

## **RESUMO**

O projeto consiste em identificar e caracterizar os processos de mudança estratégica em instituições hospitalares complexas e de grande porte do município de São Paulo, a fim de analisar os fatores internos limitadores e impulsionadores do processo, bem como discutir a ação e o papel efetivo do gestor hospitalar nesse contexto.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Mudança estratégica; Administrador hospitalar; Instituições hospitalares; Comportamento humano; Desenvolvimento organizacional; Recursos humanos; Administração pública; Programas de qualidade; Sistema de informatização hospitalar.

## **ABSTRACT**

The project consists in identifying and characterizing the strategic change process in complex health care organizations in the city of São Paulo and aims to make an internal analysis of the limiting and facilitating factors involved in the process, as well as a discussion about the action and the real role of administrators and managers concerning this context.

## **KEY WORDS**

Strategic change; Hospital manager; Health care institutions; Human behavior; Organizational development; Human resources; Public administration; Quality programs; Health information systems.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Núcleo de Pesquisas e Publicações da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas pelo apoio técnico e suporte financeiro, sem os quais esta pesquisa não se concretizaria.

Agradecemos às diretorias dos dois hospitais que permitiram a realização desta pesquisa.

Agradecemos aos 40 gestores hospitalares que se disponibilizaram, cada um, durante aproximadamente uma hora e meia, a concederem entrevistas com entusiasmo, abertura, clareza e fiéis aos papéis que desempenham no hospital.

Agradecemos ao PROAHS - Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas - pelo incentivo e apoio técnico.

Agradecemos a contribuição dada pelos auxiliares de pesquisa Fábio Patrus M. Pena e Jaime Lusquinhos Lessa durante todo o desenvolvimento desta pesquisa.

Por fim, gostaríamos de expressar a nossa satisfação em ter desenvolvido esta pesquisa em dois hospitais, patrimônios da cidade de São Paulo, dos quais nos orgulhamos enquanto cidadãos e profissionais do setor de saúde.

## SUMÁRIO

Agradecimentos .....	2
I. Introdução .....	9
II. Justificativa.....	11
III. Objetivos .....	12
IV. Referencial teórico .....	14
1. Processo de mudança estratégica .....	15
1.1. Conceitos de mudança .....	15
1.1.a. Desenvolvimento organizacional .....	16
1.1.b. Enfoque sistêmico da mudança .....	17
1.1.c. Mudança enquanto processo de aprendizagem .....	19
1.1.d. Outras abordagens sobre mudança organizacional .....	19
1.2. O planejamento da mudança .....	21
2. Especificidades do contexto hospitalar e impactos no processo de mudança ...	23
3. Processo de informatização hospitalar .....	25
4. Programas de qualidade em hospitais.....	31

---

4.1. Impulsionadores e limitadores dos programas de qualidade em saúde....	36
5. Papel do gestor .....	46
V. Metodologia.....	52
VI. Resultados .....	54
1. Hospital privado .....	54
1.1. Mudanças organizacionais estratégicas.....	54
1.2. Pressões para a mudança.....	57
1.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança .....	59
1.3.a. Comunicação e interação .....	59
1.3.b. Conflitos.....	60
1.3.c. Impacto das relações de poder .....	62
1.3.d. Impacto da cultura e das políticas internas.....	63
1.3.e. Fatores externos impulsionadores da mudança .....	65
1.3.f. Fatores externos limitadores da mudança.....	66
1.4. Processo de informatização.....	66
1.4.a. Conceitos .....	66

---

1.4.b. Avaliação da situação atual.....	68
1.4.c. Fatores limitadores do processo de informatização .....	69
1.4.d. Fatores impulsionadores do processo de informatização .....	70
1.5. Programa de qualidade.....	72
1.5.a. Conceito.....	72
1.5.b. Avaliação da situação atual.....	73
1.5.c. Fatores limitadores dos programas de qualidade .....	73
1.5.d. Fatores impulsionadores dos programas de qualidade .....	74
1.6. Papel do gestor .....	75
1.6.a. Processo de participação e negociação .....	75
1.6.b. Função gerencial de planejamento .....	76
1.6.c. Função gerencial de coordenação.....	76
1.6.d. Função gerencial de controle .....	77
1.6.e. Função gerencial de sensibilização.....	78
1.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC) .....	79
1.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias .....	80

---

1.9. Preparo do gestor para a mudança.....	81
2. Hospital público .....	82
2.1. Mudanças organizacionais estratégicas .....	83
2.2. Pressões para a mudança.....	84
2.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança .....	86
2.3.a. Comunicação e interação .....	86
2.3.b. Conflitos.....	87
2.3.c. Impacto das relações de poder.....	89
2.3.d. Impacto da cultura e das políticas internas.....	90
2.3.e. Fatores externos impulsionadores da mudança.....	92
2.3.f. Fatores externos limitadores da mudança .....	93
2.4. Processo de informatização.....	94
2.4.a. Conceitos .....	94
2.4.b. Avaliação da situação atual.....	95
2.4.c. Fatores limitadores do processo de informatização .....	96
2.4.d. Fatores impulsionadores do processo de informatização .....	97

---

2.5. Programa de qualidade.....	97
2.5.a. Conceito.....	98
2.5.b. Avaliação da situação atual.....	99
2.5.c. Fatores limitadores dos programas de qualidade .....	99
2.5.d. Fatores impulsionadores dos programas de qualidade .....	101
2.6. Papel do gestor .....	101
2.6.a. Processo de participação e negociação .....	101
2.6.b. Função gerencial de planejamento .....	102
2.6.c. Função gerencial de coordenação.....	103
2.6.d. Função gerencial de controle .....	103
2.6.e. Função gerencial de sensibilização.....	104
2.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC) .....	105
2.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias .....	106
2.9. Preparo do gestor para a mudança.....	109
VII. Considerações sobre as hipóteses .....	110
VIII. Conclusão .....	113

---

1. Comparação entre os dois hospitais .....	113
1.1. Mudanças organizacionais estratégicas .....	113
1.2. Pressões para a mudança.....	114
1.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança .....	114
1.4. Processo de informatização.....	117
1.5. Programas de qualidade .....	118
1.6. O papel do gestor.....	119
1.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC) .....	119
1.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias .....	120
1.9. Preparo do gestor para a mudança.....	121
IX. Bibliografia .....	122
X. Anexos.....	130
1. Anexo I - Instrumento de pesquisa.....	130
2. Anexo II - Amostra de entrevistados.....	135
2.1. Hospital privado .....	135
2.2. Hospital público .....	136



# MUDANÇA EM INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: ANÁLISE DO PROCESSO E ESTUDO DA AÇÃO DO ADMINISTRADOR HOSPITALAR

*Djair Picchiai\**

## I. INTRODUÇÃO

A análise do processo de mudança na área hospitalar combina três ingredientes de alta complexidade:

- a mudança organizacional: compreendida como um conjunto de alterações de processos, estruturas, comportamentos, tecnologias, cultura e desempenho<sup>1</sup>;
- o hospital: tido como uma das mais complexas organizações, pois agrega um conjunto de serviços de clínicas, hotel, restaurante, farmácia, lavanderia, laboratório e outros. A organização hospitalar envolve ainda um grande número de especialidades e especialistas, possui tecnologias que variam desde as mais simples (estufas) até as mais sofisticadas (tomógrafo e ressonância magnética) e tem uma clientela ampla, que demanda serviços de diferentes complexidades e especialidades;

---

\* Agradecimentos aos alunos que participaram da pesquisa que originou o presente relatório como auxiliares de pesquisa, Fábio Patrus Mundim Pena e Jaime Lusquinhos Lessa.

<sup>1</sup> CHIEREGATTO, Edmur Arnaldo e VASCONCELOS, Eduardo Alcântara de. Reforma administrativa, relações interorganizacionais e ação administrativa. Cadernos FUNDAP. São Paulo, Ano 7, n. 13, Abril 1987, págs. 5-13.

- a estratégia e suas implicações com as áreas táticas e operacionais: muitas vezes, as estratégias definidas pela direção não são percebidas adequadamente pelas equipes de trabalho. Isto mostra a importância de se entender o real papel do gestor no processo de mudança.

As percepções a respeito dos processos de mudança estratégica em um hospital são muito variadas, o que é altamente explicável e compreensível, dada a sua complexidade. Mas, por outro lado, sabemos que a mudança hoje se reveste de uma importância muito grande para as organizações<sup>2</sup>, até como meio de sua própria sobrevivência e sustentabilidade em um cenário futuro, fato este que os hospitais e seus dirigentes estão encontrando dificuldade em gerenciar.

As mudanças ocorrem por um composto amplo de variáveis inter-relacionadas, a saber:

- tecnologias: equipamentos, materiais, instalações;
- processos: fluxos, procedimentos, métodos;
- estruturas: organização, recursos, poder;
- necessidades: clientes, comunidade, sociedade;
- pressões internas e externas: competição, mercados, governo;
- comportamentos: atitudes, ações, relações com o trabalho;
- cultura: valores, crenças, pressupostos;
- desempenho: resultados individuais, organizacionais e de equipes<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> “A mudança tem que ser vista como constante e a estabilidade vista sob suspeita.” Ver: KATZ, D. e KANH, R. L. **Psicologia Social das Organizações**. São Paulo: Atlas, 1970.

<sup>3</sup> CHIEREGATTO, op. cit., pág. 5.

É através do conjunto dessas variáveis que o processo de mudança deve ser entendido e gerenciado, não apenas durante o seu planejamento, mas em ações efetivas capazes de integrar todas essas variáveis. Sob esse ponto de vista, a modernização organizacional desejada deve trabalhar todo o conjunto dessas variáveis e suas inter-relações.

## II. JUSTIFICATIVA

O processo de mudança organizacional em empresas de negócios já vem sendo tratado exaustivamente pela literatura acadêmica<sup>4,5</sup>, porém ainda há carência de análises mais profundas desse processo no contexto hospitalar dadas as suas especificidades. Estudos teóricos na área hospitalar<sup>6,7</sup> têm demonstrado que há uma grande dificuldade em alavancar processos de mudança organizacional compatíveis com a atual competitividade do mercado, incluindo, entre outros, o processo de informatização e a adoção de novas técnicas de administração, como a gestão pela qualidade total. Nesse sentido, este estudo possibilitou a identificação de aspectos internos e externos à organização que se colocam como limitadores e impulsionadores do processo de mudança.

As especificidades e a complexidade da realidade hospitalar relacionadas com seus aspectos culturais, políticos, de poder e de processo decisório também justificam este estudo.

---

<sup>4</sup> LOBOS, Júlio. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1979.

<sup>5</sup> LUKE, Novelli e BRADLEY, L. Kirkman. Effective Implementation of Organizational Change: An Organizational Justice Perspective. In: Rousseau, Denise M. e Cary Cooper L. (eds.): **Trends in Organizational Behavior**. Vol. 2. John Wiley & Sons, 1995.

<sup>6</sup> DRAIN, Margaret e GODKIN, Lynn. **A Portfolio Approach to Strategic Hospital Analysis: Exposition and Explanation**. Health Care Management Review. Vol. 21, n. 4, Fall 1996.

<sup>7</sup> BRUTON, Garry D. *et alii*. **Strategic Planning in Hospitals: a Review and Proposal**. Health Care Management Review. Vol. 20, n. 3, Summer 1995.

Diante da peculiaridade do processo de mudança estratégica<sup>8</sup> no ambiente hospitalar, justifica-se também discutir a ação e a contribuição dos gestores<sup>9</sup> na superação das dificuldades e entraves do processo. Assim, busca-se avaliar sua real e efetiva contribuição enquanto agente catalisador e facilitador da mudança.

O correto diagnóstico do processo de mudança em instituições hospitalares subsidiará a elaboração de estratégias de ação e a proposição de alternativas que objetivem facilitar o processo de mudança e garantir a sua eficácia a longo prazo.

### III. OBJETIVOS

Os objetivos fundamentais deste trabalho são:

- Identificar e caracterizar, segundo a percepção dos gestores, as mudanças estratégicas em curso nas instituições pesquisadas. A caracterização do processo de mudança envolve duas etapas: a identificação das diferentes percepções sobre os processos de mudança estratégica, a fim de compor o cenário global de mudanças, e dos principais fatores de pressão para a mudança.
- Identificar e analisar os aspectos impulsionadores e limitadores gerais do processo de mudança estratégica. O objetivo é identificar aqueles aspectos que impactam de forma ampla e genérica a mudança organizacional. Incluem-se aqui os fatores relacionados com:

---

<sup>8</sup> Conceito de *mudança estratégica*: comportamento organizacional decorrente de decisões organizacionais que impactem a organização como um todo e em seus diversos processos de trabalho (amplitude), que tenham um efeito amplo e significativo para a organização (alcance) e que visem ao longo prazo.

(Conceito adaptado de: Ansoff, Igor H., **Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1983.)

<sup>9</sup> Para os fins deste estudo, consideramos como *gestor hospitalar* o profissional (médico, enfermeiro, engenheiro, administrador de empresas, etc.) que esteja atuando na gerência das áreas administrativas ou clínicas de hospitais ou assumindo cargo de direção geral.

- 
- \* Comunicação e interação;
  - \* Conflitos;
  - \* Relações de poder;
  - \* Cultura e políticas internas.
- Identificar, segundo a percepção dos gestores, aspectos relacionados com dois processos específicos de mudança estratégica: informatização e programas de qualidade. Tais aspectos incluem:
    - \* Conceito;
    - \* Situação atual;
    - \* Fatores limitadores internos à organização;
    - \* Fatores impulsionadores internos à organização.
  - Diagnosticar a ação dos gestores hospitalares e sua inserção no processo de mudança. Maior ênfase foi dada à caracterização do processo decisório e ao levantamento do perfil gerencial. O perfil gerencial inclui sua formação e suas habilidades no campo da administração e das relações humanas.
  - Analisar a percepção dos gestores e os resultados da pesquisa à luz dos conceitos de administração de empresas e dos estudos aplicados à administração hospitalar.
  - Identificar, a partir de uma análise comparativa entre o hospital público e o hospital privado, as semelhanças e diferenças observadas.

- Identificar os principais desafios para o gestor hospitalar enquanto agente do processo de mudança estratégica e discutir possíveis alternativas de solução.

#### **IV. REFERENCIAL TEÓRICO**

O presente trabalho possui três vertentes principais de análise relacionadas com o processo de mudança estratégica em hospitais:

- a) Impulsionadores e limitadores gerais da mudança, identificados a partir das especificidades do contexto hospitalar, dentre as quais enfatizamos os aspectos de comunicação e interação, conflitos, relações de poder, cultura e políticas internas;
- b) Impulsionadores e limitadores da mudança, relacionados com o processo de informatização e de implantação de modelos de gestão pela qualidade;
- c) O papel do gestor como agente de mudanças.

De acordo com essas categorias de análise, o quadro referencial básico que norteou a análise dos dados e que exploramos a seguir contempla os seguintes temas:

1. Processo de mudança estratégica;
2. Especificidades do contexto hospitalar e impactos no processo de mudança;
3. Processo de informatização hospitalar;
4. Programas de qualidade em hospitais;
5. Papel do gestor.

## 1. PROCESSO DE MUDANÇA ESTRATÉGICA

A fim de melhor definir os conceitos de mudança e as diferentes abordagens utilizadas pela literatura de administração de empresas, dividiremos as análises conforme estejam relacionadas com:

- O conceito e a natureza da mudança;
- O planejamento da mudança.

Tais conceitos deverão abranger diferentes enfoques teóricos em função da multifacetada realidade hospitalar e da necessidade de desenvolver interpretações diferenciadas em torno das particularidades e, em alguns casos, antagonismos do processo de mudança hospitalar.

### 1.1. Conceitos de mudança

Antes de abordarmos as diferentes correntes de pensamento, relacionadas com a mudança organizacional, iremos expor a conceituação básica de mudança, bem como seu enfoque estratégico, conceitos importantes para os objetivos deste trabalho.

### 1.1.a. Desenvolvimento organizacional

Uma das abordagens que caracteriza a mudança decorre da teoria do Desenvolvimento Organizacional, popularmente conhecido como DO. O DO surgiu, no final dos anos 60, a partir da elaboração de uma série de técnicas e metodologias de intervenção organizacional, necessárias ao desenvolvimento das organizações, em resposta ao aumento do grau de competição no mercado americano na década de 60. Como expoentes dessa abordagem, incluem-se E. Schein, R. Beckard e W. G. Bennis, entre outros.

*“O DO é uma ação planejada que envolve toda a organização, conduzida do topo, que tem a finalidade de aumentar a eficiência e a solidez da organização mediante intervenções planejadas sobre processos da mesma. (...) Uma estratégia de base complexa que se propõe como fim à mudança das convicções, das atitudes, dos valores, das estruturas organizacionais para que possam adaptar-se melhor às novas tecnologias, aos novos mercados, aos novos desafios e à velocidade vertiginosa das próprias mudanças.”*  
(BENNIS, 1969)<sup>10</sup>

Essas definições evidenciam que DO atua como uma estratégia educacional (BOLDIZZONI, 1990) que tem por objetivo permitir, com uma ação planejada de mudança, o aprendizado de novos valores<sup>11</sup>. Segundo SCHEIN<sup>12</sup>, esses objetivos de base podem ser alcançados, favorecendo um clima de participação de todos os membros da organização e procurando obter uma flexibilidade estrutural que permita à organização a capacidade de fazer frente aos problemas de mudanças.

---

<sup>10</sup> BENNIS, W. G. **Organization Development: Its Natural Origins**. Addison-Wesley, 1969.

<sup>11</sup> BOLDIZZONI, D. **Nuovi Paradigmi per la Direzione del Personale**. ISEDI, Torino, 1990

<sup>12</sup> SCHEIN, E. **Process Consultation: Its Role in Organization Development**. Addison-Wesley, 1969.



Tal abordagem também é explorada por MORGAN<sup>13</sup> quando trata das organizações enquanto organismos. Pensando as organizações enquanto sistemas vivos, podemos identificar fortes relações entre biologia e organização, onde as distinções entre moléculas, células, organismos complexos, espécies e ecologia são colocadas em paralelo com aquelas entre indivíduos, grupos, organizações, populações de organizações e sua ecologia social. Dessa forma, busca-se entender e estudar as diferentes necessidades das organizações enquanto “sistemas abertos”, ou seja, seu processo de adaptação ao ambiente, os ciclos de vida organizacionais, os fatores que influenciam a saúde e o desenvolvimento organizacional.

#### 1.1.b. Enfoque sistêmico da mudança

Uma segunda abordagem explicativa considera a transformação sistêmica como base para o processo de mudança. MOGGI parte da visão holística e inovadora do ser humano como base para entender o processo de mudança. Utilizando-se também da metáfora do ser vivo, o autor analisa a mudança a partir das energias que “*permeiam e cercam a estrutura do Eu, isto é, o pensar, o sentir e o querer (agir)*”<sup>14</sup>. Segundo o autor, somente é possível chegar à essência do processo de mudança a partir do equilíbrio consciente entre essas três energias básicas do ser humano.

Dentro do mesmo enfoque, GIOIA e CHITTIPEDDI consideram que:

---

<sup>13</sup> MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

<sup>14</sup> MOGGI, Jair. “Processos de Mudança”. In: BOOG, Gustavo G. (coord.); **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. São Paulo: Makron Books, 1994.

*“Mudança envolve o esforço de alteração das formas vigentes de pensar e agir dos membros da organização. (...) Mudança estratégica envolve o esforço de alteração dos modos vigentes de cognição e ação para possibilitar à organização tirar vantagens de oportunidades ou superar desafios ambientais.”<sup>15</sup>*

Segundo WOOD, mudança organizacional é “qualquer transformação de natureza estrutural, estratégica, cultural, tecnológica, humana ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização.”<sup>16</sup> WOOD classifica a natureza das mudanças entre estruturais (organograma, funções, tarefas), estratégicas (mercado-alvo, foco), culturais (valores, estilo de liderança), tecnológicas (processos, métodos de produção) e as relacionadas com recursos humanos (pessoas, políticas de seleção e formação).

A partir da metáfora das organizações vistas como fluxo e transformação, MORGAN<sup>17</sup> desenvolve um estudo conceitual sobre as bases e a lógica da mudança. Para descrever a mudança, o autor utiliza-se de três diferentes imagens:

- a) Autopoiesis: baseia-se em algumas das últimas descobertas da biologia e visa explicar como as organizações podem ser compreendidas enquanto sistemas que se auto-reproduzem;
- b) Cibernética: sugere que a lógica da mudança se acha encoberta pelas tensões e tendências encontradas nas relações circulares;

---

<sup>15</sup> GOIA, D. A., CHITTIPELDI, K. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. **Strategic Management Journal**, Chichester, vol. 12, n. 6, p. 433-448, Sept. 1991.

<sup>16</sup> WOOD, Thomas. Vencendo a Crise: Mudança Organizacional na Rhodia Farma. In: WOOD, Thomas (coord.). **Mudança Organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1995, págs. 188-216.

<sup>17</sup> MORGAN, op. cit.

c) Dialética: sugere que a mudança é o produto de relações dialéticas entre os opostos.

### 1.1.c. Mudança enquanto processo de aprendizagem

Uma terceira abordagem considera o processo de mudança como um processo de aprendizado. Segundo Senge<sup>18</sup>, cinco novos componentes ou disciplinas vêm convergindo para inovar as organizações de aprendizagem. Cada uma delas será crucial para o sucesso das outras quatro e, em conjunto, desempenham um papel fundamental na criação de organizações que podem, verdadeiramente, aprender e desenvolver cada vez mais a capacidade de realizar suas mais altas aspirações. Essas disciplinas, segundo o autor, são: raciocínio sistêmico, domínio pessoal, modelos mentais, objetivo comum e aprendizado em grupo.

### 1.1.d. Outras abordagens sobre mudança organizacional

Podemos ainda considerar, de forma genérica, outras correntes de análise da mudança.

LAND e JARMAN<sup>19</sup> desenvolvem uma tipologia para os ciclos de mudança. Para eles, existem três fases de crescimento e mudança: na primeira fase - formação -, o sistema descobre a si próprio e a seu mundo, organiza-se e cria um padrão de comportamento. Na segunda fase - regulamentação -, dá-se o crescimento por repetição do padrão e negação da diferença. Finalmente, na terceira fase -

---

<sup>18</sup> SENGE, Peter. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização da aprendizagem**. São Paulo: Best Seller, 1990.

<sup>19</sup> LAND, George e JARMAN, Beth. **Ponto de Ruptura e Transformação; Como entender e moldar as forças da mutação**. Rio de Janeiro, Cultrix, 1990.

integração -, o sistema ultrapassa a eficiência de seu padrão repetitivo. Para continuar o crescimento, reduz a rigidez do padrão e a força de seus vínculos internos. Passa, a partir daí, por uma fase de ruptura, inovação e abertura.

DEAL e KENNEDY<sup>20</sup> acreditam que mudar tornou-se, a tal ponto, um modo de vida para as organizações que elas não mudam mais para adequar-se ao ambiente, mas simplesmente porque se espera que elas mudem. Mudar, nesse sentido, torna-se uma questão de sobrevivência. Os autores consideram que, em geral, as organizações, ao operarem o processo de mudança organizacional, não levam em conta os laços das pessoas com elementos culturais (heróis, lendas, valores, rituais). Os fatores de sucesso necessários à mudança são:

- Reconhecimento da importância de se ter consenso sobre a necessidade de mudança;
- Comunicação clara dos objetivos e das alterações a serem implementadas;
- Esforço especial no treinamento;
- Dar tempo ao tempo e encorajar a idéia de mudança como fator de adequação ao meio.

---

<sup>20</sup> DEAL, T. E. e KENNEDY, A. A. **Corporate Culture: the rites and rituals of corporate life**. New York: Addison-Wesley, 1988.

## 1.2. O planejamento da mudança

MOGGI faz uma distinção clara entre processo de mudança e programa de mudança. Segundo ele, a mudança é, antes de tudo, cultural, para depois entrar nos processos e recursos. O processo de mudança diferencia-se de um programa à medida que considera a necessidade de uma consciência comum das pessoas, pois entende que estas estão em estágios diferentes de desenvolvimento. Dessa forma, ele procura desenvolver um modelo que sirva de âncora para um adequado planejamento do processo de mudanças. O modelo analisa, de forma qualitativa, a empresa a partir de quatro dimensões:

- a) *Identidade*: mudança implica respostas a questões estratégicas, associadas, muitas vezes, a definições existenciais, ligadas às pessoas que comandam o negócio.
- b) *Pessoa/relações*: contém tudo que acontece entre as pessoas. Envolve clima organizacional, questões de liderança e de relacionamento interpessoal.
- c) *Processos*: fluxos básicos de produção, de matéria-prima e de informações, necessários para atender os clientes internos e produzir e comercializar produtos e/ou serviços.
- d) *Recursos*: terrenos, máquinas, equipamentos, matéria-prima e outros. Envolve questões relacionadas com a “saúde” financeira da empresa.

Outro enfoque, defendido por KILMANN<sup>21</sup>, determina cinco estágios importantes da mudança planejada:

---

<sup>21</sup> KILMANN, R. H. **Gerenciando sem recorrer a soluções paliativas: um programa totalmente integrado para criar e manter o sucesso organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

a) *Cultura*: a trilha da cultura é o ponto adequado para se iniciar o processo de mudança: ela funciona como um quebra-gelo para incentivar a introspecção e a vontade de mudar. Assim, torna-se possível estabelecer confiança, compartilhamento de informações e adaptabilidade.

b) *Habilidades gerenciais*: quando os gerentes tornarem-se receptivos à mudança, através da trilha da cultura, poderão familiarizar-se com o conjunto completo das habilidades necessárias à condução de um gerenciamento eficaz dos problemas no mundo complexo.

c) *Formação de equipes*: o próximo esforço deverá concentrar-se em aplicar, na organização, o que foi aprendido, a fim de “infundir” novas culturas e habilidades.

d) *Estratégia-estrutura*: nesta etapa, a organização deverá alinhar seus sistemas formalmente documentados, redefinindo objetivos, tarefas e metas.

e) *Sistema de recompensas*: este vem completar o ciclo do programa de melhoria, proporcionando remuneração pela *performance*.

ALBRECHT<sup>22</sup> defende a necessidade de definir a missão e a estratégia da empresa mesmo que venha a mudar com o passar do tempo. Isso porque a empresa precisa de direção e todos devem procurar alcançar um objetivo maior. O planejamento da mudança deve incluir um claro direcionamento da empresa a partir dos seguintes conceitos:

- *declaração da missão*: é o instrumento que especifica o mercado, o produto e a estratégia de abordagem desse mercado;

---

<sup>22</sup> ALBRECHT, Karl. **Revolução dos serviços: Como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes**. 2ª ed., São Paulo: Pioneira, 1992.

- *valores da empresa*: conjunto de preceitos, princípios, crenças e declarações de posição assumidos pela direção;
- *estratégia de serviços*: especifica a personalidade de seu serviço final e explica a proposição especial de venda que define sua posição de mercado;
- *plano estratégico*: define as manobras seguintes da empresa em um período de um ou mais anos; estabelece áreas-chave de resultados, objetivos para execução e plano tático;
- *plano anual de operações*: especifica objetivos para a empresa e diz como devem ser atingidos. O plano é detalhado de acordo com os departamentos principais;
- *orçamento de operações*: inclui o orçamento da operação específica e os níveis esperados de receita e despesas para executar o plano de operações.

## 2. ESPECIFICIDADES DO CONTEXTO HOSPITALAR E IMPACTOS NO PROCESSO DE MUDANÇA

A partir de estudos teóricos e pesquisas de campo na área da saúde, verifica-se que há, em instituições hospitalares como um todo, uma grande dificuldade em alavancar processos de mudança. BURMESTER e RICHARD (1995), estudiosos do tema, colocam que uma das dificuldades da mudança em hospitais brasileiros decorre do *imobilismo*. O *imobilismo* surge de

*“comportamentos nascidos de uma vontade de não ‘fazer ondas’ ou de ‘abrir o guarda-chuva’, aonde cada um permanece no seu canto e a única estratégia bem afirmada é aquela de defesa do seu território.”*<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> BURMESTER, Haino e RICHARD, Jean-Pierre. “Planejamento e Gerência Estratégicos”. In: CASTELAR, Rosa Maria (coord.); MORDELET, Patrick (coord.). **Gestão Hospitalar: um Desafio para o Hospital Brasileiro**. Rennes: Ecole National de la Sante Publique, 1995, pág. 106.

Outra característica que pode dificultar o processo de mudanças decorre das relações de poder. Mesmo que a autoridade formal possa estar claramente definida no organograma, as relações informais de poder, em hospitais gerais, seguem tradicionalmente a seguinte ordem: na linha de frente, detendo o conhecimento técnico, representando as atividades fins, estão os médicos e enfermeiros; em segundo plano, encontram-se os profissionais de apoio técnico, ou seja, aqueles ligados aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; os terceiros, na escala informal, de poder ficam representados pelo corpo de apoio administrativo<sup>24</sup>. MINTZBERG, ao analisar as organizações profissionais (por exemplo, hospitais e universidades) e o papel dos administradores nesse contexto, afirma que, comparativamente às organizações industriais, tais executivos possuem menos poder, pois não são totalmente capazes de controlar os profissionais diretamente, sendo o poder exercido apenas de forma indireta. *“The professional administrator maintains power only as long as the professionals perceive him or her to be serving their interests effectively.”*<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> BARBOSA, Antônio Pires. **Qualidade em Serviços de Saúde**. Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1995.

<sup>25</sup> MINTZBERG, pág. 121.



A coordenação de esforços para as mudanças esbarra na própria estrutura de poder das instituições hospitalares. Por serem as configurações de estruturas descentralizadas, o corpo profissional (trata-se, segundo MINTZBERG, dos *experts*: em hospitais, médicos e, em alguns casos, enfermeiras) não apenas controla seu próprio trabalho, mas detém grande controle coletivo sobre as decisões administrativas. Isso pode ser garantido, por exemplo, com a colocação de *experts* em cargos-chave da organização.

### 3. PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO HOSPITALAR

FREITAS<sup>26</sup> define *informação* como sendo “*um dado que tem significado ou utilidade para o destinatário, ou seja, são dados processados para uma forma que tenha significado para o receptor, alterando as suas expectativas ou a sua visão sobre as alternativas que estão disponíveis*”. Tecnologia da informação é o “*conjunto de recursos não-humanos (hardware e software) dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação da informação e o modo pelo qual esses recursos são organizados em um sistema capaz de efetuar um conjunto de tarefas.*”

O autor ressalta a distinção entre os conceitos de informação e sistema de informação. A informação é o processo pelo qual uma organização se inteira sobre ela própria e sobre o seu meio ambiente e informa o meio ambiente sobre ela. O sistema de informação, de acordo com a definição de LESCA, citado por FREITAS:

---

<sup>26</sup> FREITAS, H. M. R. de. **Sistemas de Informações Gerenciais e de Apoio à Decisão**. Porto Alegre: PPFA/UFRGS, 1994 (apostila).

*“é o conjunto interdependente das pessoas, das estruturas da organização, das tecnologias de informação - hardware e software, dos procedimentos e métodos que deveriam permitir à empresa dispor, no tempo desejado, das informações de que necessita ou necessitará para o seu funcionamento atual e para a sua evolução.”<sup>27</sup>*

LESCA faz uma observação importante com relação à concepção dos sistemas de informação (SI):

*“a informação representa dados em uso e este uso implica usuários e, portanto, o sistema deve identificar quem necessita qual informação e quando, onde e como a informação é necessária. A concepção de um SI, portanto, não pode ser conduzida, unicamente, por profissionais de informática. Essa tarefa demanda alto nível de participação e de controle dos usuários finais. As necessidades e exigências do usuário devem dirigir os esforços de construção do SI”.<sup>28</sup>*

Segundo TORRES<sup>29</sup>, um dos principais impactos da tecnologia da informação é a sua capacidade de integração, tanto no nível interno da organização quanto no nível de integração interorganizacional. O autor cita que, uma vez estabelecidos os objetivos básicos da organização, cada uma das áreas funcionais e gerenciais pode ser questionada sobre suas contribuições específicas para com esses objetivos e, em seguida, são identificadas as possibilidades de usos das tecnologias de informações que possam dar apoio ou facilitar a realização das contribuições ou metas específicas e, portanto, dos objetivos da organização.

---

<sup>27</sup> \_\_\_\_\_ . **A Informação como Ferramenta Gerencial**. Porto Alegre: Ortiz, 1993.

<sup>28</sup> Idem, ibidem.

<sup>29</sup> TORRES, Norberto A. **Competitividade empresarial com a tecnologia da informação**. São Paulo: Makron Books, 1995.

Em artigo para a Folha de S. Paulo, o professor RENATO ORTIZ<sup>30</sup> diferencia a informática e a informação com relação ao conhecimento. No mundo moderno, a tecnologia da informação virou uma espécie de fetiche generalizado, o que não é verdade, pois a informática é necessária, sem dúvida, mas não é suficiente. Segundo ele:

*“O conceito de informação desloca a noção de conteúdo para o plano secundário. Por isso, ela não é cumulativa, como o conhecimento. Pode-se estocá-la na memória computadorizada das máquinas, mas cada unidade permanece intacta na sua descrição solitária. O fato de eu possuir mais ou menos informações armazenadas não implica necessariamente maior ou menor conhecimento das coisas.”*

Com relação à informatização aplicada ao contexto hospitalar, exploramos inicialmente os conceitos de STUMPF e FREITAS em estudo realizado em um hospital universitário de Porto Alegre, devido à adequação à realidade brasileira; em seguida, serão citados outros autores, principalmente da Inglaterra.

O estudo de STUMPF e FREITAS<sup>31</sup> teve como objetivo definir o conteúdo essencial do Prontuário de Pacientes, em projeto para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

---

<sup>30</sup> ORTIZ, Renato. Informação e conhecimento. **Folha de S. Paulo**, 29/8/97.

<sup>31</sup> STUMPF, Mariza Kluck e FREITAS, Henrique M. R. A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea**, vol. 1, n. 1, Jan./Abr. 1997: 71-99.

LAUDON e LAUDON<sup>32</sup>, citado nesse artigo, entendem que a introdução ou alteração de sistemas de informação tem profundo impacto ambiental e organizacional. Transforma o modo pelo qual os diversos grupos atuam e interagem, mudando a maneira pela qual a informação é definida, “acessada” e usada para administrar os recursos da organização e, freqüentemente, leva à nova distribuição de autoridade e de poder. O envolvimento do usuário na concepção e na operação dos sistemas de informação tem várias conseqüências positivas. O usuário, além de ter mais oportunidades para moldar os sistemas de acordo com suas prioridades e necessidades, estará mais apto a reagir positivamente ao sistema, porque teve participação ativa na sua definição e desenvolvimento. MIRANDA<sup>33</sup> realizou estudo sobre o impacto da implementação da Tecnologia da Informação no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e concluiu que as mudanças introduzidas devem ser bem administradas e que a motivação e a participação dos usuários dos sistemas são fundamentais para o sucesso deles.

Com relação à implantação dos sistemas de informação em hospitais, PETERSON e JELGER<sup>34</sup> consideraram o problema da integração das informações hospitalares, sugerindo que a informação deveria entrar no sistema uma vez apenas e tornar-se disponível para todos que dela necessitassem. Surgiu, nos anos 70, o conceito de interligar as diferentes partes do hospital, mas o fenômeno que se observou foi a *criação de ilhas de informatização*, ou seja, vários sistemas isolados e sem conexão, desenvolvidos por diferentes equipes, causando redundância de dados e sua absoluta falta de integração.

---

<sup>32</sup> LAUDON, K. C. e LAUDON, J. P. **Management Information Systems: Organization and Technology**. 3ª ed. New York: MacMillan, 1994. In: STUMPF, Mariza Kluck e FREITAS, Henrique M. R. A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea**, vol. 1, n. 1, Jan./Abr. 1997.

<sup>33</sup> MIRANDA, O. Z. **A Implementação da Tecnologia da Informação em um Hospital: Um Estudo de Caso**. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, 1992.

<sup>34</sup> PETERSON, H. e JELGER, U. G. The History of Hospital Information Systems. In: BAKKER, A. R., BALL, M. L. *et alii*. **Towards new hospital information systems**. North Holland: Elsevier Science Publishers, 1988.

*“A resistência dos médicos e enfermeiros contra os sistemas desenvolvidos foi muito grande nessa época; os sistemas eram orientados pelos profissionais de informática e para os profissionais de informática, e não para as necessidades dos usuários.”<sup>35</sup>*

Outro problema, ainda não plenamente resolvido, decorre da dificuldade de lidar com as informações médicas. Muitas tentativas têm sido feitas, porém a maioria delas obriga os médicos a alterar os seus métodos de trabalho e a registrar suas observações de maneira estruturada e parcialmente codificada. Os autores reforçam que, apesar de adequado aos especialistas ou entusiastas, esse meio não o é para a maioria. Sobre isto, cita KAIHARA:

*“Os médicos trabalham com grande volume de texto livre; o processamento desse tipo de informação ainda não é satisfatório, por razões tecnológicas, financeiras e de tempo disponível. Como a finalidade do hospital é a de prover boa assistência ao paciente, o objetivo de um Sistema de Informações Hospitalares deve ser o mesmo.”<sup>36</sup>*

Ao comentarem a evolução na direção do prontuário eletrônico, os autores ressaltam que, até o momento, os médicos têm sido lentos na adoção do computador como ferramenta clínica, apesar do uso desta em atividades administrativas, e aponta o *status legal* do Prontuário Eletrônico como o responsável por grande parcela de incerteza. Com relação à qualidade da informação, esta é prejudicada pela falta de treinamento dos médicos residentes, pela ausência de mecanismos de controle e de cobrança e pela falta de roteiros padronizados, específicos para cada especialidade, para anamnese, história e exame físico, atualmente registrados livremente.

---

<sup>35</sup> Idem, *ibidem*, pág. 79.

<sup>36</sup> KAIHARA, S. e WATANABE, R. HIS Scope. In: BAKKER, A. R., BALL, M. L. *et alii*. **Towards new hospital information systems**. North Holland: Elsevier Science Publishers, 1988.

WARD<sup>37</sup>, consultora de gestão da Ward-Whitfield Associates, considera a importância do uso da informação pelas pessoas acima do uso que estas fazem da tecnologia. O *staff* operacional e clínico deve, portanto, estar fortemente envolvido em debates sobre a necessidade de informação e sobre o futuro da tecnologia da informação e seu uso efetivo no setor da saúde. A autora procura explicar como identificar os requisitos para informatização. Para isto, cita dois modelos: um deles, desenvolvido por Nolan, em 1979, é o modelo tradicional hierárquico no qual a estrutura é composta de sistemas de planejamento estratégico, sistemas de controle gerencial e sistemas de controle de processos e operações; o outro é o de adição de valor de Porter (1985), que leva em conta entradas e saídas do processo, ou seja, acompanha o processo em vez das funções dos indivíduos. Ela avalia o modelo de Porter como sendo interessante pelo fato de focar as atividades que adicionam valor para o paciente. São essas atividades que devem ser controladas e ter suas informações melhoradas para que dêem suporte para melhorar o atendimento.

WARD salienta também que a informatização não resolve os problemas, porém pode auxiliar uma administração eficiente, dando alguns exemplos de informações que são necessárias: histórico dos pacientes, sistemas de comunicação e divulgação, protocolos multidisciplinares, informações para pacientes e acompanhantes, administração de leitos e desempenho do planejamento. Alguns problemas na informatização do sistema de enfermagem foram evidenciados:

- muito tempo e esforço envolvidos: não apenas no desenvolvimento de um sistema original, mas na garantia de que o atendimento corrente seja registrado;
- planos de assistência são difíceis de se usar: são geralmente muito longos, exigindo inúmeros relatórios e levando o resultado a um aumento do volume de papel;

---

<sup>37</sup> WARD, Carol. **Quality Finance and Information Management**. In: **Excellence in Health Care Management**, Blackwell Science, 1997, p. 113-135.

- os terminais de computador tiram as enfermeiras da assistência direta ao paciente;
- o plano de assistência, geralmente, não é individualizado e a informática não é necessariamente utilizada;
- o paciente é dificilmente envolvido: apesar de algumas áreas tentarem introduzir terminais aos leitos, isto não levou à participação do paciente;
- restrição do aprendizado e de oportunidades para refletir sobre as práticas;
- os planos de assistência são usados para a padronização, ou seja, são geralmente listas de tarefas, não valorizando a assistência individualizada.

O trabalho enfatiza ainda que antes de informatizar os registros, deve-se estabelecer o propósito deles e avaliar o que eles melhoram no atendimento do paciente.

Segundo EARL<sup>38</sup>, os sistemas de informação são as informações utilizadas para a administração dos serviços. O autor parte deste conceito para definir tecnologia da informação como sendo um dos meios para a melhoria dos sistemas de informação.

#### 4. PROGRAMAS DE QUALIDADE EM HOSPITAIS

Antes de explorar a literatura referente aos programas de qualidade em hospitais, vale ressaltar as características da qualidade em empresas de serviços.

---

<sup>38</sup> EARL, M. J. **Management Strategies for Information Technology**. Prentice Hall, Hemel Hempstead, 1989.

ALBRECHT coloca que *“não é o bastante o funcionário da linha de frente desejar prestar um serviço excelente que valorize o dinheiro do cliente... Tem que haver uma cadeia de qualidade que se estenda além dele até o pessoal de suporte na sala dos fundos, aos supervisores e gerentes que dirigem a operação, aos diversos departamentos de apoio que fazem com que as coisas aconteçam nas horas, lugares e tempos certos...”*<sup>39</sup> O autor reforça, assim, a importância dos serviços internos, quando da prestação dos serviços com qualidade. O autor menciona ainda:

*“Muitas vezes, ‘o foco no cliente’ é, na melhor das hipóteses, uma frase de efeito e, na pior, nunca mencionada.”*

*“Disputas de fronteiras drenam preciosas energias gerenciais.”*

*“Na maioria das empresas de serviço, o sistema funciona de forma a encorajar os empregados a buscarem promoção afastando-se do atendimento ao cliente.”*

*“ O que devemos buscar no gerenciamento e operação de uma empresa com excelência de serviços não é nada mais do que a completa sinergia interna. Este é o foco da energia gerada pelo conceito compartilhado que o negócio representa, do alinhamento de recursos por trás da prestação de serviço nos momentos da verdade, e o trabalho em equipe possibilitado pela compreensão por parte de cada grupo de sua contribuição para o sucesso da empresa.”*

---

<sup>39</sup> ALBRECHT, Karl. **Serviços internos. Como resolver a crise de liderança do gerenciamento de nível médio.** São Paulo: Pioneira - Administração e Negócios, 1994, págs. 5-7.



Sobre a cultura de serviço, ALBRECHT, conceitua: “ ... *uma cultura de serviço é um complexo social baseado na qualidade de serviço que age para influenciar o comportamento e as relações de trabalho das pessoas de tal forma que trabalhem visando o valor comum da superioridade de serviços.*”<sup>40</sup>

O autor cita as marcas registradas de serviços, a saber:

- “*Existe uma visão ou conceito claro para serviço.*”
- “*Os executivos constantemente pregam e ensinam o evangelho do serviço.*”
- “*O cliente em primeiro lugar é o modelo de comportamento dos gerentes.*”
- “*Um serviço de qualidade é esperado por todos.*”
- “*O serviço de qualidade é recompensado.*”

Feito esse panorama da qualidade em serviços, passamos a descrever alguns estudos relacionados com a qualidade em instituições de saúde.

---

<sup>40</sup> Idem, ibidem, págs. 69-72.

Um estudo de qualidade feito em hospitais americanos constatou que “*as organizações de assistência à saúde não acreditam ainda que a melhoria da qualidade é, para elas, necessária à sobrevivência*”<sup>41</sup>. No Brasil, apesar da recente preocupação (mesmo que em casos isolados) em aprimorar os serviços de qualidade e melhor controlar os custos, há ainda grande dificuldade em aplicar e adequar o discurso de competitividade, concorrência e visão estratégica ao contexto hospitalar. A própria natureza da instituição pode trazer, em si, alguns entraves. Nesse sentido, a cultura da prática médica acaba por influenciar toda a organização, inclusive a sua prática administrativa. Conforme aponta o mesmo estudo já referido sobre qualidade em serviços de saúde, “*falta-lhe (aos programas de qualidade) uma teoria geral sobre as fontes de risco nos complexos processos de serviço de saúde*”<sup>42</sup>.

CLOSE<sup>43</sup>, em sua contribuição para o livro organizado por Morton-Cooper e Bamford, *Excellence in Health Care Management*<sup>44</sup>, considera que a evolução do gerenciamento da qualidade na saúde, na última década, na Inglaterra, foi influenciada por:

- *fatores políticos*: a insatisfação do governo conservador com os custos e a resolutividade do sistema nacional de saúde; a introdução de avaliação de *performance* dos serviços; a constatação da pouca relação entre os serviços e as necessidades da população; a introdução, em 1990, da competição no setor saúde;

---

<sup>41</sup> BERWICK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde**. São Paulo: Makron Books, 1994, pág. 16.

<sup>42</sup> Idem, ibidem, pág. 11.

<sup>43</sup> CLOSE, Ann. **Quality Management in Health Care and Health Care Education**. In: **Excellence in Health Care Management**, Blackwell Science, 1997, p. 75-112.

<sup>44</sup> MORTON-COOPER & BAMFORD. **Quality Management in Health Care Education**. In: **Excellence in Health Care Management**, Blackwell Science, 1997, p. 75-110.

- *educação*: cursos de acreditação regulares; exames externos; indicadores de *performance*;
- *profissionais*: os conselhos garantem a qualidade dos profissionais e retiram os maus profissionais do mercado;
- *consumidores*: conselhos de saúde; a mídia; ONGs; representação de pacientes;
- *experts*: Deming (modelo PDCA e 14 pontos de ação); Crosby (administração participativa e reconhecimento); Juran (planejamento, controle e melhoria da qualidade).

CLOSE defende que a implementação satisfatória da estratégia da qualidade depende basicamente de dois fatores: reduzir a resistência e ter suporte de pessoas-chave. O primeiro pode ser obtido a partir da disseminação de informações, estabelecimento de comunicação e envolvimento das pessoas no processo. O segundo está relacionado com a necessidade de vender a idéia às pessoas e a grupos-chave. Para tanto, a organização deve “*comunicar-se como nunca se comunicou antes*”, mudar as percepções de medo para oportunidade, fazer compromissos enérgicos com as pessoas e procurar envolver, o mais cedo possível, toda a organização.

#### 4.1. Impulsionadores e limitadores dos programas de qualidade em saúde

Um dos artigos extraídos da *Health Services Research*, desenvolvido por LUKE e BOSS<sup>45</sup>, enfoca as principais barreiras que limitam a implementação dos programas de garantia da qualidade em instituições de saúde. Os autores partem de um estudo de 1916, realizado por CODMAN<sup>46</sup>, no qual a implementação de programas de qualidade tem se identificado com três grupos de barreiras: conceituação, medição e avaliação da qualidade da assistência. O maior problema conceitual é simplesmente determinar o que é qualidade. Mesmo que uma definição satisfatória de qualidade seja consenso, uma segunda barreira se coloca: a medição da qualidade. Um dos importantes dilemas relacionados com este problema, citado por DONABEDIAN<sup>47</sup>, está em determinar o que é melhor: medidas do processo ou medidas do resultado. Resta ainda a barreira da seleção da estratégia de avaliação. Há diferentes abordagens, e a definição da estratégia adequada não é clara e depende de fatores como nível e tipo de assistência praticada. LUKE e BOSS defendem, no entanto, que a grande questão referente aos programas de qualidade não é se os problemas técnicos podem ser resolvidos, mas se estes programas assumem que geram fortes impactos e mudanças comportamentais. A razão principal disso não é apenas uma ênfase excessiva em sofisticadas estratégias de medição e avaliação da qualidade, mas também uma falha em não conceituar os programas de qualidade primariamente como uma questão de mudança comportamental e organizacional. Tal justificativa é consistente com a decisão da

---

<sup>45</sup> LUKE, Roice D. e BOSS, R. Wayne. Barriers Limiting the Implementation of Quality Assurance Programs. **Health Services Research**. 16:3, Fall 1981, Commentaries.

<sup>46</sup> CODMAN, E. A. **A Study in Hospital Efficiency: The First Five Years**. Boston: Thomas Todd Co., 1916.

<sup>47</sup> DONABEDIAN, A. "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment". Ann Arbor, **Health Administration Press**, 1980.

*Joint Commission Accreditation of Hospitals*<sup>48</sup>, que, já em 1979, reduziu os requisitos para a auditoria médica e adicionou a exigência de que os hospitais estabeleçam “programas” efetivos em garantia da qualidade. Diante da constatação de que as reais barreiras ao sucesso dos programas de qualidade não se encontram na dificuldade de levantar e analisar dados, e sim na resistência das pessoas, os autores apresentam dez obstáculos principais à mudança:

- *Expectativa de autonomia dos profissionais de saúde*: devido à importância do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde (altamente pessoal, lidando geralmente com questões críticas de vida, morte e sofrimento humano) e à exigência de uma base complexa de conhecimento e de tecnologia necessárias ao diagnóstico e tratamento, tais profissionais têm, tradicionalmente, assumido altos níveis de independência funcional. Assim, as expectativas de autonomia dos profissionais de saúde não apenas servem para minimizar a observação ao trabalho deles, mas, ainda mais importante, constituem uma fonte formidável de resistência à imposição de abordagens formais para assegurar a qualidade da assistência.
- *Benefícios coletivos da estabilidade*: as pessoas nas organizações, particularmente nas de saúde, tendem a desenvolver rotinas, procedimentos e formas prescritas de comunicação que acabam por determinar as formas de comportamento organizacional.
- *Oposição calculada à mudança*: está relacionada com a resistência organizada de indivíduos e grupos à mudança. Uma das causas pode estar relacionada com o reajuste das forças de poder, influência e *status* entre os níveis gerenciais.

---

<sup>48</sup> New Quality Assurance Standard Approved. **Perspectives on Accreditation**. (3): 1, May-June 1979. A *Joint Commission Accreditation for Hospitals* é hoje denominada *Joint Commission Accreditation for Health Care Organizations*.

- *Comportamento programado*: a programação do comportamento é feita de diversas formas. Métodos de programação estão, geralmente, relacionados com a divisão do trabalho (descrição do cargo e responsabilidades definidas e detalhadas), práticas de recrutamento e seleção, estruturas de recompensa, promoção, treinamento e outras atividades simbólicas. Apesar de considerarem essas funções como essenciais à instituição, os autores argumentam que o comportamento programado acaba por restringir a inovação.
- *Visão limitada*: problemas cotidianos dos profissionais de saúde assumem um nível tão desproporcional de importância que o comportamento resultante pode parecer *petty*<sup>49</sup> a observadores externos. O resultado é que as pessoas tenderão a perder a perspectiva do problema, ao ponto de “*pequenos morros se assemelharem a gigantes montanhas*”<sup>50</sup>. A divisão do trabalho em tarefas específicas, geralmente, produz tais resultados, de modo que a consideração meticulosa das regras institucionais torna-se um caso de vida ou morte e aqueles envolvidos em pequenas tarefas perdem a perspectiva de como suas atividades se relacionam com os objetivos da organização. Para essas pessoas, o esforço de melhoria da qualidade pode parecer altamente ameaçador e destruidor. Tais resistências, segundo os autores, não são causadas por falta de inteligência ou de boas intenções dos profissionais de saúde, mas por estarem tão concentrados em suas funções especializadas que tendem a perder a visão das implicações maiores da inovação e da mudança.
- *Limitação de recursos*: a escassez de recursos torna as organizações menos fortes para a mudança.
- *Custos perdidos*: outra barreira sistêmica à mudança é o grande volume de investimentos sem retorno, sejam relacionados com investimentos de capital ou aquisição de conhecimentos.

---

<sup>49</sup> *Petty*: (adj.) insignificante, trivial; mesquinho. *Fonte*: Dicionário Michaelis.

<sup>50</sup> LUKE & BOSS, op. cit. (TRADUÇÃO DO AUTOR).

- *Acúmulo de restrições oficiais do comportamento*: normas, regulamentações departamentais, políticas internas, manuais de operação e especificações detalhadas, apesar de reduzirem a injustiça devido à aplicação inconsistente de regras gerais, definem claramente o comportamento organizacional, nem sempre coerente com a abordagem inovadora dos programas de qualidade.
- *Restrições não-oficiais e não planejadas do comportamento*: a organização informal e suas relações de poder, particularmente quando vinculadas ao *status* dos profissionais de saúde, podem ameaçar a mudança por diversas formas sutis, porém efetivas, de ação.
- *Acordos interorganizacionais*: incluem os acordos entre organizações e externos à instituição como contrato de trabalho e outros.

SHORTELL<sup>51</sup> faz uma revisão e análise da literatura na área de saúde, entre 1991 e 1993, referente aos programas de qualidade, a partir de quatro dimensões: cultural (crenças, valores, normas e comportamentos), estratégica (vinculação dos programas de qualidade às estratégias globais da instituição), técnica (treinamento para as ferramentas da qualidade) e estrutural (entidades e grupos de tarefa destinados à implantação dos programas de qualidade). Por fim, são identificados, a partir desse modelo teórico, os principais obstáculos e desafios à implementação da qualidade nas instituições de saúde.

As principais conclusões em cada uma das dimensões foram:

a) Dimensão cultural:

- TQM (Total Quality Management) permite maior satisfação dos empregados e opinião favorável sobre a organização e o trabalho;

---

<sup>51</sup> SHORTELL, Stephen M. Assessing the evidence on CQI. **Hospital & Health Services Administration**. Vol. 40, n. 1, Spring 1995.

- a melhoria da qualidade está associada aos aspectos comportamentais e de valores;
- há pouca ênfase no consumidor; a abordagem no processo decisório segue ainda a postura *top-down* e há pouco treinamento em qualidade, principalmente nas relações e no atendimento aos clientes;
- diversos estudos comprovam que hospitais com filosofia da qualidade possuem programas mais avançados do que hospitais com cultura hierárquica e burocrática;
- a importância do *empowerment* e da descentralização do processo decisório, o papel do gestor como líder, *coach*, e não como diretor, e a importância da clareza de objetivos (visão, estratégias, metas) são ressaltadas.

b) Dimensão técnica:

- o treinamento dos conceitos e métodos da qualidade é inadequado;
- falta capacitação por parte da alta administração;
- os sistemas de informação são inadequados.

c) Dimensão estratégica:

- não há vinculação entre os esforços de melhoria da qualidade e as prioridades estratégicas da organização;
- há a necessidade do envolvimento médico nas aplicações do TQM nas clínicas.



d) Dimensão estrutural:

- pesquisa em hospitais americanos mostra que 48% desses hospitais têm uma unidade responsável pela garantia da qualidade (BARNES<sup>52</sup>) e ressalta a importância das equipes multiprofissionais.

O autor destaca, de acordo com as quatro dimensões, os principais obstáculos à implantação dos programas de melhoria contínua em saúde:

a) Obstáculos culturais:

- foco maior nos profissionais de saúde;
- cultura burocrática e hierárquica;
- falta de comprometimento da alta administração;
- resistência da gerência média;
- não-envolvimento dos médicos.

b) Obstáculos técnicos:

- falta de treinamento;
- falta de dados para orientar uma melhoria contínua;
- falta da relação causa-efeito em muitas áreas médicas;

---

<sup>52</sup> BARNES, Z. I. National Survey of Hospital Quality Improvement Activities. **Hospital and Health Networks**, p. 52-55, 1993.

- falta do entendimento global dos processos de assistência por parte dos funcionários.

c) Obstáculos estratégicos:

- programas de qualidade não são focados como prioridade estratégica;
- não há coordenação entre diferentes equipes no esforço de focar as prioridades estratégicas;
- não há transferência de conhecimento entre os diferentes projetos.

d) Obstáculos estruturais:

- formação inadequada dos conselhos de liderança;
- não-integração entre as funções da qualidade dentro de um processo global de melhoria;
- não-utilização dos sistemas de orçamento e planejamento como suporte aos programas;
- não-alinhamento entre melhoria de resultados e sistemas de recompensa.

O autor conclui destacando os principais fatores críticos de sucesso à melhoria da qualidade. A implantação dos programas de qualidade deve, portanto, contemplar:

- dimensão cultural: filosofia voltada para melhoria de processos e *empowerment*;
- dimensão estratégica: foco no cliente interno e externo;

- dimensão técnica: processos estruturados de solução de problemas;
- dimensão estrutural: equipes multiprofissionais e multidepartamentais.

Enfim:

*“CQI [Continuous Quality Improvement] parece ter o potencial para efetuar as mudanças necessárias, mas alcançar este potencial parece ser muito difícil.”*

*“O conceito é ótimo! A forma é importante! Mas implementação parece ser tudo!”<sup>53</sup>*

MALIK<sup>54</sup> aponta também algumas especificidades da qualidade hospitalar. Uma delas está relacionada com a necessidade de conhecer qualidade, salientando a importância para a tomada de decisão, atribuição de valor às coisas e definição do conceito de qualidade. É evidenciado no seu trabalho que, na área de saúde, *“o usuário é parte integrante do processo produtivo e assim o resultado das ações empreendidas depende dele.”*<sup>55</sup> Quanto à avaliação, a autora argumenta que depende do estabelecimento de normas e de sua adequação ao que se considera correto e ao que isto significa para o processo de tomada de decisão. Uma última análise relaciona ainda qualidade e cultura organizacional, salientando que as organizações precisam ter uma cultura que propicie o aprendizado através dos erros. Nesse aspecto, é enfatizada a dificuldade de aprendizado na área de saúde pela noção de independência que existe entre os serviços e os profissionais. É sugerida a interdependência que compreende, segundo a autora, ver *“a organização em uma série de relações entre cliente e fornecedor”*.

---

<sup>53</sup> SHORTELL, pág. 12 (TRADUÇÃO DO AUTOR).

<sup>54</sup> MALIK, Ana Maria. **Avaliação, Qualidade e Gestão para Trabalhadores da Área de Saúde e Outros Interessados**. São Paulo, SENAC, 1996.

<sup>55</sup> Idem, ibidem, pág. 20.

CLOSE<sup>56</sup> destaca como fatores inibidores da implantação de um programa de qualidade:

- os grupos de profissionais trabalharem isoladamente;
- a qualidade ser vista como uma reflexão;
- a menor importância dada à qualidade em prol de áreas como finanças ou outras áreas operacionais;
- falta de recursos financeiros e humanos;
- falta de compromisso da alta administração.

KALUZNY<sup>57</sup>, professor Ph. D. da Escola de Saúde Pública da University of North Carolina of Chapel Hill, considera o potencial das iniciativas para a implantação da qualidade baseado na comunidade, lançando desafios gerenciais para atender às funções do sistema de saúde além da instituição. O autor cita que é necessário desenvolver o conhecimento e aplicações de melhoria contínua nos esforços de saúde para toda a comunidade. Para isso, ele sugere a seleção de líderes para tirar experiências, desenvolver projetos e divulgar resultados. Todo o esforço deve atender aos seguintes desafios: criar consenso sobre as atividades, desenvolver linguagem comum para resolver problemas da comunidade através de aplicação e de pensamento científico, desenvolver comunicação interorganizacional, a fim de disseminar dados e resultados do processo e ter cooperação para obter conhecimento, e controle sobre a variação no processo de serviços de saúde complexos e interdependentes.

---

<sup>56</sup> CLOSE, op. cit.

<sup>57</sup> KALUZNY, Arnold D. *et alii*. Quality Improvement: Beyond The Institution. **Hospital and Health Services Administration**. Vol. 40, n.1, Spring 1995, p. 172-187.

HADDOCK<sup>58</sup>, professora do departamento de administração de serviços de saúde da University of Alabama, Birmingham, cita, em seu artigo, a necessidade de adequação da gestão de recursos humanos aos princípios da qualidade contínua. A autora cita que há conceitos em comum entre a gestão de RH e a qualidade contínua como: melhoria através de processos organizacionais; uso de processos estruturados para solução de problemas; usos de equipes interdisciplinares; *empowerment* dos empregados e foco no cliente interno e externo. A autora salienta a importância de uma boa gestão de recursos humanos para a implementação da qualidade e ilustra esse aspecto com alguns itens da avaliação da Malcolm Baldrige National Quality Award Examination, que avalia aspectos como: o suporte da administração de recursos humanos à qualidade; o nível de envolvimento do empregado no processo; educação e treinamento do empregado; mensuração do reconhecimento e *performance*; moral e bem estar do empregado.

Um outro ponto evidenciado pela autora foi a necessidade de instrumento de avaliação de *performance* do empregado que não fosse contra o princípio de Deming de eliminar metas individuais para a força de trabalho. Para isso, ela cita o modelo de *feedback* do empregado no qual ele tem retorno da sua *performance* através de um processo de comunicação contínua entre empregados, clientes, fornecedores, supervisores e interessados. O modelo focou as melhorias que podem ser feitas através do conhecimento do cliente, a fim de identificar oportunidades adicionais de melhoria, e o papel do supervisor enquanto líder, instrutor e mentor, capaz de criar um ambiente no qual se estimule o crescimento individual e o trabalho em equipe.

---

<sup>58</sup> HADDOCK, Cynthia Carter *et alii*. The Impact of CQI on Human Resource Management. **Hospital and Health Services Administration**. Vol. 40, n.1, Spring 1995, p. 138-153.

## 5. PAPEL DO GESTOR

MOTTA<sup>59</sup> faz alusão ao regente de uma orquestra para definir dirigente: “*Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante, os músicos têm a liberdade para marcar seu próprio compasso.*” O autor cita algumas características necessárias para que os gestores se adaptem às mudanças atualmente com maior eficiência. Ele salienta que uma função gerencial de alto nível envolve a capacidade de:

- conhecer, desenvolver alternativas e responder às demandas, necessidades e apoios comunitários - público e clientela (estratégia);
- agir segundo etapas de uma ação racional calculada (racionalidade administrativa);
- reativar e reconstruir constantemente a idéia de missão e dos objetivos comuns, conduzindo as pessoas à ação cooperativa desejada (liderança e habilidades interpessoais);
- tomar decisões, interagir com grupos e indivíduos, resolver problemas e conflitos à medida que surgem (processo decisório organizacional).

MOTTA coloca a importância do conhecimento por parte do dirigente, das dimensões formais e previsíveis do processo decisório organizacional, enfocando:

- as formas de divisão e especialização do trabalho, bem como a distribuição do poder e da autoridade para melhor utilizar os recursos disponíveis;

---

<sup>59</sup> MOTTA, Paulo R. **Administração Contemporânea. A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1990.

- a maneira de captar, processar e analisar informações externas e internas para melhor agir na formulação de políticas, estratégias organizacionais e na solução de problemas;
- as alternativas de definição de processos seqüenciais interdependentes que levam ao alcance de resultados, para poder atuar na coordenação e no controle;
- as formas comportamentais humanas - individuais e grupais - que se estabelecem em uma organização de trabalho, para saber que ações gerenciais produzem respostas comportamentais mais adequadas.

O autor acrescenta que o conhecimento da dimensão informal do meio organizacional é também condição para que os dirigentes eficientes possam:

- conhecer os limites humanos e organizacionais da racionalidade administrativa para saber considerá-los na tomada de decisão;
- aprender a avaliar e agir com base em informações ambíguas, imprecisas e pouco analisadas, para melhor enfrentar os riscos e as incertezas inerentes ao planejamento organizacional;
- adquirir grande capacidade de adaptação e antecipação ao não-rotineiro, para manter a coerência da ação organizacional na ocorrência de emergências e de imprevistos;
- desenvolver continuamente habilidades interpessoais para garantir maior eficiência, lealdade e satisfação humana no trabalho, obtendo um melhor equilíbrio no sistema individual de contribuição/retribuição.

A fim de definir a função do administrador, HANDY<sup>60</sup> faz uma analogia à função do clínico-geral. Assim é função do administrador como gerente-geral:

- identificar os sintomas em qualquer situação;
- diagnosticar o mal ou a causa do problema;
- decidir como será atacado - uma estratégia para a saúde;
- dar início ao tratamento.

Portanto, o administrador deve escolher a estratégia para garantir a saúde da empresa, levando-se em consideração três variáveis: pessoas, trabalho e estrutura. Essas variáveis se interatuam (efeito sistêmico da interação). Além disso, todas as três variáveis unidas ocorrem em um ambiente composto por três aspectos: cultura, metas e tecnologia. A fim de garantir o sucesso das mudanças, HANDY defende a importância das seguintes funções para o administrador:

- criar uma consciência da necessidade de mudar (não por meio de discussão, mas pela exposição do fato objetivo);
- selecionar uma pessoa ou um grupo iniciador “apropriado” (refere-se às fontes de poder conforme percepção dos receptores da estratégia);
- estar preparado para permitir que os receptores adaptem a estratégia final (a estratégia adaptada por um indivíduo pode, com mais facilidade, ser chamada por ele de sua própria estratégia. A propriedade equivale à internalização, ou seja, é auto-suficiente);

---

<sup>60</sup> HANDY, Charles B. **Como compreender as organizações**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.



- estar preparado para aceitar uma estratégia que não chegue a ser ótima, visando realizar alguma coisa, ao invés de coisa alguma.

Ainda fazendo analogia ao clínico, o autor conclui:

*“O gerente sábio não ficará sentado em seu consultório, aguardando o início de uma epidemia, mas irá investir num certo grau de medicina preventiva”<sup>61</sup>.*

Segundo ALBRECHT<sup>62</sup>, os altos administradores tipicamente pensam que os administradores dos níveis intermediários:

- ignoram ou resistem passivamente às novas iniciativas provenientes da alta administração;
- não transmitem o espírito ou o significado da filosofia e da orientação da alta administração aos seus subordinados;
- não tomam a iniciativa e não oferecem liderança firme às suas organizações;
- apegam-se a regras e regulamentos na tomada de decisões, em lugar de agir conforme o bom senso e com uma visão geral das coisas;
- estrangulam a iniciativa nos escalões inferiores ao refrear idéias novas e ainda não experimentadas, forçando a obediência às maneiras tradicionais de fazer as coisas.

---

<sup>61</sup> Idem, ibidem, pág. 413.

<sup>62</sup> ALBRECHT, op. cit.

Em seu estudo sobre as competências gerenciais requeridas em ambiente de mudanças, VERGARA e BRANCO<sup>63</sup> citam o ciclo de aprendizado de competência global de RHINESMITH<sup>64</sup>, no qual ele relaciona mentalidade, característica pessoal e competência. Os autores estudam as características que os gestores precisam ter em um ambiente de alta competição, de constantes mudanças e de crescente globalização da economia. Os gerentes, segundo os autores acima citados, teriam que ser pessoas com mentalidade global. RHINESMITH aponta seis maneiras específicas pelas quais as pessoas com mentalidade global abordam o mundo. Tais pessoas:

- investem em uma imagem maior, mais ampla;
- aceitam a vida como um equilíbrio de forças contraditórias que devem ser apreciadas, ponderadas e geridas;
- confiam no processo, e não na estrutura, para lidar com o inesperado;
- dão valor à diversidade e ao trabalho em equipes multiculturais como fórum básico dentro do qual realizam seus objetivos pessoais, profissionais e organizacionais;
- fluem com a mudança como oportunidade e se sentem à vontade com as surpresas e ambigüidades;
- buscam continuamente estar abertas a si mesmas e aos demais, repensando limites, encontrando novos significados e modificando sua direção e conduta.

---

<sup>63</sup> VERGARA, Sylvia Constant e BRANCO, Paulo Durval. **Competências Gerenciais requeridas em ambiente de mudanças**, Rio de Janeiro: Enanpad 19, págs. 61-62.

<sup>64</sup> RHINESMITH, Stephen H. **Guia gerencial para a globalização**. Rio de Janeiro: Berkeley, 1993.

O autor explica como as características pessoais estão associadas às mentalidades, evidenciando como uma influencia a outra e vice-versa:

- conhecimento - precisa ser amplo e profundo, abrangendo aspectos técnicos e do negócio e contribuindo para gerir adequadamente o processo competitivo;
- conceitualização - diz respeito à capacidade conceitual necessária para lidar com a complexidade das organizações atuais. Para isso, os gestores devem ser, simultaneamente, especializados e holísticos na sua maneira de pensar, o que implica harmonizar capacidades dos hemisférios esquerdo e direito do cérebro, em conciliar análise e síntese;
- flexibilidade - refere-se à adaptabilidade necessária para lidar com mudanças rápidas no ambiente, o que permitirá ser capaz de lidar com processos, em vez de regras e procedimentos;
- sensibilidade - é necessária para lidar com as diferenças individuais presentes nas equipes. Para isso, é importante não apenas estar integrado e emocionalmente estável, como também estar aberto para os outros pontos de vista e predisposto a questionar suposições, valores e convicções;
- julgamento - está associado à qualidade de lidar com a incerteza, cada vez mais presente nas decisões gerenciais;
- reflexão - oferece a perspectiva necessária para lidar com as exigências de aprendizado contínuo.

## V. METODOLOGIA

A pesquisa abrangeu dois hospitais gerais e complexos, de grande porte, do município de São Paulo, sendo um pertencente ao setor público e outro ao privado<sup>65</sup>. Apesar das especificidades características decorrentes da natureza distinta dos dois, a opção obedeceu aos seguintes critérios:

- Ambos os hospitais estão passando atualmente por processos de mudança estratégica;
- São hospitais de grande porte, de alta complexidade e de grande relevância no conjunto do atendimento hospitalar em São Paulo;
- São hospitais gerais terciários e quaternários, possibilitando análise da administração nas diferentes áreas e especialidades do campo hospitalar;
- A distinção da natureza dos hospitais (privado, sem fins lucrativos x público, universitário) permite uma análise mais rica de parâmetros relacionados a cada um dos serviços, auxiliando a análise do problema em ambientes diferenciados.

Os hospitais selecionados certamente não são representativos do universo de hospitais de São Paulo e tampouco possibilitam uma generalização direta. No entanto, os dados colhidos e sua análise possibilitaram uma melhor compreensão de algumas especificidades da mudança hospitalar, que, certamente, podem se fazer presentes em outras realidades, enriquecendo a análise conceitual e apontando aspectos de relevância para estudos teóricos, elaboração ou mesmo implementação de programas de mudança hospitalar.

---

<sup>65</sup> Por motivos de discrição e ética, os nomes dos hospitais e dos entrevistados são omitidos nesta publicação (NOTA DO AUTOR).

Quanto à abordagem de investigação, foram utilizados métodos qualitativos. As percepções dos gestores relacionadas com o processo de mudança estratégica e com os fatores impulsionadores e limitadores da mudança foram identificadas através de entrevista estruturada, também denominada entrevista orientada<sup>66</sup>. A utilização da técnica de entrevistas é adequada aos objetivos deste estudo, pois permite que os entrevistados consubstanciem suas representações, sua visão<sup>67</sup>. O que se pretende através das entrevistas é captar não apenas os dados em si, mas também o conhecimento e a percepção dos informantes.

A amostra de entrevistados incluiu 40 gestores, sendo 13 pertencentes ao hospital privado e 27 ao hospital público. A seleção da amostra foi definida e considerou a posição hierárquica dos gestores (cargos de gerência e direção) e a atuação direta nos processos de mudança estratégica. Para o hospital privado, a amostra abrangeu a totalidade dos gestores presentes no primeiro e no segundo nível hierárquico da organização, além de alguns representantes do conselho. Para o hospital público, a amostra incluiu mais de 60% dos gestores em cargos de diretoria técnica, executiva e geral.

O modelo de entrevista utilizado é constante do Anexo I.

Os cargos, áreas, formação profissional e outros dados de identificação dos entrevistados estão descritos no Anexo II.

---

<sup>66</sup> QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. Universidade de São Paulo, s.d.

<sup>67</sup> Idem, *ibidem*, pág. 48.

## VI. RESULTADOS

### 1. HOSPITAL PRIVADO

#### 1.1. Mudanças organizacionais estratégicas

No hospital privado, as principais mudanças estratégicas em curso, apontadas pelos gestores, são:

- *passagem da estrutura funcional para a estrutura matricial, com a implantação das unidades de gestão*: apontada em 62,5% das respostas;
- *mercado como definidor dos preços: negociação em nível de protocolo de atendimento, negociação com as fontes pagadoras e preços compatíveis com o mercado*: apontada em 53,8% das respostas;
- *implantação do programa de qualidade*: apontada em 31,5% das respostas;
- *visão do paciente como o principal cliente*: apontada em 23% das respostas;
- *visão do médico como parceiro do hospital e a busca por maior aderência dos médicos*: apontada em 15% das respostas;
- *modelagem dos processos da instituição, com ênfase na gestão por processos*: apontada em 15% das respostas;
- *ênfase na prevenção da medicina curativa à medicina completa, global e integrada com outros serviços de saúde*: apontado em 15% das respostas;

- *investimento em sistemas integrados hospitalares, a fim de estabelecer uma rede de comunicações para o hospital*: apontada em 15% das respostas.

Fica caracterizada, nesta parte inicial, a amplitude das mudanças em curso e/ou desejadas pela direção do hospital. Outras mudanças estratégicas foram citadas, porém com menor frequência de respostas. Isto demonstra que o hospital quer a mudança, porém é importante verificar:

- o grau de profundidade dessas mudanças;
- a coerência entre as mudanças desejadas;
- a capacidade de se obter sucesso através dessas mudanças.

A mudança não pode ser vista como um ciclo descontínuo, e sim como um processo incorporado na rotina da organização e dela se alimentando. Observou-se, no caso do hospital, uma melhor percepção dos funcionários, bem como a mudança de seus comportamentos e atitudes em relação ao entendimento da mudança como um processo.

Apesar da tendência natural de cada gestor em entender como prioritária aquela mudança que mais afeta a sua área, fica também evidenciado que não há uma percepção homogênea sobre o processo de mudança como um todo e sobre quais são as prioridades estratégicas para a organização. Esta conclusão confirma a pesquisa citada no referencial teórico que mostra que a maior parte dos processos de mudança hospitalar não está vinculada às prioridades estratégicas.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> Ver SHORTELL, op. cit.

A mudança organizacional estratégica mais citada foi a mudança da estrutura, ou seja, a passagem do modelo verticalizado para uma estrutura matricial<sup>69</sup>, composta de unidades de gestão. Aqui temos a idéia de uma estrutura tridimensional, sendo as unidades de gestão um dos seus vértices.

Com a implantação em curso desse novo modelo organizacional, percebeu-se, através das entrevistas, que este novo formato ainda não está muito claro para a direção do hospital e que ainda existem barreiras culturais, resistências psicológicas e questões ainda por definir, principalmente em relação aos novos papéis a serem desempenhados pelos gestores nessa nova estrutura.

Evidencia-se, através das respostas, um processo de aprendizagem através da própria mudança, não existindo um planejamento claro desta, em termos de definição de estratégia e de objetivos a serem alcançados.

A percepção da mudança a partir da ótica do mercado (concorrência/exigência dos clientes) aparece em segundo lugar, tendo, de um lado, a negociação com os médicos, em nível de protocolos de atendimento; do outro, a negociação com as fontes pagadoras do hospital, ou seja, seguradoras, planos de saúde e outros. São dois fatores que compõem a formação dos preços e é necessário torná-los compatíveis com o mercado e com a realidade do hospital.

---

<sup>69</sup> A estrutura funcional tem como principal característica a especialização, através de divisão do trabalho por funções, e a busca de objetivos a longo prazo. A estrutura por projetos tem como principal característica a integração dos profissionais e os objetivos são de curto prazo. A estrutura matricial tenta integrar os dois modelos de estruturas: funcional e por projetos. A estrutura matricial é bidimensional; para isso combina a clássica estrutura vertical (funcional) com outra sobreposta a ela, horizontal (por projetos). Dentre as suas principais vantagens, temos o equilíbrio dos objetivos (a curto e longo prazos), a especialização dos setores funcionais e a integração através dos projetos (NOTA DO AUTOR).



O desafio está em buscar ferramentas para sensibilizar e convencer os médicos a trabalharem com protocolos, documentando seus processos de forma adequada, para que se possa medir os custos por procedimentos. No entanto, existe uma certa resistência dos médicos em trabalhar com protocolos, sendo essa uma barreira importante à implantação da mudança desejada.

Essa questão dos protocolos, ou seja, a busca de padrões determinados de atendimento, lembra o começo do século, quando Frederick Taylor estudava os tempos e movimentos dos operários na linha de produção, estabelecendo modelos-padrão de atuação e impondo regras, passando, assim, a ter maior controle do trabalho dos operários<sup>70</sup>.

As outras mudanças presentes no discurso dos gerentes são a melhoria contínua da qualidade; a visão dos pacientes como os principais clientes do hospital e dos médicos como parceiros. A prática dessas mudanças indica alguns problemas a serem analisados posteriormente nos tópicos específicos sobre processo de informatização e programas de qualidade.

Temos, também, que levar em conta a não-concordância dos gestores com os processos de mudança e mesmo a falta de conhecimento destes sobre como funcionam seus principais processos críticos de atendimento aos clientes. Esses são fatores que se colocam como importantes barreiras para a mudança.

## **1.2. Pressões para a mudança**

Em um segundo momento, procurou-se identificar quais as pressões que, na opinião dos gestores, têm forçado a mudança, a saber:

---

<sup>70</sup> BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

- *a concorrência sinalizada pelo mercado, cada vez mais competitivo, e também a necessidade de se ter a excelência (exigências e importância do cliente):* apontada em 77% das respostas;
- *as companhias seguradoras (inclusive as estrangeiras), impondo cada vez mais seus preços, enquanto fonte pagadora ao hospital:* apontada em 46% das respostas;
- *o entendimento de que o diferencial competitivo está na prestação de serviços, e não mais na tecnologia (equipamentos):* apontada em 30% das respostas;
- *pressão pelo gerenciamento dos custos hospitalares, seu controle e diminuição:* apontada em 23% das respostas.

Para os gestores do hospital, a pressão é clara e decorre, em sua maior parte, da crescente competitividade do mercado e da necessidade de se manter a excelência dos serviços dada a exigência dos clientes do hospital.

As companhias seguradoras estrangeiras devem entrar no mercado com um poderio e força de negociação muito fortes. Em termos de futuro, os gestores percebem as seguradoras transferindo o risco do negócio para o hospital, ou seja, o hospital passa a ter limites na fixação de seus preços.

Há uma percepção de que o hospital - hoje líder no posicionamento da questão tecnológica - está perdendo esse forte diferencial, devido à maior acessibilidade às tecnologias, por parte de outros hospitais, através de melhores condições de financiamento e maior fluxo de informações, entre outros. O diferencial passa a ser, então, a prestação de serviços, o valor fornecido ao cliente.

De forma geral, os profissionais têm a percepção da importância da satisfação do cliente, apesar de erros cometidos, como o caso, citado em alguns depoimentos, do estacionamento e o elevador, apontados como as principais fontes de reclamações na avaliação dos clientes. Esses fatos acabam por contrariar os momentos da verdade<sup>71</sup>. É claro que o elevador e o estacionamento não são itens relevantes, mas são valores percebidos pelos clientes.

Outro paradoxo ocorre no âmbito dos discursos dos gestores. Estes consideram o hospital como sendo de referência, ou seja, seus parâmetros não têm comparação no país. A questão que surge é: por que então o medo da concorrência de outros hospitais?

### **1.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança**

#### **1.3.a. Comunicação e interação**

A pesquisa mostrou que, para o hospital privado, mais de 70% dos entrevistados consideram que o processo de comunicação não é bom e que a interação entre as áreas é feita de forma precária. A informática, enquanto instrumento, acaba sendo subutilizada no processo de comunicação.

Constatou-se também que as experiências não são compartilhadas entre as áreas, o que prejudica a interdisciplinariedade e demonstra também a falta de comunicação e interação.

---

<sup>71</sup> NORMANN (1984, ed. bras., 1993) criou a expressão *momentos da verdade*, para simbolizar o momento de contato entre o fornecedor do serviço e o cliente. A percepção do cliente a respeito do serviço é formada em cada momento em que o cliente entra em contato com qualquer aspecto da empresa fornecedora de serviços. Vide NORMANN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

Os problemas de comunicação e de interação prejudicam a sinergia entre as áreas. Em áreas contíguas ou que fazem interfaces processuais, o problema acaba sendo minimizado, em parte, pelos contatos informais, mas torna-se maior onde os contatos são menos freqüentes.

Como esforço de solução futura para tais dificuldades, os gestores acreditam que a elaboração do manual corporativo, sua divulgação e a implantação da Intranet sejam os principais instrumentos na melhoria da comunicação e interação entre as áreas.

Outros dois problemas no processo de comunicação e interação foram encontrados:

- a) o discurso e a prática: o discurso, em muitos casos, não corresponde ao encontrado nas práticas diárias dos gestores. O discurso é de transparência e participação; a prática é da inacessibilidade às informações e do conhecimento das decisões via memorando;
- b) problemas de comunicação entre os níveis estratégico e tático: muitos conceitos não estão claros e há também falta de definição das diretrizes de atuação. O exemplo da nova estrutura matricial demonstra, por exemplo, que o papel do gestor de negócio ainda não está definido, conforme demonstrado anteriormente.

### 1.3.b. Conflitos

No hospital privado, a diversidade de objetivos e percepções do processo de mudança entre os entrevistados é um grande indicador do conflito de interesses, pois não constatamos uma homogeneidade de respostas e conceitos sobre as mudanças, bem como para onde elas devem caminhar.

Existe, tanto por parte da área administrativa como da área técnica, o medo da mudança e da perda de poder. As práticas e as rotinas cristalizaram uma divisão de poder e *status* e cada área cuida de manter seu espaço, seu território, e não avançar no território alheio, não havendo, portanto, integração. Há também o antigo conceito de que as funções das áreas administrativas são apenas burocráticas e de rotina, não merecendo estas a importância necessária. As dificuldades de treinamento e inovação na área administrativa demonstram essa hipótese.

O corporativismo, segundo depoimentos dos gestores, coloca-se como um entrave para o processo de mudança. A desconfiança, os interesses específicos profissionais, como também de poder, prejudicam a transparência das relações profissionais e acabam por obscurecer os objetivos maiores do setor e dos processos que buscam a qualidade.

Um dos conflitos externos que aparece com maior nitidez é a sistemática de funcionamento do corpo clínico, que dificulta o relacionamento com as fontes pagadoras, pois não há regras e os contratos tornam-se difíceis de serem elaborados.

Outro conflito apontado pelos gestores decorre da mudança de estrutura. Embora a nova estrutura busque uma atuação matricial e a descentralização a partir da formação de unidades de gestão, tal modelo ainda não está implementado e a prática encontrada ainda é funcional e hierarquizada.

Outra fonte de conflitos decorre da preocupação muito forte por parte da alta administração com custos e a ênfase em projetos que impliquem retorno financeiro visível. Para as áreas de apoio, fica difícil mostrar, com exatidão, a taxa interna de retorno ou o benefício quantitativo do investimento, o que não acontece para as áreas fins, onde é mais fácil essa visão de retorno pois os resultados são mais tangíveis.

Os conflitos entre as áreas de apoio e as áreas fins são encontrados de forma significativa, muitos deles dissimulados através de pequenos enganos, erros de rotinas ou mesmo conflitos interpessoais. Isso demonstra a falta de materialização do conceito de cliente interno<sup>72</sup>. O conceito de cliente interno, apesar de presente no âmbito do discurso, ainda é pouco efetivado na prática, o que confirma o argumento de ALBRECHT, apontado no referencial teórico.

Os conflitos entre as corporações ficam hibernando, ou seja, afloram apenas em momentos de crise. O efeito negativo dessa situação está na cultura de que cada um fica no seu “pedaço” (espaço geográfico associado a interesses profissionais e pessoais) e não “mexe” com o vizinho. Com isso, a sinergia se exaure. Um dos entrevistados expressou esse momento em uma frase: “*Confunda-se com a vegetação*”.

### 1.3.c. Impacto das relações de poder

Os impactos das relações de poder no processo de mudança, apontados pelos gestores, foram os seguintes:

- a progressiva implantação das unidades de gestão e a conseqüente descentralização do processo decisório são vistas pelos gestores como perda de parte do seu poder;
- a percepção de que o médico está cada vez mais dependente do hospital e da fonte que o paga, devido a questões de uso de tecnologias e recursos financeiros;
- as negociações com as fontes pagadoras (seguradoras) estão cada vez mais apertadas e o hospital tenta se adaptar;

---

<sup>72</sup> ALBRECHT, op. cit.

- o grau de adesão do médico depende dos benefícios que ele vai ter no relacionamento com o hospital;
- nem todos da alta direção, mesmo que envolvidos, têm o comprometimento que deveriam ter. Dois entrevistados chegaram a citar a história do café da manhã inglês: “*Ovos e bacon: a galinha está envolvida, mas é o porco que se compromete*”.

#### 1.3.d. Impacto da cultura e das políticas internas

Os impactos da cultura e das políticas internas no processo de mudança, citados pelos entrevistados, foram os seguintes:

- a indefinição das diretrizes e das normas de atuação, o que dificulta o entendimento e a formalização dos procedimentos internos, não levando ao seu aperfeiçoamento;
- a convivência de várias formas de administração dentro da mesma organização, sendo cada uma completamente diferente da outra;
- a complexidade em lidar com redução de custos em medicina: existe um subjetivismo com as práticas, com o qual é muito difícil lidar em termos de regras organizacionais. Fatores que justificam esse subjetivismo são também citados:
  - a) o caráter artesanal das práticas médicas;
  - b) o problema da não-formação administrativa do médico;

- c) a impossibilidade de se impor um sistema de custos que mude a cultura médica;
- o não-envolvimento dos médicos no contexto do hospital, pois não se consideram funcionários ou mesmo parte integrante deste;
  - o não-interesse em dividir (e/ou compartilhar) autoridade e responsabilidade por medos e receios e também devido ao corporativismo.

Apesar de não ter sido citada de forma significativa pelos entrevistados, alguns depoimentos apontaram a “cultura da urgência” como um possível obstáculo ao processo de mudanças em instituições de saúde. O impacto da “cultura da urgência” pode ser ilustrado a partir do seguinte depoimento de um dos gestores entrevistados:

*“O hospital tende a se contaminar por uma característica da assistência, que é a cultura da urgência. Quem é o herói do hospital: é o cara do Pronto-socorro, na UTI e que toma medidas dramáticas e salva a vida do paciente que chega. Esse é o herói institucional. Então todo o modelo tende a copiar esse comportamento. Gerencia-se por crises e isto acontece ou se deixa acontecer porque é da cultura. Cria-se um caráter de urgência e geram-se enormes crises por fatos que poderiam ter sido resolvidos de uma maneira mais programada ou mais planejada. Quando o processo de tomada de decisão ocorre em um clima de urgência, muitas vezes desnecessária, a sua chance de errar é muito grande. O médico da UTI é treinado para tratar com situações críticas. Mas, se na administração, o mesmo é feito e sem a mesma urgência, a chance de tomada de decisão inadequada é maior.”<sup>73</sup>*

---

<sup>73</sup> Transcrição literal de parte do depoimento de um dos gestores entrevistados no hospital privado



Os impactos apontados pelos entrevistados, relacionados com a cultura e políticas internas, comprovam a hipótese de que as especificidades da área hospitalar tornam o hospital mais refratário às mudanças.<sup>74</sup> A complexidade das ações, o não-envolvimento do médico, o corporativismo, o tratar com a vida humana aparecem como obstáculos aos processos de mudança.

### 1.3.e. Fatores externos impulsionadores da mudança

Como fatores externos que impulsionam as mudanças, foram citados o mercado (40% das respostas), através da concorrência (inclusive a internacional) e das exigências cada vez maiores dos clientes.

A aproximação com os centros de excelência do Exterior também é um impulsionador da mudança, através da absorção de novas técnicas e conhecimentos e maior envolvimento dos profissionais.

Como terceiro fator impulsionador, é apontada a participação dos profissionais em congressos no Exterior e o conhecimento de outras realidades. Tudo isso traz novas idéias que interferem no ambiente interno do hospital.

Outros fatores impulsionadores estão relacionados com a pressão da sociedade como um todo na busca do desenvolvimento, questão já tratada no item 1.2.

---

<sup>74</sup> Uma das hipóteses relatadas no projeto que originou esta pesquisa (H1) é: “Com relação à natureza das instituições hospitalares, as características inerentes a elas como o cuidado com a vida, a dificuldade de padronização dos procedimentos e a multidisciplinariedade apresentam-se como os principais obstáculos ao processo de mudança nesse tipo de organização.” (Extraído do projeto de pesquisa: “Mudança em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador Hospitalar”, pág. 4).

### 1.3.f. Fatores externos limitadores da mudança

Como fatores externos que limitam a mudança, foram citados:

- a tradição e a história do hospital: por exemplo: o hospital tem 26 anos de existência e, até o momento, teve somente três presidentes;
- o fato de pertencer a uma sociedade beneficente e, portanto, não ter proprietário: nesse ponto, a instituição apresenta algumas semelhanças com a administração pública no que se refere à demora no encaminhamento das soluções, o que faz com que as mudanças aconteçam lentamente;
- o questionamento: “*para que mudar, se tudo está indo bem?*” O sucesso aqui se apresenta como fator inibidor da mudança e pode ser ilustrado a partir do famoso jargão popular citado por vários gestores: “*Por que mexer em time que está ganhando?*”

A não-existência de um referencial para comparação, aqui no Brasil, que estimule a mudança, e o fato de que, por ser referência no setor hospitalar, não sofre pressões externas são também apresentados como fatores limitadores externos da mudança.

## 1.4. Processo de informatização

### 1.4.a. Conceitos

A seguir, citamos alguns conceitos de informática emitidos pelos entrevistados:

*“Informática como ferramenta para o desenvolvimento de protocolos médicos.”*

*“A informática como ferramenta para avaliar os resultados que estão sendo obtidos.”*

*“Se não estiver no papel, a informática não vai resolver.”*

*“A informação nasce na caneta do médico e é daí que o hospital deveria começar o trabalho.”*

*“Informatização é a coletânea de dados médicos, administrativos e financeiros. É a disponibilização de todos esses dados como forma de informação consistente para administração hospitalar.”*

*“Disponibilização de informações corporativas para o acesso de qualquer setor. Cada setor teria sua página de abertura com suas informações [referia-se à Intranet].”*

*“Informatização é ter programas onde você entra na tela e toma decisões.”*

*“Um sistema de feedback a respeito das decisões que são tomadas (prescrição), e não apenas no registro de informações passadas.”*

*“A informatização como fator de redução de custos e erros.”*

*“A informatização é suporte à decisão do médico e dos profissionais que tomam decisões a respeito do paciente.”*

Nos conceitos citados, ficam evidenciadas as diferentes percepções do que é informática no hospital. Esses conceitos também demonstram a contradição vivida pela informatização: por um lado, as informações devem estar disponibilizadas por quem pratica as ações, realidade não muito freqüente nos hospitais; por outro, aquele que gera a informação, muitas vezes, não a materializa corretamente<sup>75</sup>, como por exemplo, através do preenchimento de guias, pedidos de materiais, prontuários e outros.

#### 1.4.b. Avaliação da situação atual

Quando questionados sobre a situação atual do processo de informatização no hospital, os gestores responderam que:

- *a informática contribuiu muito pouco para a modernização*: apontado por 38% dos entrevistados;
- *não é bem utilizada*: apontado por 23% dos entrevistados;
- *tem hardware, mas falta software*: apontado por 23% dos entrevistados;
- *o nível de informatização é bom do ponto de vista administrativo, mas ruim do ponto de vista de decisão médica*: apontado por 23% dos entrevistados;
- *70% encontra-se informatizado, mas apenas 10% de integração*: apontado por 15% dos entrevistados.

---

<sup>75</sup> Duas opiniões de entrevistados demonstram isto:

“O médico não assume o que faz.”

“Os médicos têm egos muito grandes, são semideuses e não adianta impor a eles as regras administrativas.”

De uma forma geral, ficou evidenciado, pelos gestores, uma certa frustração, quando comparado o potencial instrumental da informatização com sua efetiva utilização na prática.

#### 1.4.c. Fatores limitadores do processo de informatização

Foram fatores limitadores ao processo de informatização hospitalar, segundo os gestores:

- *informatização como suporte à decisão do médico e dos profissionais que tomam decisões a respeito do paciente. Toda a informação nasce do lado administrativo e não assistencial. A área assistencial é pouco informatizada: apontado por 38% dos entrevistados;*
- *formação deficiente do pessoal assistencial em lidar com informática: apontado por 38% dos entrevistados;*
- *complexidade da área médico-hospitalar, o que dificulta a informatização: apontado por 30% dos entrevistados;*
- *falta de comunicação entre o usuário e o analista (conhecimentos e habilidades diferentes): apontado por 30% dos entrevistados;*
- *falta de integração entre os sistemas e/ou áreas informatizadas: apontado por 23% dos entrevistados;*
- *o hospital deveria primeiro normatizar, desenhar os processos e descrever os procedimentos; depois, informatizar: apontado por 23% dos entrevistados;*

- *resistência em não “alimentar” os diversos sistemas, seja porque os outros serão beneficiados ou pela manutenção do status quo:* apontado por 23% dos entrevistados;
- *os gerenciadores das informações não sabem o que querem do processo:* apontado por 15% dos entrevistados.

#### 1.4.d. Fatores impulsionadores do processo de informatização

As respostas referentes aos fatores impulsionadores do processo de informatização, em sua grande maioria, ressaltaram as vantagens que a informatização oferece aos usuários como:

- respostas rápidas;
- maior interação;
- acesso aos resultados;
- facilidades;
- indispensabilidade técnica;
- fator de redução de custo e de erros.

As diferentes percepções acerca da caracterização do que é informatização hospitalar, bem como as necessidades concretas das mais variadas áreas funcionais, colocam-se como o grande fator limitador do avanço da informatização.

O corporativismo e os seus mais variados interesses grupais sectarizam o hospital, dificultam o compartilhamento de experiências concretas e dificultam a integração, que pode ser obtida através da informatização.

Existem pelo menos quatro conceitos sobre o que é informatização de um hospital, a saber:

1. informatização dos dados sobre o paciente e o andamento deste nas unidades do hospital;
2. informatização das informações (dados com conhecimento) e dados das diversas áreas administrativas, financeiras, de produção e guarda de materiais, com a finalidade gerencial;
3. informatização dos procedimentos médicos e de apoio diagnóstico nas condutas médicas;
4. informatização para as pesquisas médicas.

Além desses conceitos de informatização e suas variações, existe também a informatização de acordo com as necessidades do usuário para problemas pontuais e/ou estratégias de conjunturas. Estes universos conceituais e necessidades usuais são geradores de dificuldades quanto à implantação adequada do processo. Além, é claro, do clássico problema de relacionamento do usuário com o analista, que pode ocorrer por dois fatores principais: de um lado, o usuário não sabe o que quer, não sabe pedir; do outro, o analista não entende da área a ser informatizada, o que gera mais dificuldades.

## 1.5. Programa de qualidade

### 1.5.a. Conceito

Apesar do questionamento ter se referido ao conceito dos “programas de qualidade”, muitos acabaram por enfatizar o conceito do que é qualidade. Eis alguns conceitos de qualidade e de “programas de qualidade” emitidos pelos entrevistados:

- *“São programas orientados para aquilo que agrega valor aos olhos do paciente e aos olhos dos profissionais que prestam os serviços.”*
- *“Qualidade, conceito associado ao paciente grave, maior utilização dos recursos, maior retorno.”*
- *“Atributo de valor que te permite estabelecer, hierarquizar e avaliar positiva e negativamente.”*
- *“Qualidade é foco em quem recebe valor. Se a pessoa percebeu que recebeu valor, então tem qualidade.”*
- *“Temos qualidade do ponto de vista do paciente, do médico e do administrador.”*
- *“Sair do achismo para achometria, falar a mesma língua.”*
- *“O hospital deve concentrar-se naquelas atividades em que tem experts.”*
- *“Qualidade é satisfação do usuário a um preço acessível.”*



### 1.5.b. Avaliação da situação atual

Quando questionados sobre a situação atual dos programas de qualidade no hospital, os gestores responderam que:

- *o programa de qualidade vem perdendo a credibilidade e não tem continuidade*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *falta definição da postura por parte da administração*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *faltam ações efetivas*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *os registros médicos estão mal documentados*: apontado por 7,5% dos entrevistados.

### 1.5.c. Fatores limitadores dos programas de qualidade

Os fatores limitadores dos programas de qualidade, segundo os gestores, são:

- *o fato de o corpo clínico ser aberto, levando a um menor envolvimento dos médicos*: apontado por 46% dos entrevistados;
- *falta de compromisso da alta direção*: “... tudo fica muito em nível de discurso...”: apontado por 15% dos entrevistados;
- *falta de qualificação, falta de treinamento*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *falta de informações e comunicação sobre o hospital; pouca prática do “endomarketing”*: apontado por 15% dos entrevistados;

- *falta de aderência e de integração entre as pessoas*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *cultura das profissões e o corporativismo*: apontado por 8% dos entrevistados.

O fato que chama a atenção é a citação, por parte de quase 50% dos gestores, do corpo clínico como um obstáculo aos programas de qualidade. Mesmo sabendo que o corpo clínico é um fator estratégico na diferenciação dos serviços prestados na área hospitalar.

#### 1.5.d. Fatores impulsionadores dos programas de qualidade

Os fatores impulsionadores dos programas de qualidade, na opinião dos gestores, são:

- *o envolvimento e o comprometimento das pessoas com o hospital*: apontado por 23% dos entrevistados;
- *necessidade de conhecimento profissional e satisfação das pessoas*: apontado por 23% dos entrevistados;
- *transparência da administração e clima favorável*: apontado por 15% dos entrevistados;
- *renovação de quadros*: apontado por 7,5% dos entrevistados.

## **1.6. Papel do gestor**

### **1.6.a. Processo de participação e negociação**

No âmbito do discurso, todos os gestores colocaram que existe uma participação ativa de seus colaboradores nos processos internos. A negociação é tida como uma prática utilizada para boa parte dos entrevistados.

Como fator limitador da negociação, o corporativismo é apontado, principalmente o dos médicos e enfermeiras, apesar de também ser citado para outras profissões como técnicos de Raio-X.

Paradoxalmente, foi apontado o não-interesse da instituição pelos projetos de recursos humanos, que entendemos como fundamentais na viabilização dos processos de negociação e participação, na medida em que geralmente reforçam o elo do funcionário com a instituição.

Como técnica de participação e/ou negociação, quando da introdução de mudanças, foi citada a metodologia de se fazer uma apresentação de idéias e debates em um auditório cheio, ou seja, para todos. Em um segundo momento, passa-se a idéia para grupos menores, mais diretamente envolvidos com a mudança.

Um dos objetivos do hospital é fazer com que os médicos se organizem na forma de uma ou várias cooperativas ou empresas, para que possam, com o hospital, negociar preço com as seguradoras ou demais fontes pagadoras.

### 1.6.b. Função gerencial de planejamento

Mais de 70% dos entrevistados argumentaram que não existe planejamento das atividades do hospital. Os demais acreditam que existe um planejamento formal por metas, projetos ou por discussões semanais com o superintendente ou subordinados.

Algumas citações podem ilustrar essa realidade:

*“... não há prioridades definidas, tudo é prioritário”;*

*“... a gerência fica no stand by, aguardando para ver o que acontece e cuida do dia-a-dia. É um bombeiro”;*

*“... falta conhecimento para se fazer um planejamento estratégico”;*

*“... a maioria das áreas não está planejando”;*

*“... o planejamento central e das áreas não interagem de forma clara”;*

*“É o profissional do Pronto-socorro, da UTI... que toma medidas dramáticas e que salva a vida do paciente que chega. Esse é o herói institucional. Então todo o modelo tende a copiar esse comportamento, dentre eles o do não-planejamento.”*

### 1.6.c. Função gerencial de coordenação

Foram citadas, pelos entrevistados, como formas utilizadas de coordenação, a saber:

- troca de experiências entre os profissionais;

- contatos individuais e em grupo nos quais estratégias, diretrizes e objetivos são definidos;
- explicitação clara do papel de cada subordinado no processo;
- coordenação do processo basicamente por diálogo, negociação e treinamento.

Os gestores confundiram muito a função de coordenação com a função gerencial de comando<sup>76</sup>. O convencimento de colaboradores, a disseminação de segurança para o grupo, a política de recursos humanos, o investimento em educação e treinamento e o desenvolvimento de programação de palestras são atividades muito mais ligadas à função de comando (direção) do que à de coordenação.

#### 1.6.d. Função gerencial de controle

A técnica mais utilizada de controle das gerências foi o controle por resultados. Os gestores se utilizam desse controle para acompanhar preponderantemente os resultados obtidos pelos funcionários e equipes. Não ficou evidenciada nenhuma forma rígida de controle por parte dos gestores.

A responsabilização dos funcionários foi indicada como uma forma de controle dos profissionais. Esta técnica está presente no processo de *empowerment* (empoderar) dos funcionários<sup>77</sup>.

A ausência de controle do processo, bem como o desconhecimento de técnicas de controle mais elaboradas, através, por exemplo, do uso da computação, foram demonstradas pelos entrevistados.

---

<sup>76</sup> Coordenar é ligar, unir, harmonizar processos e ações. Comandar é decidir, determinar o que vai ser feito. Como, onde, quando, com que, para que e com quem são questões de comando (NOTA DO AUTOR).

<sup>77</sup> *Empowerment* é delegar, descentralizar, responsabilizar e energizar positivamente o funcionário. Ver TRACY, Diane. **Os Dez Passos para o Empowerment**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

Dentre os entrevistados, metade desconhece o conceito de administração por objetivos, não trabalha com estipulação de metas em seu setor e tampouco utiliza indicadores objetivos de produção e produtividade.

Apenas 15% dos gestores citaram a utilização de relatórios, auditorias, indicadores (produtividade, produção), pesquisa com o cliente interno e externo, como instrumentos da função de controle, sendo essas técnicas ignoradas pelos demais.

#### 1.6.e. Função gerencial de sensibilização

Foram apontadas, pelos entrevistados, algumas técnicas de sensibilização para o envolvimento dos funcionários com o hospital, a saber:

- a eleição do líder pela equipe;
- o aproveitamento do pessoal interno para os cargos de chefia;
- o conhecimento prévio das expectativas do hospital;
- a ênfase ao *marketing* de relacionamento;
- o bom exemplo aos funcionários, através de suas atitudes e comportamento no trabalho;
- a preocupação em mostrar o valor de cada pessoa no contexto e a importância de sua contribuição, o que gera respeito e faz com que as pessoas se percebam diferentes;
- o desenvolvimento de projetos que exijam participação multidisciplinar e trabalho em equipe;

- a disponibilidade de conhecimento para os grupos médicos.

Com essas indicações, pelo menos em nível de discurso, os caminhos adotados para a sensibilização estão corretos. Poderíamos citar, como reforço a essas citadas, as técnicas do *empowerment*. Sabemos também que o envolvimento está muito ligado à natureza e aos atributos da função exercida pelo funcionário, ou seja, o envolvimento está ligado à motivação (que é intrínseca ao indivíduo) para o exercício da função. Nesse sentido, o trabalho deverá fazer sentido e trazer prazer para quem o exerce<sup>78</sup>.

### **1.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC)**

Entre os 13 entrevistados, 10 enaltecem a importância do SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente) para o processo de mudança. Eis algumas citações dos entrevistados:

*“... a voz do cliente...”;*

*“... o direito do cliente....”;*

*“... o canal de comunicação...”;*

*“... a principal ferramenta para alavancar o melhoria do seu negócio”.*

Algumas colocações criticaram não o SAC, mas a sua não-utilização como alimentador do processo, tais como:

*“ Ele passa um pouquinho longe dos pontos de decisão.”*

---

<sup>78</sup> SIEVERS, Burkard. Além do Sucedâneo da Motivação. In: BERGAMINI, Cecília e CODA, Roberto (orgs.) **Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1997.

*“Deveria atender também às expectativas do cliente interno.”*

Três gestores apontaram as deficiências do SAC, relativizando sua importância e apontando para a necessidade de seu aperfeiçoamento:

*“Não retrata a realidade como um todo.”*

*“Não é suficiente pois não expõe o hospital como deveria.”*

### **1.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias**

Ficou evidenciado pelas respostas (100%) que os gestores deveriam ter especialização (pós-graduação) em administração hospitalar.

Outro dado observado é que existe uma tendência clara nas respostas em se valorizar a especialização funcional, ou seja, para cada setor, o profissional deveria ser primeiro um especialista na área de atuação para, em um segundo momento, buscar a formação em administração hospitalar.

Os entrevistados (15%) apontaram a insuficiência da especialização em administração hospitalar como complemento para profissionais não-administradores, demonstrando preferência pelo profissional de mercado, em áreas como finanças e *marketing*.

As respostas apontam as seguintes habilidades necessárias ao gestor hospitalar:

- visão estratégica;
- relações humanas;



- habilidades generalistas;
- negociação;
- flexibilidade;
- saber ouvir;
- ser um facilitador;
- visão de negócio;
- conhecimento de *marketing*;
- conhecimento de custos.

Pelas habilidades citadas acima, fica reforçada a formação em administração, vista no item anterior, conflitando, em parte, com a necessidade da especialização, apontada na formação do gestor. De acordo com os depoimentos, as habilidades enfatizadas pelo gestor são muito mais de relacionamento humano e de atuação estratégica e generalista do que de conhecimento técnico e especializado. A formação em administração reforça o lado da estratégia, do planejamento e das relações humanas, apesar de que estas habilidades também podem ser apreendidas no cotidiano pelo próprio profissional especializado.

### **1.9. Preparo do gestor para a mudança**

Dos 13 entrevistados, 5 responderam que os gestores não estavam preparados para a mudança e um sexto assinalou que os gestores deveriam ter experiências gerenciais externas ao hospital.

Acreditamos que o despreparo dos gestores, ainda que apontado de forma parcial (50%), coloca-se como um fator importante, quanto ao processo de mudança organizacional, pelas dificuldades que gera quando da implantação do processo, principalmente quando consideramos que os gestores são os principais orientadores e multiplicadores da mudança.

Com base no referencial teórico e na avaliação da literatura consultada, acreditamos que esse despreparo dos gerentes apresenta insuficiências ainda maiores (vide Jair Moggi, op. cit.), principalmente nas dimensões do *querer*, *sentir* e *agir*, quando do planejamento e implantação da mudança.

## 2. HOSPITAL PÚBLICO

Dado o tamanho da instituição e sua complexidade, não podemos falar em uma organização única, e sim em várias instituições e clínicas. Trata-se de um complexo hospitalar.

Juridicamente, trata-se de uma autarquia<sup>79</sup>, figura da administração estatal, da qual recebe aporte financeiro, com o apoio de duas fundações<sup>80</sup> de direito privado, sem vínculo direto com a administração estatal (pública), que também financiam suas atividades. Este desenho jurídico torna mais complexa a instituição analisada<sup>81</sup> e tem uma interferência muito grande em algumas das variáveis analisadas nesta pesquisa.

---

<sup>79</sup> Autarquia: ente autônomo, com função típica de Estado; executa serviços públicos; de direito público; não age por delegação, age por direito próprio.

<sup>80</sup> Fundação: ente de cooperação, em atenção e um fim que lhe dá unidade; de direito privado; destinado a realizar atividades de interesse público.

<sup>81</sup> Temos a organização virtual, que seria a tentativa de compatibilizar os dois modelos anteriores, o que consome parte do tempo e energia de alguns dos diretores.

## 2.1. Mudanças organizacionais estratégicas

No hospital público, as principais mudanças estratégicas em curso, apontadas pelos gestores, são:

- *os programas de qualidade em curso na instituição*: citados em mais de 37% das respostas dos entrevistados. Aqui incluem-se não só os programas, como também qualquer iniciativa institucional na busca da qualidade;
- *a mudança de direção de uma das instituições que compõe o complexo*: segunda questão mais apontada, com 15% das respostas. Isso demonstra ainda que a expectativa de mudança está associada à troca de pessoas, e não a um complexo de variáveis comportamentais, valores, crenças (cultura organizacional) como também de processos, tecnologia, desempenho e outros que envolvem toda a instituição, como apontado na introdução deste trabalho;
- *a busca de pontos de convergência entre a missão de ensino (trata-se de um hospital-escola) e a missão de assistência*: citada por 15% dos entrevistados. Essa é uma questão estratégica para o avanço da instituição, ou seja, a missão claramente definida para os todos os participantes da organização<sup>82</sup>;
- *a descentralização do complexo através da montagem de sistemas em redes descentralizadas*: citada por 11% dos entrevistados;
- *as mudanças de comportamentos observadas mostram que as necessidades e o querer mudar estão presentes nas ações dos dirigentes e funcionários*: citadas por 11% dos entrevistados.

---

<sup>82</sup> Ver ALBRECHT, no referencial teórico.

Como no hospital privado, aqui temos também uma amplitude muito grande de processos de mudanças. Em torno de 25 estratégias diferentes detectadas em um universo de 27 entrevistados.

O discurso da mudança demonstrou uma certa fragilidade das propostas, ora jogando a mudança para o futuro, ora esperando que a mudança virá com o novo diretor, ora baseada em fatos totalmente desconexos, enfim, uma série de justificativas com pouca argumentação baseada em fatos e dados concretos, sem nenhuma visão estratégica.

Também fica caracterizado que o hospital, apesar de seu dinamismo, da existência de algumas áreas de excelência e do “querer mudar” por parte de alguns profissionais, não está imune aos valores e crenças cristalizados da não-mudança presentes no serviço público.

## **2.2. Pressões para a mudança**

Em um segundo momento, procurou-se identificar quais as pressões que, na opinião dos gestores, têm forçado a mudança, a saber:

- *o mercado e a competição com outros hospitais na venda de serviços e a perda de profissionais em busca de melhores condições de trabalho em outras instituições*: causas apontadas por 30% dos entrevistados;
- *a escassez cada vez maior de recursos (cortes no orçamento por parte do governo) com uma demanda maior de serviços por parte da população*: causas apontadas por 18% dos entrevistados;

- *as pressões advindas por melhores serviços (qualidade) por parte da população que passou a ser mais exigente: a incorporação das classes médias na demanda por serviços de saúde, via SUS, aumentou o grau de exigência: opinião de 15% dos entrevistados;*
- *outros fatores relacionados com a busca de excelência (melhoria de qualidade), a maior valorização profissional e com esforços pessoais dos profissionais: citados em 7,5% das respostas, cada um;*
- *a administração mais profissional do hospital; entenda-se dirigentes com formação gerencial: opinião de 7,5% dos entrevistados.*

Como no hospital privado, mas em um grau menor, o mercado, a competição e exigência da clientela aparecem como fatores que pressionam a mudança. Apesar de ser público, este hospital complementa seu orçamento com recursos advindos da prestação de serviços.

A perda de profissionais demonstra uma tradição do setor público de ser “treinador” de mão-de-obra para o setor privado, ou seja, os recém-formados, após período de experiência, acabam saindo para assumir funções do setor privado que, muitas vezes, oferecem melhores condições de trabalho. Isso também se aplica para o pessoal de nível médio, na medida em que adquirem as habilidades necessárias ao desempenho da função.

## 2.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança

### 2.3.a. Comunicação e interação

A pesquisa mostrou que, para o complexo hospitalar público, mais de 60% dos entrevistados consideram que o processo de comunicação é ruim e 25% indicam que a interação entre as áreas é precária.

Eis algumas colocações feitas pelos entrevistados que são importantes para reflexão:

*“A busca de autonomia não tem nada a ver com auto-suficiência.”*

*“Necessidade de uma unicidade de linguagem para favorecer a integração.”*

*“Os feudos e a compartimentalização das áreas dificultam a integração e a comunicação. As áreas estão muito fechadas em si mesmas.”*

Mais de 10% das respostas afirmaram inexistir sinergia em suas áreas e no hospital, demonstrada através de afirmações como:

*“O hospital não se sente parte do governo, não temos a existência da sinergia com a política governamental.”*

*“Os fóruns [comissões, grupos técnicos] aumentam a sinergia e evitam o conflito.”*

O hospital é muito segmentado, a formação de guetos é fisicamente evidenciada, através do próprio *layout* do complexo. Isso dificulta em muito o processo de comunicação e integração. No hospital privado, os problemas de comunicação e interação também são um fato concreto. Esse é um problema comum aos dois hospitais, merecendo, portanto, uma atenção maior por parte dos gestores hospitalares, através de um trabalho mais concreto e profundo.

Acreditamos, como proposta de atuação para as gerências, em um trabalho maior com os profissionais, através de treinamento (mudança de comportamento e atitudes), sensibilização, reciclagem profissional e acesso facilitado às tecnologias de informação, no sentido de minimizar esse problema.

### 2.3.b. Conflitos

A causa do maior número de conflitos, apontada por 30% dos entrevistados, é a de que o corpo clínico não faz questão de se identificar com as outras áreas do hospital. O médico ainda se vê como um profissional liberal dentro do hospital. E a hegemonia profissional médica no hospital reforça esta situação.

Segundo o paradigma estruturalista de administração<sup>83</sup>, existem alguns dilemas inevitáveis na organização que devem ser trabalhados. Muitas vezes, o médico não se sente membro da equipe de saúde, dada a sua formação de profissional liberal, e a equipe necessita do trabalho interdisciplinar e, em muitos casos, a hegemonia médica se torna um obstáculo. Este é um dilema que tem que ser trabalhado pela gerência.

Duas posições antagônicas dos entrevistados:

---

<sup>83</sup> MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria Geral de Administração**. 12ª ed., São Paulo: Pioneira, 1985. O dilema entre o funcionário técnico e o administrativo. O primeiro, um especialista na técnica; o segundo, um especialista nas regras da instituição. Nem sempre as duas estão em acordo.

*“O médico é indisciplinado. Falta-lhe conhecimento das normas, regras e sistemas administrativos.”*

versus

*“A administração torna-se burocrática, engessa os procedimentos, limita as ações dos profissionais.”*

Este é um outro dilema inevitável que deve ser gerenciado, pois faz parte do dia-a-dia das organizações. Posições conflitantes na mesma instituição demonstram a separação da área técnica da administrativa.

A visão segmentada do hospital é explicitada em dois depoimentos referentes à área de informática, a saber:

*“O setor de informática é bom, mas não está voltado para os médicos.”*

*“A equipe de informática tem vocação para a área médica, e não para a área administrativa.”*

Há também aqueles que acham que não existem conflitos e argumentam da seguinte forma:

*“Não há conflito entre a área técnica e administrativa porque a área técnica tem supremacia sobre a área administrativa, que se limita a ser subordinada e então não tem conflitos.”*

*“Os conflitos em nível relativamente alto são resolvidos em reuniões. Quando são conflitos nas áreas não-médicas, são tomadas as medidas administrativas cabíveis.”*



Nos exemplos citados acima, a superação do conflito ocorre devido à supremacia de uma das áreas.

É importante ressaltar que o corte entre área médica e não-médica é diferente do corte entre as áreas técnica e administrativa e não se correspondem totalmente. Ex.: a enfermeira estaria na área técnica e, ao mesmo tempo, na área não-médica.

O corte entre as áreas médica e não-médica também apresenta seus conflitos. Vejamos a resposta de um dos entrevistados:

*“Diferenciação visível e clara para área médica e não-médica. Documentos citam área médica e não-médica. Tabela de vencimentos e outros despachos formais discriminam médicos e não-médicos.”*

Isso mostra a dificuldade em se trabalhar em equipe, ou seja, os próprios documentos formais já diferenciam as divisões profissionais.

### 2.3.c. Impacto das relações de poder

Cinco grandes impactos das relações de poder no processo de mudança foram detectados, a saber:

- a centralização do poder no hospital: a concentração de poder nas mãos dos professores titulares no hospital público, ligado à universidade, é histórica. A figura do professor titular é muito forte em termos institucionais, o poder é exercido pela academia. Fica evidenciado, através das respostas dos entrevistados, que qualquer processo de mudança tem que ter o aval dos professores;

- a existência de dificuldades de se trabalhar com a equipe multidisciplinar, dado que o médico, de uma forma geral, não quer que ninguém interfira no seu relacionamento com o paciente. Porém, em termos de tendência futura, o poder médico tenderá a diminuir e os próprios médicos começarão a ver os demais profissionais como pares;
- as instituições burocráticas, como é o caso do hospital público, têm, por parte dos funcionários, um tráfico de influências muito grande. É a força da burocracia intermediária fazendo prevalecer seus interesses e interferindo no processo de mudança;
- os pesquisadores têm maior autonomia institucional, inclusive com relação a verbas e equipamentos, que, muitas vezes, vêm de fora do orçamento da instituição. Esta autonomia gera problemas de coordenação de atividades e produção com as demais áreas da instituição;
- os professores titulares, os médicos, os pesquisadores e a estrutura burocrática do hospital têm impactos muito fortes sobre o processo de mudança, ou seja, o não-comprometimento desses no processo impõe obstáculos a qualquer mudança.

#### 2.3.d. Impacto da cultura e das políticas internas

Vejamos algumas colocações feitas pelos entrevistados:

*“Abraçar as novidades muito rapidamente não faz parte da cultura médica.”*

*“As duas culturas presentes no hospital; parte tem que ser vista como empresa, parte como academia universitária.”*

*“A hegemonia da cultura médica. Quando um profissional não-médico tenta se impor, ele é derrubado. Poder ainda é o poder médico e isso impõe a cultura médica.”*

*“Os problemas advêm da administração que prioriza os médicos. Faz parte da cultura hospitalar.”*

*“A cultura do hospital é uma cultura extremamente médica, a cultura médica é muito heurística. Ela trata um caso por impulsos específicos, trabalha caso a caso. Muitas vezes, nem mesmo tem uma mesa no hospital. Visão das respostas pontuais mesmo para problemas de longo prazo.”*

*“Como o médico é o responsável pelo paciente, ele tem uma visão meio autoritária e totalitária. A maioria se sente como se fosse Deus, o grande poderoso. E quando ele vai para a administração, ele assume esse papel. O poder médico é o maior de tudo.”*

*“As coisas orbitam em torno de professores titulares.”*

*“O preceito ético dificulta a implantação de certas mudanças. Ex.: uma vida é uma vida e daí não se leva em consideração os custos para isso.”*

*“Falta de uma política bem definida atrapalha muito o trabalho operacional.”*

*“O processo de mudança é complicado no hospital público. Quando as pessoas vêm de fora, querendo mudar a instituição, elas acabam sendo aculturadas; isto é histórico na administração pública. Esta tem valores, crença e pressupostos de cultura organizacional muito arraigados e cristalizados.”*

Podemos concluir que a hegemonia da profissão médica no hospital impõe uma cultura médica. Características da formação médica, do relacionamento médico-paciente, suas particularidades (a heurística, o poder total sobre o paciente, a lentidão na absorção das novidades, o poder médico sendo o maior de todos...) acabam incorporando nos demais processos de trabalho do hospital, inclusive nos processos gerenciais.

O preceito ético de lidar com vidas, a visão do hospital como algo diferente de uma empresa que busca racionalidade econômica, em função de suas especificidades, fazem do hospital uma instituição que dá tratamento diferenciado e são esses fatores que impactam os processos de mudança, tornando-os mais lentos e complicados.

Outro ponto é o não-estabelecimento de políticas claras e bem definidas de atuação por parte da administração superior, o que dificulta o trabalho nas demais esferas da instituição, inclusive na área operacional.

Uma última constatação é a própria cultura da administração pública, que tem valores, crenças e pressupostos muito arraigados através de sua longa história, o que dificulta o processo de mudança, na medida em que este impõe valores e crenças ainda não cristalizados.

### 2.3.e. Fatores externos impulsionadores da mudança

Os principais fatores externos impulsionadores da mudança, segundo opinião dos gestores, são:

- *o mercado*: aparece com 30% da opinião dos entrevistados, caracterizado através:

- \* das demandas externas, cada vez maiores;
  - \* do processo de globalização e competição entre hospitais;
  - \* da necessidade de redução de custos, para formação de preços compatíveis com o mercado;
  - \* da busca de excelência;
- *a visão institucional e a vontade de transformar o hospital por parte de seus profissionais e comunidade técnico-científica*: representa 15% das opiniões dos entrevistados;
  - *a visão de ganho pessoal, maior prestígio e status profissional com as mudanças*: aparece em 11% das respostas;
  - *o apoio institucional das fundações*: citado por 7,5% dos entrevistados;
  - *a entrada de novos professores, querendo mudanças, para obter legitimidade perante a comunidade*: 7,5% das respostas.

### 2.3.f. Fatores externos limitadores da mudança

Dentre os fatores externos limitadores, destacam-se:

- *a política de recursos humanos (incluindo política salarial), e os recursos governamentais*: apontados por 36% dos entrevistados como o principal fator limitador externo do processo de mudança;

- *excesso de burocracia da administração pública*: apontado em 15% das respostas dos entrevistados;
- *o despreparo dos médicos para a mudança no sentido da corporação externa ao hospital*: apontado em 15% das respostas dos entrevistados;
- *cultura e valores institucionais*: citados em 15% das respostas dos entrevistados.

## **2.4. Processo de informatização**

As diferentes conceituações e percepções do que é e do que deveria ser a informática hospitalar, as necessidades (*hardware* e *software*), tendências futuras e o grau desejado de informatização são muito variáveis nas respostas obtidas pelos entrevistados.

### **2.4.a. Conceitos**

São alguns dos conceitos de informatização mais comuns emitidos pelos entrevistados, a saber:

*“Sistema para servir a parte médica; que ajude os médicos na documentação e acompanhamento do paciente.”*

*“Integração dos sistemas, já informatizados.”*

*“Você tem a informática específica do doente, tem a informática administrativa e tem uma informática de ensino e pesquisa que demandam políticas diferentes.”*

*“O papel da informática é dizer como deve guardar, como deve disponibilizar. O que ele (usuário) deve fazer, o que deve guardar não é papel da informática. Que informações e que dados têm que ser definidos pelo usuário.”*

*“A informatização tem que ser consequência, e não causa do processo de mudança.”*

*“O informante [o profissional de informática] gera a proposta do hospital, e não o contrário, que seria o correto.”*

*“Sistema de informatização é parte de um sistema de informação. Colocar o sistema de informação em forma mais fácil de formatar, utilizando os recursos da informática. É o recurso operativo do sistema de informação.”*

*“Sistema de informação é o que eu preciso ter em termos de informação dentro do hospital, como deve fluir o sistema de informação, a fim de gerenciar a organização.”*

#### 2.4.b. Avaliação da situação atual

A seguir, apresentamos alguns exemplos retirados dos depoimentos no que se refere à situação ou grau atual de informatização no hospital como um todo:

*“O grau de informatização do hospital é de 30%.”*

*“O grau de satisfação dos usuários com o sistema é de 30%.”*

*“O cadastro de fornecedores ainda está no caderno.”*, exemplo dado, que mostra o grau de informatização do hospital.

*“Os manuais organizacionais não estão em rede e ninguém usa esses manuais.”*

*“No setor de pesquisa, usamos computadores para todas as tarefas. Já na parte de ambulatório, é problemática.”*

*“A tecnologia está se movendo muito depressa e os recursos humanos não estão acompanhando.”*

De forma geral, existe uma insatisfação com a informatização do hospital, dada a alta expectativa criada pelas vantagens que a tecnologia oferece, e também pela incapacidade do hospital de implantá-la com sucesso.

#### 2.4.c. Fatores limitadores do processo de informatização

As respostas obtidas pelos entrevistados foram:

- *falta de recursos humanos e de equipes de desenvolvimento: 30% das respostas;*
- *ausência de um plano-diretor de informática: 26% das respostas;*
- *excesso de burocracia e demora na realização das compras de hardware e software: 18% das respostas;*
- *falta de recursos financeiros: 11% das respostas;*
- *conflitos institucionais entre o hospital, a companhia de processamento de dados, a Fundação e órgãos afins: 11% das respostas;*
- *dificuldades de comunicação entre o usuário e o fornecedor: 11% das respostas;*



- *falta de equipamentos: 7,5% das respostas.*

Os fatores limitadores são variados sendo alguns de alta complexidade, o que explica a lentidão na informatização do hospital.

#### 2.4.d. Fatores impulsionadores do processo de informatização

As respostas obtidas pelos entrevistados foram:

- *a necessidade concreta da tecnologia da informação para maior agilização e precisão das decisões, procedimentos e rotinas das unidades: aparece em 18% das respostas;*
- *o fascínio que a tecnologia da informação exerce sobre os profissionais: aparece em 18% das respostas;*
- *a ativação e atuação do Centro de Informação e Análise, órgão interno do complexo, composto por profissionais da área: aparece em 18% das respostas.*

A necessidade da informatização ainda é um impulso menor (mais fraco) em relação aos seus obstáculos de implementação; isto fica demonstrado nos relatos dos entrevistados.

### 2.5. Programa de qualidade

Assim como no hospital privado, as respostas também variaram entre programas de qualidade e o conceito de qualidade.

### 2.5.a. Conceito

Alguns conceitos emitidos pelos entrevistados foram:

*“Envolve as relações de trabalho. Menos energia [desperdício] e melhores resultados.”*

*“Racionalização dos processos internos para melhorar o atendimento com menos recursos.”*

*“É um processo de avaliação e de mudança, como a instituição está, para onde estou indo e em que tempo.”*

*“É onde os funcionários alimentam um processo de esperança.”*

*“Acredito que a qualidade deve ser incorporada na gestão do serviço. Não acredito em programa de qualidade.”*

*“Está implícito em tudo que se faz.”*

*“Satisfação do cliente e do funcionário.”*

*“Não dá para fazer assistência à saúde sem qualidade. Tudo já deveria conter qualidade.”*

*“Papel de criar dúvidas. Será que estou fazendo certo. Facilita a aceitação do processo de mudança.”*

*“Foco no cliente externo (paciente, acompanhante, familiares) e interno (funcionários).”*

*“Qualidade é o caminho para a mudança.”*

### 2.5.b. Avaliação da situação atual

A seguir, apresentamos algumas citações que expressam a percepção dos gestores sobre o programa de qualidade:

*“Não existe um programa de qualidade para toda a instituição.”*

*“A avaliação do programa de uma das unidades está em 40%, segundo os entrevistados, em termos de percepção positiva sobre o programa.”*

*“Depende do enfoque: paciente, administração, funcionário.”*

*“Enquanto hospital [o programa] é inexistente. O que há são esforços isolados. Há muito discurso e pouca prática.”*

*“A relação da qualidade com o processo de mudança no hospital é bem pequena.”*

*“As contradições institucionais tiram a credibilidade das iniciativas (ex.: centralização).”*

### 2.5.c. Fatores limitadores dos programas de qualidade

Na percepção dos entrevistados, temos os seguintes fatores limitadores:

- *a cultura do hospital*: citada por 45% dos entrevistados, compreendendo:
  - \* falta de apoio da direção e da área médica;
  - \* pouca participação dos médicos;

- \* visão imediatista e individualista dos profissionais;
- \* valores e crenças arraigados dado o tempo de casa de alguns profissionais;
- *a falta de quadro, de treinamento e de qualidade dos recursos humanos*: citada por 30% dos entrevistados;
- *a insatisfação salarial*: citada por 11% dos entrevistados.

Alguns depoimentos dos entrevistados servem para ilustrar esses resultados:

*“O hospital é constituído de pequenos feudos e cada feudo tem seu cacique que elabora as suas leis e os seus subordinados seguem essas leis. Os grupos não reconhecem que o programa existe porque eles não querem que o núcleo mexa nos seus feudos, e eles têm sustentação político-financeira, o que faz com que o micro fique mais forte que o macro.”*

*“O médico tem poder, porque mudar o status quo, ele tem medo que a mudança faça com que ele perca este poder.”*

*“A formação dos profissionais não é acompanhada de um desenvolvimento. Não há educação continuada e o profissional fica desatualizado.”*

Estas observações feitas, bem como a percepção dos entrevistados, apontam a cultura hospitalar (em um sentido amplo) e a cultura do serviço público (em termos mais específicos) como obstáculos à melhoria da qualidade. As crenças, os valores, os pressupostos, os heróis, os mitos e as histórias, vistas através desses depoimentos, nos demonstram isto.

#### 2.5.d. Fatores impulsionadores dos programas de qualidade

Na percepção dos entrevistados, os principais fatores impulsionadores dos programas de qualidade são:

- *a vontade de mudar por parte dos profissionais e a satisfação pessoal e intelectual de participar da instituição*: apontada por 36% dos entrevistados;
- *a comunidade, através das suas necessidades e a concorrência com outros hospitais*: fatores apontados por 26% dos entrevistados;
- *o acesso à informação, o conhecimento e a capacidade de interpretação*: apontados por 7,5% dos entrevistados.

Os fatores impulsionadores são neutralizados pelos obstáculos organizacionais citados no item anterior, de forma a tornar o programa de qualidade menos efetivo.

### 2.6. Papel do gestor

#### 2.6.a. Processo de participação e negociação

De uma forma geral, existe pouca participação dos gestores nos processos de mudança estratégica no hospital. Dois motivos básicos são apontados: o primeiro é a centralização na figura dos diretores e conselhos da instituição; o segundo é que as questões não são discutidas em todos os níveis, inclusive nas áreas funcionais especializadas, que não ficam sabendo das decisões de outras áreas que afetam a sua.

Existe pouca autonomia para os gestores. Ela se restringe ao que está nas normas burocráticas; o regimento interno é muito prescritivo, detalhado e centralizado.

O discurso dos gestores evidencia que, nas suas práticas gerenciais, tudo é negociado e envolve a participação ativa de seus subordinados. Quando se referem aos superiores, afirmam que suas participações são restritas.

#### 2.6.b. Função gerencial de planejamento

As respostas dadas pelos gestores estão representadas nas seguintes afirmações:

*“Não existe o domínio do conceito de planejamento estratégico nem de sua prática.”*

*“Não existe integração entre os planos das diversas áreas.”*

*“O planejamento do hospital não interage com o do governo.”*

*“Falta de visão estratégica e de diretrizes claras.”*

*“Foi elaborado um plano em 1995 e contou com a colaboração das áreas.”*

As respostas, na sua maioria, afirmam a falta da prática de planejamento na instituição.

Fica também evidenciado o não-conhecimento da técnica de planejamento estratégico. O que existe na instituição é o que está ligado à área orçamentário-financeira (o orçamento é elaborado com seis meses de antecedência e a área financeira trabalha através de cotas trimestrais), na qual se planeja os gastos de custeio e investimentos do hospital. Muitos, no hospital, vêem este procedimento como simplesmente uma obrigação legal e burocrática.

#### 2.6.c. Função gerencial de coordenação

A função gerencial de coordenação é confundida com a função de comando, evidenciada pelo grande número de respostas voltadas para o conceito de comando, em vez do conceito de coordenação.

#### 2.6.d. Função gerencial de controle

A função de controle é muito mais exigência da burocracia estatal e, portanto, parece não fazer parte da função gerencial, segundo as respostas obtidas. A técnica mais citada como forma de controle foi o controle por resultados. Este é realizado através de relatórios e indicadores.

Foi criticado o sistema de controle de ponto eletrônico. O interesse é a produção científica e não a presença física. O trabalho de produção científica é um trabalho de criação, portanto esse controle é ineficiente.

Existe também a cultura de que o profissional valorizado não está acostumado a ser controlado.

### 2.6.e. Função gerencial de sensibilização

As técnicas utilizadas são:

- *prestação de informações e reuniões, nas quais se procura manter os funcionários atualizados do que se passa na instituição*: citada por 15% dos entrevistados;
- *transparência de comportamento do gestor (política de “portas abertas” da administração) e abertura para participação dos funcionários*: citada por 15% dos entrevistados;
- *visitas e palestras externas*: citada por 7,5% dos entrevistados;
- *criação do “espírito de equipe”, através da formação de times*: citada por 7,5% dos entrevistados;
- *discurso da gerência em nome do grupo: “Todos somos parte da organização”, “... dar esperança”*: citada por 7,5% dos entrevistados;
- *política paternalista e clientelística dos gestores: “... conseguimos alguns brindes com os fornecedores e demos como prêmios aos funcionários...”, “auxílio social aos funcionários”*: citada por 7,5% dos entrevistados;
- *treinamento*: citada como forma de sensibilização por apenas 3,5% dos entrevistados.



## 2.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC)

De uma forma geral, as respostas dos entrevistados se dividiram em quatro grandes grupos de opiniões:

a) *aqueles que acreditam ser o SAC fundamental para a organização*: citado por 25% dos entrevistados. A argumentação é justificada através das seguintes colocações:

- *“Mecanismo de comunicação continuada com a instituição.”*
- *“A avaliação não pode ser feita por quem presta o serviço.”*
- *“É um balizador da administração.”*

b) *aqueles que, apesar da importância do SAC, este tem se revelado pouco eficaz na prática*: citado por 25% dos entrevistados. A argumentação de ser pouco eficaz é justificada através das seguintes colocações:

- *“Eu não tenho feedback daquilo que a gente faz.”*
- *“Quando é um elogio, é um elogio ocasional. Quando há uma crítica, é uma crítica errada. Não serve para nada.”*

c) *aqueles que vêm no SAC o viés do receio do paciente em criticar o hospital*: citado por 20% dos entrevistados. As argumentações utilizadas pelos entrevistados são:

- *“O paciente tem medo de criticar o hospital por ser de graça.”*
- *“A dependência, pelo paciente, do médico e do hospital.”*

d) *aqueles que vêm problemas na canalização das respostas às questões do SAC e a falta de condições técnicas de avaliação pelo usuário.* As argumentações utilizadas pelos entrevistados são:

- *“Nem sempre a avaliação do cliente é certa. Ele não tem como avaliar a técnica.”*
- *“O problema é desenvolver ações a partir do feedback do paciente.”*
- *“O viés do paciente previdenciário, mesmo sendo atendido abaixo do que a instituição pode lhe dar, para ele está bom.”*

O SAC é um instrumento importante na avaliação dos serviços do hospital. Apesar de suas deficiências, ele fornece a perspectiva do hospital sob o ponto de vista do paciente. O SAC deveria ter mais poder de influenciar as decisões, ou seja, se institucionalizar nas rotinas do hospital, fato pouco verificado nas respostas obtidas.

O papel do SAC não é só atender às expectativas, dando subsídios à melhoria da qualidade dos serviços, mas também auxiliar na superação das expectativas dos clientes. Muitas vezes, as expectativas do cliente do hospital público são atendidas por serem essas expectativas muito baixas.

## **2.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias**

Com relação à formação do gestor, obtivemos as seguintes respostas:

- *a necessidade de formação em administração hospitalar, em nível de pós-graduação:* apontada pela maioria dos entrevistados;

- *a formação básica em administração de empresas ou administração hospitalar:* apontada por 50% dos entrevistados;
- *a necessidade de ser médico:* apontada por 20% dos entrevistados;
- *como formação básica, qualquer área da saúde, desde que tivessem experiência com a área da saúde e dos hospitais:* citados por 20% dos entrevistados.

O profissional tem que entender do processo de saúde-doença. A linguagem é importante. Hoje, no Brasil, é mais fácil o profissional de saúde virar um administrador de saúde. Esta resposta simboliza uma prática muito constante em nossos hospitais, que tem a vantagem de formar um administrador com experiência e conhecimento específico na área da saúde. O que precisamos é medir a eficácia disto.

Nossa interpretação é a de que o gerente hospitalar tem que ter uma formação mais horizontal do que vertical, conhecimento este que permita ver a instituição como um todo.

As habilidades e conhecimentos necessários ao gerente hospitalar, segundo a percepção dos entrevistados, são:

- atuação como facilitador;
- relações humanas;
- habilidade para gerenciar conflitos;
- postura participativa;
- atuação como catalisador;

- capacidade para criar um ambiente favorável;
- negociação;
- liderança;
- flexibilidade;
- conhecimento das áreas funcionais;
- conhecimento das técnicas e visão integrada da administração;
- conhecimento de finanças;
- conhecimento dos mecanismos da área hospitalar e suas relações culturais e éticas.

Pelo conjunto dessas respostas, acreditamos que as habilidades humanas são mais importantes para os gerentes do que as habilidades e os conhecimentos técnicos da área hospitalar. Isso também corrobora com nossa visão de que o hospital, além do racional, científico e tecnológico, tem também o emocional, o intuitivo, o “ser humano” muito fortes, acima de outras organizações, o que não deixa de ter a sua lógica.

## 2.9. Preparo do gestor para a mudança

Mais de 60% dos entrevistados responderam que os gerentes não estão preparados para a mudança. As respostas variam em termos de cultura e valores arraigados, oriundos da administração pública, bem como da tradição das escolas médicas serem mais conservadoras. Os demais (quase 40%) acreditam que os gerentes estão preparados.

A falta de visão de negócios, de gestão empresarial e de conhecimentos de técnicas gerenciais também são respostas ao não-preparo do gerente, segundo os entrevistados.

Nas questões conceituais, bem como na parte de técnicas administrativas, ficam evidenciadas (inclusive reconhecido pelos próprios entrevistados) as deficiências dos gestores. E isso se complica quando sabemos que o conceito de mudança<sup>84</sup> é complexo conforme, visto na parte introdutória deste trabalho.

O preparo do gerente do hospital público está muito ligado ao paradigma burocrático da prática da autoridade através da posição hierárquica, critério, aliás, amplamente aceito pelos componentes das instituições que adotam esse paradigma. O processo de mudança, de certa forma, atinge esse paradigma, exemplificando, a exigência de trabalhos interdisciplinares, a formação de equipes multidisciplinares e as lideranças situacionais confrontam com a estrutura monocrática e a relação comando-subordinação do paradigma burocrático. Esta transformação não é percebida pelos gestores de uma forma clara, gerando dificuldades quando da implantação de mudanças.

---

<sup>84</sup> Mudança é um processo pedagógico composto de várias variáveis, nem sempre compreendidas pelos executivos (NOTA DO AUTOR).

## VII. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS HIPÓTESES

Neste trabalho, ficaram constatadas as dificuldades de se alavancar os processos de mudanças organizacionais dadas às especificidades do contexto hospitalar. Existem diversas variáveis externas e internas aos hospitais que tornam o processo de mudança muito complexo. Nossa primeira hipótese<sup>85</sup> trata da natureza das instituições hospitalares, caracterizadas por especificidades como:

- o cuidar da vida humana<sup>86</sup>;
- a dificuldade de padronização dos procedimentos<sup>87</sup>;
- o caráter multiprofissional da instituição<sup>88</sup>.

Essas especificidades foram apontadas como sendo importantes obstáculos aos processos de mudança. Verificamos, além destas especificidades, outras, a saber:

- a formação de várias culturas organizacionais dentro de uma mesma instituição hospitalar<sup>89</sup>;

---

<sup>85</sup> As hipóteses descritas no projeto que originou esta pesquisa foram:

H1: “Com relação à natureza das instituições hospitalares, as características inerentes a elas como o cuidado com a vida, a dificuldade de padronização dos procedimentos e a multidisciplinariedade apresentam-se como os principais obstáculos ao processo de mudança nesse tipo de organização.”

H2: “Com relação à gestão hospitalar, a maior dificuldade em alavancar as mudanças está relacionada com o despreparo do administrador hospitalar, verificado a partir da inadequação técnico-administrativa e da falta de capacitação gerencial.” Extraído do projeto de pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisas e Publicações - FGV-SP: “Mudança em Instituições Hospitalares: Análise do Processo e Estudo da Ação do Administrador Hospitalar”, pág. 4 (NOTA DO AUTOR).

<sup>86</sup> O salvar vidas; o heroísmo; a abnegação; o altruísmo; estar mais próximo de Deus, etc...

<sup>87</sup> Cada caso tem suas particularidades que os diferenciam; a complexidade fisiológica do ser humano; o ser humano como processo e produto e outros.

<sup>88</sup> Médicos, enfermeiras, administradores, farmacêuticos, nutricionistas, técnicos de raio-x e outros

<sup>89</sup> A cultura do corpo clínico; a cultura do corpo administrativo; a cultura do pessoal de apoio técnico e outros.

- os procedimentos e técnicas gerenciais cristalizados com o tempo<sup>90</sup>;
- a não-identificação de profissionais considerados estratégicos com a instituição<sup>91</sup>.

Todas essas especificidades são elementos dificultadores do processo de mudança e estão presentes, em maior ou menor grau, nos dois casos analisados.

A cultura organizacional, não sensibilizada para a mudança, começa nos procedimentos administrativos e técnicas gerenciais cristalizadas, passa pela existência de várias culturas profissionais especializadas, que têm dificuldades de perceberem a organização e seu macroambiente e termina com a concepção de que saúde não é negócio e, portanto, a competitividade não é um fator relevante para o setor hospitalar.

A formação gerencial inadequada dos gestores também contribui para a falta de compreensão da competitividade entre os hospitais e da visão destes como empresas.

É importante salientar que a competição e a visão do hospital como empresa não fere necessariamente os princípios éticos das várias especialidades e dos pacientes (inclusive suas necessidades). Quando, no limite, isso vier a ocorrer, devem prevalecer os princípios éticos e as necessidades dos pacientes.

O corpo administrativo não tem absorvido as modernas técnicas de administração<sup>92</sup>; é um setor do hospital que tem pouco *status* organizacional, sendo considerado um mero apoio administrativo e que, portanto, não precisa de atualização, dificultando o processo de mudança.

---

<sup>90</sup> Gerenciar é montar escalas; as hierarquias rígidas; excessiva formalização dos atos administrativos; registros desnecessários; etc...

<sup>91</sup> O caso dos médicos, que se acham profissionais liberais e não funcionários do hospital.

<sup>92</sup> No hospital público, encontramos dois funcionários administrativos, um empurrando um carrinho de processos, comunicações, expedientes, etc., e o outro tomando conta do carrinho e do funcionário, ou seja, um era o mensageiro e o outro chefe dos mensageiros.

O corpo clínico, segundo as entrevistas, também dificulta a realização das mudanças, pois utiliza do conhecimento como instrumento de defesa, em oposição às regras emitidas pela gerência; e a sua própria formação e os processos de treinamento e atualização reforçam a especialização e não a visão de conjunto<sup>93</sup>.

Nossa segunda hipótese trata da gestão, no que se refere às dificuldades em alavancar mudanças devido ao despreparo gerencial dos gestores hospitalares. A constatação dessa hipótese se deu primeiramente pelas respostas dos próprios entrevistados, que reconheceram coletivamente suas deficiências, com relação à compreensão, planejamento e implantação dos processos de mudanças organizacionais.

Um número significativo dos gestores não tem formação adequada e, tampouco, as habilidades necessárias para o comando e liderança do processo, sendo a posição do gestor estratégica no processo de mudança organizacional.

O processo de mudança exige do gestor uma visão horizontal da organização, conhecimentos generalistas e de liderança sobre as mais variadas áreas profissionais e, muitas vezes, os especialistas que ocupam estas funções gerenciais não detêm estes conhecimentos e habilidades.

---

<sup>93</sup> Na conclusão (Cap. VIII), outros argumentos dos entrevistados comprovam esta hipótese.



## VIII. CONCLUSÃO

### 1. COMPARAÇÃO ENTRE OS DOIS HOSPITAIS

#### 1.1. Mudanças organizacionais estratégicas

Os dois hospitais passam por um conjunto grande de mudanças. As mudanças são percebidas pelos gestores dos hospitais como positivas e necessárias.

Não se verifica um planejamento estratégico dessas mudanças, em termos cronológicos, coletivos e de integração destas<sup>94</sup>, tampouco em termos de essência do processo de mudança<sup>95</sup>, como visto em MOGGI (op. cit. referencial teórico).

Verificamos o processo de aprendizagem através das próprias mudanças em curso, ou seja, o aprendizado obtido com as experiências advindas das mudanças, mas sem nenhum planejamento, como visto na técnica de desenvolvimento organizacional.

Outro ponto é a não-observância, segundo SENGE (op. cit. referencial teórico) das cinco disciplinas, no processo de organizações de aprendizagem. São elas: o raciocínio sistêmico, o domínio pessoal, os modelos mentais, o objetivo comum e o aprendizado em grupo. Estas cinco disciplinas desempenham um papel fundamental no processo de mudança e aprendizagem organizacional. De fato, o conjunto delas não é percebido pelos gestores hospitalares dos dois hospitais.

---

<sup>94</sup> LAND e JARMAN. Op. cit. modelo teórico. Existem três fases de crescimento e mudança: formação, regulamentação e integração. Neste último, o sistema ultrapassa a eficiência de seu padrão repetitivo.

<sup>95</sup> “A essência do processo de mudança, a partir do equilíbrio consciente entre as três energias básicas do ser humano: o pensar, o sentir e o querer”.

## **1.2. Pressões para a mudança**

O mercado aparece como a principal pressão externa para a mudança. Esta pressão é mais sentida, como era de se esperar, no hospital privado, que tem uma dependência maior do mercado.

Os dois hospitais têm pressões orçamentárias e financeiras. No hospital privado, por parte das companhias seguradoras, sua principal fonte de recursos. No hospital público, por parte do governo, que vem cortando ano a ano seu orçamento, ou seja, seus recursos.

O hospital privado tem uma percepção mais clara sobre sua clientela, em termos de suas necessidades. O hospital público, apesar de, no âmbito do discurso, enfatizar a população (principalmente SUS - Sistema Único de Saúde) como sua clientela, em momentos das entrevistas, os gestores se contradizem, olhando mais para dentro do hospital, em termos de suas necessidades internas. No hospital público, é interessante observar que a visão institucional é focada para dentro, para os interesses internos dos grupos que o compõe em contraposição às necessidades de adaptação ao mercado e ambiente, ou seja, a visão de organização enquanto organismo vivo e sua ecologia social, vista em MORGAN (op. cit. referencial teórico).

## **1.3. Fatores impulsionadores e limitadores gerais da mudança**

Os problemas de comunicação e interação apresentam as seguintes semelhanças nos dois hospitais:

- as áreas não trocam informações;
- as experiências não são compartilhadas entre as áreas;

- a compartimentalização do hospital dificulta a interação.

Aqui convém citar CLOSE (op. cit. referencial teórico) sobre a implantação da estratégia de qualidade - “*a organização deve comunicar-se como nunca se comunicou antes*”- e mudar as percepções de medo para oportunidade, fazer compromissos energéticos com as pessoas e procurar envolver, o mais cedo possível, toda a organização.

Também ficou evidenciado nos dois hospitais que parte dos problemas de comunicação e interação advém da disputa pelo poder e *status* profissional na instituição (e mesmo fora dela). As pessoas se apegam a privilégios legais, profissionais e desenvolvem comportamentos associados a estes, muitas vezes, indesejáveis às reais necessidades organizacionais. O prestígio e o *status* na instituição, muitas vezes, reforçam a dramaturgia do poder, representações teatrais pelos profissionais na busca de justificação e da valorização da posição obtida. Estas representações acabam dificultando o processo de comunicação.

Os conflitos com o corpo clínico, por não se sentir parte integrante dos quadros do hospital (hospital privado), ou por ser uma categoria profissional hegemônica (hospital público), são apontados como fatores que limitam o processo de mudança.

As relações de poder podem ser explicadas em três níveis:

- a) A existência da organização informal<sup>96</sup> e seus grupos informais, que são fontes inesgotáveis de poder<sup>97</sup> em qualquer organização e principalmente nos hospitais que têm um grau muito baixo de formalização de suas estruturas e processos.

---

<sup>96</sup> A organização informal se constitui das relações realmente existentes entre os indivíduos no hospital e não previstas pela direção.

<sup>97</sup> Durante os agendamentos das entrevistas, as observações diretas feitas nas recepções antes das entrevistas ou mesmo após sua realização nas conversas informais junto ao café; a importância dos grupos informais foi constatada pelos entrevistadores.

- b) A colocação dos *experts* em cargos-chave, pois estes não apenas controlam seus próprios trabalhos, mas detêm grande controle coletivo sobre as decisões administrativas (MINTZBERG, op. cit. referencial teórico).
- c) As organizações profissionais e o papel dos administradores neste contexto: estes possuem menos poder do que em uma organização industrial (MINTZBERG, op. cit. referencial teórico).

Essas são evidências e especificidades das relações de poder dentro do hospital, que é uma organização profissional, que tem, no seu contexto, a presença da organização informal e é caracterizado por colocar *experts* em cargos-chave. Isto dificulta o processo de mudança e torna o trabalho do gestor hospitalar mais complexo.

A existência de várias culturas organizacionais dificulta o entendimento e a forma da organização funcionar. A fragmentação da cultura organizacional é um elemento dificultador do processo de mudança<sup>98</sup>.

A busca pelo saber, a dedicação e a esperança dos profissionais do setor, bem como as pressões por parte da sociedade são os grandes impulsionadores da mudança, segundo os entrevistados.

---

<sup>98</sup> A partir de estudos em diversos países, O'CONNOR constatou que “*mesmo em países onde as instituições hospitalares são mais desenvolvidas e melhor estruturadas, a cultura hospitalar tem sido caracterizada como fraca e fragmentada*”. Extraído de: O'CONNOR, Stephen J. e SHEWCHUCK, Richard M. Corporate Cultures and Business Strategy: A Health Management Company Perspective. **Hospital & Health Services Administration**, vol. 29, n. 4, 1984, p. 64-68.

#### **1.4. Processo de informatização**

Com relação ao processo de informatização dos dois hospitais, três constatações importantes ficaram evidenciadas, a saber:

1. Aparecem, no decorrer das entrevistas, quatro conceitos de informatização hospitalar:

- a) informatização dos dados sobre o paciente e a movimentação deste pelas unidades do hospital;
- b) informatização dos dados das áreas administrativo-financeiras e de produção, com a finalidade gerencial;
- c) informatização dos procedimentos médicos e de apoio diagnóstico nas condutas médicas;
- d) informatização das pesquisas médicas;

2. A enorme expectativa positiva que a informática gera para os gestores, como instrumento gerencial;

3. As frustrações geradas pela não-integração das várias ilhas informatizadas no hospital.

Em 1970, PETERSON e JELGER (op. cit. referencial teórico) já falavam da necessidade de interligar as diferentes partes do hospital, ou seja, as ilhas informatizadas, vários sistemas isolados e sem conexão. Essa necessidade de integração, com os conseqüentes ganhos de eficiência, eficácia e efetividade, ainda é um dos principais desafios para os gestores hospitalares em relação à informatização.

### **1.5. Programas de qualidade**

O corpo clínico nos dois hospitais é apontado como um obstáculo aos programas de qualidade. No hospital privado, o fato de o corpo clínico ser aberto dificulta o entendimento das regras institucionais. No hospital público, o corpo clínico, mesmo sendo fechado (contratado pela CLT ou por concurso público), não se sente parte integrante do quadro de funcionários do hospital.

Os programas de qualidade têm como característica básica a melhoria contínua, ou seja, nunca terminam. Constatou-se nos dois hospitais sinais de descrédito ou de esquecimento dos programas. Esta desesperança é um sinal negativo aos objetivos propostos pelo programa.

Em estudo de qualidade hospitalar realizado por BERWICK e outros (op. cit. referencial teórico), constatou-se que nas associações que prestam assistência à saúde, a melhoria da qualidade não é considerada como um fator de sobrevivência. Nos dois hospitais analisados, existe uma preocupação com a melhoria da qualidade. Ela é maior no hospital privado, que associa a melhoria da qualidade com sua sobrevivência; enquanto, no hospital público, a melhoria da qualidade é apenas uma questão interna de aprimoramento de procedimentos, pois sua sobrevivência está assegurada, de certa forma, pelos recursos governamentais.

Boa parte dos setores técnicos especializados, inclusive em níveis gerenciais, não incorporou a visão de que o hospital é uma empresa e de que a competitividade (qualidade + produtividade) é um fator de sobrevivência.

No caso do hospital público, sua própria natureza institucional torna o discurso de competitividade e de visão de empresa como algo distante. A natureza institucional do hospital privado, entidade social sem fins lucrativos, tem mais claros estes conceitos (competitividade e empresa), apesar de ser considerado um patrimônio da comunidade e, portanto, acreditar que já tem sua perpetuidade assegurada.

CLOSE (op. cit. referencial teórico) coloca que a insatisfação por parte do governo inglês com o sistema de saúde fez com que, a partir de 1990, o conceito de competitividade fosse incorporado no setor. A autora defende ainda que, para a implantação da qualidade, temos que reduzir as resistências e ter o suporte de pessoas-chave.

### **1.6. O papel do gestor**

Em nível de discurso, os gestores dos dois hospitais colocam que, nas suas práticas gerenciais, tudo é negociado e envolve a participação de seus subordinados. Já com relação aos seus superiores, a maioria afirma que a negociação e a participação são mais restritas. O papel de facilitador, catalisador e líder ainda está perdendo para o de centralizador e chefe, como colocado por Fayol.<sup>99</sup>

O papel do gestor de alto nível envolve as seguintes capacidades: estratégica, racionalidade administrativa e habilidades interpessoais de liderança e de tomada de decisão, como colocado por MOTTA (op. cit. referencial teórico) que, de certa forma, não vêm sendo plenamente assimiladas pelos gestores entrevistados, de acordo com suas respostas.

### **1.7. Sistema de avaliação do hospital pelo cliente (SAC)**

O SAC foi apontado como um instrumento importante para a melhoria da qualidade dos serviços prestados nos dois hospitais analisados.

---

<sup>99</sup> Fayol é conhecido como o ideólogo dos chefes. Seus princípios de administração: centralização e unidade de comando dentre outros demonstram isso. Ver: FAYOL, Henry. **Administração Geral e Industrial**. São Paulo: Atlas, 1960.

A crítica feita foi a não-utilização do SAC, continuamente, como instrumento orientador e alimentador das rotinas hospitalares. ALBRECHT defende que os administradores de alto nível vêem os gerentes intermediários como barreiras à implantação das mudanças. Talvez isto explique a não-rotinização das informações do SAC, pois estas acabam sendo utilizadas de acordo com os interesses dos dirigentes de mais alto nível ou, quando não, terminam nas gavetas dos gerentes intermediários, não chegando, portanto, ao pessoal da linha de frente para os aperfeiçoamentos operacionais das rotinas.

### **1.8. Formação do gestor hospitalar e habilidades necessárias**

A formação em administração, em nível de pós-graduação, é apontada como necessária pela maioria dos entrevistados nos dois hospitais.

As habilidades humanas, de relacionamento interpessoal, de lidar com os conflitos, do papel de facilitador enquanto gerente são apontadas como características ideais para o perfil do gestor hospitalar. A especialização técnica foi lembrada apenas como requisito para a chefia da área, mas as habilidades humanas foram mais valorizadas.

A visão de negócios como habilidade do gestor hospitalar fica mais clara no hospital privado, enquanto o domínio da cultura acadêmica é mais forte no hospital público, como era de se esperar.



## **1.9. Preparo do gestor para a mudança**

O despreparo dos gestores para a mudança é apontado pelos entrevistados dos dois hospitais. É maior no hospital público. No setor público, temos uma administração mais inclinada ao paradigma da burocracia. Seu caráter formal, impessoal, em busca da previsibilidade de comportamentos, em um ambiente de estabilidade, torna-o um hospital menos preparado para as mudanças.

O despreparo dos profissionais com relação aos conceitos e técnicas administrativas também é maior no hospital público. A função de coordenação, (uma das funções gerenciais) que significa ligar, unir, harmonizar, é confundida com a função de comando (decidir, determinar), principalmente no hospital público.

O desconhecimento das técnicas de planejamento estratégico e administração estratégica ficou evidenciado, de forma clara, por boa parte dos entrevistados dos dois hospitais.

De uma forma geral, com base na literatura existente e nas experiências relatadas sobre os processos de mudanças, os dois hospitais ainda têm um longo caminho a percorrer, desafios a serem cumpridos e barreiras a serem transpostas, apesar de toda experiência e conhecimento já adquiridos.

As características que os gestores deveriam ter em ambientes de alta competição, constantes mudanças e crescente globalização vistas em RHINESMITH (op. cit. referencial teórico), estão presentes de forma ainda muito tímida e fragmentada no discurso e prática dos gestores hospitalares.

## IX. BIBLIOGRAFIA

ALBRECHT, Karl. **Revolução dos serviços: Como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes.** 2ª ed., São Paulo: Pioneira, 1992.

ALBRECHT, Karl. **Serviços internos. Como resolver a crise de liderança do gerenciamento de nível médio.** São Paulo: Pioneira - Administração e Negócios, 1994, págs. 5-7.

ANSOFF, Igor H. **Administração Estratégica.** São Paulo: Atlas, 1983.

BARBOSA, Antônio Pires. **Qualidade em Serviços de Saúde.** Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 1995.

BARNES, Z. I. National Survey of Hospital Quality Improvement Activities. **Hospital and Health Networks**, p. 52-55, 1993.

BENNIS, W. G. **Organization Development: Its Natural Origins.** Addison-Wesley, 1969.

BERWICK, Donald M.; GODFREY, A. Blanton; ROESSNER, Jane. **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde.** São Paulo: Makron Books, 1994, pág. 16.

BOLDIZZONI, D. **Nuovi Paradigmi per la Direzione del Personale.** ISEDI, Torino, 1990.

BRUTON, Garry D. *et alii.* **Strategic Planning in Hospitals: a Review and Proposal.** Health Care Management Review. Vol. 20, n. 3, Summer 1995.

BURMESTER, Haino e RICHARD, Jean-Pierre. “Planejamento e Gerência Estratégicos”. In: CASTELAR, Rosa Maria, (coord.); MORDELET, Patrick (coord.). **Gestão Hospitalar: um Desafio para o Hospital Brasileiro**. Rennes: Ecole National de la Sante Publique, 1995, pág. 106.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e Capital Monopolista: A Degradação do Trabalho no Século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

CASTELAR, Rosa Maria e Patrick, Mordelet. **Gestão Hospitalar: um Desafio para o Hospital Brasileiro**. Rennes: ENSP, 1995.

CHIEREGATTO, Edmur Arnaldo e VASCONCELOS, Eduardo Alcântara de. Reforma administrativa, relações interorganizacionais e ação administrativa. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo, Ano 7, n. 13, abril 1987, págs. 5-13.

CLOSE, Ann. Quality Management in Health Care and Health Care Education. In: Excellence in Health Care Management, Blackwell Science, 1997.

CODMAN, E. A. **A Study in Hospital Efficiency: The First Five Years**. Boston: Thomas Todd Co., 1916.

MORTON-COOPER e BAMFORD. Quality Management in Health Care Education. **Excellence in Health Care Management**, Blackwell Science, 1997, p. 75-110.

DAVIS, Keith; NEWSTROM, John W. **Comportamento Humano no Trabalho: Uma Abordagem Psicológica**. São Paulo: Pioneira - Administração e Negócios, 1992.

DEAL, T. E. e KENNEDY, A. A. **Corporate Culture: the rites and rituals of corporate life**. New York: Addison-Wesley, 1988.

- DONABEDIAN, A. "The Definition of Quality and Approaches to its Assessment". Ann Arbor, **Health Administration Press**, 1980.
- DRAIN, Margaret e GODKIN, Lynn. **A Portfolio Approach to Strategic Hospital Analysis: Exposition and Explanation**. Health Care Management Review. Vol. 21, n. 4, Fall 1996.
- EARL, M. J. **Management Strategies for Information Technology**. Prentice Hall, Hemel Hempstead, 1989.
- FREITAS, H. M. R. de. **Sistemas de Informações Gerenciais e de Apoio à Decisão**. Porto Alegre: PPFA/UFRGS, 1994 (apostila).
- FREITAS, H. M. R. de. **A Informação como Ferramenta Gerencial**. Porto Alegre: Ortiz, 1993.
- GOIA, D. A., CHITTIPELDI, K. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation. **Strategic Management Journal**, Chichester, Vol. 12, n. 6, p. 433-448, Sept. 1991.
- HADDOCK, Cynthia Carter *et alii*. The Impact of CQI on Human Resource Management. **Hospital and Health Services Administration**. Vol. 40, n. 1, Spring 1995, p. 138-153.
- HANDY, Charles B. **Como compreender as organizações**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978
- JÚNIOR, José Humberto Viana Lima. **Gerência de Recursos Humanos em Hospitais: Desafios e Perspectivas**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, 1992.

- KAIHARA, S. e WATANABE, R. HIS Scope. In: BAKKER, A. R., BALL, M. L. *et alii*. **Towards new hospital information systems**. North Holland: Elsevier Science Publishers, 1988.
- KALUZNY, Arnold D. *et alii*. Quality Improvement: Beyond The Institution. **Hospital and Health Services Administration**. Vol. 40, n.1, Spring 1995, p. 172-187.
- KATZ, D. e KANH, R.L. **Psicologia Social das Organizações**. São Paulo: Atlas, 1970.
- KILLMANN, R. H. **Gerenciando sem recorrer a soluções paliativas: um programa totalmente integrado para criar e manter o sucesso organizacional**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.
- LAND, George e JARMAN, Beth. **Ponto de Ruptura e Transformação; Como entender e moldar as forças da mutação**. Rio de Janeiro, Cultrix, 1990.
- LAUDON, K. C. e LAUDON, J. P. **Management Information Systems: Organization and Technology**. 3<sup>a</sup> ed. New York: MacMillan, 1994. In: STUMPF, Mariza Kluck e FREITAS, Henrique M. R. A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea**, Vol. 1, n. 1, jan./abr. 1997.
- LOBOS, Júlio A. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1979.
- LUKE, Novelli e BRADLEY, L. Kirkman. Effective Implementation of Organizational Change: An Organizational Justice Perspective. In: Rousseau, Denise M. e Cary Cooper L. (eds.): **Trends in Organizational Behavior**. Vol. 2. John Wiley & Sons, 1995.

LUKE, Roice D. e BOSS, R. Wayne. Barriers Limiting the Implementation of Quality Assurance Programs. **Health Services Research**. 16:3, Fall 1981, Commentaries.

MALIK, Ana Maria. Processo Decisório em Instituições de Saúde: Estudo de Algumas Variáveis em Hospitais Complexos no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 1983.

\_\_\_\_\_. **Avaliação, Qualidade e Gestão para Trabalhadores da Área de Saúde e Outros Interessados**. São Paulo, SENAC, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1993.

MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes: Estrutura em Cinco Configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MIRANDA, O. Z. **A Implementação da Tecnologia da Informação em um Hospital: Um Estudo de Caso**. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, 1992.

MOGGI, Jair. "Processos de Mudança". In: BOOG, Gustavo G. (coord.); **Manual de Treinamento e Desenvolvimento**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOTTA, Fernando C. Prestes. **Teoria Geral de Administração**. 12ª ed., São Paulo: Pioneira, 1985.

MOTTA, Paulo R. **Administração Contemporânea. A Ciência e a Arte de Ser Dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1990.

New Quality Assurance Standard Approved. **Perspectives on Accreditation**. (3): 1, May-June 1979.

NORMANN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

NOVELLI, Luke e KIRKMAN, Bradley L. Effective Implementation of Organizational Change: An Organizational Justice Perspective. In: Rousseau, Denise M. e Cary Cooper L. (eds.): **Trends in Organizational Behavior**. Vol. 2. John Wiley & Sons, 1995.

O'CONNOR, Stephen J. e SHEWCHUK, Richard M. Corporate Cultures and Business Strategy: A Health Management Company Perspective. **Hospital & Health Services Administration**. Vol. 29, n. 4, 1984, p. 64-68.

ORTIZ, Renato. Informação e conhecimento. **Folha de S. Paulo**, 29/8/97.

PETTERSON, H. e JELGER, U. G. The History of Hospital Information Systems. In: BAKKER, A. R., BALL, M. L. *et alii*. **Towards new hospital information systems**. North Holland: Elsevier Science Publishers, 1988.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro da Informação Viva**. Universidade de São Paulo, s.d.

RHINESMITH, Stephen H. **Guia gerencial para a globalização**. Rio de Janeiro: Berkeley, 1993.

- SCHEIN, E. **Process Consultation: Its Role in Organization Development.** Addison-Wesley, 1969.
- SENGE, Peter. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização da aprendizagem.** São Paulo: Best Seller, 1990.
- SHORTELL, Stephen M. Assessing the evidence on CQI. **Hospital & Health Services Administration.** Vol. 40, n. 1, Spring 1995.
- SIEVERS, Burkard. Além do Sucedâneo da Motivação. In: BERGAMINI, Cecília e CODA, Roberto (orgs.). **Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança.** 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1997
- STUMPF, Mariza Kluck e FREITAS, Henrique M. R. A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do Patient Core Record. **Revista de Administração Contemporânea,** Vol. 1, n. 1, jan./abr. 1997: 71-99.
- TRACY, Diane. **Os Dez Passos para o Empowerment.** Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- TORRES, Norberto A. **Competitividade empresarial com a tecnologia da informação.** São Paulo: Makron Books, 1995.
- VERGARA, Sylvia Constant e BRANCO, Paulo Durval. **Competências Gerenciais requeridas em ambiente de mudanças,** Rio de Janeiro: Enanpad 19, págs. 61-62.
- WARD, Carol. **Quality Finance and Information Management.** In: **Excellence in Health Care Management,** Blackwell Science, 1997, p. 113-135.



WOOD, Thomas. Vencendo a Crise: Mudança Organizacional na Rhodia Farma. In: WOOD, Thomas (coord.). **Mudança Organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1995, págs. 188- 216.

## X. ANEXOS

### 1. ANEXO I - INSTRUMENTO DE PESQUISA

<b>PESQUISA NPP - ENTREVISTA ESTRUTURADA</b>
<b>A. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>
<b>Instituição:</b>
<b>Cargo:</b>
<b>Formação profissional:</b>
<b>Tempo no setor:</b>
<b>Tempo na Instituição:</b>
<b>Tempo no cargo:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Telefone para contato:</b>

**PESQUISA NPP - ENTREVISTA ESTRUTURADA****B. QUESTÕES****GRUPO I - PERCEPÇÃO DO PROCESSO DE MUDANÇA ESTRATÉGICA**

1. Defina as mudanças estratégicas em curso na Instituição. Quais são as mudanças prioritárias, consideradas as mais relevantes?
2. O que levou o Hospital a elaborar o processo de mudança?
3. Quais as diretrizes básicas desse processo?
4. Quais as etapas e como se deu a elaboração do processo de mudança? (Dê exemplos.)
5. Quais os objetivos da mudança a curto, médio e longo prazo?
6. Como e quando se deu o início da implementação do processo de mudança? E como está hoje?
7. Quais os principais processos afetados pela mudança?

**GRUPO II - HABILIDADE POLÍTICA: INTERFERÊNCIA DOS ASPECTOS POLÍTICOS NO PROCESSO DE MUDANÇA**

1. Como tem sido o processo de interação e de comunicação entre as diferentes áreas?
2. Como é o processo de negociação entre as áreas e entre sua área e a direção da organização?
3. Tem havido sinergia entre as ações de sua área e as demais?
4. O processo de mudança gerou conflitos entre as áreas técnicas e administrativas? Em caso afirmativo, quais e como foram gerenciados?
5. Que ações políticas foram implementadas para viabilizar a consolidação do processo de mudança?
6. Qual a sua ação no sentido de gerenciar os conflitos?
7. Como a estrutura de poder e as políticas internas influenciam a sua ação enquanto gerente?
8. Quais os principais impulsionadores e limitadores externos a sua área que influenciam a implementação das mudanças em sua área?

**GRUPO III - A - CONCEITO, IMPULSIONADORES E LIMITADORES DO**

**PROCESSO DE INFORMATIZAÇÃO**

1. Como você define um programa de informatização no hospital? O que é um processo de informatização hospitalar?
2. Quais os indicadores globais do grau de informatização dos serviços hospitalares? Em que consiste, na sua opinião, o processo de informatização? Quais os itens que definem um processo de informatização hospitalar?
3. Quais são os fatores limitadores do processo de informatização hospitalar?
4. Quais são os fatores impulsionadores do processo de informatização hospitalar?
5. Qual a relação da informatização com o processo de mudança? Quais os impactos causados por este processo e qual sua abrangência?

**GRUPO III - B - CONCEITO, IMPULSIONADORES E LIMITADORES DO PROCESSO DE QUALIDADE**

1. Como você define um programa de qualidade no hospital? O que é um programa de qualidade hospitalar?
2. Quais os indicadores globais de qualidade dos serviços hospitalares?
3. Quais são os fatores limitadores da qualidade dos serviços hospitalares?
4. Quais os fatores impulsionadores da qualidade dos serviços hospitalares?
5. Qual a relação da qualidade com o processo de mudança no hospital? Quais os impactos causados por este processo e qual sua abrangência?

**GRUPO IV - PERCEPÇÃO SOBRE OBSTÁCULOS E DESAFIOS AO PROCESSO DE MUDANÇA**

1. A cultura e as relações de poder em um hospital são muito específicas. Como tais questões impactaram o processo de mudança?
2. As relações de trabalho entre o corpo clínico e o administrativo de alguma forma tem dificultado o processo de mudança? Em caso afirmativo, como?
3. Você considera que a equipe de gerente está preparada para facilitar o processo de mudança? Como eles poderiam atuar de forma mais eficaz?
4. Você considera que há uma boa comunicação e interação entre os departamentos? Em que medida isto facilita ou dificulta o processo de mudança?
5. Quais os principais fatores impulsionadores e limitadores relacionados com o processo de mudança?

**GRUPO V - HABILIDADES TÉCNICAS E CONCEITUAIS ENQUANTO GESTOR E FACILITADOR DA MUDANÇA**

**• Processo Decisório**

1. Qual foi a sua participação no processo de tomada de decisão que levou a instituição a implementar a mudança? Que ações práticas foram tomadas para a implementação do processo de mudança?
2. Como participante desse processo, qual foi o grau de envolvimento dos seus subordinados? Eles tomaram conhecimento prévio das mudanças que pretendiam ser implantadas?
3. Quando a decisão foi tomada, os colaboradores tiveram conhecimento de qual seria o papel de cada um no processo?
4. Como você avalia a sua participação nesse processo em termos de tomada de decisão?

**• Planejamento**

1. Como as ações e o planejamento da sua área estão interagindo com o planejamento estratégico da instituição?
2. Quais foram as colaborações que seus subordinados deram nessa fase?
3. Quais são os resultados previstos no planejamento para sua área?
4. Você participou da estipulação das metas para sua área? Se afirmativo, de que forma?
5. Qual a importância de sua participação no planejamento do processo de mudança?

**• Coordenação**

1. Que ações foram por você desenvolvidas para a facilitação do processo?
2. Como você negociou as novas atividades dos colaboradores e seus novos papéis?
3. Que tipo de problemas você enfrentou para a implantação do processo em sua área e que soluções foram dadas?
4. Quais as maiores dificuldades externas à sua área por você encontradas?
5. Como você lidou com a mudança das rotinas e dos processos?

**• Sensibilização**

1. Como você procurou envolver seus colaboradores no processo citado?
2. Quais foram os fatores decisivos em termos motivacionais que levaram ao empenho de seus colaboradores no processo?
3. O que lhe motivou a liderar esse processo de mudança em sua área?
4. Você tem recebido *feedback* de seus colaboradores sobre o processo? Qual?
5. Você percebeu alguma resistência ao processo por parte dos seus colaboradores? Se a resposta for positiva qual e o que foi feito.

**• Controle**

1. Os resultados do planejamento estão sendo acompanhados?

2. Que tipo de controle você exerce sobre as atividades dos seus subordinados?
3. Você utiliza administração por objetivos?
4. Foram criados medidores ou indicadores específicos para sua área?
5. Quais indicadores de desempenho são essenciais para o controle do processo?

• **Conceitos**

1. O que você entende por processo de mudança estratégica?
2. O que é para você ser um facilitador?
3. Qual seria a formação profissional adequada do gerente hospitalar?
4. Qual o preparo necessário (habilidades, conhecimentos e práticas) para o gerente hospitalar?
5. O que e como o gerente hospitalar deve controlar a fim de garantir a eficiência da mudança?
6. Como você define um sistema de avaliação do hospital pelo paciente?
7. O que nos mostra o desenho da estrutura organizacional de um hospital?
8. Quais as alterações comportamentais e de atitudes desejadas no processo de mudança organizacional?

## 1. ANEXO II - AMOSTRA DE ENTREVISTADOS

### 2.1. Hospital privado

TOTAL DE ENTREVISTADOS: **13**

TEMPO MÉDIO DE ENTREVISTA: **77,5 MINUTOS**

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ITEM	CLASSIFICAÇÃO	MEDIDA	QTDE
<b>ÁREAS</b>	ENFERMAGEM MÉDICA INFORMÁTICA RECURSOS HUMANOS HOTELARIA COMERCIAL FINANCEIRA APOIO DIAGNÓSTICO DIREÇÃO GERAL	-	-
<b>CARGO</b>	GERENTE EXECUTIVO DIRETOR GERENTE-NÚCLEO VICE-PRESIDENTE SUPERINTENDENTE SUBGERENTE	%	46,15 15,38 15,38 7,69 7,69 7,69
<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL (GRADUAÇÃO)</b>	MEDICINA CIÊNCIAS CONTÁBEIS ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR ENFERMAGEM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS ANÁLISE DE SISTEMAS	%	46,15 15,38 15,38 7,69 7,69 7,69
<b>PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR</b>	QUANTOS POSSUEM O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?	%	30,77
<b>TEMPO NO SETOR DE SAÚDE</b>	MÉDIA	ANOS	16,70
<b>TEMPO NA INSTITUIÇÃO</b>	MÉDIA	ANOS	12,50
<b>TEMPO NO CARGO</b>	MÉDIA	ANOS	4,20
<b>IDADE</b>	MÉDIA	ANOS	42,50

## 2.2. Hospital público

TOTAL DE ENTREVISTADOS: 27

TEMPO MÉDIO DE ENTREVISTA: 107 MINUTOS

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ITEM	CLASSIFICAÇÃO	MEDIDA	QTDE
<b>ÁREAS</b>	ENFERMAGEM MÉDICA INFORMÁTICA RECURSOS HUMANOS HOTELARIA COMERCIAL FINANCEIRA APOIO DIAGNÓSTICO REABILITAÇÃO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ADMINISTRATIVA RADIOLOGIA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR NUTRIÇÃO E DIETÉTICA INFORMAÇÃO E ANÁLISE DIVISÃO CIRÚRGICA DIREÇÃO GERAL	-	-
<b>CARGO</b>	DIRETOR DE DIVISÃO DIRETOR EXECUTIVO DIRETOR TÉCNICO DE DIVISÃO DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO SUPERINTENDENTE OUTROS	%	40,74 25,93 11,11 7,41 3,70 18,52
<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL (GRADUAÇÃO)</b>	MEDICINA PSICOLOGIA ASSISTÊNCIA SOCIAL ENGENHARIA ELETRÔNICA ENFERMAGEM CIÊNCIAS CONTÁBEIS ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS FARMÁCIA NUTRIÇÃO	%	55,56 7,41 7,41 7,41 7,41 3,70 3,70 3,70 3,70



(continuação)

ITEM	CLASSIFICAÇÃO	MEDIDA	QTDE
<b>PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR</b>	QUANTOS POSSUEM O CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR?	%	48,15
<b>TEMPO NO SETOR DE SAÚDE</b>	MÉDIA	ANOS	25
<b>TEMPO NA INSTITUIÇÃO</b>	MÉDIA	ANOS	20,3
<b>TEMPO NO CARGO</b>	MÉDIA	ANOS	8,9
<b>IDADE</b>	MÉDIA	ANOS	49,1