

4. O CASO FAMED

Este capítulo apresenta uma breve descrição do cenário no qual a organização se insere, contextualizando a organização pesquisada. A seguir é feita uma apresentação da empresa e um resumo de sua história. O processo de mudança organizacional é então descrito com base nos resultados da pesquisa de campo.

4.1. O cenário do setor de saúde no Brasil

O setor de saúde no Brasil vive hoje um momento peculiar. As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época se iniciou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído, em sua origem, por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares. As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Os principais fatos políticos das últimas décadas são destacados no Quadro 22.

Quadro 22

História da saúde pública no Brasil – Fatos marcantes das últimas décadas

Ano	Acontecimento
1976	Início das várias propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).
1978	Conferência de Alma-Ata (1978), preconizando “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.
1980	Criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) – que, na realidade, nunca saiu do papel.
1982	Criação do Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP).
1983	Implementação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS) - estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.
1986	Realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde, considerada um marco histórico, que consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.
1987	Implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.
1988	Promulgação da nova Constituição Federal. O capítulo dedicado à saúde retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196). Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Ano	Acontecimento
1990	Promulgação da Lei nº 8.080, que operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

Fonte: Adaptado de Vecina Neto, Cuitat, Terra (1998).

No que se refere às organizações de saúde privadas, em 1964 foram celebrados, através do extinto IAPI, os primeiros convênios com empresas, representando a primeira tentativa de se dividir o pesado encargo do Estado com a saúde. Por estes convênios, as empresas que contratavam assistência médica privada, podiam deduzir da cota devida ao INPS, 2% da folha de pagamento.

Na década de 80, com a rede governamental de hospitais e ambulatórios se mostrando insuficiente para o atendimento da população, a rede hospitalar privada foi credenciada e as internações passaram a ser autorizadas através das GIH - Guias de Internação Hospitalar. Com a promulgação da nova Constituição em 1988, foi oficializada a abertura da assistência à saúde à iniciativa privada.

Os programas de Assistência Médico-Hospitalar privados aumentaram significativamente a sua participação no modelo de assistência à saúde, durante a década de 80, sendo os mais comuns os de Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas. Nessa época, devido à queda da qualidade e das condições de assistência à saúde no setor público - como consequência da crise econômica que diminuiu os recursos destinados ao setor e por motivos estruturais - devido ao aumento da utilização do sistema pela população, teve início um processo de valorização do sistema privado, com a procura de modalidades alternativas. As seguradoras, empresas de Medicina de Grupo e Cooperativas perceberam a formação desse mercado e iniciaram investimentos crescentes na área.

Nos últimos anos, a rede pública de hospitais federais, estaduais e municipais vem sofrendo um processo de deterioração acelerada por diversos motivos. Surgem freqüentemente nos jornais e televisão notícias sobre recursos escassos, falta de medicamentos e materiais, número insuficiente de médicos, má qualidade do atendimento e pessoal desmotivado.

Vecina Neto, Cuitat e Terra (1998) apontam que, além das crises políticas e econômicas, um conjunto de fatores – como problemas ligados ao financiamento, ao clientelismo, à mudança do padrão epidemiológico e demográfico da população, aos crescentes custos do processo de atenção e ao corporativismo dos profissionais da saúde, entre muitos outros – vem se apresentando como grandes obstáculos para avanços maiores e mais consistentes na área da saúde.

Dessa forma, os autores indicam que é necessário desenhar estratégias para superar o desafio da transformação a ser realizada, e uma delas diz respeito ao gerenciamento do setor da saúde. É preciso criar um novo espaço para a gerência comprometida com o aumento da eficiência do sistema e com a geração de equidade. Seguindo essa linha, os autores indicam que deve-se pensar também na necessidade das organizações de saúde, tanto públicas como privadas, adaptarem-se a um mercado que vem se tornando mais competitivo e às necessidades de um país em transformação, em que a noção de cidadania vem se ampliando a cada dia. Nesse contexto, as organizações de saúde e seus funcionários precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.

Outro ponto interessante a ser destacado é que, apesar de influenciar a vida de aproximadamente um quarto da população brasileira, o setor privado de assistência à saúde esteve durante muito tempo estabelecendo suas próprias regras. Junto com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, em abril de 2000, houve o estabelecimento de novas regras para as empresas do setor, com a inclusão de antigas reivindicações dos consumidores. A maior e mais grave reivindicação, já assegurada por lei nacional, dizia respeito à não inclusão de determinadas patologias na cobertura dos planos, como a Aids, e procedimentos relativos a derrame cerebral e infartos, por exemplo.

Para Kisil (1998) a reforma do setor da saúde pela qual vem passando o Brasil é em si um agente provocador de Mudança Organizacional que afeta todo o Sistema de Saúde. Assim, o atual momento da realidade brasileira exige uma grande atenção às decisões que estão sendo tomadas nessa área: novos modelos de atenção, com melhor uso dos recursos alocados, passam a ser uma exigência da sociedade.

Para entender melhor o setor, é interessante a apresentação de alguns dados: Em primeiro lugar, as empresas de saúde são classificadas de acordo com o número de pessoas associadas. No Quadro 23 estão destacadas essas classificações com as respectivas regiões de atuação.

Quadro 23

Empresas de saúde e suas principais regiões de atuação

Porte da Empresa	Pessoas associadas	Região de Atuação
Grande	Mais de 200 mil	Região Sudeste - principalmente São Paulo e Rio de Janeiro.
Médio	entre 50 e 200 mil	Demais estados e grandes cidades do interior.
Intermediário	entre 10 e 50 mil	Cidades de médio porte, abrangendo um maior número de estados.
Menores	menos de 10 mil	Interior e periferias das grandes cidades.

Fonte: Adaptado do *site* da Abramge (2005).

As empresas privadas de saúde também se dividem em quatro grupos: Cooperativas Médicas, Medicina de Grupo, Auto Gestão e Seguradora.

A descrição de cada um dos grupos e suas estimativas de usuários são apresentadas no Quadro 24. As principais características de cada um dos diferentes tipos de empresas privadas no sistema de saúde são apresentadas no Quadro 25. O gráfico apresentado na Figura 8 mostra a participação de cada um desses grupos no sistema supletivo de saúde, de acordo com seu número de beneficiários. A cobertura total do sistema, que considera, além dos tipos de empresas já citados, os planos odontológicos, é de aproximadamente 40,8 milhões de beneficiários.

A Abramge (Associação Brasileira de Medicina de Grupo) também fornece uma lista com as 20 maiores empresas de medicina de grupo no Brasil, apresentada no Quadro 26, e, por último, fornece dados da evolução da Medicina de Grupo nos últimos três anos, apresentados no Quadro 27.

Quadro 24

Sistemas Supletivos de Saúde

Tipo de Empresa	Forma de funcionamento	Usuários (em milhões)
Medicina de Grupo	Conhecido por convênio médico. Presta serviços médico-hospitalares através de recursos próprios e contratados, cobrando valor per capita fixo.	15,2
Cooperativas Médicas	Também conhecida como convênio médico. Organizada na forma de cooperativa de trabalho e cobra valor per capita fixo.	10,2
Autogestão	Atendimento médico-hospitalar oferecido por empresas. Exclusivo para os funcionários e administrado diretamente ou por terceiros.	5,5
Seguradora	Seguro-saúde. Permite livre escolha de médicos e hospitais pelo reembolso de despesas, no limite da apólice contratada.	4,7

Fonte: site da Abrange, 2005.

Quadro 25

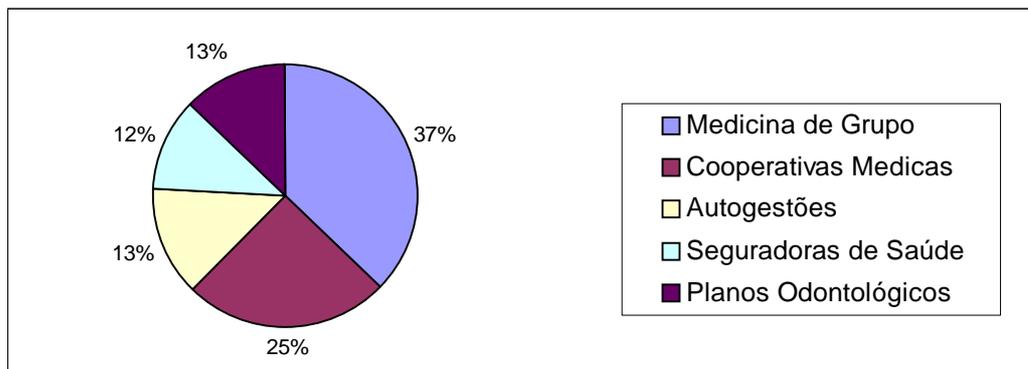
Sistemas Supletivos de Saúde

Principais Características	Medicina de Grupo	Cooperativas Médicas	Autogestão	Seguradora
Inscrição no CRM	sim	sim	não	não
Diretor Clínico	sim	sim	não	não
Co-responsabilidade pelos serviços médicos	sim	sim	não	não
Recursos Físicos – Próprios	sim	sim	não	não
Recursos Físicos - Credenciados	sim	sim	sim	não deveria

Fonte: site da Abrange, 2005.

Figura 7

Participação no sistema – usuários



Fonte: Abramge, 2005.

Quadro 26

As 20 maiores empresas de medicina de grupo no Brasil - Base Agosto/2005

Empresa	Estado
AMIL	Rio de Janeiro
GOLDEN CROSS	Rio de Janeiro
MEDIAL SAÚDE	São Paulo
PRO-SAUDE – SAMCIL	São Paulo
AMICO – DIXAMICO	São Paulo
AMESP	São Paulo
HAP VIDA	Ceará
GRUPO HOSPITALAR	Rio de Janeiro
PROMÉDICA	Bahia
SEMEG	Rio de Janeiro
FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Minas Gerais
SAUDE ABC	São Paulo
SEISA	São Paulo
STA. CASA MIS. B. HORIZONTE	Minas Gerais
MICROMED	São Paulo
AVIMED SAUDE – AVICCENA	São Paulo
VITALLIS	Minas Gerais
SEMIC	Rio de Janeiro
RIOMED	Rio de Janeiro
SANTA HELENA	São Paulo

Fonte: site da Abramge, janeiro de 2006.

Quadro 27

Evolução da Medicina de Grupo no Brasil em 3 anos

ITENS	2002	2003	2004
EMPRESAS & BENEFICIÁRIOS			
Grupos Médicos, cerca de	800	800	750
Grupos Médicos filiados	300	290	290
Beneficiários cobertos (em milhões)	16,2	15,9	15,2
Beneficiários Plano Empresa (em milhões)	12,1	11,9	11,7
Beneficiários Plano Pessoa Física (em milhões)	4,1	4,0	3,5
Empresas contratantes dos planos de saúde de seus funcionários e dependentes	49.100	48.700	48.200
RECURSOS HUMANOS			
Médicos CLT	20.650	19.300	18.500
Médicos credenciados	81.000	79.700	77.200
Funcionários, para-médicos e administrativos	63.000	61.500	59.700
Profissionais de serviços auxiliares de terceiros	147.000	140.000	136.000
RECURSOS FÍSICOS			
Hospitais próprios	260	255	240
Hospitais credenciados	3.700	3.650	3.500
Leitos próprios	23.500	23.000	22.000
Leitos credenciados	340.000	325.000	320.000
Centros de diagnóstico próprios e credenciados	2.750	2.700	2.600
ATENDIMENTO			
Consultas médicas (em milhões)	95,5	96,4	89,7
Internações Hospitalares (em milhões)	1,98	1,93	1,90
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA			
Injetado no Sistema (em bilhões de R\$)	7,14	8,57	10,25
Valor médio por beneficiário / ano (em R\$)	440,74	538,99	675,00
Valor médio por beneficiário / mês (em R\$)	36,73	44,92	56,25

Fonte: site da Abramge, janeiro de 2006.

4.2. Apresentação da empresa

A Famed é uma empresa de porte médio, classificada pela Abramge entre as 30 maiores empresas de medicina de grupo no Brasil. É formada por uma operadora de planos de saúde e uma rede própria – a Famed Rede.

A Famed Rede é composta por um grupo de Hospitais e Centros Médicos que oferecem um grande complexo de serviços de saúde: consultas médicas, exames, internações e procedimentos hospitalares.

A segunda fonte de negócios da Famed - a Famed Planos, operadora de planos de saúde, tem sido muito promissora e vem contribuindo com excelentes negócios para a empresa.

Cabe à Famed Planos administrar a saúde de seus assegurados, que também utilizam-se das unidades e serviços próprios, a Famed Rede, e proporcionar a eles todas as condições de usufruir dos melhores serviços possíveis quando necessitarem de atendimento médico, em qualquer um dos diferentes planos por ela oferecidos.

Devido ao fato das duas atividades funcionarem simultaneamente e em conjunto, algumas vezes fica difícil visualizar a separação das duas organizações.

4.2.1. Missão e valores

A Famed tem como *missão* a prestação de serviços diferenciados na área de Saúde, visando a prevenção de doenças, o restabelecimento do segurado e a manutenção da sua produtividade. Tudo com um acompanhamento médico personalizado.

Para o cumprimento de sua missão, a Famed cultiva ao longo dos anos, uma cultura organizacional pautada em *valores* que compõem a base de seu trabalho na busca da qualidade dos serviços de saúde. São eles: excelência, ética, transparência, aprendizado e eficiência.

Para a Famed, cuidar da saúde das pessoas é uma grande responsabilidade e um ato de muita dedicação que tem como principais objetivos

o equilíbrio e a qualidade de vida, dentro e fora das empresas. A organização considera fundamental que seus clientes sejam atendidos de acordo com os princípios de:

- *Medicina Humanizada* – Aonde o respeito ao paciente e a análise detalhada do seu ambiente de trabalho auxiliam nos diagnósticos e definem procedimentos;
- *Valorização da Relação Médico-Paciente* – A proximidade, respeito mútuo e envolvimento devem fazer parte das consultas e serem capazes de gerar soluções médicas pessoais e eficientes para o dia-a-dia dos funcionários.

4.2.2. Histórico da organização

A Medicina de Grupo surgiu no Brasil nos anos 60 e desenvolveu-se, basicamente, para o atendimento da classe trabalhadora e por exigência do desenvolvimento industrial, com a instalação, na época, da indústria automobilística e, com ela, do setor de autopeças, na região Metropolitana de São Paulo - o ABC.

Segundo dados da Abramge, o embrião das empresas de medicina de grupo foi formado em São Paulo, em 1956, quando alguns médicos desempregados uniram-se para dar assistência aos funcionários e familiares de uma empresa em expansão, mediante um pré-pagamento fixo.

O cenário da saúde era caracterizado pela queda na qualidade do atendimento médico-hospitalar oferecido pelo setor público, longas filas de espera e superlotação dos hospitais. Do outro lado, os altos custos da medicina privada diminuíram a procura pelo atendimento particular, ainda comum na época.

A partir dessa realidade da saúde no Brasil surgiram as empresas de plano de saúde oferecendo serviços próprios e credenciados e uma estrutura de atendimento que incluía médicos contratados e conveniados, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento especializado.

Seguindo essa nova tendência, ainda no anos 60, um grupo de médicos de um centro de excelência de medicina da época, criou a Famed. A proposta do grupo era cuidar da saúde das pessoas tendo como objetivo o equilíbrio e a qualidade de vida, dentro e fora das empresas.

Ao longo dos próximos anos, a Famed seguiu sendo administrada quase exclusivamente por médicos, até que, no ano 2000, iniciou-se um projeto de gestão mais profissional. Houve uma grande mudança no organograma onde o principal executivo passou a ser o filho do fundador da empresa - um economista.

Gradativamente ele foi assumindo o controle da organização e provocando diversas transformações. Entre outras mudanças, vários diretores deixaram a empresa e cargos importantes passaram a ser ocupados por profissionais não médicos. Diversos setores foram reestruturados e novas áreas criadas, entre elas a área administrativa separando funções que antes eram de responsabilidade dos gerentes médicos. Uma das grandes alterações foi provocada pela revisão do regime de remuneração dos médicos, pois a forma praticada – pagamento por procedimento – havia se mostrado como um forte ponto de desvio dos propósitos mais próximos da missão social de cuidar da saúde.

Ao longo de seus primeiros anos de gestão, o novo diretor continuou sentindo falta de envolvimento dos médicos como equipe e da adesão ao modelo alternativo da empresa. A ação identificada como mais necessária para que se pudesse seguir de forma sustentável era a que tratava de mudanças de paradigmas e idéias impregnadas nas formas organizacionais.

Dando início a este trabalho, no começo de 2003, implementou-se um novo desenho para organização dos serviços médicos introduzindo os Chefes de Especialidades, com o objetivo de fortalecer, separar e aclarar as funções típicas de uma Rede de Hospitais e Centros Médicos das funções típicas de uma Operadora de Planos de Saúde.

E finalmente, em agosto de 2004, foi anunciada a mudança que é o objetivo desse estudo: a criação da Famed Rede.

4.3. O processo de mudança

Em um documento distribuído ao Corpo Médico em Julho de 2004 - um mês antes do anúncio da inauguração da primeira unidade Famed Rede - foram apontadas algumas ações imprescindíveis para prosseguir com a política de separação e buscar a colocação da Famed na posição de liderança neste tipo de modelo organizacional. Os responsáveis por essas ações foram identificados como: *médicos em geral*, *chefias das especialidades* e *organização*.

Por parte dos médicos em geral, se esperava:

- Revisão da modalidade de prática da medicina (reflexão e opção clara pela atuação médica institucional ou individual liberal);
- Revisão e declaração de interesse em trabalhar com atribuições designadas por um corpo de equipe com função hierárquica;
- Trabalho com remuneração fixa em contratos com dedicação exclusiva ou semi-exclusiva e não *cobrando buracos* da agenda semanal (salvo nos casos de especialistas e demanda não justificada);
- Disposição para avaliar a relação desempenho / resultado final para definir critérios de premiação e participação nos lucros gerais da empresa.

Por parte das chefias das especialidades, o esperado era:

- Formação da equipe;
- Definição de rotinas e atribuições para a equipe com base em discussões e aprovação de protocolos;
- Organização de programas de treinamento e capacitação por equipe;
- Discussão de casos da especialidade e entre especialidades;
- Definição de indicadores de avaliação de qualidade de serviço;
- Interação com as regras e normas institucionais para assegurar que as mesmas fossem cumpridas pelo corpo clínico;
- Publicação de artigos;

- Participação ativa em congressos.

Por parte da organização, a expectativa era de:

- Disponibilização de recursos para as ações previstas;
- Desenvolvimento de um serviço de gestão de RH específico para a área médica, para facilitar a organização de cursos, divulgação das diversas atividades e melhoria da comunicação;
- Criação de uma nova função na área de comunicação para promoção do conhecimento médico do corpo clínico do Famed;
- Aprovação de metodologia de avaliação dos serviços com vistas à remuneração por resultado;
- Conclusão do processo de criação de um Instituto para viabilizar novas ações de captação de recursos para apoio à capacitação e pesquisa.

O documento se encerrava esperando ter esclarecido o cenário de “aparente confusão” em que se encontrava a convivência entre a Famed Planos e a Famed Rede e a necessidade urgente de revisão da forma de operação da organização.

Na carta de anúncio da inauguração oficial da primeira unidade Famed Rede, foram apresentados o modelo de Gestão de Saúde da empresa - com exemplos, a nova estrutura de organização e os motivos para a separação.

De acordo com o documento, embora as duas operações tivessem o mesmo objetivo e a mesma missão de proporcionar saúde e qualidade de vida para as pessoas, se tornou claro que se tratavam de estruturas com características muito diferentes. Tendo em vista que a administração moderna exige um foco empresarial específico nas organizações, a divisão das duas atividades tinha como metas permitir um controle gerencial mais apurado para cada uma delas e, a curto-prazo, atingir os seguintes objetivos:

1. Definição clara das atividades de todos os profissionais

A divisão torna muito mais claras as responsabilidades, atribuições e papéis de todos os funcionários da empresa. Tanto para aqueles que estão

voltados para os serviços de saúde, quanto para aqueles que trabalham na Operadora de Planos. E, com isso, fica mais fácil se estabelecer uma política transparente e objetiva de cargos e salários em todos os níveis profissionais.

2. Autonomia total da direção para manter padrões de controle de qualidade médica

Com este tipo de administração, é possível garantir qualidade técnica para se exercer um trabalho profissional baseado em valores e princípios que norteiam a atividade na empresa. Além disso, é possível também buscar a excelência na prestação de serviço, desde o processo de recrutamento do corpo clínico, passando pela rapidez de respostas em casos de maior complexidade que exigem atuação imediata para definir diagnósticos que envolvem mais de um especialista (junta médica), até a efetiva possibilidade de desenvolvimento de programas educacionais continuados e de treinamento para a formação de serviço profissional altamente qualificado.

3. Montagem de um sistema efetivo de informações

A separação das empresas permite que haja investimentos mais específicos para facilitar, por exemplo, a informatização do *prontuário médico*, instrumento utilizado desde a fundação da Famed e que possibilita manter um verdadeiro controle de qualidade. Só em organizações que registram o histórico da evolução da saúde do grupo é possível obter dados para se realizar uma análise epidemiológica e estabelecer com precisão mapeamentos de riscos e medidas de controle da situação, atuando *de verdade* na prevenção de doenças. A separação da Famed Rede permite a implantação do *prontuário médico eletrônico* com maior rapidez e eficiência.

4. Controle dos alicerces da verdadeira medicina

Ao ser responsável pela equipe de profissionais que atua na empresa, é possível manter, determinar e exigir o cumprimento da ética, da transparência profissional e humanismo no tratamento médico que sempre nortearam as atividades da Famed ao longo de seus quase 40 anos de existência. São valores que a empresa não abre mão em hipótese alguma.

5. Qualidade final dos serviços

O resultado dessa operação só pode recair em qualidade final dos serviços e na conseqüente satisfação dos Clientes.

6. Autonomia comercial

Ao desmembrar a Operadora de Planos de Saúde, a Famed fica mais focada para as atividades comerciais e passa a ter uma postura de marketing mais agressiva para competir com os atuais concorrentes.

A carta deixava claro que a *transformação* de todas as Unidades Próprias em Famed Rede não seria realizada em uma única operação. Devido a procedimentos de ordem jurídica e burocrática, ela deveria ser paulatina e progressiva, a começar com a unidade que acabava de ser inaugurada.

Em outubro de 2004, foi apresentado um novo organograma para a empresa, explicitando a separação entre a Operadora, a Rede e a Direção Corporativa. A Gestão da Famed Rede era exercida por um colegiado formado pelos coordenadores das áreas de operações, apoio ao cliente, enfermagem, médica e saúde preventiva, sendo esse colegiado subordinado diretamente à diretoria.

No final de 2004, foi apresentado o Plano Estratégico da Famed para 2005 que identificava entre as ações com alta prioridade o Cumprimento das Metas Financeiras da Famed Rede e seu projeto de Gestão, que incluía revisão de processos, com identificação de dificuldades e pontos fracos e adequação de formulários para cada um dos processos levantados; estudos de produtividade; problemas para o levantamento de informações e apresentação de soluções para todos os problemas identificados.

Entre agosto de 2004 e junho de 2005, muito pouca coisa mudou efetivamente nas unidades da rede própria. Diversas ações apontadas como imprescindíveis no documento distribuído aos médicos em julho de 2004 continuavam sem ocorrer. Como exemplos, por parte das chefias das especialidades, pode-se destacar a inexistência dos indicadores de avaliação de serviço e dos protocolos aprovados. Por parte da organização, praticamente nenhum dos itens foi cumprido. A informatização dos prontuários, indicada na carta de anúncio da inauguração oficial da primeira unidade Famed Rede, em agosto de 2004, como uma das metas de curto-prazo, se iniciou apenas em

maio de 2005 em um dos Centros Médicos. As outras unidades continuavam trabalhando com prontuários em papel. Nenhuma das ações relacionadas à Famed Rede no Plano Estratégico de 2005 estava concluída. Também não havia nenhuma mudança na política de cargos e salários.

Em julho de 2005, antes do início da coleta de dados deste estudo, foi realizada uma consulta ao diretor, explicando a intenção da pesquisa e solicitando autorização para sua realização. Nesta entrevista, o diretor manifestou sua concordância e relatou alguns fatos do processo de mudança, destacando, principalmente, a necessidade de que os gestores adquirissem uma visão de gestão de negócios totalmente inexistente até o momento. *“A Famed Rede era um departamento que não tinha preocupação com custos, contratos, negócios, etc.. [...] Com a separação da estrutura eu pretendia criar uma cultura de gestão que a Rede até hoje não tem.”* Nesse sentido, ele apontou a total ausência de envolvimento dos responsáveis pela gestão da Famed Rede com o retorno do investimento:

O meu problema, que eu adoraria que fosse o de vocês, é tempo. O investimento tem que dar retorno. [...] Estamos no quinto ano do projeto... quanto tempo para dar retorno? Não existe TIR em dez anos! [...] É o último ano de oxigênio que nós temos para viver.

Falou também sobre a dificuldade para obter o envolvimento dos gestores no processo de mudança: *“Se eu estou levando cinco anos para explicar para os meus gestores, imagina eles para explicar para os médicos. Vai levar mais dez!”* Manifestou ainda seu desagrado com a postura dos médicos nas unidades: *“A Famed tem que ser um lugar bom pra trabalhar. Os médicos acham que estão fazendo um favor.”* E apontou como um dos maiores problemas para a mudança o fato dos gestores estarem completamente envolvidos com as rotinas e problemas diários da operação: *“Tem coisas que a gente pode melhorar: todos estão sendo tragados pelo dia-a-dia, não estamos conseguindo remar contra as águas.”*

Manifestando frustração, o diretor falou do modelo de Gestão de Saúde da Famed e das críticas a seu respeito:

Eu defini um modelo que é a única coisa que me orienta. [...] Há quatro anos venho sendo criticado – é uma resistência velada por parte de diversos diretores e assessores. [...] Como eu não tenho outra pilastra em que me segurar, eu insisto nessa visão estratégica.

A conversa se encerrou com a afirmação de que até o momento não haviam sido alcançados os resultados esperados. *“Os dados mostram que apesar de estarmos andando pra frente, estamos muito longe do objetivo.”*

Na convivência diária com os membros da organização, nas entrevistas informais e na observação das rotinas da empresa, vários aspectos do processo de mudança puderam ser levantados. Foram abordados diversos temas relativos à separação da Famed Rede, entre eles, a ausência de integração das unidades, a dificuldade na definição das funções de diversas chefias e a falta de aderência ao modelo de atendimento.

No que se refere à busca da padronização das unidades, com unificação de procedimentos e forma de atendimento de todos os Centros Médicos, estava claro que as unidades continuavam funcionando de maneira totalmente independente. As informações fornecidas por cada unidade eram diferentes e não havia comunicação entre os gerentes. Em uma conversa informal um funcionário afirmou: *“É como se a unidade X não fizesse parte da Famed.”* Em entrevista com um dos gestores, este apontou: *“Os processos acontecem de maneira diferente em cada unidade. Uma não tem conhecimento do funcionamento da outra.”*

Em relação ao modelo, foram dados diversos depoimentos confusos. A noção aparente é de que este era pouco conhecido, bastante questionado e com apenas uma pequena parte posta em prática. Gestor: *“Ele acredita no ideal de saúde do pai. Já mostrei que esse modelo não dá retorno.”* Médico: *“Não sei o que é o modelo.”* Em reunião dos gestores com o diretor, ele afirmou que a área de saúde possui uma demanda irracional: *“Não podemos ‘nos livrar’ da demanda. [...] Os planos de saúde estimulam o consumo de consultas ‘de grátis’. [...] Não adianta culpar o cliente... ele vem.”* E dessa maneira justificou o objetivo do modelo: *“O modelo é racionalizar o atendimento em função das características da demanda. [...] Linha de ação: trabalhos que resultem num melhor uso. [...] Foco claro de organizar o trabalho.”* Porém finalizou revelando saber que as coisas não estavam funcionando da maneira desejada: *“Os dados mostram que nosso modelo está fora de foco.”*

Um dos pontos mais relevantes destacados foi a definição da função dos gerentes médicos, ou a falta dela. Na verdade, a proposta indicada como uma das metas de curto-prazo na carta de anúncio da inauguração da primeira unidade Famed Rede, de que a separação das empresas tornaria mais clara a

definição das atividades de todos os profissionais, definitivamente não se concretizou. Uma das maiores dificuldades observadas no dia-a-dia tratava da confusão de papéis entre os gerentes médicos, gerentes operacionais e chefes de especialidades. Nos depoimentos de vários gerentes e funcionários era nítida a percepção de que todos têm dúvidas em relação às funções e responsabilidades de cada um dos profissionais. Funcionário: *“Pra quem eu devo encaminhar esse relatório?”* Gestor: *“No caso de problemas de comportamento, quem deve falar com os médicos?”* Alguns funcionários antigos apontaram que antes o entendimento era mais fácil. *“O gerente médico fazia tudo. Não existia o gerente operacional.”* Algumas entrevistas revelaram que os gerentes médicos, ao perderem seu poder com a entrada dos gerentes operacionais, passaram a se considerar isentos de qualquer responsabilidade: *“Antigamente eu tinha uma planilha com todos esses dados. Aí disseram para eu parar de fazer... eu parei. Agora as informações não existem. Faz três anos que não alimentam o sistema.”*

Em relação a este ponto, o diretor declarou:

O papel dos gerentes médicos e chefes de especialidade está confuso há três anos e a culpa é minha... quantas vezes disseram que está confuso e eu disse que é assim mesmo. [...] O gerente de operações foi a coisa mais confusa que aconteceu nos últimos 38 anos. [...] Eu assumo, eu fiz uma confusão. [...] Ninguém tá entendendo...

Porém, apesar de afirmar que reconhecia o erro, indicou que a mudança na função dos gerentes médicos era realmente necessária: *“O gerente médico fazia tudo... mas não vai crescer.”*

O diretor deixou claro que percebia a confusão existente: *“Há ainda um descompasso muito grande entre as áreas, o que estamos fazendo aqui? Qual o caminho? Qual é o passo? [...] Erramos muito.”* Mas tentou explicar a intenção da criação dos novos cargos e afirmou que as funções estavam sendo definidas:

Os gerentes médicos são responsáveis pela qualidade do atendimento nas unidades. [...] Fronteiras entre chefias de especialidades e gerentes médicos: o primeiro a ver as dissonâncias é o gerente médico, função principal, que convoca o chefe de especialidade. [...] O objetivo é um fluxo que tira o desperdício. [...] O gerente médico levanta os problemas. O chefe de especialidade orienta. [...] Os chefes de especialidade e os gerentes médicos devem ‘limpar’ o Centro Médico dos atendimentos indevidos.

A confusão existente na definição de papéis nos Centros Médicos se repetia nos Hospitais. Quando questionado sobre a função do gestor médico da

unidade e sua relação com os demais profissionais, o diretor respondeu: “O hospital tem uma relação matricial... freqüentado por todas as especialidades. [...] O Antonio é referência. Não significa que ele manda! [...] Ninguém manda em ninguém.” E apontou a necessidade dos chefes de especialidade: “Não dá pra fazer sozinho. Cada um sabe uma patologia.”

Referindo-se especificamente aos médicos, o diretor falou da dificuldade de planejamento: “Os médicos resolvem os problemas um a um e nós olhamos o conjunto. [...] Eles sabem tudo, só que é um conhecimento assim... desordenado.” E afirmou acreditar que esse comportamento faz parte do “desordenamento mental dos adultos: temos que entender da melhor maneira possível para poder levar essas pessoas para o lugar certo.” E se dirigindo aos gerentes médicos em uma reunião afirmou: “Vocês muito melhor do que nós, sabem dizer o que é preciso. [...] O papel de vocês é planejar. [...] Você são nomeados para fazer a mudança: quem são os responsáveis na linha de frente?”

Entre julho e novembro de 2005, foram anunciadas várias contratações, demissões e transferências internas, envolvendo redefinições de funções e criação de novas posições.

Em setembro de 2005, houve comunicação específica afirmando que a criação da Famed Rede foi um grande passo para a evolução da organização, por ter permitido melhor definição de cada uma das identidades de “negócio” - assistência à saúde e venda / comercialização de planos de saúde, assim como o desenvolvimento de instrumentos de gestão em nível corporativo para atender as especificidades de cada uma das empresas separadamente.

O comunicado seguia apontando que, como decorrência da divisão das atividades da Operadora e da Rede, foram identificadas funções que antes não haviam sido exploradas, como, por exemplo, a administração por resultados em cada unidade de serviço e a administração da ocupação hospitalar própria visando maior eficiência econômica, entre outras. Portanto, novos cargos foram criados para dar continuidade às reformas necessárias ao Plano de Renovação da Famed – projeto maior do qual a criação da Famed Rede faz parte. Uma das novas contratações foi a de um profissional especializado em fluxos, revisão de processos e indicadores de eficiência para avaliar melhor os resultados. Esta nova linha de ação, iniciada através de um projeto piloto em uma das unidades, permitiu a observação de falhas e da necessidade de uma melhor avaliação das

competências e resultados da empresa. A função ficou diretamente subordinada à diretoria.

O comunicado foi explícito na afirmação de que este tipo de constatação era relevante, permitindo identificar com melhor precisão os ajustes necessários para dar continuidade ao processo de mudança e evolução que a empresa estava vivendo e que todos os ajustes anunciados indicavam a continuidade do compromisso estabelecido para renovar a estrutura organizacional da empresa e colocar a Famed, no menor tempo possível, numa posição de liderança no mercado.

Ainda em setembro de 2005, foi anunciado que o atual comitê de Gestão da Famed Rede ficava *temporariamente* dissolvido porque sua composição “exigia mudanças para que seus integrantes pudessem se dedicar exclusivamente às tarefas de gestão”.

As mensagens do período também tratavam do monitoramento dos projetos aprovados no início do ano, encaminhando o grau de evolução das atividades por projetos e, por conseguinte, gestores. Foi apontado que a dificuldade que alguns vinham apresentando exigiam reavaliação e ajustes em alguns dos projetos e que por vezes o “baixo rendimento” não revelava incapacidade por parte dos colaboradores e sim um erro de estratégia ou avaliação do problema por parte da diretoria.

Algumas das comunicações revelavam a preocupação com o impacto das mudanças na rotina da empresa. Em um *e-mail* enviado aos gestores o diretor apontou:

Como vocês devem estar percebendo pela quantidade de e-mails comunicando MUDANÇAS e AJUSTES, precisamos determinar uma forma de atravessar este período com o **mínimo desgaste possível**, ou seja, precisamos **manter as rotinas em funcionamento** e sabermos **reportar os problemas** que venham a ocorrer. [...]

Neste importante processo de mudanças que estamos vivendo na organização, é natural e esperado que, de tempos em tempos, façamos ajustes de acordo com as prioridades e possibilidades de solução encontradas. [...]

Finalmente, gostaria de enfatizar que, nestes períodos de muitas mudanças, é grande a importância de todos inter-atuarem com a Direção da empresa e assumirem uma postura pró-ativa, procurando estar bem informados e trazendo contribuições e observações que nos ajudem a confirmar ou ajustar o rumo das ações em curso.

O diretor declarou ainda sua convicção de que a capacidade de promover ajustes permanentes é, não apenas desejável, mas requerida pela nova ordem da administração moderna.

Pouco tempo depois, o diretor convocou uma reunião com os gestores do Famed Rede para alinhamento de estratégias. Na abertura do encontro, ele declarou ter conhecimento de que a situação estava confusa. Se dirigindo aos gestores, afirmou saber que havia *“desalinhamento e falta de entendimento entre papéis na tentativa de buscar um sistema melhor.”* Também apontou que o processo de mudança precisava de mais comunicação e não tinha seus passos definidos: *“Não dá pra deixar claro na primeira fala. Não dá pra ver cada passo a priori.”* Porém se mostrou descontente com a falta de compreensão por parte dos gestores: *“Se a minha primeira linha de comando não consegue entender [...] Ainda tem coisas que eu falo e são interpretadas como ordem... aí ‘caem na vala’ porque podem ser besteiras. Não dá pra dizer o passo a passo.”* E, se referindo aos novos funcionários, afirmou que não esperava que eles entendessem a situação, preferia que eles o questionassem, pois uma nova visão externa poderia produzir ganhos para a organização: *“Os novos não tem que entender!”*

A reunião seguiu com a apresentação de alguns índices e questionamento do diretor aos gestores sobre as atitudes em relação aos números levantados. As respostas dos gestores e suas preocupações manifestadas demonstraram, mais uma vez, ausência de visão do negócio. Os problemas indicados se referiam, em sua maioria, a rotinas operacionais simples e, mesmo assim, não resolvidas. Gestor médico: *“Tem mais de um ano que eu falo que as informações não estão digitadas no sistema. Todo mês tenho que fazer os relatórios na mão, lendo cada prontuário...”* O diretor afirmou que os gestores não tinham noção do que deveriam estar fazendo e que ficavam se preocupando com *“a troca de parafusos, quando deviam estar preocupados em dirigir o carro”*. E acrescentou que dessa maneira nada acontecia: *“O parafuso acaba com o trabalho.”*

Abordando mais uma vez a necessidade de mudança, o diretor demonstrou insatisfação com a atitude dos gestores e a velocidade do processo. *“Mínimo para mudar padrão: três meses. [...] Mudar vai levar um ano... se começar hoje!”*

Ele finalizou a reunião com um sentimento de preocupação: *“Saio com a sensação de que estamos numa zona de perigo.”* E, se referindo aos

comentários e comportamento dos gestores ao longo do encontro, declarou: *“Nossa operação não está pronta pra correr.”*

Em dezembro de 2005, foi apresentado um novo organograma consolidando as alterações efetuadas no período e oficializando a criação de dois novos comitês para a Gestão da Famed Rede – um para os Centros Médicos e outro para os Hospitais. Os dois comitês possuem a mesma base – os coordenadores de processos e das áreas de operações e apoio ao cliente – e alteram os coordenadores médicos e de enfermagem para cada um.

Na abertura da comunicação que apresentou o organograma, o diretor afirmou que a empresa, assim como as grandes estruturas organizacionais, precisa estar sempre se modernizando, adaptando-se às realidades do mercado e, sobretudo, buscando resultados concretos para o desenvolvimento do seu negócio. Essas razões foram indicadas como justificativa para o grande empenho, dos últimos meses, na realização de ajustes e mudanças na estrutura organizacional. Foi destacada a importância das alterações estarem atualizadas no organograma por se tratar de uma ferramenta que ajuda os membros da organização a se situarem formalmente no funcionamento da empresa. O novo organograma incluiu reformulação no nível das responsabilidades de certos setores, alteração do fluxo de determinadas funções e redefinição do foco estratégico e organizacional de algumas áreas. Alguns pontos foram destacados como de maior importância:

- A restituição do Comitê da Rede, separando agora as funções de ambulatório e hospital. Foram criados, portanto, dois Comitês para a Gestão da Famed Rede, com dois membros comuns (Apoio ao Cliente e Operações), e um médico e uma enfermeira para cada “negócio” (ambulatorios e hospitais). O objetivo desta mudança foi possibilitar a estes profissionais uma dedicação mais exclusiva e mais focada para cada uma das Unidades de serviço. Estes são os únicos Comitês oficiais. As demais áreas atuam sob o autoridade e responsabilidade de seu Gerente.
- As funções da Gerência Operacional que atendia a Direção Corporativa, Operadora e Rede simultaneamente, foram desconcentradas com a criação de uma Gerência Operacional da Famed Rede.

- Foi aberto um posto de interações dos processos para fortalecer as ações de unificação dos procedimentos, visando a consolidação de uma nova identidade institucional Famed Rede ao invés de uma estrutura multifacetada com cada Unidade agindo individualmente. Esta ação também visa obter uma gestão voltada para resultados globais da Famed Rede como empresa. No Comitê essa função é de suma relevância porque se encarrega de propor racionalidade e impor um ritmo de execução para as áreas responsáveis pelas ações.

A intenção destas grandes alterações estruturais foi obter mais foco nos objetivos com mais resultados, mais ações e mais execução efetiva de projetos.

O diretor finalizou a comunicação afirmando estar absolutamente convicto que foi atingida mais uma etapa importante para o aprimoramento da organização e alcance dos objetivos e metas do Plano de Renovação da Famed.

Após a comunicação, foi realizada mais uma reunião, com alguns gestores médicos e os membros do novo comitê, para falar dos objetivos da organização e da necessidade do acompanhamento de indicadores estratégicos e da tomada de atitudes para solução dos problemas existentes. Em relação às manifestações dos gestores de que havia necessidade de sistemas de informação melhores ou pessoas em lugares chave da estrutura, ele afirmou: *“Não vale esperar a pessoa... vamos fazendo. [...] Se o sistema não fornece a informação, façam na mão. Não quero ouvir desculpas...”*

Se referindo ao novo comitê, alguns dos presentes apontaram a sensação de confusão: *“A gente não sabe quem é responsável.”* Também foi manifestada uma certa dúvida em relação a eficácia desse modelo de gestão. O diretor explicou que o comitê não tem função executiva: *“O comitê não faz nada. Ele delibera e aprova como filtro para a diretoria. As pessoas é que fazem as ações.”* Afirmou também que o comitê deve fiscalizar os custos: *“...não podem tomar medidas que aumentem os gastos.”* E apontou o que identificava como o erro do comitê anterior: *“O comitê errou porque entendeu que tinha que fazer... foi isso que deu esse atraso em 2005.”* E se dirigindo aos membros do novo comitê afirmou: *“Todas as vezes que vocês sentirem que está emperrado, eu apareço... o que não está claro?”*

Praticamente todas as comunicações sobre as mudanças no último ano foram feitas pelo próprio diretor, por *e-mail*, para todos os endereços

cadastrados ou para grupos específicos de gestores. Porém, nem todos os funcionários - principalmente entre os médicos e enfermeiros - têm acesso ao correio na empresa.

Além das mudanças no organograma, no final do ano de 2005, foi contratada uma empresa de consultoria de Gestão de Pessoas com a intenção de desenvolver o sistema de competências para toda a operação da Famed Planos e Famed Rede durante o ano de 2006. O processo de implantação de Gestão por Competências para todo o grupo Famed teve início no final de novembro de 2005.

A primeira etapa do trabalho foi a realização de entrevistas individuais, feitas pela consultoria, ao longo do mês de dezembro de 2005. Foi selecionado um grupo de 35 pessoas entre os principais gestores da empresa. As entrevistas duraram cerca de uma hora e meia cada e foi assegurada a confidencialidade dos nomes. Apesar de não haver um questionário padrão formal, os mesmos pontos foram abordados com todos os gestores.

As opiniões dos gestores nessas entrevistas foram reunidas e consolidadas em um relatório que foi apresentado ao diretor em janeiro de 2006. Os consultores procuraram reproduzir os pontos mais relevantes das entrevistas com a maior fidelidade possível, mantendo inclusive palavras ou frases mais representativas. Logo após a leitura do diretor, o relatório foi apresentado e discutido, sob a forma de um *workshop*, com os consultores, o próprio diretor e 25 dos gestores que haviam sido entrevistados.

O relatório apresentado refletia os pensamentos dos gestores sobre diversos aspectos da organização. A seguir é apresentado um resumo dos pontos abordados que interessam a este trabalho. Nele se encontram as opiniões listadas pelos consultores, acrescidas dos comentários realizados ao longo do *workshop*.

Os consultores agruparam os comentários por assuntos, de acordo com os pontos abordados nas entrevistas. Ao serem perguntados sobre o **cenário**, os gestores identificaram:

- Ausência de visão de conjunto e de mercado. Os gestores olham apenas para dentro da organização. *“Todo mundo está olhando a árvore e não a floresta.”*

- Falta de noção da importância das exigências da ANS - Agência Nacional de Saúde. *“A negociação é imposta e unilateral.” “A ANS impõem condições inalcançáveis.”* Os funcionários, em sua maioria, desconhecem as exigências e agem como se isso fosse um problema da direção da empresa e não de cada um. *“Impressão geral de que isso não é problema das áreas.”*
- Necessidade de buscar o *ponto de equilíbrio*: o médico gera saúde, mas também gera custo. *“Ainda não está muito claro como se equilibra qualidade e custo.”*
- Conflitos internos promovidos por mudanças e busca de profissionalização da organização.
- Cultura de pessoas. *“Mudam as pessoas e os processos se perdem.”*
- Descompasso entre planejamento e operação. *“A operação é complicada e pesada.” “Faltam fluxos, processos e informações. Sobram antigos vícios, pessoas antigas e rotinas mecânicas.”*
- Distância entre administração e unidades: ausência de planejamento e integração. *“As unidades não têm cultura de gestão de negócios e apagam muito incêndio.” “Muito dinheiro é jogado fora por falta de informação e planejamento.”*
- Gargalos: internalização / falta de entendimento do conceito de gestão, falta de processos, falta de comunicação, problemas com a mão de obra do *terceiro escalão*.
- Falta de conhecimento do modelo de atendimento Famed Rede. Segundo o próprio diretor: *“Não sei até que ponto o modelo está disseminado e conhecido.”*
- Hiato de visão entre a diretoria e as gerências. *“Aceitam **sem** concordar.”*

Quando questionados sobre **processos / qualidade** houve consenso entre os gestores em torno de três aspectos:

- Não existem programas de produtividade / qualidade.

- Faltam processos. *“Ponto crítico para o desenvolvimento da Famed.”*
- Os prazos geralmente são comprometidos.

No que se refere aos **principais concorrentes**, os pontos mais importantes foram:

- Ausência de consenso quanto à definição dos concorrentes. Os gestores identificaram diferentes empresas ou grupos e nichos de mercado.
- Para o diretor todos são concorrentes – inclusive as empresas de auto-gestão, *“fáceis de ser vencidas”* - e não existem nichos: *“A diferença entre a Famed e as outras empresas é que eles fazem negócios e a Famed é o único a se preocupar com a função social.”*
- De acordo com o diretor a empresa apresenta histórico de *“incompetência”* no trato com os concorrentes e informação. *“Os concorrentes são mais competentes a curto-prazo. Reagem mais rapidamente. [...] Somos naïve. Estamos sendo copiados. Precisamos de uma posição mais madura.”*

Em relação aos **principais produtos e serviços** da empresa, o relatório apresentou uma lista extensa, sem nenhuma separação entre Rede e Operadora. Para o diretor os principais produtos da empresa, em resumo, são: Gestão, prevenção de saúde e a Famed Rede.

Na abordagem sobre os **diferenciais** da empresa novamente foi apresentada uma lista com diversos itens diferentes - entre eles resolubilidade, qualidade, etc. - nenhum deles significativo. Na reunião foi apontado como diferencial o tratamento individual dado aos clientes. *“Nós valorizamos o mal estar das pessoas, não os tratamos como estatística.”* O diretor afirmou que *“O grande diferencial [para o mercado] seria a Famed Rede e a capacidade de fazer gestão de saúde.”* Entre os problemas para a efetivação dessa realidade ele apontou: *“Não somos planos individuais ao invés de varejo porque só temos uma Maria, um João. [...] O problema é a escala. Estamos centrados na competência de cada um.”*

Tratando dos **resultados esperados**, mais uma vez foram apontados vários itens, entre eles: atender índices da ANS; obter informações rápidas e

precisas; mapear processos e implantar soluções. O diretor destacou que em nenhum momento foram citadas a sobrevivência da empresa nem a perpetuidade do negócio. *“Há uma falsa impressão de que **não** há ameaça.”*

No que se refere à **visão de negócios**, também não houve consenso. Os pontos destacados pelos consultores eram fragmentos sem representatividade. Exemplos: medicina assistencial, saúde ocupacional, atendimento médico de qualidade, gestão de saúde, promoção de saúde e parte assistencial. O único ponto em que todos os gestores pareceram estar de acordo foi o de que *“não existe conceito de qual é o negócio efetivamente”*.

As questões sobre **gestão corporativa** foram divididas pelos consultores em três sub-itens: planejamento estratégico, comunicação e estilo de gestão.

Em relação ao **planejamento estratégico**, houve consenso na afirmação de que *“ele existe, mas nem todos conhecem”*. Também citaram a dificuldade de apuração de resultados: *“Não há indicadores e os dados são defasados.”*

As opiniões sobre a **comunicação** são unânimes em identificá-la como um ponto negativo:

- Não existe preocupação com comunicação. *“Precisa mais formalidade. Não existe padrão.”*
- Ela é ruim e bastante falha. *“Existem muitas falhas e tem que melhorar.”*
- A informação é truncada, não chega aos destinatários. *“Não sabemos quais os limites, com quem interagimos. Não temos a capacidade de enxergar qual a posição que ocupamos e onde as informações devem chegar.”*
- *“Existem muitos feudos e segmentação.”*
- Excesso de informação. *“Muitas reuniões, muitos e-mails.”*

A abordagem sobre o **estilo de gestão** também obteve consenso nos seguintes aspectos:

- Liderança forte, participativa, orientadora.
- Delegação de poderes com decisão final centralizadora.

- Forte cobrança por resultado que na prática não se concretiza. “As cobranças não chegam lá embaixo.”

Os pontos mais relevantes nas opiniões dos gestores sobre o **processo de mudança** foram:

- Não existe uma definição clara de metas.
- Choque entre os antigos e novos.
- Falta de consolidação da nova filosofia internamente.
- Falta de percepção de que fazem parte do resultado.
- Falta de orçamento.
- Pessoas que emperram o processo.
- Dificuldade em obter informações. “As informações da Rede são frágeis.” “Faltam informações gerenciais.” “Não temos indicadores estratégicos, nem médicos nem de gestão.”

Em relação às mudanças, o diretor destacou algumas dificuldades encontradas e terminou reforçando que o processo não estava funcionando de maneira adequada. Ele citou que quando assumiu seu cargo em 2000, a direção da empresa era composta por cerca de 10 diretores que, ao serem perguntados sobre a **visão do negócio**, apresentaram opiniões completamente diferentes. “Só duas eram pertinentes.” Em 2000, não havia organograma na empresa. “Nos últimos 14 meses, atualizei 3 vezes o organograma. [...] Essas mudanças indicam que as coisas não estavam funcionando. Pessoas foram afastadas porque não cumpriram suas metas. Comitês foram dissolvidos.” A gerente de recursos humanos acrescentou que “todos têm consciência de que essas mudanças foram feitas por falta de resultados.” E o diretor acrescentou ainda: “Quem formou esse time fui eu. O erro é meu.”

Em relação ao **modelo Famed** (proposta diferenciada de atendimento da Rede) os comentários foram:

- Dúvidas sobre sua eficácia. “O modelo estimula, mas na prática não funciona.” E sobre essa frase, o diretor comentou: “Caí do cavalo quando li [...] Me sinto surpreendido escutando que existem pessoas que não acreditam no modelo. Se a gestão não acredita...”

- Falta de adesão. *“Muitas oportunidades de interpretação pessoal. O que falta é cada um se encaixar dentro do modelo.”*

Após a apresentação e discussão de cada um dos pontos levantados nas entrevistas individuais, os consultores apresentaram a conclusão dessa primeira etapa de trabalho cujo objetivo era a definição dos itens de avaliação para a implantação da Gestão por Competência. As variáveis selecionadas pela consultoria foram divididas em *competências organizacionais* e *individuais*.

Competências organizacionais:

- compromisso com a missão, visão, objetivo e metas institucionais;
- visão corporativa (sistêmica e negócios);
- visão empreendedora;
- visão estratégica;
- responsabilidade social.

Competências individuais:

- adaptabilidade
- comunicabilidade (inclui feedback)
- gestão
- liderança
- negociação
- pessoal (exemplos: auto-desenvolvimento, atenção, auto-motivação, criatividade, energia, resistência, etc.)

Ao longo da reunião surgiram ainda comentários que revelavam forte ligação emocional de alguns dos gestores, principalmente os antigos, com a empresa. Ao mesmo tempo revelam problemas na estrutura.

- *“As pessoas quando descobrem a Famed se apaixonam por ele. Se a gente conseguisse entregar em todos os casos...”*

- “O dia em que a gente se descobrir, ninguém segura.”
- “Porque essa coisa tão bonita não vai para fora?”
- Diretor: “Com toda essa paixão, não estamos preocupados nem com o cenário, nem com o mercado. Isso é um problema da Divina Providência e meu.”

Na conclusão do *workshop*, o diretor destacou que esse trabalho havia sido desenvolvido com base nas entrevistas individuais com 30 gestores da empresa e que destes, 25 estavam presentes. “Este é um retrato fiel, pintado pelos gestores da Famed, sobre a situação da empresa.” A maioria dos gestores manifestou concordância com a afirmação dizendo que se reconheciam no retrato. Ele complementou afirmando que quando leu o relatório a sensação foi semelhante àquela que temos algumas vezes ao olhar uma foto e pensar “Nossa... como eu tô gordo!” Apontou, porém, que acreditava que o processo de mudança da empresa estava evoluindo: “Estamos com o alvo mais definido, mais próximo. Sensação de possibilidades.” Todo o tempo se falou do “nosso negócio” sem nenhuma distinção entre Rede e Operadora.

No dia 30 de janeiro de 2006, último dia de coleta de dados desta pesquisa, o diretor enviou um *e-mail* aos membros dos Comitês de Gestão que representa de maneira significativa o estado atual do processo de mudança organizacional. Em um trecho da comunicação, ele revela a frustração com o estado atual da organização e a atitude de seus gestores:

Hoje estive na Unidade X com uma visita. [...] Creio que da última vez que estive na Unidade foi há cerca de 3 ou 4 meses e algumas observações que fiz junto a Maria, hoje, continuavam imutáveis. Não é a primeira nem a segunda vez que pergunto ao responsável pelo centro médico o por que de certas coisas e a resposta é ... “já pedi”, “já falei”, “já passei”.

Estes fatos refletem problemas simples e imediatos e problemas muito mais complexos e que me preocupam mais: a falta de noção do quão urgente precisamos de gestores que assimilem a responsabilidade de ser um AGENTE gerador de resultados e soluções para agregar valor ao nosso negócio. Estamos no caminho, mas é preciso determinar o foco e, a partir deste, montar a equipe e produzir mudanças. [...]

Parece claro que o processo de implementação da mudança ainda não atendeu às expectativas da direção da empresa.