gestor de uma “Learning Organization”. In: ENCONTRO DA ANPAD, 18., 1994, Curitiba. **Anais...** Curitiba, PR: 1994.

FLEURY, M. T. L. O Ambiente para aprendizagem organizacional. In: CASALI, A. **Educação e empregabilidade: novos caminhos da aprendizagem.** São Paulo: EDUC, 1997.

FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JR. M. de M. **Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências.** São Paulo: Atlas, 2001.

FONTES, S. S. Aprendizagem, redes de firmas e redes de aprendizado: identificando fatores e mecanismos para o desenvolvimento da capacidade competitiva. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação.** Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2005.

GARVIN, D. A. Construindo a organização que aprende. In: **Gestão do conhecimento: on Knowledge Management/Harvard Business Review.** 7. ed., Rio de Janeiro: Campus, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas – RAE,** São Paulo, SP: FGV, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GONÇALVES, E. L., ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas – RAE,** São Paulo, SP: FGV, v. 39, n. 1, p. 84-97, jan./mar. 1999.

HITT M. A.; IRELAND R. D.; HOSKISSON R. E. **Administração estratégica.** São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

KIM, D. H., O elo entre aprendizagem individual e a aprendizagem organizacional. In: KLEIN, D. A. (Org.). **A gestão estratégica do capital intelectual: recursos para a economia baseada em conhecimento.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

KOTLER, P. **Marketing para organizações que não visam o lucro.** São Paulo: Atlas, 1994.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing.** 7. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1998.

LIRA, A. C. de Q. et al. Inovações tecnológicas nas PMEs: uma revisão literária. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - ENEGEP, 28., 1998, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 1998.

MEIRELLES, A. M.; GONÇALVES, C. A. Uma abordagem multiparadigmática para a disciplina estratégia. In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIAS – 3ES, 2., 2005, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: 2005.

MELO RICO, E. de. A filantropia empresarial e sua inserção no terceiro setor. In: CAVALCANTY, M. (Org.). **Gestão social, estratégias e parcerias: redescobrimo a essência da administração brasileira de comunidades para o terceiro setor.** São Paulo: Saraiva, 2006.

MENDES, V. L. P. S.; CUNHA, F. J. A. P.; TEIXEIRA F. Redes sociais de colaboração: a experiência de uma rede de hospitais. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação interempresariais**: em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2005.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, H. *An emerging strategy of "direct research"*. In: VAN MAANEN, J. (Ed.) *Qualitative Methodology*. London: Sage, 1983.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookmann, 2000.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. **O processo da estratégia**. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

MIZUKAMI, M. da G. N. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.

MOHRMAN, S. A.; MOHRMAN JR., A. M. Mudanças organizacionais e aprendizado. In: GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no futuro**. São Paulo: Makron, 1995.

MONTANA, P. J. **Administração**. São Paulo: Saraiva, 1998.

MORAES, A. M. P. **Iniciação ao estudo da administração**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MORGAN, G. **Imagens da organização**: edição executiva. São Paulo: Atlas, 2002.

MOTTA, F. C. P. **Teoria das organizações**: evolução crítica. São Paulo: Thomson Learning, 2001.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G. de. **Teoria geral da Administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record, 1991.

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

NONAKA, I. A empresa criadora do conhecimento. In: **Gestão do conhecimento**. In: Knowledge Management/Harward Business Review. Tradução de Afonso Celso da Cunha Serra. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

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

OLAVE, M. E. L.; AMATO NETO, J. A formação de redes de cooperação e *clusters* em países emergentes: uma alternativa para PMES no Brasil. In: AMATO NETO, João (Org.). **Redes entre organizações**: domínio do conhecimento e da eficácia operacional. São Paulo: Atlas, 2005.

OLIVEIRA JR, M. de M. Competências essenciais e conhecimento na empresa. In: FLEURY, M. T. L.; OLIVEIRA JR. M. de M. (Orgs.). **Gestão estratégica do conhecimento**: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas, 2001.

PETTIGREW, A.; FERLIE, E.; McKEE, L. *Shaping Strategic Change*. London: Sage Publications, 1992. Capítulo 2: Understanding the Process of Organizational Change, p. 5-30.

PORTER, M. **Estratégia competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PUTNAM, R. D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

RODRIGUES, S. B. **Competitividade, alianças estratégicas e gerência internacional**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SALAMA, A. O uso da biografia de uma organização como método de pesquisa para a investigação do desenvolvimento organizacional. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, 28 (1): 34-42, jan./mar. 1994.

SANTOS, B. de S. **A globalização e as ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, N. A. A. P. dos. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Faculdade de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 1998. (Dissertação de Mestrado em Administração – PPGA).

SCHOMMER, P. C. Investimento social das empresas: cooperação organizacional num espaço compartilhado. In: FISCHER, T. (Org.). **Gestão do desenvolvimento e poderes locais**: marcos teóricos e avaliação. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2002.

SENGE P. M. **A quinta disciplina** – arte e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Best Seller, 1999.

SERVA, M. O fenômeno das organizações substantivas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: FGV, v. 33, n. 2, p. 36-43, mar./abr. 1993.

SOUZA, S. de S. Organizações de aprendizagem e aprendizagem organizacional: fantasia ou possibilidade para a mudança organizacional. In: ENCONTRO DA ANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador, BA, 2002.

STARKEY, K. (Edit.). **Como as organizações aprendem:** relatos do sucesso das grandes empresas. São Paulo: Futura, 1997.

STONER, J. A.; FREEMAN, R. E. **Administração.** Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil Ltda., 1985.

TACLA, C. L.; FIGUEIREDO, P. N. Acumulação de competências tecnológicas e os processos subjacentes de aprendizagem na indústria de bens de capital: o caso da Kvaerner Pulping do Brasil. In: ENCONTRO DA ANPAD, 26, 2002, Salvador. **Anais.** Salvador, BA, 2002.

TARABOULSI, F. A. **Administração de hotelaria hospitalar:** serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo. São Paulo: Atlas, 2003.

TEIXEIRA, F.; GUERRA, O.; GHIRARDI, A. Barreiras para a implantação de uma rede de aprendizado em um sistema complexo de produção: o caso da Mazpetro. In: TEIXEIRA, F. (Org.). **Gestão de redes de cooperação interempresariais:** em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2005.

TENÓRIO, F. G. **Flexibilização organizacional:** mito ou realidade? 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

TENÓRIO, F. G. Gestão social: uma perspectiva conceitual. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, FGV, 32(5):7-23, set./out. 1998.

TENÓRIO, F. G.; SARAIVA, E. J. Escorços sobre gestão pública e gestão social. In: MARTINS, Paulo Emílio Matos; PIERANTI, Octávio Penna (Orgs.). **Estado e gestão pública:** visões do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, M. C. R. L. de.; FERREIRA, M. A. T. O processo de aprendizagem e a gestão do conhecimento em empresas mineiras de vanguarda. In: ENCONTRO DA ANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador, BA: 2002.

VERGARA, S. C. **Gestão de pessoas.** São Paulo: Atlas, 2000a.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração.** São Paulo: Atlas, 2000b.

VERSCHOORE, J. R. S. **Redes de cooperação:** uma nova organização de pequenas e médias empresas no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: FEE, 2004.

VERSCHOORE, J. R. S.; BALESTRIN, A. Fatores competitivos das empresas em redes de cooperação. In: ENCONTRO DA ANPAD, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador, BA, 2006.

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

ANEXOS

ANEXO I

Matriz de apoio – coleta de dados do histórico das instituições

HISTÓRICO DAS INSTITUIÇÕES	
Data da Fundação	
Datas de ampliações de estrutura física	
Data da confirmação de Utilidade Pública Municipal	
Data da confirmação de Utilidade Pública Federal	
Data da certificação da filantropia	
Data da associação na Rede Hospinoroeste	
Outras datas marcantes	
Número de Leitos ou Cadastro no CNES	
Número de colaboradores	
Número de médicos	
Dados Quantitativos de 2005 Receita Operacional Bruta (2005) – SUS – UNIMED – IPE – PARTIC – OUTROS Receitas Não-Operacionais – Doações – Integrasus – Parceria Resolve – Convênios SMS Prestação de Serviços % (2005) - SUS – UNIMED – IPE – PARTIC – OUTROS Total de atendimentos no ano de 2005 Internações p/ especialidade (2005) Passivo (trabalhista, obrigações sociais e tributárias)	

ANEXO II

A INSTUIÇÃO HOSPITALAR FILANTRÓPICA

O NASCIMENTO DE UMA ENTIDADE FILANTRÓPICA

O nascimento da entidade filantrópica para o mundo jurídico, isto é, a aquisição da personalidade jurídica, dá-se pelo registro de seu Estatuto Social no Cartório Especial de Títulos e Documentos da comarca de sua respectiva sede social.

O referido Estatuto Social (para as entidades lucrativas é Contrato de Constituição de Sociedade Civil Lucrativa) deve compor-se, ao menos, dos seguintes capítulos, segundo orientação do Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS, ora substituído pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS:

1. Da Denominação, Sede e Fins;
2. Dos Sócios;
3. Da Administração;
4. Do Patrimônio e
5. Das Disposições Gerais

Esse documento constitutivo deve, ainda, de forma expressa, especificar a vedação de recebimento, pelos sócios, de qualquer lucro, gratificação, bonificação ou vantagem, bem como declarar que a entidade não visa a distribuição de lucros. Na eventualidade de cessação de suas atividades (a elas não se aplica a lei de falência) e de dissolução da instituição, o Estatuto Social deve trazer, expressamente, que os bens remanescentes serão destinados a outra instituição congênere, com personalidade jurídica, e que esteja devidamente registrada no CNAS. Essas redações são cláusulas obrigatórias pela legislação vigente.

A diretoria dessas entidades, denominadas de Diretoria da Entidade Mantenedora em contraposição à Diretoria Executiva da organização, são compostas de pessoas beneméritas e que não percebem nenhum tipo de remuneração por esse trabalho. Possuem, via de regra,

expressiva boa vontade em trabalhar em prol de uma causa e, quase sempre, pouco ou nenhum conhecimento do negócio em si, bem como da correta e adequada gestão profissional do mesmo.

Nos Hospitais Filantrópicos essa diretoria é renovada periodicamente, normalmente de 2 a 3 anos, conforme especificado em seu Estatuto Social, e a ela é subordinada, diretamente, a Diretoria Executiva do Hospital, na qual, regra geral, situa-se o Administrador Hospitalar, sujeito dessa pesquisa.

CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ENTIDADE FILANTRÓPICA

No ordenamento jurídico pátrio, os direitos à saúde, à previdência e à assistência social são assegurados por um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade e, no seu conjunto, constituem a seguridade social. É o que expressa o artigo 194 de nossa Carta Magna.

As entidades filantrópicas que atuam na área da saúde prestando atendimento gratuito à população carente, ou atendendo, complementarmente, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS (artigo 199, § único, CF), são consideradas como entidades filantrópicas que prestam assistência social à comunidade.

Para que uma entidade hospitalar seja considerada uma entidade beneficente de assistência social, sem fins lucrativos, filantrópica, consoante o direito positivo brasileiro, é necessário que a mesma cumpra os seguintes requisitos, cumulativamente, conforme disposto no artigo 55 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 (Lei Orgânica da Previdência Social):

1. seja reconhecida como de utilidade pública federal e estadual ou do Distrito Federal ou municipal;
2. seja portadora do Certificado ou do Registro de Entidade de Fins Filantrópicos, fornecido pelo Conselho Nacional de Serviço Social⁵, renovado a cada três anos;
3. promova a assistência social beneficente, inclusive educacional ou de saúde, a menores, idosos, excepcionais ou pessoas carentes;
4. não percebam seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores, remuneração e não usufruam vantagens ou benefícios a qualquer título;

⁵ A Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742/93, transferiu ao Conselho Nacional de Assistência Social competências para fornecimento e renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, bem como atribuições de fiscalização dessas entidades.

5. aplique integralmente o eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais, apresentando anualmente ao Conselho Nacional da Seguridade Social relatório consubstanciado de suas atividades.

O Decreto Federal nº 752 de 16 de fevereiro de 1993 (DOU 17.02.93) considera entidade beneficente de assistência social, para os fins que especifica, a instituição beneficente de assistência social, educacional ou de saúde, sem fins lucrativos, que atue, precipuamente, no sentido de:

1. proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
2. amparar crianças e adolescentes carentes;
3. promover ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência;
4. promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde.

Ser uma entidade de fins filantrópicos, de assistência social, sem fins lucrativos, possibilita às entidades assim reconhecidas pelo Poder Público uma série de benefícios, incentivos fiscais e subvenções estatais. As instituições hospitalares filantrópicas são imunes a todo e qualquer tributo que incida sobre o patrimônio, a renda e os serviços, conforme estabelecido no artigo 150, inciso VI, alínea "c" de nossa Constituição Federal. São também imunes à contribuição social disposta no artigo 195, § 7º deste mesmo diploma legal.

Esses benefícios são concedidos pela lei maior suprema e têm em vista, precipuamente, o caráter benemérito dos serviços sociais prestados às comunidades por estas entidades. A finalidade pública, o bem comum, o objetivo social são, em última análise, o sustentáculo da Administração Pública, sendo também objetivos primordiais das entidades hospitalares filantrópicas, daí a razão da lei conceder vantagens fiscais a estas entidades.

Atualmente, o Decreto Federal nº 2536, de 6 de abril de 1998, que regulamenta a concessão do certificado de fins filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), dispõe que somente terá renovado ou terá concedido o certificado de filantropia a entidade da área da saúde que atender 60% (sessenta por cento) ou mais de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), do total de sua capacidade instalada. Esta matéria, contudo, está em constante mutação e o governo federal tem o claro propósito de restringir esses benefícios oriundos da Filantropia.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)