

Processo de Aprendizagem Organizacional em Organizações Privadas de Saúde: Mito ou Realidade? Um Estudo de Caso em Três Hospitais de Juiz de Fora.

Autoria: Adriano Antonio Marques de Almeida, Jorge Augusto de Sá Brito e Freitas, Antonio Augusto Gonçalves

Resumo

As condições de competitividade, o nível de tecnologia, as limitações de remuneração por parte dos tomadores de serviços, a demanda por melhor qualidade de atenção, o aumento da expectativa média de vida da população e a descoberta de novas opções terapêuticas resumem a necessidade de a instituição de saúde aperfeiçoar continuamente a sua gestão. É fundamental que gestores dessas organizações adotem práticas de trabalho que propiciem um ambiente voltado para o aprendizado e onde todos os indivíduos sejam estimulados a participar desse processo de desenvolvimento. Com base em referencial teórico sobre aprendizagem organizacional, organizações de aprendizagem e cultura organizacional, procura-se, a partir do modelo de DiBella e Nevis (1999), analisar os fatores facilitadores da aprendizagem organizacional e identificar os processos de aprendizagem adotados em hospitais privados de saúde. A metodologia baseou-se em pesquisa descritiva, com estudo de três casos, sob uma ótica qualitativa, com uso de entrevistas, questionários e observação direta. Os resultados mostram que os fatores facilitadores da aprendizagem organizacional preconizados pelo modelo aparecem de modo tênue e fragmentado, denotando uma aprendizagem organizacional bem aquém das demandas de um contexto tão dinâmico.

INTRODUÇÃO

Diante do incremento da concorrência interna, de consumidores cada vez mais exigentes e informados a respeito de seus direitos, dos elevados e crescentes custos fixos, do rápido avanço tecnológico, da alta competitividade, da regulação e fiscalização, as organizações de saúde têm procurado adequar suas práticas de trabalho a essa nova realidade do mercado. Essas constantes mudanças têm impulsionado essas organizações no sentido de buscarem um diferencial competitivo através das pessoas. Essa orientação transformou-se em elemento determinante para a sobrevivência e continuidade das mesmas.

Nesse novo cenário, a criatividade e a competência tornam-se ferramentas essenciais nas mãos dos empresários, como forma de descobrir novas fórmulas que assegurem a continuidade de seus negócios. Assim, um ambiente capaz de estimular o desenvolvimento e a integração das pessoas é, seguramente, uma das maneiras de se obter destaque e vantagem sobre os concorrentes.

Ao se examinar com mais profundidade a realidade de uma instituição privada de saúde, notadamente de hospitais (JOHNSON e SCHULZ, 1979), vale lembrar que deve ser vista como um sistema aberto e complexo, por depender de relações internas e externas. O hospital mantém interesse pelo paciente, que é visto como um receptor de bens e serviços. O foco é dirigido não só para dentro como para fora da organização, examinando relacionamentos e exigindo sofisticada postura de comunicação. Logo, pode-se vislumbrar uma das estruturas mais complexas dentre as organizações comerciais. Percebe-se a coexistência de diferentes grupos de trabalho que constituem subculturas organizacionais e que mantêm práticas peculiares a esses grupos, discretas modificações nas suas práticas de trabalho onde ainda prevalecem aquelas que primam pelas regras e regulamentos, que cobram obediência e valorizam o processo em detrimento do resultado, portanto, não sendo capazes de perceber ou de favorecer a aprendizagem individual e organizacional.

Embora seja inegável a contribuição da administração científica para o desenvolvimento das organizações, a mesma impunha uma visão restrita e limitada da relação do indivíduo. Logo, o comodismo e a apatia têm lugar na medida em que as pessoas aprendem a sentirem-se impotentes em relação à resolução de problemas.

O enfoque mecanicista da organização tende a limitar, em lugar de ativar o desenvolvimento das capacidades humanas, modelando os seres humanos para servirem aos requisitos da organização mecanicista em lugar de construir a organização em torno dos seus pontos fortes e potenciais. Ambos, empregados e organizações, perdem a partir desse estado de coisas. Os empregados perdem oportunidades de crescimento pessoal, despendendo freqüentemente muitas horas em um trabalho que nem valorizam nem apreciam, enquanto as organizações perdem contribuições criativas e inteligentes que a maioria dos empregados é capaz de fazer, dadas as corretas oportunidades (MORGAN, 1996, p.41).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ERA DO CONHECIMENTO E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Novas estruturas organizacionais e formas de trabalho são necessárias para estimular uma atitude criativa das pessoas. Mintzberg (1995) recomenda para a organização do futuro (GALBRAITH et al., 1995), estruturas orgânicas, adhocráticas, próprias para um ambiente dinâmico, imprevisível e competitivo, centradas no planejamento para a inovação.

Motta e Caldas (1997) consideram que as inovações tecnológicas e as transformações sociais dominam a sociedade contemporânea, uma vez que mudam significativamente a produção e a vida das pessoas. Para Hall (1984), as mudanças nos panoramas tecnológico, econômico, social, demográfico, cultural e ecológico têm provocado grandes transformações nas organizações. Essas mudanças de paradigmas vêm alterando o cenário atual, elaborando um novo panorama nas organizações. O conhecimento deixa de ser mais um recurso para se tornar o único recurso significativo, pois o valor de produtos e serviços depende fundamentalmente do desenvolvimento e da disponibilização do conhecimento na organização.

As organizações de saúde têm gerado quantidades maciças de dados distribuídos nos sistemas de informação hospitalar, prontuários eletrônicos, sistemas administrativos, etc. Entretanto grande parte desse esforço tem se mostrado infrutífero já que raramente essas informações são utilizadas efetivamente nas tomadas de decisões. Neste cenário, surge a necessidade de criar um ambiente que facilite a transformação de toda essa informação bruta em conhecimento (ABIDI, 1999).

A gestão de conhecimento na área de saúde pode ser definida como uma junção de conceitos e técnicas para facilitar a criação, identificação, aquisição, desenvolvimento, disseminação e utilização do capital intelectual das organizações de saúde. (O'LEARY, 1998).

Neste contexto, também as organizações de saúde deixam de constituir um mero arranjo tecnológico onde pessoas trabalham segundo as exigências do plano de serviço, ou de conformidade com as regras, regulamentos e processos vigentes, ou então conforme linhas formais de comunicação e comandos hierárquicos que operem de cima para baixo.

Segundo Quintana, Roschke e Ribeiro (1994), as características do processo de trabalho em saúde são a complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e que têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articular de forma adequada uns com os outros. A fragmentação encerra várias dimensões, tais como a fragmentação conceitual, ou seja, a separação entre o pensar e o fazer; a fragmentação técnica, caracterizada pela presença cada vez maior de profissionais especializados; e a fragmentação social que estabelece relações

rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais. O alto grau de diferenciação e especialização existente no hospital cria nele delicados problemas de coordenação. Em razão dessa ampla divisão do trabalho e da especialização de tarefas, todos no hospital trabalham de forma interdependente.

Isso é sumariado por Gonçalves (1998), ao lembrar que a departamentalização exagerada do hospital pode resultar em uma elevada fragmentação de tarefas e em alta especialização, podendo gerar dificuldade administrativa e criar um ambiente em que a responsabilidade pela qualidade e pelo padrão do desempenho institucional pode ficar muito diluída.

Outro aspecto que merece destaque no âmbito das atividades hospitalares, nessa era da globalização digital, diz respeito à crescente necessidade de gerenciamento das informações provenientes das diversas atividades ali desenvolvidas. A implementação de ferramentas que transformem dados brutos em informação e conhecimento é absolutamente necessária. A informação consistente e atualizada sobre o estado clínico do paciente é essencial, seja para o diagnóstico ou para a tomada de decisão sobre um procedimento a ser realizado. Segundo Almeida et al. (2006),

na organização de saúde é imprescindível a interligação entre a área de tecnologia de informação e as áreas usuárias, visto que o conjunto de informações leva ao atendimento de um paciente, um cidadão que merece ser respeitado e ter acesso ao melhor sistema de informação de saúde para o seu caso em particular.

Também nas organizações de saúde, a necessidade de aprender continuamente deixa de ser uma questão irrelevante e atualmente destaca-se por ser imprescindível para a manutenção da competitividade das organizações.

2.2 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

De Geus (1998, p.7) afirma que “a essência do ato de aprender é a capacidade de gerir a mudança mediante a mudança em si mesmo – tanto para as pessoas, quando se tornam adultas, como para as empresas quando vivenciam o tumulto”. Para Fleury e Fleury (1997, p.19) a aprendizagem pode ser definida como sendo “um processo de mudança, resultante de prática ou experiência anterior, que pode vir, ou não, a manifestar-se em uma mudança perceptível de comportamento”.

Kolb (1984) define a aprendizagem como um processo que cria conhecimento pela experiência, ou seja, aprende-se e desenvolvem-se diferentes estilos de aprendizagem decorrentes de interações e formas de se relacionar com o ambiente no qual ela está inserida.

A aprendizagem organizacional é base de sustentação necessária à mudança e competitividade de organizações (DODGSON, 1993; SCHEIN, 1996; CROSSAN et al., 1999). A conquista de resultados significativos em mudanças estratégicas está atrelada, entre outros aspectos, às formas de implementação desses programas ou opções, à sua assimilação à cultura da organização, à adesão efetiva das lideranças e trabalhadores de diferentes níveis, às modalidades de comunicação e interação, ao modo como funcionam as equipes.

Argyris e Schön (1996) identificam um componente paradoxal do fenômeno da aprendizagem organizacional, que reside na constatação de que nem sempre as aprendizagens individuais se convertem em ações capazes de promover diferença ou mudança em políticas, processos, rotinas, enfim, em práticas organizacionais. O entendimento que as aprendizagens individuais dependem de alterações dos modelos mentais ou representações descritos em nível individual tem contribuído para superar o dilema entre aprendizagens individuais e coletivas.

Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampert (1999), a aprendizagem em grupo configura-se como a disciplina que traz em si a célula da aprendizagem organizacional: o grupo. Na

interação grupal, os modelos mentais podem ser examinados, os objetivos comuns estabelecidos e a aprendizagem concretizada. Para que esse raciocínio ocorra, os indivíduos devem se desvencilhar das suas defesas e assumir uma postura aberta que privilegie o diálogo. Senge et al. (1999) afirmam que a organização que aprende possui um conjunto de pessoas que se desenvolvem ao longo do tempo, aprimorando a sua capacidade de criar o que elas realmente desejam criar.

Kim (1998) propõe um modelo integrado de aprendizagem organizacional composto por um modelo experiencial da aprendizagem e pela noção de modelos mentais. A noção de modelos mentais, também apresentada por Senge (1990), produz uma síntese entre as noções de crenças individuais e crenças compartilhadas. Assim, a transferência da aprendizagem individual à aprendizagem organizacional ocorre quando os modelos mentais são compartilhados.

O desafio das organizações de aprendizagem consiste na aquisição do conhecimento pelos indivíduos e sua posterior transmissão, pelos indivíduos ou por pequenas equipes, para a organização como um todo, de maneira a se estabelecer uma vantagem competitiva.

Nonaka e Takeuchi (1997) acreditam que a aprendizagem organizacional é consequência da aprendizagem individual, uma vez que os conhecimentos só podem ser criados pelas pessoas. Segundo eles, o conhecimento pode ser examinado sob as dimensões tácita e explícita. A dimensão tácita envolve o conhecimento não codificado, de difícil transferência, sendo representada por habilidades acumuladas pelas pessoas e pela organização. A dimensão explícita refere-se ao conhecimento transmissível em linguagem formal ou sistemática. A inter-relação entre o conhecimento tácito e o explícito é apresentada por eles na teoria da espiral do conhecimento.

Para DiBella e Nevis (1999, p. 26), embora sendo uma característica inata à organização, para gerar a capacidade de aprendizagem é necessário que a organização saiba claramente o que a aprendizagem representa e como ocorre:

Para poder desenvolver a capacidade de aprendizagem é necessário entender e saber descrever como a aprendizagem ocorre, ser capaz de descobrir o que foi aprendido e saber avaliar as características que promovem a aprendizagem organizacional.

Esses autores propõem uma abordagem integrada para o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, que exige atenção a três necessidades: (1) necessidade de aperfeiçoar os fatores que contribuem para a aprendizagem; (2) necessidade de prover mecanismos para a mudança e o desenvolvimento de estilos e aptidões de aprendizagem; e (3) necessidade de descrever em detalhes como a aprendizagem ocorre. Baseada nessas premissas, a estrutura de aprendizagem de uma organização pode ser compreendida pelas orientações para a aprendizagem, que simbolizam as formas pela qual a aprendizagem ocorre e a natureza do que é aprendido; e pelos fatores facilitadores, que correspondem às estruturas e ações que determinam a facilidade ou a dificuldade com que a organização aprende e a extensão de aprendizagem que é alcançada.

As orientações para a aprendizagem caracterizam-se por: a) refletir onde e como o conhecimento é adquirido, disseminado e usado; b) representar o que é aprendido ou considerado importante para aprender; c) indicar onde o grupo de trabalho ou a equipe está investindo para realizar a aprendizagem; d) ser conjugados bipolares contínuos que ligam duas abordagens; e) determinar o estilo de aprendizagem. Segundo DiBella e Nevis (1999), as orientações para aprendizagem representam parâmetros fundamentais para descrever ou caracterizar como ocorre a aprendizagem organizacional. Estas orientações constituem o ponto focal para detalhar a capacidade de aprendizagem de qualquer organização.

Os fatores facilitadores complementam o modelo integrado de capacidade de aprendizagem organizacional e representam as práticas ou condições que dinamizam a ocorrência da aprendizagem em qualquer tipo de organização. Refletem a influência que exercem sobre cada segmento do ciclo de aprendizagem organizacional. São eles: a) **investigação imperativa**: diz respeito à prática de as pessoas buscarem informações sobre as condições e os procedimentos existentes fora de sua própria unidade - conhecer e aprender com o ambiente externo; b) **defasagem de desempenho**: é percepção generalizada de que existe uma diferença entre o desempenho real e o desejado; c) **preocupação com medição**: consideráveis esforços são despendidos na definição e medição de fatores básicos, uma vez que a discussão de critérios de medição é considerada uma atividade de aprendizagem; d) **curiosidade organizacional**: refere-se à curiosidade a respeito de condições e práticas, bem como o interesse por idéias criativas e novas tecnologias que propiciam a experimentação; e) **clima de abertura**: procura identificar como os membros da organização comunicam problemas, erros e lições e se esses são livremente compartilhados e nunca ocultados; f) **educação continuada**: verifica se existe um empenho constante da organização em prover recursos de alta qualidade para a aprendizagem; g) **variedade operacional**: os membros valorizam a variedade de métodos, procedimentos e competências; apreciam a diversidade; h) **defensores múltiplos**: os colaboradores, em todos os níveis organizacionais, são encorajados a desenvolver novas idéias e métodos de trabalho; i) **envolvimento das lideranças**: avalia se as lideranças envolvem-se, pessoal e ativamente, nas iniciativas de aprendizagem e garantem a manutenção de ambiente propício à sua ocorrência; j) **perspectiva sistêmica**: reconhecimento da interdependência das diversas unidades e grupos organizacionais; consciência da necessidade de decurso de tempo entre as ações e a obtenção de seus resultados.

Assim como os indivíduos aprendem por diferentes formas de aprendizagem, o mesmo ocorre com as organizações. Essas diferenças variam com o passar do tempo e são decorrentes dos diferentes ambientes onde operam as organizações, das diferenças históricas, cultura, porte, idade, etc. Uma organização constrói capacidade de aprendizagem no momento em que ela consegue se desenvolver trabalhando seu estilo ou mudando-o para que possa atender às exigências de seu mercado.

O conceito de aprendizagem organizacional utilizado por DiBella e Nevis (1999) inclui a aquisição, o compartilhamento e a utilização do conhecimento, ou seja, considera a aprendizagem organizacional como a capacidade de a organização manter ou aumentar o seu desempenho baseado na experiência, o que reflete na alteração do comportamento organizacional, com vistas a se adaptar a mudanças ambientais. Portanto, trata-se de um processo social em que a aprendizagem ocorre com base na experiência coletiva.

2.3 CULTURA ORGANIZACIONAL E A CULTURA DOS HOSPITAIS

Schein (1997) aborda quatro condições para a aprendizagem: (1) senso de identidade, propósito ou missão; (2) capacidade de adaptação a mudanças internas e externas; (3) capacidade de perceber e testar a realidade; e (4) integração interna e o alinhamento de subsistemas. Segundo ele, tais condições fazem parte da abordagem sistêmica da organização, a qual também é influenciada pela cultura. É importante observar que os problemas de aprendizagem podem ser decorrentes da falta de observação da dimensão cultural - diferenças de linguagens, valores e objetivos dos subsistemas da organização e das subculturas.

A interpretação da cultura organizacional tem por objetivo identificar e compreender como a organização ou os grupos atuam frente aos seus problemas internos (relação sócio-emocional do grupo) e externos (relação do grupo ou organização com o seu ambiente externo). Para Schein (1984, 1997), a compreensão das formas dinâmicas e evolucionárias que orientam o desenvolvimento e a transformação da cultura pode se dar a partir da definição do que o autor entende ser a cultura organizacional:

[...] modelo dos pressupostos básicos que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas (SCHEIN, 1984, p. 9).

No conceito de cultura, se a aprendizagem se apresenta tanto na sua criação, descoberta ou invenção, também é percebida quando da transmissão dos principais valores aos novos integrantes como sendo a maneira correta de pensar, sentir e agir em relação aos problemas organizacionais (SCHEIN, 1996). Assim, as experiências que obtêm êxito em um momento crítico são transmitidas às próximas gerações, que as vivenciam como um novo momento de aprendizagem.

O processo de interação entre cultura e aprendizagem organizacional é muito dinâmico. Na medida em que a aprendizagem adquirida com a resolução de problemas vai, ao longo do tempo, consolidando maneiras consideradas corretas de pensar, sentir e agir, as novas formas de aprendizagem, ou mesmo aquelas que já não surtem os efeitos obtidos no passado, remetem ao questionamento dos padrões culturais até então consolidados e considerados inquestionáveis. Portanto, aprendizagem e cultura são vistas como em constante interação, ou seja, quando a aprendizagem individual ocorre e é compartilhada, torna-se coletiva, capaz de alterar a cultura, e, conseqüentemente, orientar novos modos de aprender.

Embora o processo de aprendizagem organizacional seja inerente ao processo de formação da cultura, é importante destacar que algumas culturas estimulam e outras culturas inibem a aprendizagem. Segundo Quinn (1996), a organização orientada para a aprendizagem possui um conjunto de pressupostos básicos que favorecem a aprendizagem. De acordo com tais pressupostos, a organização deve possuir uma orientação para: a) abertura a experimentos; b) encorajamento para aceitar riscos, responsabilmente; c) disposição de aceitar fracassos e aprender com eles. Seguindo essa mesma orientação, todos na organização devem perceber que há oportunidades para aprender e crescer.

Porém, para que se transformem em locais propícios à aprendizagem permanente, as organizações necessitam passar por um processo de ‘desaprendizagem cultural’, ou seja, é fundamental romper com os pressupostos culturais e rituais considerados obsoletos, que se encontram esgotados diante das atuais exigências impostas às organizações. Essa descontinuidade não é tarefa fácil uma vez que, como afirma Schein (1993), realizar tarefas através de modos historicamente testados e recompensados, contribui para a elaboração de uma existência estável e previsível. Esta previsibilidade, à medida que vai dando forma e sentido ao cotidiano, rechaça cada vez mais os esforços despendidos para testar novos modos de fazer as coisas, mesmo quando essas práticas se tornaram disfuncionais.

Olhando o hospital como um dos melhores exemplos da burocracia profissional (MINTZBERG, 1995), é forçoso reconhecer a importante função do corpo médico na aquisição do conhecimento organizacional. Os médicos possuem meios de produção, habilidades de especialistas e treinamento obtidos através de anos de aprendizado e educação formal, utilizando toda essa experiência, como ‘trabalhadores do conhecimento’, na solução de problemas administrativos e no tratamento de doenças (WICKRAMASINGHE, 2000).

No entanto, a cultura profissional dos médicos, altamente específica, já foi objeto de maior número de estudos acadêmicos, enquanto as outras atividades ficam relegadas a um segundo plano. Por isso mesmo, este trabalho concentra sua atenção em outros setores e processos que integram a prestação de serviços dos cuidados de saúde em um hospital, ressaltando, com Schneider e Barsoux (1997), que as organizações de saúde podem ser muito

beneficiadas pela interação positiva entre o corpo médico e o pessoal gerencial e administrativo.

3. METODOLOGIA

Este estudo baseou-se em uma estratégia qualitativa, escolhida por sua contribuição na explicação dos fenômenos que envolvem os seres humanos e suas relações sociais. O procedimento metodológico adotado foi o estudo de caso múltiplo, tendo em vista sua utilidade na pesquisa em estudos organizacionais e gerenciais, pois coloca seu foco em eventos contemporâneos e permite responder a perguntas como ‘como?’ e ‘por quê?’ (YIN, 2005).

As técnicas utilizadas foram a leitura preliminar do referencial teórico bem como o levantamento e análise de dados, coletados através de pesquisa de campo, com base em questionários estruturados com as pessoas envolvidas diretamente no processo e de entrevistas semi-estruturadas com quatro pessoas com cargos de chefia dentro da organização pesquisada.

A pesquisa de campo que embasa este trabalho deu-se em três organizações hospitalares, na cidade de Juiz de Fora – MG, que atuam no mercado há mais de trinta anos e atendem pacientes particulares, conveniados e participantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os empregados totalizavam, à época da pesquisa de campo, 442 pessoas e a estrutura organizacional dos hospitais - os três pertencentes ao mesmo grupo controlador - apresenta-se dividida em duas direções: (a) Médica, abrangendo as seguintes diretorias: clínica; técnica; e pesquisa e ensino; e (b) Administrativa e Financeira, com os seguintes setores: serviços, logística, controle e comercial.

Não houve a preocupação planejada de se estabelecer e seguir um modelo estatístico, vez que na pesquisa qualitativa busca-se mais a representatividade dos dados em relação ao fenômeno considerado. Opiniões, críticas, sugestões e sentimentos das pessoas foram coletados utilizando-se dois instrumentos básicos: um questionário estruturado, preenchido sem necessidade de o sujeito se identificar; e entrevistas semi-estruturadas, feitas direta e pessoalmente às chefias dos vários setores envolvidos.

Foram selecionados indivíduos e chefias de setores que, com exceção do corpo médico, representassem um maior contingente de profissionais, a saber: enfermagem, farmácia, faturamento e o Serviço de Atendimento a Clientes (SAC). O questionário foi respondido por 70 indivíduos - o que corresponde a 16% de todo o quadro de pessoal dos hospitais. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com as 04 (quatro) chefias dos respectivos setores: enfermagem, farmácia, faturamento e SAC.

O questionário foi elaborado e estruturado a partir de questões fechadas que contemplam todos os fatores facilitadores citados por DiBella e Nevis (1999). A entrevista semi-estruturada foi a mais decisiva no processo de descrição dos fenômenos e relações entre as variáveis. O processo de entrevistas semi-estruturadas foi bastante flexível e dinâmico, consistindo de perguntas direcionadas, mas deixando mais tempo para os entrevistados discorrerem e manifestarem livremente suas percepções e sentimentos sobre o tema. Os dados dos questionários foram tabulados e, juntamente com as transcrições das entrevistas, foram utilizados e agrupados de acordo com as características condizentes com uma dimensão estabelecida.

A análise dos dados se iniciou a partir dos questionários. Foram analisados os setores de forma isolada, procurando identificar a distribuição dos fatores que, na opinião dos entrevistados, exerciam papel relevante na construção de um ambiente de aprendizagem. A

partir dos dados dos questionários, partiu-se para a entrevista semi-estruturada como forma de identificar as percepções das chefias acerca dos processos e práticas de trabalho.

Já que uma preocupação muito comum em relação aos estudos de caso é que eles não permitem generalização estatística, procurou-se a triangulação da coleta de dados, não só via questionários e entrevistas, mas também com o auxílio de observação ativa de um dos pesquisadores.

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Entre as diversas possibilidades de apresentar a análise dos resultados, optou-se por arrolar todos os elementos significativos dentro de cada um dos dez fatores facilitadores de aprendizagem de acordo com o que foi visto no referencial teórico. Assim, para melhor exemplificação, cada um dos fatores agrupa as análises daquilo que aparece em cada uma das três organizações pesquisadas e também os setores que foram trabalhados dentro delas. Isso demonstra que a melhor forma de se chegar a conclusões a respeito deste trabalho é examinar cada um desses fatores facilitadores de aprendizagem e como eles se relacionam ou não e se eles existem ou não nas práticas dos hospitais.

O primeiro aspecto a ser ressaltado é que a investigação, o intercâmbio, a pesquisa, seja ela interna ou externa, o conhecer o ambiente onde a instituição está inserida, não é uma prática levada a termo. Com isso, a visão fragmentada que todos os indivíduos têm acerca da organização impede e limita a amplitude de seu conhecimento.

Em setores onde empregados trabalham, existe, em outras instituições de saúde, alguma troca de informações a respeito de como as atividades são desenvolvidas, quais as práticas que são adotadas, o que existe de mais novo em termos de tecnologia e tratamento, etc. Contudo, não se trata de prática sistematizada, ou seja, não existe a preocupação de discutir os aspectos percebidos, não existe uma orientação para que essas práticas possam ser discutidas e contextualizadas, não existe uma busca sistemática de troca de informações e aprendizagem, etc.

Quando a abordagem volta-se para os fornecedores e clientes, constata-se que ela se resume apenas à prestação do serviço proposto, sem nenhum tipo de abordagem diferenciada. Não é adotada nenhuma prática que permita ao cliente avaliar os serviços recebidos, solicitar mudanças, fazer reclamações, enfim, não é feita uma coleta sistemática das críticas e sugestões para futuras análises e comparações. Conseqüentemente, não há uso de indicadores capazes de avaliar o grau de satisfação com os serviços disponibilizados.

Quanto ao desenvolvimento pessoal, todos os indivíduos pesquisados asseguram que precisam se esforçar e se aperfeiçoar continuamente. Mesmo sem ter o seu trabalho avaliado, sem conhecer quais os aspectos que precisam ser aprimorados e desenvolvidos, todos têm consciência de que o trabalho pode ser melhorado e que as pessoas que o executam também devem estar aprendendo permanentemente.

Embora não exista nenhuma ação por parte da direção no sentido de motivar e incentivar o desenvolvimento profissional, as pessoas estão sempre procurando estudar e aprender coisas novas. Reconhecem que existe um enorme potencial de crescimento profissional. Os trabalhos poderiam ser racionalizados, as rotinas poderiam ser mais eficientes, a qualidade e a tempestividade poderiam ser melhoradas. Essas pessoas têm consciência de que devem sempre estar aperfeiçoando e melhorando suas atividades. Não foi percebido nenhum tipo de comodismo ou de falta de motivação para o trabalho.

Para efeito deste trabalho, a preocupação com medição ficou subdividida em dois itens: a) mensuração de desempenho – diz respeito à organização como um todo e procura mensurar o nível de desenvolvimento que esta alcançou em determinado período, seus objetivos, suas metas e o seu desempenho no setor em que atua; e b) avaliação de desempenho

– tem um caráter individual e está voltada para observar se o indivíduo cumpre traços externos de comportamento, principalmente aqueles que dizem respeito à capacidade de relacionamento com o público interno e externo.

Em relação a essa avaliação de desempenho, foi constatado que dois setores pesquisados fazem uso deste procedimento. São realizadas duas avaliações anuais, sendo que os itens avaliados são do conhecimento de todos os empregados. Essas avaliações eram realizadas em conjunto com o setor de Recursos Humanos que, durante a realização deste trabalho, deixou de existir nas instituições pesquisadas.

Os empregados conhecem as rotinas de trabalho do seu setor. Estas estão escritas e acessíveis a todos. O primeiro contato, a primeira instrução de quem está chegando à organização sobre como realizar suas tarefas e suas responsabilidades, é através da leitura dessas rotinas, mas fundamentalmente, é aperfeiçoado pelo método da tentativa e do erro. Não existe um acompanhamento sistemático sobre o aprendizado do funcionário neste período, seja ou não sob a forma de programas de ambientação de novos empregados.

Corroborando a postura da direção, que não procura capacitar as instituições para as mudanças que vêm ocorrendo no setor de saúde, as chefias também procuram manter as coisas como estão. Ao ser admitido no hospital, o funcionário precisa se enquadrar ao jeito como as coisas são feitas. Essa pessoa precisa se integrar às regras de funcionamento, ou seja, pessoas que pensam muito diferente, que agem em desacordo com os padrões de comportamento estabelecidos pelo hospital, não são bem vistas.

Normalmente, as informações que dizem respeito a determinado setor chegam fragmentadas às pessoas interessadas e, conseqüentemente, os empregados têm uma visão bastante estreita a respeito das atividades e responsabilidades dos outros setores. Não existe nenhum tipo de estímulo para que as pessoas possam compartilhar o que é feito em seu setor e, conseqüentemente, não existe intercâmbio de informações – sucessos e fracassos – entre os setores. Os resultados – positivos ou negativos – alcançados em um determinado setor ficam restritos e não são divulgados para o restante da organização.

Os funcionários não percebem o envolvimento da chefia e nem da direção em projetos que envolvam a organização como um todo. As decisões são tomadas no topo e comunicadas ao restante das pessoas. Ninguém é escutado a respeito do que pensa e de como poderiam contribuir. Devem apenas realizar o que se pede.

Com exceção do setor de enfermagem, os treinamentos não são sistematizados e raramente ocorrem. Indagadas sobre o levantamento das necessidades de treinamento, as chefias responderam que as tais necessidades “surgem na medida em que os erros são cometidos”, demonstrando assim uma posição passiva frente aos problemas que possam surgir.

Os programas externos de treinamento, em parceria com instituições de ensino ou através de outros profissionais, nunca acontecem. Todos os programas de treinamento são internos, ou seja, aplicados por pessoas da própria organização e têm uma orientação técnica, isto é, uma dinâmica voltada muito mais para “como fazer” do que para “porque fazer”. Essas orientações estão muito mais voltadas para padronizar os procedimentos, as ações e as respostas das pessoas às diferentes situações do trabalho.

Um aspecto negativo a respeito desta visão acerca do treinamento diz respeito à sua aplicação. Como o treinamento sempre teve uma orientação voltada para corrigir erros e desvios - e não um caráter de aprender sobre o que é feito e desenvolver novas competências - em alguns setores o treinamento passou a ser visto pelas pessoas como um sinal de que o trabalho não estava sendo realizado de acordo com a demanda da organização, ou seja, os setores que mais receberiam treinamento seriam aqueles setores onde as pessoas eram mais incompetentes e, portanto, mais cometeriam erros.

Nos setores pesquisados, percebemos que as chefias permitem aos empregados expressar suas opiniões acerca dos trabalhos desenvolvidos e valorizam as pessoas que agregam novas experiências, demonstrando flexibilidade diante das novas idéias, embora haja consenso na organização de que pessoas que pensam muito diferente não são valorizadas.

A equipe de trabalho valoriza quem dá idéias novas e mesmo diante de rotinas pouco flexíveis, a percepção de que as coisas podem ser feitas de outra maneira é vista por todos como algo positivo e estimulante. As pessoas estão sempre procurando aplicar idéias novas ao seu trabalho. Da mesma forma, os questionamentos sobre os trabalhos são bem vindos uma vez que a flexibilidade da chefia estimula esse comportamento.

Nas organizações não existe uma liderança clara, respeitada e capaz de indicar a direção a ser seguida para que se alcancem os objetivos propostos. Essas lideranças se confundem com as chefias de setores que são responsáveis pela execução de suas atividades e das suas equipes de trabalho.

Não se observa nenhum tipo de apoio ou incentivo à mudança, pois “as pessoas não gostam de ser incomodadas, são muito vaidosas”. Esse tipo de mudança na estrutura funcional, nas rotinas, nas relações com os outros setores, enfim, essas mudanças acabam por redimensionar a importância de cada setor dentro da organização e essas pessoas não querem alterar o seu status organizacional. Conseqüentemente, essas pessoas estão voltadas apenas para suas tarefas e para a execução dos seus próprios trabalhos e, de modo geral, as pessoas de não têm a preocupação com o desenvolvimento e nem com a troca de informações.

As chefias estão sempre prontas para apoiar e ensinar o que for preciso para que o trabalho seja realizado e sempre se envolvem no desenvolvimento de seus subordinados. Se houver necessidade, realizam as tarefas em conjunto, pois a chefia trabalha junto com a equipe. Em decorrência dessa proximidade, pela relação de confiança e, muitas vezes, de cumplicidade, os empregados percebem que a chefia está sempre procurando estimular as pessoas para que estas possam melhorar profissionalmente, dentro da organização ou fora dela. Pela questão da lealdade e da forte liderança e controle exercido sobre o grupo de trabalho, o funcionário se sente protegido e amparado pela sua chefia.

Por outro lado, não existe uma percepção de que a direção e as chefias estejam unidas em torno de um objetivo comum. Fica claro que todos estão voltados apenas para as suas atribuições, sem muita preocupação com a organização como um todo. Nesse contexto, a organização não investe recursos que viabilizem a discussão de experiências e opiniões. Quando surge uma nova proposta, as pessoas envolvidas não são convidadas a participar da sua elaboração, ficando restritas apenas à sua execução.

Em verdade, não existem práticas de trabalho na organização que denotem uma perspectiva sistêmica, uma vez que não foram observadas visões de que: (a) todos são responsáveis pelas atividades desenvolvidas no hospital; (b) todos podem contribuir para a resolução de problemas de outros setores; (c) todos são responsáveis pela resolução de qualquer problema independente do setor onde ele acontece, pois, afinal, um problema que tem início em um setor acaba afetando os demais setores.

Os setores realizam suas atividades de forma independente, mantendo pouco contato com os demais. Não existe integração nem mesmo quando as atividades interferem diretamente no funcionamento de outros setores. A idéia de que “isso não é problema meu ou do meu setor” está muito presente no dia a dia das pessoas.

Equipes que realizam tarefas semelhantes não trocam experiências, pois, além de desestimuladas, não existe um espaço para que as pessoas conversem sobre o hospital e suas atividades. As informações – sucessos e fracassos – entre os setores e quaisquer outras não são compartilhadas com os demais.

O setor envolvido na resolução de um determinado problema não participa as possíveis soluções encontradas aos demais. As operações são fragmentadas e nenhum tipo de rastreamento é capaz de garantir a qualidade do serviço. É comum a sobreposição de tarefas e de chefias, além da supervalorização de determinados setores em detrimento dos demais.

O Quadro 1 apresenta como os fatores facilitadores da aprendizagem organizacional se apresentaram em cada um dos quatro setores estudados nos hospitais.

Quadro 1: Fatores Facilitadores da Aprendizagem Organizacional

FATORES	SETORES			
	ENFERMAGEM	FARMÁCIA	FATURAMENTO	SAC
Investigação imperativa	Ambiente externo: não busca/ troca informações. Ambiente interno: não trabalha dados dos clientes.			
Defasagem de desempenho	Não trabalham com metas e objetivos. Consciência sobre a necessidade de melhoria contínua.			
Preocupação com medição	Avaliação de desempenho: não realiza. Não trabalha com indicadores.			
	Avaliação individual: sim	Avaliação individual: não	Avaliação individual: sim	Avaliação individual: não
Curiosidade organizacional	Intercâmbio com outros setores: não é feito. Pessoas devem se enquadrar às normas e rotinas.			
Clima de abertura	Informações: não são compartilhadas. Comunicação: escassa com os outros setores.			
Educação continuada	Treinamentos: apenas técnicos.	Treinamentos: não são realizados.	Treinamentos: apenas técnicos.	Treinamentos: não são realizados.
	Pessoas: interesse em aprender coisas novas.	Pessoas: interesse por melhorar o que já é feito.	Pessoas: interesse em manter as coisas como estão.	Pessoas: interesse em manter as coisas como estão.
Variedade operacional	Rotinas escritas.			
	Rodízio de funções: substituir pessoas. Pouca flexibilidade funcional.	Rodízio de funções: não é feito. Pouca flexibilidade funcional.	Rodízio de funções: não é feito. Pouca flexibilidade funcional.	Rodízio de funções: substituir pessoas. Pouca flexibilidade funcional.
Defensores múltiplos	Novas idéias: são bem-vindas.	Novas idéias: são bem-vindas, mas com restrições.	Novas idéias: são bem-vindas, mas com restrições.	Novas idéias: são bem-vindas.
	Execução do trabalho: não aceita variações.	Execução do trabalho: não aceita variações.	Execução do trabalho: permite certa variação.	Execução do trabalho: permite certa variação.
Envolvimento das lideranças	Liderança: ocupante do cargo de chefia; restrito ao setor onde atua.			
Perspectiva sistêmica	Integração com outros setores: só o necessário. Informações: não são compartilhadas. Percepção da organização: fragmentada			

Fonte: Elaboração própria

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se uma era de incertezas. O mundo não pode mais ser considerado previsível, principalmente o mundo dos negócios. As mudanças são cada vez mais rápidas e descontínuas, ou seja, não seguem nenhuma lógica conhecida. Soluções utilizadas com sucesso no passado têm pouca chance de funcionar nos dias atuais.

As informações disponíveis – interna e externamente – simplesmente não são consideradas pela direção quando do estabelecimento de objetivos e metas. Ignora-se o papel fundamental das informações obtidas junto aos concorrentes, fornecedores e, principalmente,

com seus clientes. Esses dados analisados e transformados em informação é que apontarão o caminho a ser percorrido pela organização.

Nas organizações pesquisadas, não foi observado nenhum tipo de planejamento que defina qual a participação no mercado do setor de saúde, quais os desafios a serem perseguidos, quais os papéis e atribuições de cada setor envolvido e também qual a responsabilidade de cada indivíduo no processo de crescimento empresarial. Logo, fica impossível mensurar o desenvolvimento das empresas e das pessoas, pois não se trabalha com nenhum tipo de indicador.

Quanto à liderança e ao intercâmbio de conhecimento, as chefias formam verdadeiros feudos que são independentes dos demais, criam suas próprias regras de convivência e de execução dos trabalhos. Já a direção permanece muito distante de onde efetivamente as tarefas são executadas e somente toma conhecimento de informações através das chefias, que nem sempre expressam tudo que deveriam e gostariam de dizer.

As pessoas não reconhecem na direção uma liderança, um exemplo a ser seguido. Existe um respeito natural decorrente da posição da direção – proprietária das instituições –, mas as pessoas não se sentem apoiadas e procuram manter distância, somente recorrendo a ela quando a sua participação é imperiosa.

Nesse ambiente, com uma estrutura hierárquica bem definida e respeitada, com uma direção distante dos locais onde são realizados os trabalhos, é natural que a comunicação seja extremamente deficiente. Boletins, jornais internos, e-mails, intranet, reuniões, espaços destinados a promover e estimular a troca de informações e conhecimentos entre os empregados simplesmente não existem.

Quanto à capacitação de empregados através de programas de treinamento, cursos e educação formal, o que se observa são experiências muito mais voltadas para suprir uma má qualidade da mão-de-obra do que com o objetivo de desenvolver novas competências e agregar novos conhecimentos aos empregados. Durante os trabalhos, foi verificado que o setor de RH – cuja orientação era a de apoiar as rotinas do setor de Pessoal e realizar recrutamento e seleção – deixou de funcionar. A extinção desse setor é, sem dúvida, outra maneira de refletir sobre o porquê que não parecem estar presentes os elementos facilitadores de aprendizagem.

Como os setores trabalham de forma isolada, sem identificar uma liderança que represente seus anseios e os anseios da organização, as pessoas só conseguem ver nas suas chefias as suas lideranças, ainda que essa liderança tenha pouca autonomia para representá-los. Aliada essa pouca representatividade aos feudos setoriais, à dificuldade de comunicação entre as pessoas e à distância mantida pela direção em relação aos empregados, é natural que ninguém – direção, chefias ou empregados – tenha uma visão sistêmica a respeito da organização.

Assim, nas organizações pesquisadas foram encontrados apenas fracos indícios de fatores facilitadores de aprendizagem. Além de não existir uma orientação da direção neste sentido, muitas práticas observadas reforçam a idéia de que, independente do impacto que as mudanças externas possam significar para essas organizações, as reações têm sido lentas e passivas, visando sempre uma adequação voltada para o conformismo e a manutenção da situação atual.

É importante destacar que neste trabalho não foram abordadas questões relativas ao papel da liderança sobre o processo de aprendizagem organizacional, seus impactos e resultados. Por se tratar de um aspecto muito relevante, estudos que abordem esta questão devem ser elaborados como forma de melhor compreender os processos de aprendizagem organizacional nas instituições de saúde.

A pesquisa foi realizada em três hospitais privados de um mesmo proprietário, em Juiz de Fora. Embora sejam privados e, portanto, sujeito às práticas de mercado, não foram

observadas a presença dos fatores facilitadores de aprendizagem. Assim, trabalhos que procurem identificar se tais práticas estão presentes na gestão dos hospitais públicos contribuirá sobremaneira para que se compreenda como eles estão se posicionando perante a essa nova exigência do mercado.

Outro ponto que merece ser pesquisado diz respeito a verificar se a falta de práticas orientadas para a aprendizagem seria um problema também comum a hospitais privados com um dono claramente definido ou se o porte dos hospitais privados, sua forma de gestão ou o grau e extensão de sua profissionalização afetam a forma de manifestação ou o vigor da aprendizagem organizacional.

As características de aprendizagem presentes neste trabalho dizem respeito somente às organizações de saúde. Portanto, cabem desdobramentos no sentido de se identificar se tais características se encontram em outras organizações de serviço com base em conhecimento e se estas apresentam uma abordagem semelhante ou diferente dos hospitais pesquisados.

Referências

ABIDI, S. S. R. Healthcare management through building and operationalizing healthcare enterprise memory. **Medical informatics in Europe**. Amsterdam: IOS Press, 1999.

ALMEIDA, A. A. M. et al. Implantação da tecnologia da informação numa organização de saúde: impactos e desafios. Anais do 30º. Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração. CD-ROM. Salvador: ANPAD, 2006.

ARGYRIS, C; SCHÖN, D. **Organizational learning II: theory, method, and practice**. Reading, MA: Addison - Wesley, 1996.

CROSSAN, M. M.; LANE, H. W.; WHITE, R. E. An organizational learning framework: from intuition to institution. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 3, p. 522-537, 1999.

DE GEUS, A. **A empresa viva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

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

DODGSON, M. Organizational learning: a review of some literatures. **Organization Studies**, v. 14, n. 3, p. 375-394, 1993.

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

GALBRAITH, J. R. et al. **Organizando para competir no futuro**. São Paulo: Makron, 1995.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

HALL, R. H. **Organizações e processos**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1984.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979.

KIM, D. H. O elo entre a aprendizagem individual e a aprendizagem organizacional. In: KLEIN, D. A. **A gestão estratégica do capital intelectual**: recursos para a economia baseada em conhecimento. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998, p.61-92.

KOLB, D. A. **Experiential learning**: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1984.

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

_____ ; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 1999.

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

MOTTA, F. C. P.; CALDAS, M. P. (org.) **Cultura organizacional e cultura brasileira**. São Paulo: Atlas, 1997.

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

O'LEARY, D. Knowledge management systems: converting and connecting. **IEEE Intelligent Systems**, v. 13, n. 3, p. 30-33, 1998.

QUINN, J. B. **Empresas muito mais inteligentes**. Rio de Janeiro: Makron, 1996.

QUINTANA, P.; ROSCHKE, M. A.; RIBEIRO, E. C. Educación permanente, proceso de trabalho y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q. J. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994.

SCHEIN, E. Coming to a new awareness of organizational culture. **Sloan Management Review**, v. 25, n. 2, p. 3-16, 1984.

_____. How can organizations learn faster? The challenge of entering the green room. **Sloan Management Review**, v. 34, n. 2, p. 85-92, 1993.

_____. Three cultures of management: the key to organizational learning. **Sloan Management Review**, v. 38, n. 1, p. 9-20, 1996.

_____. **Organizational culture and leadership**. 2. ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1997.

SCHNEIDER, S. C.; BARSOUX, J.-L. **Managing across cultures**. Harlow, UK: Prentice Hall Europe, 1997.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Best Seller, 1990.

_____ et al. **A dança das mudanças**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

WICKRAMASINGHE, N. IS/IT as a tool to achieve goal alignment in the health care industry. **International Journal of Healthcare Technology and Management**, v. 2, n. 1, p. 163-180, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005