Impermanência: um conceito capaz de revolucionar os atuais modelos de gestão do segmento saúde

Impermanence: a concept that can revolutionize current models of health management segment

Impermanencia: un concepto que puede revolucionar los actuales modelos de gestión de la salud

O entendimento do conceito de impermanência pode ser considerado como a “pedra de toque” buscada para equacionamento dos problemas identificados no sistema brasileiro de saúde. A crise vivenciada pelo setor, indiferenciadamente no segmento público ou privado, há décadas tem sido perspectiva a partir de um conhecimento reducionista bastante miope, embasado em dogmas e paradigmas construídos pelo saber e poder de seus profissionais. A desconstrução dessa realidade, em grande medida propiciada pela Teoria da Complexidade, é favorecida pelo Modelo de Mundos proposto por Pavesi, que estimula um olhar mais substantivo para as intangibilidades presentes nos processos e relações do dia a dia das suas organizações, abrindo o entendimento de que o simples está sempre por trás do complexo. Tal condição permite identificar caminhos e possibilidades para modelagem de sistemas de gestão mais profissionais e alinhados com a realidade contemporânea.

Understanding the concept of impermanence can be considered as the “touchstone” sought for addressing the problems identified in the Brazilian health system. The crisis experienced by the sector, indistinguishably in the public or private sector, for decades has been from the perspective of reductionist knowledge rather myopic, based on dogmas and paradigms constructed by the knowledge and power of its professionals. The deconstruction of this reality, largely fostered by Complexity Theory, is favored by Model Worlds proposed by Pavesi, which encourages a more substantive look for intangibilities processes and relationships present in the day-to-day running of their organizations, opening understanding that simple is always to bring the complex. This condition allows us to identify ways and possibilities for modeling systems management professionals and more aligned with the contemporary reality.

Comprender el concepto de la impermanencia puede ser considerada como la “piedra de toque” para la solución de los problemas identificados en el sistema de salud brasileño. La crisis que vive el sector, sin distinción en el sector público o privado, durante décadas tiene sido perspectivada desde el punto de vista de un conocimiento reduccionista y muy miope, con base en dogmas y paradigmas construidos por su específico conocimiento y el poder de su profesionales. La deconstrucción de esta realidad, en gran parte impulsado por la Teoría de la Complejidad, se ve favorecida por lo modelo de mundos propuesto por Pavesi, que fomenta una reflexión más sustantivo para los procesos intangibilidades y relaciones presentes en el día a día de sus organizaciones, lo que apertura de la comprensión de que detrás del complejo se encuentra siempre lo simple. Esta condición nos permite identificar las formas y posibilidades para los profesionales de modelado de sistemas de gestión y más alineados con la realidad contemporánea.

Palavras-chave: *Sistemas de saúde, Crise, Impermanência.*

Autor:

Antonio Teixeira de Carvalho Filho

MSc em Administração pela UNESA, Doutorando em Administração pela Universidad Nacional de Rosario – Argentina, Especialista em Administração Hospitalar, Cirurgião-Dentista e Advogado. Ex-Diretor Geral do Centro de Saúde Veiga de Almeida, Prof. Mestrado Profissional de Odontologia e Fonoaudiologia UVA, Prof. FGV MBA Executivo em Saúde.

Introdução

A apreensão do conceito de impermanência é de extrema importância para alcance de um entendimento produtivo para os muitos cenários de crise hoje vivenciados pelo sistema brasileiro de saúde – indiferentemente, nos setores público e privado.

Isto por que a tendência prevalecente é a de seus profissionais perceberem a realidade de suas “práticas” tão somente a partir da perspectiva linear e reducionista oferecida pelo específico conhecimento de suas áreas de saber – um horizonte limitado pelo conforto oferecido pela previsibilidade.

A cultura identificada no segmento saúde produz e reproduz um conhecimento pleno de dogmas e paradigmas que, por se constituir pretéritos em relação à realidade contemporânea de necessidades das organizações – rapidez decisória, flexibilidade a mudanças, crescente competitividade, etc. – constitui-se fator que perpetua aquilo que Sumantra Ghoshal¹ denomina como “subdesempenho satisfatório”, ou seja, aquele momento quando todos na organização, apesar de reconhecer suas potencialidades – pessoais e/ou organizacionais –, racionalizam seus “fazer”, enquadrando-os no limite de conforto oferecido pela dimensão

¹ GHOSHAL, S. O cheiro do lugar. Rio de Janeiro: Revista Exame, 08/março/2000.

da previsibilidade, a qual, de algum modo, favorece a satisfação dos seus interesses, necessidades e expectativas.

Suportando essa cultura, o chamado “modelo newtoniano”, que favorece, ainda hoje, a “romântica” postura de seus profissionais no imaginar, conforme citado por Horkheimer, ser possível transformar “... o pensamento em matemática, qualidades em funções, conceitos em fórmulas e a verdade em frequências estatísticas de médias”². Essa postura diante da realidade tem sua origem no Iluminismo, e seus supostos encontram-se de tal forma arraigados na cultura dos profissionais da saúde que, retirando-lhes a capacidade crítica de “ver”, “ser”, “decidir” e “fazer” saúde a partir de uma concepção mais substantiva em relação à realidade social na qual estão inseridos, torna-os reféns de pré-concepções de “verdade” e interesses corporativos – tal postura, ressalve-se, geralmente não se vê percebida, em nível consciente, por seus profissionais e, por assim ser, poucas incursões e pesquisas nessa área têm sido desenvolvidas.

Como resultado, os cenários sobre os quais são construídas suas relações, processos decisórios, ações de planejamento e/ou atividades assistenciais, previsivelmente, mostram-se contaminadas por percepções fragmentadas e/ou tendenciosas da realidade, condição esta que, ao final e por desdobramento previsível, tende a impactar o possível e necessário desempenho / desenvolvimento das organizações do segmento.

Caracterização dos cenários

Unidades de saúde, independentemente de seu perfil assistencial, são organizações dinâmicas e bastante complexas – esse um paradigma, no campo da Administração, que se afirma consensual. Com base nessa acepção de verdade, a qual se vê potencializada, contemporaneamente, pela agregação cada vez maior de complexidades aos seus “fazer” (seja em função de novas tecnologias ou em razão da incorporação de atividades que demandam um conjunto, nem sempre convergente, de novos atores e profissões), cristalizou-se na área da saúde (de forma acrítica, em função de sua cultura) a percepção do existir no segmento especificidades que a tornam singular, e por ampliação de entendimento, que alguns problemas a ela afetos são incontornáveis.

A resultante dessa reducionista (e equivocada) percepção de realidade é o estabelecimento, no segmento saúde, de uma cultura excludente, que tende a rejeitar (não reconhecendo como válidos) saberes de outras áreas do conhecimento e, por ampliação de entendimento, propostas de mudanças em suas práticas – cabe aqui esclarecer que, de uma maneira geral, tais rejeições não se veem manifestas de forma explícita, exteriorizando-se através de comportamentos e movimentos intangíveis de resistência, com efeitos bastante deletérios para as organizações e seus usuários-clientes. Esses comportamentos e movimentos têm a sustentá-los cenários onde se identifica a pulverização do poder organizacional – visibilizada, numa visão mais pragmática, através da dualidade de poder estabelecida entre os grupos da assistência e administração. Tal condição favorece recorrentes disputas entre grupos e subgrupos profissionais por espaço de interferência nas decisões organizacionais, afigurando-se tal realidade responsável por um clima de permanente tensão e conflitos no segmento.

As Unidades de saúde são exemplos clássicos daquilo que Mintzberg³ denomina como *organizações profissionais*. São organizações estruturadas sobre uma base dual, definida entre um ideal de integração para prestação de serviços (relação entre profissionais-profissionais e profissional-usuário) e uma real fragmentação do poder, cuja análise demanda uma identificação comportamental imanente, manifesta através de motivações, expectativas e interesses. Essas variáveis afiguram-se mecanismos de orientação e coordenação que, por serem reais, tendem a contaminar, em maior ou menor grau, as definições estratégicas e decisões gerenciais das organizações – sejam elas administrativas ou assistenciais –, condição que exige permanentes ajustamentos na busca pela compatibilização dos interesses dos atores envolvidos em seus processos produtivos. Portanto, conforme propõe Marinho⁴, uma organização de saúde para poder funcionar depende de uma forte capacidade relacional, conhecimento de seus processos e habilidades gerenciais – aliás, de forma idêntica a todas as atividades produtivas humanas, que por serem culturais, envolvem permanentes trocas e posse de informações. Nessa linha de razão, o saber e o conhecer, invariavelmente, não se apresentam destituídos de um caráter político, ideológico, social, econômico... Dessa forma, todos os atores que integram e, conseqüentemente, interagem nos diferentes processos e ambientes das Unidades de saúde, ao mostrarem que conhecem e sabem, seja em qual posição estejam, diferenciam-se entre si, estabelecendo-se, a partir daí, relações de poder.

A partir da aceitação desse entendimento, é possível perceber que os chamados “processos de organização do trabalho”, nesses tipos de organização, em especial por envolverem, na sua estruturação, grupos profissionais com diferentes níveis de formação, formações diferenciadas, especializações dentro de uma mesma formação e/ou capacitações diferenciadas, tem se tornado cada dia mais complexo e, por desdobramento de conseqüência, as relações que a partir daí se estabelecem, têm apresentado importantes níveis de tensionamento. O impacto desse permanente estado de tensão constitui-se “caldo de cultura” bastante propício ao estabelecimento de conflitos, condição esta que, também previsivelmente, tende a gerar, enquanto causa prevalente, forte entropia às organizações do segmento.

Entretanto, tal realidade não é reconhecida e, quando de alguma forma o é, não se vê aceita como causa para os cenários de crise identificados no segmento saúde – a linearidade oferecida pela previsibilidade se sobrepõe a busca por novas formas de saber e conhecer. Assim sendo, com sustentação cultural, os profissionais do segmento preferem atacar a conseqüência dos problemas, por serem tangíveis (e previsíveis), resistindo a realizar incursões mais substantivas para alcançar entendimento e identificar caminhos / possibilidades para enfrentamento das intangibilidades presentes nas relações e processos organizacionais, enquanto causa predisponente para os problemas vivenciados no segmento. A motivação implícita nessa atitude de rejeição ao novo e, muito especialmente, a mudanças é a possibilidade, ainda que por presunção, de se ser colocado em “xeque” os “saberes” e “fazer” que entendem os profissionais da saúde ter sob seu exclusivo domínio, ou seja, tirá-los da “zona de conforto” oferecida pela cultura linear prevalente.

³ MINTZBERG, H. The rise and fall of strategic planning. New York: Prentice-Hall, 1994.

⁴ MARINHO, A. Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com geração de rankings. In: Textos para discussão – IPEA, n.º 794. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

² HORKHEIMER, Max. Eclipse of reason. In: GUERREIRO RAMOS, Alberto. A nova ciência das organizações: uma reconceitualização da riqueza das nações. 2.ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 1989.

Surge aí o conceito de impermanência como um produtivo estímulo à reflexão: se nada é permanente e definitivo nesse mundo, como é possível imaginar que as práticas e fazeres do segmento saúde podem ser tão previsíveis quanto insistem supor seus profissionais, a ponto de a eles oferecer certeza no existir um *continuum* de estabilidade diverso daquele encontrado no restante do contexto social – um contexto dinâmico, que cada dia mais (e com maior velocidade) se desconstrói e reconstrói, enquanto mecanismo necessário ao seu desenvolvimento e, inclusive, como necessidade para sua sobrevivência.

Como contraponto ao engessante “modelo newtoniano”, surge os supostos oferecidos pela Teoria da Complexidade, que através de diferentes linhas de pesquisa científica, consegue oferecer bases para contestar a linearidade sobre a qual, ainda hoje, encontra-se assentada a cultura do segmento saúde. Assim sendo, tendo como fundamento a aceitação da impermanência das relações e processos, mostra-se como imprescindível se vejam desenvolvidos estudos abrangentes e interdisciplinares para entendimento dos cenários de crise estabelecidos nas Unidades brasileiras de saúde – muito especialmente em suas intangibilidades – e, por ampliação de necessidade, a identificação dos mecanismos que sustentem a construção dos processos decisórios dessas organizações – mecanismos esses que, ao final, são responsáveis pelo desempenho e desenvolvimento das organizações do segmento saúde.

O estado da arte

As organizações de saúde, nos estertores do século XX e, muito especialmente, ao florescer do século XXI, em função da crescente agregação de complexidades aos seus saberes e práticas, quase que compulsoriamente passaram a necessitar que se vissem encaradas como verdadeiros *ethos* empresariais, exigindo para seu funcionamento (inclusive, sua própria sobrevivência) a incorporação de modelos profissionais de administração.

Entretanto, nas organizações contemporâneas de saúde (muitas) ainda é possível se detectar, em sua base de estruturação (e funcionamento), traços do “modelo ideal de administração” proposto por Max Weber⁵ – uma rígida estrutura, com normas regulando todas as ações / atividades. A esse cenário administrativo característico da primeira metade do século XX, tem se visto agregar (empírica e de modo quase nunca exitoso) “modismos organizacionais”, trazidos ao segmento como tentativas de resposta ao agravamento da crise nele estabelecida – modismos que são acriticamente introduzidos nos sistemas e organizações de saúde, sob a argumentação de se estar realizando o que muitos ainda insistem em chamar de “choque de gestão”.

Não obstante esses tênues (e equivocados, vale ressaltar) movimentos de mudanças, o que em verdade pode se observar (e prevalece) são modelagens organizacionais fortemente hierarquizadas, estruturadas a partir de uma base dual de poder, cujos processos decisórios veem-se submetidos aos interesses, necessidades e expectativas de seus profissionais. Consequentemente, nos cenários organizacionais do segmento podem ser identificados alguns fortes elementos estruturadores, conforme segue:

- Hierarquias bastante rígidas;
- Processos decisórios altamente concentrados na alta administração;
- Ausência de uma orientação voltada para o usuário;
- Limitações nas formas de motivação dos colaboradores.

Assim posto, torna-se possível identificar como existente uma clara dualidade de autoridade nas organizações de saúde. Um modelo dual que se vê assentado na assimetria de poder definida a partir de uma polarização estabelecida entre os saberes e práticas de dois grandes setores de sua estruturação: assistência e administração. Em realidade, essa assimetria de poder deve / pode ser entendida como centralidade predisponente / determinante das tensões e conflitos observados no segmento.

Como resultado dessa antagonista polarização cultural de interesses (interesses não convergentes e perspectivados, geralmente, a partir de uma ótica reducionista, ensejada pela percepção de necessidades e expectativas dos grupos e subgrupos da administração e da assistência), o que é dado se observar, de um modo geral, é uma permanente tentativa, nunca totalmente vitoriosa, pelo encontro de formas adaptativas de convivência, num exercício de atenuamento das divergências entre eles estabelecidas. Importante aqui se refletir que nessa recorrente tentativa de composição de interesses, necessidades e expectativas, os usuários, nunca, se veem presentes, apesar de se constituírem eles a razão da existência das organizações de saúde.

Assim, as tentativas de atenuamento das divergências observadas nas unidades de saúde entre os setores de assistência e administração, historicamente, têm se visto estabelecidas (e, de certa forma, legitimadas culturalmente) através de alianças não formais entre esses dois grandes grupos de poder, numa tentativa pouco provável por se manter uma previsível linearidade para as relações e seus processos. Alianças, aliás, que adquirem, na prática, a dimensão de um verdadeiro jogo de interesses entre os grupos de assistência e administração – ainda que, em realidade, tal composição se veja discutida e pactuada, apenas, entre o grupo de profissionais médicos e a alta administração da Organização. Tais composições, não raro, ganham concretude através da concessão de maiores privilégios ao grupo de profissionais médicos e/ou estabelecimento de acordos administrativos tácitos para favorecimento / manutenção da chamada “autonomia médica” – especialmente no pertinente a não submissão de suas práticas a rígidos controles de custos, produção e/ou alocações corporativa de recursos.

Cabe reiterar, entretanto, que nesse processo de alianças e composições, geralmente, os demais grupos profissionais que atuam no segmento veem-se de certa forma excluídos (ou, no mínimo, colocados em segundo plano), situação essa que se mostra responsável por uma permanente retroalimentação dos estados de tensão e conflitos – quanto aos interesses, necessidades e expectativas dos usuários-clientes das unidades de saúde, quase nunca são discutidas como prioridade nos processos de construção decisória.

Dessa forma, coexistem nas organizações de saúde, ainda que de forma nem sempre tangível, dois princípios de autoridade, os quais se vêem manifestos a partir de posicionamentos, quase sempre antagonísticos, entre 2 (dois) grandes grupos de poder – o grupo da assistência e o da administração. Ocorre, entretanto, que em relação ao primeiro (assistência), ainda é possível se observar uma forte fragmentação e prevalência nas relações do grupo de profissionais médicos com os outros grupos de profissionais não médicos, que também compõem o grupo de assistência – tal prevalência, de alguma forma, é legitimada no segmento e aceita sócio-culturalmente.

Conforme descreve Carapinheiro⁶, contemporaneamente, médicos e administradores são os atores, no ambiente das

⁵ SOUZA, J. A atualidade de Max Weber. Brasília: UNB, 2002.

⁶ CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital. Porto: Edições Afloramento, 1998.

unidades de saúde, que desenvolvem as mais difíceis e críticas tarefas. Se de um lado, em termos assistenciais, encontramos o grupo de profissionais médicos como aquele que representa a própria essência do existir das unidades de saúde – na medida em que o trabalho desenvolvido por esses profissionais está diretamente relacionado com os fenômenos saúde-doença e vida-morte –, de outro, surgem agora os chamados “administradores”, que despontam como atores de relevância indiscutível, diante da crescente potencialização dos custos hospitalares e complexidade cada vez maior de seus processos – financiamento, logística, infraestrutura, relações com operadoras de saúde, etc. Os administradores são atores que têm como “dever de ofício” garantir a sustentabilidade, o alcance de resultados cada vez mais positivos e, em última instância, zelar pela própria sobrevivência da organização.

Diante desse novo ordenamento de forças, emerge como resposta para a problemática ensejada pela contemporânea realidade do ambiente das unidades de saúde, a necessidade de se aceitar a impermanência das relações e processos organizacionais e, a partir daí, se promover ampliação na perspectiva de exame dos problemas iminentes ao segmento, na direção do encontro de caminhos e possibilidades para alinhamento produtivo desses grupos profissionais. Entretanto, embora tal posicionamento possa parecer, a uma primeira análise, como bastante lógico e satisfatório, em realidade ele se mostra reducionista, necessitando ver-se ainda mais ampliado, na medida em que não mais se pode deixar de considerar que, cada vez mais, coexistem no ambiente das Unidades de saúde várias medicinas (hierarquizadas e separadas entre si), multiplicando também outras profissões não médicas e administrativas, que em seu conjunto atuam (deveriam atuar) de forma integrada e complementar ao “fazer” do segmento saúde.

Segundo afirma Gonçalves⁷, a verdadeira “babel” de formações, especializações dentro de formações e diferentes qualificações profissionais – condição ensejadora, em sua essência, de diferentes culturas –, provavelmente contribui, enquanto causa predisponente / determinante, para as tensões e conflitos estabelecidos nas organizações de saúde. A partir do mosaico de diversidade cultural estabelecido, previsivelmente, o entendimento dos mecanismos de construção dos processos decisórios do segmento – que se vêem definidos com base nas diferentes percepções de realidade, ensejadas através da cultura imanente dos atores que integram e interagem em seu ambiente operacional (seja assistencial ou administrativo) –, adquirem relevância indiscutível, na medida em que se afiguram fator diferencial para o sucesso (ou fracasso) das práticas das unidades de saúde (inclusive sua sobrevivência) – em especial nos dias atuais, diante dos elevados custos envolvidos (seja em relação aos processos produtivos de assistência, seja em relação à permanente necessidade de atualização tecnológica do segmento) e da acirrada competitividade observada no segmento saúde.

Como ponto último de reflexão, emerge o “modelo de mundos” proposto por Pavesi como fonte de conhecimento capaz de favorecer entendimento sobre causas que contribuem para os estados de permanente tensão e conflitos que são identificados nas Unidades de saúde. Segundo o autor, o mundo operacional das organizações de saúde (o “chão de fábrica” da convencional pirâmide organizacional, que por ele é denominado como mundo dócil), de modo diferente de todas as demais áreas produtivas organizacionais, não se apresenta tão sujeito a definição de

procedimentos padrão, protocolos de trabalho e matrizes de mensuração para o “fazer” dos operários que nele desenvolvem suas atividades. Na quase totalidade das organizações, os operários acatam as definições para seus processos de trabalho, o que não ocorre na saúde, onde os profissionais que trabalham no nível operacional de suas organizações (na saúde o nível operacional é representado pela área de assistência, e os operários que nela trabalham são médicos, enfermeiros, dentistas, etc.) recusam-se a acatar definições para seus respectivos processos de trabalho, alegando uma dimensão de autonomia profissional que, culturalmente aceita e defendida por todos, é entendida como muito mais ampla do que realmente o é, ou seja, os profissionais que atuam nesse segmento imaginam poder definir, cada qual dentro de sua específica visão de mundo, como “ser”, “ver”, “decidir” e “fazer” suas específicas atividades; e mais... em razão dessa imaginada autonomia, conflitam esses profissionais não somente entre si como dentro dos grupos e subgrupos que se estabelecem em cada nível da estrutura organizacional – tudo objetivando o alcance de poder e prevalência sobre os processos decisórios, apesar de, teoricamente, todos terem um mesmo objetivo, ou seja, a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários-cliente de suas respectivas organizações. Importante é, nesse contexto, refletir-se sobre o caos produtivo que, potencialmente, representa essa realidade... e o impacto que esse caos impõe ao desempenho e desenvolvimento organizacional.

Considerações finais

A ciência reconhece o conceito de impermanência, na medida em que a mesma sobrevive da dúvida – quanto maior for a dúvida suscitada, também maior poderá ser a dimensão oferecida pela resposta. Portanto, não havendo dúvidas a ciência tende a não sobreviver, impedindo-se assim a expansão produtiva do conhecimento – e conhecimento não renovado, ao tempo, torna-se improdutivo, contaminando os contextos a que oferece suporte através do saber, trazendo o caos os processos e relações nesse contexto estabelecido.

Buscou-se ao longo do texto estimular reflexões sobre a realidade do segmento saúde, seja no pertinente a cultura linear e reducionista que está por de trás de sua cultura seja através da identificação da importância das intangibilidades presentes nas relações e processos dos seus “fazer” cotidianos para o desempenho e desenvolvimento de suas organizações. A linear previsibilidade defendida pelo chamado “modelo newtoniano” não mais encontra campo de aplicação quando confrontada, criticamente, com as necessidades e exigências de um mundo que se desconstrói e reconstrói a uma velocidade nunca antes imaginada... Os resultados pouco produtivos das muitas incursões de mudanças alicerçadas em “verdades corporativas” até aqui implementadas no segmento saúde, especialmente aquelas havidas nas duas últimas décadas, construídas a partir de dogmas corporativos e paradigmas pretéritos, confirmam as assertivas ao longo do texto propostas de que o modelo de “ser”, “ver”, “decidir” e “fazer” da saúde está esgotado, não mais conseguindo oferecer sustentação para as suas práticas. O estado de permanente tensão e conflitos presente no dia-a-dia dos ambientes organizacionais do segmento – ressalve-se não identificado ou mesmo aceito como problema por seus profissionais – viu-se ressaltado como causa (e não consequência) para a entropia estabelecida nas Unidades de saúde; e mais... sua gênese foi definida na dimensão oferecida pelos processos e relações que se estabelecem em seus “fazer”, condição esta que pode ser visibilizada através dos choques intangíveis de poder definidos

⁷ GONÇALVES, E. Estrutura organizacional do hospital moderno. São Paulo: revista de Administração de Empresas, 38, n.º 1, 1998.

pelos interesses, necessidades e expectativas de grupos e subgrupos de profissionais que, ao atuar, privilegiam muito mais a sua prevalência sobre os demais grupos e subgrupos de poder, numa disputa permanente pelo “pertencimento organizacional” do que, propriamente, pelo alcance de sua finalidade precípua, ou seja, o trazer-saúde para os usuários-cliente das Unidades de saúde onde desenvolvem suas atividades.

Todas as assertivas até aqui apresentadas, por serem reais, possibilitam trazer a luz da dúvida sobre questões que, por ser intangíveis (frente à cultura reducionista e linear do segmento), pouco são reconhecidas e/ou mesmo aceitas no segmento saúde como causa predisponente para os muitos problemas vivenciados no segmento. O conhecimento científico contemporâneo, suportado muito especialmente pelos supostos oferecidos pela Teoria da Complexidade e avanços trazidos pela Neurociência, é capaz de descortinar caminhos e possibilidades para enfrentamento dos problemas de construção decisória equivocada estabelecida no segmento saúde, que definidos com base em acepções de “verdade” fragmentadas e suportadas por visões de mundo limitadas à dimensão do específico conhecimento de seus profissionais, tendem a contaminar, trazendo entropia, às potencialidades existentes e requeridas pela realidade contemporânea para o desempenho e desenvolvimento de suas organizações.

Portanto, antes se imaginar como possível existir “receitas de bolo” para as mudanças necessárias de ser empreendidas no segmento saúde, é preciso abrir-se oitiva para uma predisposição substantiva de rompimento para as pré-concepções de verdades que ainda hoje definem o “ser”, “ver”, “decidir” e “fazer” de seus profissionais, ousando introduzir novas perspectivas de análise e intervenção para os processos e relações estabelecidas em cada Unidade de saúde, em particular, e para a cultura de todo o sistema de saúde, em sentido macro. Uma predisposição que privilegie dúvidas surgidas ao longo do desenvolvimento dos processos e relações organizacionais, aprendendo a aprender com os erros, tirando deles ensinamentos para uma permanente reciclagem de conhecimentos e modos de “fazer”. É preciso entender, por derradeiro, que a razão do existir das Unidades de saúde são seus usuários-clientes e, portanto, a definição dos seus processos decisórios organizacionais precisa ser isenta, tecnicamente construída sobre bases de realidade, focada nos potenciais e disponibilidades de cada organização e/ou sistema de saúde; essas organizações precisam, continuamente, melhorar seu desempenho para poder se desenvolver (ou, de algum modo, permanecer no mercado), seja para cada vez melhor atender seus usuários-clientes seja para poder oferecer melhores condições de trabalho e qualidade de vida aos profissionais que oferecem, com suas respectivas força de trabalho, vida para as organizações.

Referências bibliográficas

- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afloramento, 1998.
- GONÇALVES, E. *Estrutura organizacional do hospital moderno*. São Paulo: revista de Administração de Empresas, 38, n.º 1, 1998.
- HORKHEIMER, Max. Eclipse of reason. In: GUERREIRO RAMOS, Alberto. *A nova ciência das organizações: uma reconceitualização da riqueza das nações*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: FGV, 1989.
- MARINHO, A. *Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com geração de rankings*. In: Textos para discussão – IPEA, n.º 794. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.
- MINTZBERG, H. *The rise and fall of strategic planning*. New York: Prince-Hall, 1994.
- SOUZA, J. *A atualidade de Max Weber*. Brasília: UNB, 2002.