

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ  
COORDENAÇÃO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

JULIA AUGUSTA KAEFER SEYBOTH

**ESTUDO DA READEQUAÇÃO DE NEGÓCIOS DE UMA UNIDADE  
HOSPITALAR**  
TRABALHO DE DIPLOMAÇÃO

Medianeira

2016

JULIA AUGUSTA KAEFER SEYBOTH

**ESTUDO DA READEQUAÇÃO DE NEGÓCIOS DE UMA UNIDADE  
HOSPITALAR**

**TRABALHO DE DIPLOMAÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação, em Engenharia de Produção, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Msc. Neron Alípio Cortes Berghauser.

Coorientador: Prof<sup>a</sup>. Msc Nicolle Christine Sotsek Ramos.

Medianeira

2016



---

## TERMO DE APROVAÇÃO

# ESTUDO DA READEQUAÇÃO DE NEGÓCIOS DE UMA UNIDADE HOSPITALAR

Por:

JULIA AUGUSTA KAEFER SEYBOTH

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi apresentado às 14h20 min do dia 7 de novembro de 2016 como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Engenharia de Produção, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Medianeira. A acadêmica foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho **aprovado**.

---

Prof. Me. Neron Alípio Cortes Berghauer  
UTFPR – Câmpus Medianeira  
(Orientador)

---

Prof. Me. Carlos Laércio Wrasse  
UTFPR – Câmpus Medianeira  
(Membro Titular)

---

Prof. Me. Luani Back Silvina  
UTFPR – Câmpus Medianeira  
(Membro Titular)

---

Prof. Dra. Carla Adriana Pizarro Schmidt  
UTFPR – Câmpus Medianeira  
(Responsável pela área de TCC)

A folha de Aprovação assinada encontra-se na coordenação do Curso de Engenharia de Produção.

À Deus, à fé e à amizade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por manter viva a minha fé e me dar forças para não desistir frente aos desafios.

Aos meus pais, em especial à minha mãe Nelci Kaefer, por estarem presentes nos momentos bons e ruins vividos durante os anos da graduação. Pelo apoio, amor, amizade, conforto e dedicação.

Aos meus professores, em especial os orientadores, pelo conhecimento transmitido e pela dedicação perante os alunos.

Aos meus amigos, em especial para Roberta Ghidolin, Anyelly C. Cruz, Filipi A. Sciamareli, Jeferson A. Massari e Danieli T. Oliveira, pelos momentos vividos, medos compartilhados e alegrias divididas.

Às minhas novas parceiras, amigas e companheiras Inês Roseli Pawelak, Perenice Oberger Lopes, Ana Carolina Hildebrand Seyboth, Perenice Oberger Lopes e Nicolle C. Sotsek Ramos, pelo apoio, cuidado, companheirismo, amizade e carinho.

**“Diejenigen, die man tanzen sah, wurden von denen verrückt gehalten, die die Musik nicht hörten.“**

**“Aqueles, cujos quais foram vistos dançando, foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música.”**

Friedrich Nietzsche

## RESUMO

SEYBOTH, Julia Augusta Kaefer. **Estudo da readequação de negócios de uma unidade hospitalar**. 2016. Monografia (Bacharel em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 119 páginas.

Este estudo trata da análise de readequação de negócios de uma unidade hospitalar situada no oeste do Paraná, com ênfase em sua estrutura organizacional. Esta unidade hospitalar apresentava principalmente, além de problemas de comunicação entre setores fluxo de informações dentro de toda a organização entre outros, problemas quanto a disponibilização de meios e locais para o atendimento assistencial dos pacientes (falta de leitos, consultórios e etc). Buscando-se resolver estes problemas, procurou-se otimizar a distribuição setorial e reestruturar a organização. Para isso, partiu-se da observação e estudo da estratégia da organização e sua estrutura, além das particularidades apresentadas pelo setor e pela própria empresa, para a verificação de possíveis alterações a serem efetuadas para sua melhoria. A ideia consiste em solucionar problemas na tomada de decisão, na comunicação, nos fluxos de pessoas, informações e documentos, integrando os diversos colaboradores, setores e unidades e otimizando a utilização dos espaços físicos da instituição. Objetivou-se compreender os processos de cada unidade, identificando as atividades chave e suas interdependências e efetuar o plano de readequação organizacional. Para isso, se utilizou a pesquisa-ação como ferramenta metodológica. Ao final, as ferramentas utilizadas proporcionaram a otimização de *layouts* das organizações e das distribuições setoriais, uma vez que novas alas de atendimento no Hospital Rondon puderam ser instaladas e que conseguiu-se obter arranjo físico ótimo, para o Hospital e a nova unidade, segundo as ferramentas aplicadas, percepções dos agentes envolvidos e necessidades da organização. Ainda, entre outros resultados, obteve-se elevação da qualidade do serviço prestado pelos colaboradores, otimização do fluxo de informações, contribuindo para a tomada de decisões. Acredita-se que, este foi o passo inicial para uma sequência de ações de otimização que, com o passar do tempo, ocorrerão dentro da organização buscando sempre correlacionar estrutura e estratégia organizacional.

**Palavras-chave:** Estrutura Organizacional; Estratégia Hospitalar; Pesquisa-ação.

## ABSTRACT

SEYBOTH, Julia Augusta Kaefer. **Study of the business adequacy of a Hospital unit.** 2016. Monografia (Bacharel em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 119 páginas.

his study deals with the readjustment of business analysis in a hospital located in western Parana, with emphasis on their organizational structure. This hospital had mainly, and communication problems between sectors flow of information within the entire organization among others, issues as the provision of means and locations for care patient care (lack of beds, offices, etc.). Seeking to solve these problems, we sought to optimize the distribution sector and restructure the organization. For this, he departed from the observation and study of the organization's strategy and structure, plus the particulars presented by the industry and by the company itself, for the verification of possible changes to be made for improvement. The idea is to solve problems in decision making, communication, the flow of people, information and documents, integrating the various employees, sectors and units and optimizing the use of physical space of the institution. This study aimed to understand each unit processes, identifying key activities and their interdependencies and make the organizational realignment plan. For this, we used the action research as a methodological tool. At the end, the tools used provided the optimization of layouts of organizations and sectoral distributions, as new wings of care in Rondon Hospital could be installed and managed to get great physical arrangement for the Hospital and the new unit, according tools applied, agents perceptions involved and the organization's needs. Yet, among other results, it obtained high quality of service provided by employees, optimizing the flow of information, contributing to the decision making. It is believed that this was the first step in a sequence of optimization actions that, over time, will occur within the organization always seeking to correlate structure and organizational strategy.

Keywords: Organizational Structure; Hospital Strategy; Action research.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Forças que dirigem a concorrência na indústria.....	17
Figura 2 – Cadeia genérica de valores para a organização.....	19
Figura 3 – Estrutura organizacional básica.....	22
Figura 4 – Ciclo de reestruturação organizacional.....	37
Figura 5 – Elementos fundamentais na reestruturação da organização hospitalar.....	46
Figura 6 – Caracterização da pesquisa.....	53
Figura 7 – Processo de Pesquisa-ação.....	54
Figura 8 – Sequência de Apresentação das Etapas Práticas do Projeto.....	55
Figura 9 – Mapa Funcional Genérico do Processo de Lavagem de Roupas de uma Lavanderia.....	60
Figura 10 – Organograma Genérico de Uma Organização.....	61
Figura 11 – Exemplo de PERT-CPM.....	64
Figura 12 – Fluxograma de ações para a análise de dados e planejamento das ações proposto em pré-projeto.....	65
Figura 13 – Fluxograma de ações para a análise de dados e planejamento das ações executadas.....	66
Figura 14 – Cronograma das atividades de implementação do projeto.....	68
Figura 15 – Estratégia genérica do Convênio Sempre Vida.....	71
Figura 16 – Estratégia genérica do Hospital Rondon.....	71
Figura 17 – Estratégia genérica das demais unidades.....	72
Figura 18 – Cadeia de valores da organização.....	74
Figura 19 – Diagrama de inter-relações da nova unidade.....	83

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Riscos de cada estratégia genérica.....	19
Quadro 2 – Mecanismos de coordenação.....	24
Quadro 3 – Critérios de agrupamento de unidades.....	27
Quadro 4 – Cinco configurações organizacionais.....	32
Quadro 5 – Relação entre estratégia organizacional, fatores situacionais e a forma de elaboração da estratégia.....	33
Quadro 6 – Classificação dos Hospitais pelo Ministério da Saúde, conforme capacidade.....	40
Quadro 7 – Série de perguntas empregadas nas entrevistas departamentais.....	57
Quadro 8 – Instrumento de análise de porcentagem de características apresentadas segundo tipo de estrutura.....	61
Quadro 9 – Base para matriz de priorização.....	63
Quadro 10 – Análise das cinco forças de Porter.....	73
Quadro 11 – Definição das estruturas da organização.....	77
Quadro 12 – Carta de interligações dos setores do térreo da nova unidade.....	82
Quadro 13 – Carta de interligações dos setores do primeiro piso da nova unidade.....	82
Quadro 14 – Relação de proximidade dos setores da nova unidade – térreo.....	82
Quadro 15 – Relação de proximidade dos setores da nova unidade – primeiro andar.....	83
Quadro 16 – Relação de proximidade dos setores do Hospital Rondon.....	83
Quadro 17 – Matriz de priorização de transferência dos setores para fora do Hospital Rondon.....	84
Quadro 18 – Matriz de priorização de transferência de setores dentro do Hospital Rondon.....	85
Quadro 19 – Matriz de priorização de implantação ou ampliação de setores.....	85
Quadro 20 – Ordem de ações de transferência, implantação e ampliação.....	85
Quadro 21 – Pontos positivos e negativos do projeto segundo a Gerente de Apoio.....	90
Quadro 22 – Problemas identificados e soluções propostas.....	92

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.1.1 Objetivos Específicos.....	14
<b>3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>15</b>
3.1 ESTRATÉGIA COMPETITIVA.....	15
3.1.1 Estratégias Competitivas Genéricas e Vantagem Competitiva .....	18
3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL.....	20
3.2.1 Mecanismos de Coordenação.....	23
3.2.2 Parâmetros de <i>Design</i> da Estrutura Organizacional.....	24
3.2.2.1 <i>Design</i> das Posições Individuais.....	25
3.2.2.2 <i>Design</i> da Superestrutura.....	26
3.2.2.3 <i>Design</i> dos Vínculos Laterais e dos Sistemas de Planejamento e Controle.....	28
3.2.2.4 <i>Design</i> do Sistema de Tomada de Decisão.....	30
3.2.3 As Cinco Configurações da Estrutura Organizacional.....	31
3.2.4 A Estrutura Organizacional Como Ferramenta Estratégica.....	35
3.3 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	38
3.3.1 Estrutura Organizacional Hospitalar.....	43
<b>4 METODOLOGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>46</b>
4.1 OBJETO DE ESTUDO.....	48
4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	50
4.2.1 Quanto a Natureza de Pesquisa.....	50
4.2.2 Quanto ao Tipo de Investigação.....	51
4.2.3 Quanto ao Processo de Raciocínio.....	51
4.2.4 Quanto a Forma de Abordagem.....	52
4.2.5 Quanto aos instrumentos.....	52
4.3 PESQUISA-AÇÃO.....	53
4.3.1 Planejamento da Pesquisa-ação.....	54
4.3.2 Instrumentos de Coleta de Dados.....	56
4.3.3 Análise de Dados e Planejamento das Ações de Implementação.....	59
4.3.4 Implementação das Ações.....	67
4.3.5 Avaliação dos Resultados e Geração de Relatórios.....	67
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>70</b>
5.1 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	70
5.1.1 Estratégia Competitiva.....	70
5.1.2 Análise das Cinco Forças de Porter.....	72
5.1.3 Cadeia de Valores da Organização.....	74
5.1.4 Delimitação dos Objetivos e das Estratégias.....	75
5.2 RESULTADOS DAS ANÁLISES SETORIAIS, ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS.....	76
5.3 ANÁLISE ESTRUTURAL E ORGANOGRAMA.....	77
5.4 DEFINIÇÃO DA COMPOSIÇÃO SETORIAL DAS UNIDADES.....	79
5.5 PRIORIZAÇÃO DAS AÇÕES.....	84

5.6 CRONOGRAMA DAS AÇÕES.....	86
5.7 ANÁLISE DA NOVA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, NOVO ORGANOGRAMA E READEQUAÇÃO DO PODER DE TOMADA DE DECISÕES.....	86
5.8 ANÁLISE DE ERROS E ACERTOS DE TODO O PROCEDIMENTO ELABORADO.....	89
5.9 RESULTADOS GERAIS.....	90
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO (A).....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO (B).....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO (C).....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO (D).....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO (E).....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO (F).....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO (G).....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO (H).....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO (I).....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO (J).....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO (K).....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO (L).....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO (M).....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO (N).....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO (O).....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO (P).....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Frente ao atual cenário competitivo, empresas de variados ramos se veem obrigadas e pressionadas a agir, buscando posicionar-se de forma estratégica no mercado para conseguir novos clientes e manter os atuais. As organizações buscam, para isso, maximizar resultados e minimizar custos, ampliando o foco na qualidade, na gestão, na produtividade, competitividade e na excelência.

Assim, muitas vezes, mudanças estratégicas são necessárias, seja nas atividades, nos procedimentos, nos métodos administrativos e/ou na estrutura destas organizações. Dentre estas ações, destaca-se a reestruturação organizacional, que quando realizada de forma eficiente favorece uma maior coordenação e integração dos setores e colaboradores, a otimização de processos e a gestão eficaz de informações e documentos.

Os aspectos estruturais são responsáveis pela integração das unidades, eficácia e eficiência de toda a organização. Böhm (2007), enfatiza que grande parte dos processos organizacionais ultrapassam suas fronteiras, o que especifica que a integração constante entre as unidades é necessária. O autor ainda afirma que essa integração está diretamente ligada a qualidade do serviço prestado aos clientes e com a melhoria da gestão como um todo.

Diferente do que a escola clássica de administração afirma, é extremamente difícil especificar uma estrutura ótima para todas as situações em que uma organização pode estar inserida. Assim, na busca de um desempenho superior, aspectos estruturais devem ser modelados individual e especificamente, a fim de adequar a empresa às diferentes circunstâncias ambientais em que ela pode estar inserida, almejando sempre o sucesso (OLIVEIRA e KOVACS, 2006). Dessa forma, a modelagem da estrutura organizacional deve ser efetuada de acordo com a estratégia definida pela organização perante o meio ambiente, e suas mutações, em que está inserida.

Frente ao exposto anteriormente, pode-se verificar que a formulação de estratégias empresariais em busca de vantagem competitiva é ação originária da reestruturação organizacional. Esta última, responsável por atribuir valor aos processos

e procedimentos empresariais, garantir fluxo pleno, gestão eficiente e eficaz, otimização de custos e de tempo, integração dos setores e departamentos e etc. Esta importância é ainda maior quando se trata de uma unidade hospitalar, sendo fator fundamental no sucesso empresarial, pois este tipo de negócio possui uma estrutura híbrida e abstrusa. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a administração hospitalar é extremamente complexa, de supervisão e controle desafiadores, requerendo conhecimento aprofundado de todos os componentes hospitalares, de modo a integra-los efetivamente, monitorando o seu desempenho e o uso de recursos.

A organização hospitalar estudada faz parte de um Grupo formado por cinco unidades e, devido a contextos históricos, da estrutura predial e distribuição setorial, vem apresentando dificuldades em oferecer meios e locais de atendimentos assistenciais que supram a atual e crescente demanda, estando portanto em constante sobrecarga e pressão. Esta instituição faz parte de uma estrutura híbrida onde parte do seu corpo gerencial está alocado em outra unidade, trazendo à tona problemas de comunicação, gestão e variados fluxos.

Em vista disto, este estudo busca analisar de forma estratégica a readequação de uma unidade hospitalar localizada no oeste do Paraná, com ênfase na estrutura organizacional, buscando a integração entre as unidades e a otimização da gestão, do fluxo de informações, pessoas, documentos e da utilização dos espaços físicos.

## 2 OBJETIVOS

O estudo baseia-se em alcançar o objetivo geral e os específicos detalhados a seguir.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, estrategicamente, a readaptação de negócios de uma instituição hospitalar, buscando otimizar a utilização dos espaços físicos e garantir a plenitude dos fluxos de pessoas, processos, informações e documentos.

#### 2.1.1 Objetivos Específicos

- a) Analisar os processos envolvidos em cada uma das unidades;
- b) Identificar as atividades chave e suas interdependências, mapeando os processos;
- c) Criar procedimentos que garantam o fluxo pleno de documentos, pessoas, e informações;
- d) Efetuar e empregar plano de readequação de espaços físicos.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão literária e a busca por base teórica acarretam no melhor entendimento do objeto de estudo, ampliação e clarificação da visão do pesquisador e facilitam a compreensão e a análise de toda a pesquisa.

Nesta seção são abordados conceitos úteis no desenvolvimento do trabalho e são divididos da seguinte forma: estratégia competitiva, estrutura organizacional e organização hospitalar. Subsequentemente estes tópicos serão divididos em: estratégias competitivas genéricas, vantagens competitivas, mecanismos de coordenação, parâmetros de *design* da estrutura organizacional (segmentado em: *design* das posições, *design* da superestrutura, *design* dos vínculos laterais e dos sistemas de planejamento e controle e *design* do sistema de tomada de decisão), as cinco configurações da estrutura organizacional, a estrutura organizacional como ferramenta estratégica e estrutura organizacional hospitalar e por fim, é apresentada uma síntese da revisão literária, através de um mapa mental, como forma de organização e de modo à explicitar os conteúdos abordados e suas dependências.

#### 3.1 ESTRATÉGIA COMPETITIVA

Diferente de como muitos pensam, estratégia é diferente de objetivo empresarial, segundo Oliveira (2011), a estratégia é o melhor percurso para alcançar o objetivo e o objetivo é propósito ou situação que se pretende atingir.

Dessa forma, é correto afirmar que a definição da estratégia parte da análise dos objetivos da instituição. Como apontar Porter (1991) a elaboração de uma estratégia competitiva é definida como o estabelecimento amplo da forma pela qual a empresa agirá no mercado e suas metas e as políticas necessárias para alcançá-las.

Coelho (2007), acredita que as estratégias são elaboradas em função da competição natural existente entre as empresas e esse processo de formulação, já Porter (1992), afirma que a escolha da estratégia competitiva é baseada em duas questões



centrais: a atratividade dos mercados em termos de rentabilidade no longo prazo assim como os fatores que determinam essa atratividade e os determinantes da posição competitiva relativa dentro de um ambiente. E segundo Pelissari (2007), o processo de elaboração da estratégia adapta a empresa para encarar o mercado utilizando seus recursos, competências e qualificações de forma sistematizada e objetiva.

Frente a isso, entende-se que o contexto em que a estratégia competitiva é formulada é composto por quatro elementos que delimitam o sucesso da atuação da organização: análise do ambiente interno (pontos fortes e pontos fracos), análise do ambiente externo (oportunidades e ameaças), expectativas mais amplas da sociedade (impacto de ações governamentais, interesses sociais, etc.) e valores pessoais dos principais implementadores (o que cada implementador espera /deseja da organização).

Dentre o estudo destes elementos, a essência do desenvolvimento da estratégia está na análise do meio ambiente e sua relação com a empresa (COELHO, 2007). Destarte, segundo Barroso e Didio (2009), mapear e entender este ambiente são atividades primordiais para a concepção da estratégia.

Tal qual afirma Porter (1991), o ambiente externo é extremamente amplo e por isso torna-se difícil analisá-lo, dessa maneira deve-se averiguar o conjunto de cinco forças competitivas básicas responsáveis por formar o grau de concorrência em um ambiente. Cada uma destas forças atua de forma diferente e significativa no mercado e suas características básicas são explanadas a seguir:

a) Ameaça de novos entrantes: Pereira (2009), evidencia que novos entrantes trazem consigo o desejo de arrendar participação no mercado, capacidades e habilidades novas, recursos suficientes para agitar o mercado e outros, concorrendo de forma substancial no mercadejo.

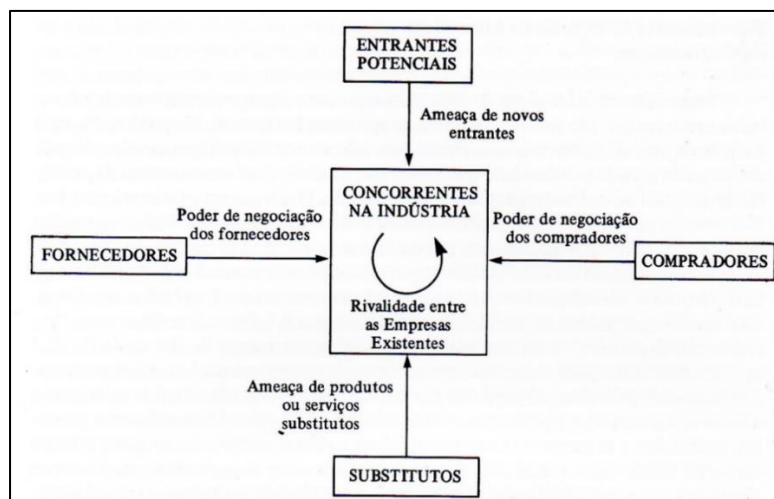
b) Rivalidade entre as empresas existentes: a rivalidade entre empresas existentes é a forma corriqueira de disputa por posição, uma vez que isso ocorre quando uma ou mais empresas identificam oportunidades ou se sentem pressionadas a agir de modo a melhorar sua posição no mercado (PORTER, 1991).

c) Ameaça de produtos ou serviços substitutos: Pereira (2009), evidencia que os produtos substitutos ameaçam determinada organização quando outras fabricam produtos capazes de executar função similar, mas com vantagens.

d) Poder de negociação dos compradores: os compradores possuem o poder de forçar os preços para baixo através da barganha pela melhor qualidade ou mais serviços, aumentando a rivalidade entre os fornecedores. A escolha dos clientes é uma decisão estratégica crucial para o sucesso de uma organização (PORTER, 1991).

e) Poder de negociação dos fornecedores: os fornecedores exercem grande poder de barganha ao aumentar ou reduzir os preços, qualidade dos produtos ou serviços, modificando prazos de entrega e outros (PORTER, 1991).

Segundo Porter (1991), a meta da estratégia competitiva é encontrar o melhor posicionamento da organização em meio as forças competitivas de forma a se defender destas da melhor maneira possível, influenciá-las a seu favor ou antecipar-se às mudanças dos fatores básicos, explorando assim uma estratégia apropriada antes que os concorrentes percebam a alteração do ambiente. Ainda, tal qual afirma o autor, o limite do ambiente analisado deve ser focalizado amplamente, bem além dos rivais existentes, não menosprezando fontes latentes de concorrência que podem, em um futuro talvez remoto, ameaçar a empresa. Pode-se verificar, na Figura 1, a representação destas forças e sua atuação perante o mercado.



**Figura 1: Forças que dirigem a concorrência na indústria.**  
**Fonte: Porter (1992).**

Barroso e Didio (2009), enfatizam que a importância de cada uma dessas forças pode variar conforme o tempo, o setor e a empresa. Ainda, consoante os autores, o vigor de cada uma é função da estrutura do ambiente, dependendo do grau de concentração, da maturidade, características técnicas e ou econômicas e porte das organizações.

### 3.1.1 Estratégias Competitivas Genéricas e Vantagem Competitiva

Porter (1991), ressalta que, ao enfrentar as cinco forças apresentadas anteriormente, existem três abordagens estratégicas genéricas que podem ser utilizadas de modo a fazer com que a organização supere as demais. São elas:

a) Liderança no custo total: o foco desta estratégia é o custo baixo em relação aos concorrentes. Barney e Hesterly (2007), afirmam que a organização que escolhe esse tipo de estratégia está focada em auferir vantagem frente aos concorrentes através da redução de seus custos, o que não significa que a empresa abandonou outras estratégias corporativas ou de negócio.

b) Diferenciação: é o meio pelo qual as organizações procuram angariar vantagem competitiva através da elevação do valor percebido pelos clientes, dos seus produtos ou serviços, quando comparados aos de outras empresas (BARNEY; HESTERLY, 2007). Porter (1991), evidencia que se trata da criação de algo que seja único e insubstituível, caracterizado pelo projeto, marca, tecnologia, peculiaridades ou outros.

c) Enfoque: trata-se do foco em um determinado grupo comprador. Proporciona diferenciação por satisfazer as necessidades individuais de um grupo de compradores e/ou custos mais baixos (PORTER, 1991). A organização que focar em um determinado grupo comprador, pode ainda, estabelecer estratégia de diferenciação ou de custo baixo.

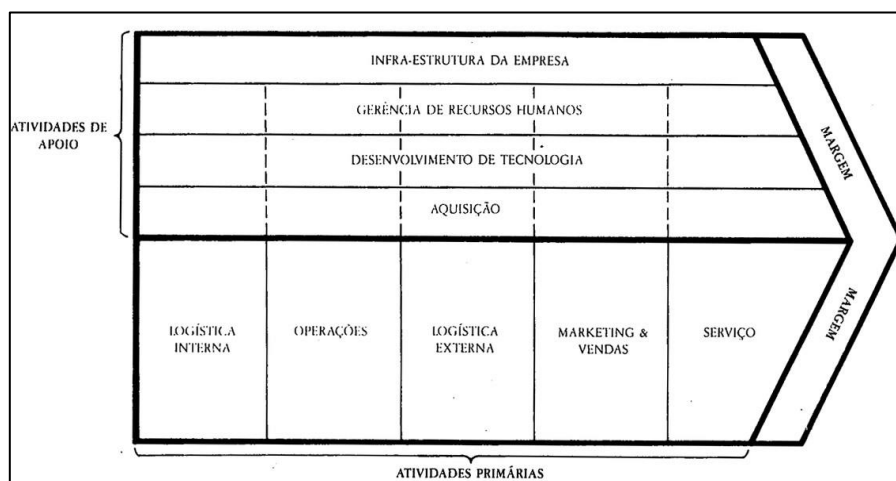
Cada uma destas estratégias é vulnerável a riscos, conforme pode ser observado no Quadro 1:

<b>Estratégia</b>	<b>Riscos</b>
Liderança no custo	Mudança tecnológica anula o investimento ou aprendizado anterior; Aprendizado de baixo custo por novas empresas; O foco só no custo limita a visão da necessidade de mudanças; Inflação no custo limita a capacidade de manter a diferenciação no preço perante os concorrentes.
Diferenciação	Diferença entre custos dos demais concorrentes e o diferencial do produto muito grande para que o consumidor continue leal; Diminuição da necessidade dos compradores em relação ao diferencial; Imitação diminui a diferenciação percebida.
Enfoque	Diferencial de custos entre empresas focadas e que atendem todo o mercado se amplia e elimina vantagens de custos de atender um único público ou diferenciação dada pelo enfoque; Redução das diferenças nos produtos ou serviços pretendidos entre o alvo e o mercado; Concorrentes encontram submercados dentro do alvo estratégico e desfocizam a empresa

**Quadro 1: Riscos de cada estratégia genérica.**

Fonte: Adaptado de Porter (1991).

Através de suas estratégias é que a organização irá apresentar vantagem competitiva perante seus concorrentes. A vantagem competitiva tem origem, principalmente, no valor que uma organização é capaz de criar para seus compradores e que transcende o custo de fabricação pela empresa (PORTER, 1992).



**Figura 2: Cadeia genérica de valores para as organizações.**

Fonte: Porter (1992).

Alcantara (2015), atesta que deve-se utilizar ferramentas de análise de atividades organizacionais para averiguar a vantagem competitiva de uma organização. Porter (1992) apresenta (Figura 2) a Cadeia de valores genérica de uma instituição, que é uma

forma sistemática de exame de todas as atividades realizadas por uma instituição e suas interações sendo assim instrumento de análise da vantagem competitiva de uma organização. Por isso, percebe-se que a vantagem competitiva não é compreendida por meio da análise da empresa como um todo pois cada atividade da organização pode contribuir para a redução/aumento dos custos da organização e ou gerar diferenciação.

Em concordância com Porter (1992), pode-se estabelecer que a cadeia de valores possui a capacidade de exibir o valor total da organização, consistindo em margem e atividades de valor. Atividades de valor são aquelas cujo desempenho é indispensável e agrega valor ao produto perante o cliente. Margem é a diferença entre o valor que pode ser auferido pelo produto e os custos despendidos durante a execução de todas as atividades.

Ainda segundo o autor, as atividades da cadeia de valor são divididas em dois tipos: primárias e de apoio; as primárias são constituídas pela criação do produto, venda ou transferência para o consumidor final e as de apoio contêm insumos, tecnologia e recursos humanos, além de servir de apoio para as atividades primárias.

Analisar a cadeia de valor e as forças competitivas retratadas por Porter permite que, em concordância com Barroso e Didio (2009), a organização otimize a interação da empresa com seus canais, o que representa potencial de vantagem competitiva.

Porter (1992) salienta que, a vantagem competitiva pode ser ostentada por uma organização na forma de preços inferiores aos da concorrência, por benefícios equivalentes ou através de benefícios únicos que compensam a diferença de preço entre os produtos da empresa e dos concorrentes. Assim, apresentam-se em estratégias competitivas genéricas já expostas neste estudo: a liderança no custo e a diferenciação.

### 3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Cury (2013), afirma que uma organização é caracterizada pela divisão do trabalho, do poder, das responsabilidades, da comunicação, pela presença de um ou mais centros

de poder e pela substituição de pessoal quando este não satisfaz mais as suas necessidades.

Segundo Oliveira (2011), organizar uma empresa é ordenar a mesma de modo a agrupar as atividades e recursos, buscando alcançar os objetivos e resultados estabelecidos. Para que haja uma empresa organizada, alguns aspectos devem ser levados em consideração, entre eles a estrutura organizacional, que pode ser definida como a soma total das maneiras pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como a coordenação é realizada entre essas tarefas (MINTZBERG, 2011; PAULA 2007).

Conforme há modificações no ambiente e no mercado onde as organizações operam, as estruturas e a forma como estas organizam o trabalho sofrem alterações de modo a se adequar as novas condições ambientais (PAULA; SANTOS, 2012).

Oliveira (2011), assegura que se a estrutura organizacional de uma empresa é estabelecida adequadamente, as organizações passam a identificar as tarefas necessárias para alcançar seus objetivos, as funções, responsabilidades e níveis de autoridade passam a ser organizados, as medidas de desempenho passam a ser compatíveis com os objetivos e há a criação de condições motivadoras para a realização das tarefas estipuladas. O autor aponta que os condicionantes da estrutura organizacional são quatro: objetivos, estratégias e políticas da empresa, ambiente da empresa (fatores externos), evolução tecnológica no ambiente empresarial e na empresa e os recursos humanos (habilidades, capacitações e níveis de motivação e comprometimento).

Quando as mudanças desses condicionantes se apresentam de forma impiedosa, pressionando a organização a agir, novos estilos de gestão e uma nova estrutura organizacional são requeridos e assim, as novas características organizacionais devem ser especificadas (OLIVEIRA; KOVACS, 2006).

Mintzberg (2011), afirma que a organização possui cinco elementos/partes básicas. São elas:

a) Núcleo operacional: composto por operadores que executam o trabalho básico e diretamente relacionado a produção dos bens ou prestação do serviço aos clientes. Pode-se dizer que é o coração da empresa, órgão vital que mantém o sangue circulando.

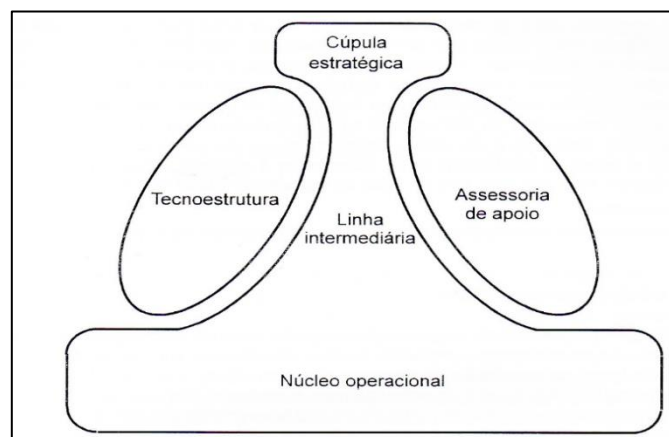
b) Linha intermediária: é o “tronco” da organização, parte fundamental que interliga as demais áreas. É composta por gerentes que possuem autoridade formal e que se empenham em satisfazer os anseios da alta direção utilizando a força de trabalho necessária para a obtenção dos resultados esperados. Por situar-se entre a estrutura organizacional e o núcleo operacional, acredita-se que estes gestores apresentam a melhor percepção estrutural da instituição (PAULA, 2007).

c) Assessoria de apoio: pode-se dizer que a assessoria de apoio e a tecnoestrutura são os membros da organização. A assessoria de apoio é composta por unidades que dão apoio à organização fora do seu fluxo de trabalho, como exemplo o correio, restaurante, pesquisa e desenvolvimento e etc.

d) Tecnoestrutura: composta por analistas que utilizam de técnicas analíticas para tornar o trabalho dos demais mais eficaz.

e) Cúpula estratégica: seguindo a analogia do corpo humano, pode-se dizer que a cúpula estratégica é a cabeça da organização pois é ela quem assegura que a empresa cumprirá sua missão e alcançará seus objetivos eficazmente.

Desta forma, o autor apresenta a configuração estrutural básica de uma organização na Figura 3.



**Figura 3: Estrutura organizacional básica.**  
**Fonte: Mintzberg (2011).**

Böhm (2007), sustenta que não há uma opinião uniforme quanto as dimensões que podem ser abrangidas na especificação de uma organização, mas que várias

semelhanças podem ser identificadas. Oliveira (2011), por exemplo, divide a empresa em duas: linha e assessoria. A primeira obtém o comando e a segunda aconselha as unidades de linha no desempenho de suas atividades. Comparando com a estrutura apresentada por Mintzberg, a cúpula estratégica, a linha intermediária e o núcleo operacional fazem parte da linha e os demais fazem parte da assessoria.

A configuração estrutural básica apresentada por Mintzberg (2011), varia conforme fluxos de autoridade, comunicação, maneiras de controle, necessidade de interação entre setores e etc. Desta forma, tem-se as cinco configurações estruturais básicas e antes de analisar cada uma dessas, é necessário compreender alguns os elementos/dimensões presentes nas diversas configurações que são discutidos na sequência.

### 3.2.1 Mecanismos de Coordenação

Organizações possuem como função conseguir coordenação de modo a assegurar unidade de esforços. Assim, um sistema de comunicação com centros de autoridade é indispensável e é o que conduz à funções com autoridade (CURY, 2013).

Mintzberg (2011), afirma que mecanismos de coordenação são os elementos mais básicos da estrutura pois é através deles que as organizações coordenam suas operações. O autor explica que existem cinco mecanismos de coordenação: ajustamento mútuo, supervisão direta, padronização de processos, padronização de saídas e padronização de habilidades.

A medida que o trabalho se torna mais complicado, o meio de coordenação passa do ajustamento mútuo para a supervisão direta, posteriormente para a padronização dos processos, das saídas e vai até a padronização das habilidades. É pertinente salientar que uma organização não se atem somente a um método de gerência, a maioria delas aplica uma mescla destes meios (MINTZBERG, 2011).



No Quadro 2 tem-se, em síntese, as características de cada um destes mecanismos e em quais cenários elas costumam aparecer numa proposta de Paradela (1998).

<b>Mecanismo</b>	<b>Características</b>	<b>Onde costuma ocorrer</b>
Ajustamento Mútuo	A coordenação ocorre principalmente no núcleo operacional e através de supervisão direta. Não subentende uma definição formal de poder e liderança.	Sistemas simples, com poucas pessoas.
Supervisão Direta	Baseado na determinação e reconhecimento de uma autoridade, sugerindo um responsável pela coordenação, funcionalmente diferente da operação.	Facilmente encontrada em todas as organizações autocraticamente estruturadas.
Padronização dos Processos	Definição das sequencias e métodos sobre condições ideais, tentando resolver através de projeto a questão da coordenação.	Processos de maior complexidade e com razoável rotinização.
Padronização das Saídas	Definição sobre o que e quando sem tratar do como. A passagem entre as etapas do processo continua definida a priori pela padronização.	Processos com menor grau de repetitividade e estabilidade. Também nos grupos semiautônomos.
Padronização das Habilidades	A habilidade necessária aos executantes do processo orienta um comportamento básico presumível que garante a coordenação.	Processos de alto grau de imprevisibilidade e grande necessidade de conhecimentos específicos.

**Quadro 2 – Mecanismos de coordenação.**

Fonte: Paradela (1998).

### 3.2.2 Parâmetros de *Design* da Estrutura Organizacional

Em uma organização, o *design* da estrutura organizacional pode afetar a gestão em diferentes níveis, sendo um ativo estratégico, tático ou operacional junto à definição de metas de longo prazo e no dia-a-dia de tomada de decisões (BUSO; MARTINS, 2012).

Para o desenvolvimento da estrutura organizacional uma série de análises e decisões devem ser realizadas, uma vez que o desenho da infraestrutura da organização é efetuado desde as atividades e posições individuais de cada colaborador até a definição do sistema de tomada de decisão. Dessa forma, Mintzberg (2011) apresenta uma proposta de *design* da estrutura organizacional, baseada em 4 grandes grupos: *design*

das posições individuais, *design* da superestrutura, *design* dos vínculos laterais e dos sistemas de planejamento e controle e *design* do sistema de tomada de decisão. Estes grupos são discutidos a seguir.

### 3.2.2.1 *Design* das Posições Individuais

O *design* destas posições trata da estruturação das posições individuais, efetuada através da especialização da tarefa, formalização do comportamento e do treinamento e doutrinação (MINTZBERG, 2011).

A maior efetividade em unidades organizacionais é alcançada quando há a especialização, pois assim pode-se aproveitar as habilidades dos empregados, melhorar o rendimento destes no trabalho e etc. (CURY, 2013).

Mintzberg (2011), evidencia que a especialização do trabalho pode ser realizada em duas dimensões: horizontal e vertical. A dimensão horizontal é a divisão das atividades entre os membros da organização e a dimensão vertical refere-se a distribuição da autoridade na organização.

Outro aspecto responsável pelo *design* das posições individuais de uma organização é a formalização do comportamento, que é a regulamentação da conduta dos trabalhadores. Esta pode ser realizada pela posição (descrição de como cada tarefa deve ser desempenhada), pelo fluxo do trabalho (forma como o trabalho todo deve ser efetuado) e por regras (regulamentos e normas gerais). Formalizando o trabalho, as empresas reduzem a preocupação com o controle da atuação profissional, uma vez que, então, este pode ser facilmente previsto e controlado (MINTZBERG, 2011).

Ainda há o treinamento e a doutrinação dos empregados, que podem ser definidos como a especificação das habilidades e conhecimentos básicos que o ocupante de cada vaga deve possuir. Cury (2013) salienta que o treinamento traz um desempenho profissional adequado e deve ser elaborado com base nas necessidades do trabalho, visando adequar o trabalhador aos cargos.

### 3.2.2.2 *Design* da Superestrutura

Sabendo quais posições individuais farão parte da superestrutura organizacional, é necessário definir como agrupá-las em unidades e aos seus tamanhos, ou seja, executar a departamentalização. Oliveira (2011), ressalta que a departamentalização é o agrupamento, de acordo com critérios específicos de homogeneidade, atividade e recursos em unidades organizacionais. Cury (2013), fixa que este processo deve ser orientado de modo a facilitar a coordenação.

Mintzberg (2011), afirma que é através da departamentalização que o sistema de autoridade formal e a hierarquia da organização são constituídos. O agrupamento deve ocorrer basicamente para que a coordenação ocorra com maior facilidade, as posições dividam recursos e medidas de controle comuns.

Araújo (1989), estabelece que a organização pode ser departamentalizada por área geográfica, por clientes, por contingência ambiental, por mercado, por número, por processo, por produto ou serviços, por projeto, força tarefa ou por tempo. Já Mintzberg (2011), define duas bases essenciais para o agrupamento: o agrupamento funcional (que abrange a departamentalização por conhecimento e habilidade, por processo de trabalho e função) e o agrupamento por mercado (que engloba o agrupamento por produto, cliente e local). A primeira encoraja a especialização do trabalho e disponibiliza recursos e mão de obra com base nos fluxos, tornando as organizações mais burocratizadas. A segunda estabelece unidades relativamente independentes, que desempenham todas as funções referentes aos seus produtos, serviços, clientes ou locais e apresentam menos especialização que o agrupamento funcional.

Oliveira (2011), define que a departamentalização funcional pode ser executada de acordo com as funções da empresa ou considerando as funções da administração e este tipo de agrupamento especializa o trabalho, traz maior estabilidade, segurança, concentração e uso de recursos especializados, influências positivas sobre a satisfação dos trabalhadores e etc. Como desvantagem, instituições assim divididas podem apresentar comunicação ineficiente, baixa adaptabilidade, trabalhadores com visão parcial da empresa e etc. Cury (2013), ressalta que a especialização é característica

principal e representa a grande vantagem desse agrupamento. Paula (2007), afirma que a estrutura funcional passa a apresentar desvantagens a medida em que a organização cresce, obrigando que os gestores tenham se reportem à matriz, fazendo com que esta aja e tome decisões a fim de solucionar os problemas.

Em conformidade com Mintzberg (2011), as unidades são agrupadas segundo quatro critérios, como pode-se verificar no Quadro 3:

<b>Critério de agrupamento</b>	<b>Características</b>
Interdependências do fluxo do trabalho	Agrupamento das unidades segundo o fluxo das tarefas, ou seja, setores são agrupados conforme a sequência de trabalho.
Interdependências de processos	Relaciona-se aos processos usados nos fluxos de trabalho. É o encorajamento das interações entre processos, mesmo dificultado a coordenação do fluxo de trabalho.
Interdependências de escala	Ocorre quando um grande agrupamento se faz necessário de modo a tornar-se eficiente. Isso ocorre com o setor da manutenção e do controle de qualidade, por exemplo, pois são unidades normalmente agrupadas de modo a exercer seu papel em diversos setores da organização, logo, não se faz necessário criar um grupo destes em cada setor/departamento.
Interdependências sociais	Refere-se aos relacionamentos sociais dentro da empresa. É a formação de grupos com características pessoais semelhantes.

**Quadro 3: Critérios de agrupamento de unidades.**

**Fonte: Adaptado de Mintzberg (2011).**

Oliveira (2011), afirma que é comum utilizar uma departamentalização mista, uma vez que cada elemento da organização deve possuir estrutura que mais se adeque a sua realidade organizacional. Não há possibilidade de departamentalizar uma empresa de certa complexidade e aplicação através de uma única técnica de agrupamento. Consequentemente, a capacidade de usar adequadamente o dispositivo técnico de agrupamento impactará a empresa positivamente (ARAÚJO, 1989).

Quanto a relação entre a departamentalização funcional e o tamanho das unidades Cury (2013), sanciona que uma função não deve receber o status departamental caso esta não apresente volume de trabalho, mesmo que, sob outros aspectos, esta apresente-se de forma separada das demais atividades. O autor ainda ressalta que centralizar as funções resulta em melhor coordenação e controle das funções aglutinadas quando o número de departamentos por função não se torna excessivo.

O tamanho de cada unidade deve ser definido levando-se em conta qual mecanismo de controle prevalece e em que parte da estrutura esta unidade está inserida.

Quanto maior a padronização, maior será a unidade de trabalho. Por consequência, quanto maior a confiança no ajustamento mútuo, menor será o grupo de trabalho. Assim, o tamanho das unidades aumenta quando o mecanismo de coordenação passa de ajustamento mútuo, posteriormente para supervisão direta e então para padronização do trabalho, habilidades ou saídas. Unidades operacionais, cuja padronização normalmente predomina, tendem a ser maiores que unidades da linha intermediária e estas tendem a ser maiores que unidades da cúpula estratégica, nas quais o ajustamento mútuo é a forma de controle mais empregada (MINTZBERG, 2011).

### 3.2.2.3 *Design* dos Vínculos Laterais e dos Sistemas de Planejamento e Controle

Mintzberg (2011), afirma que não basta detalhar as posições e a superestrutura para que o *design* organizacional esteja pronto. Ainda se faz necessário analisar os sistemas de planejamento e controle e instrumentos de vínculo.

Quando há a implementação de um plano, diversas variáveis podem contribuir para que o plano se torne inexecutável. Assim, não basta planejar, é preciso controlar. O controle lida com as variantes, ajustando tudo que for necessário para que a organização atinja seus objetivos iniciais (SILVA, 2003).

Conforme evidencia Mintzberg (2011), o controle de desempenho é melhor utilizado em unidades agrupadas por mercado e regula os resultados gerais de uma determinada unidade. Já o planejamento das ações possui melhor emprego em unidades funcionais, onde o resultado final destas não pode ser mensurado ou especificado facilmente. É importante ressaltar que estes dois sistemas encontram-se e comunicam-se em meio a organização, atuando de forma específica em algumas unidades mas sempre em conjunto quando analisamos a empresa como um todo. Ainda em conformidade com o autor, pode-se assegurar que o planejamento e o controle regulam *outputs* e, indiretamente, o comportamento. Assim funcionam como um time, um dando suporte ao outro, ajudando a direcionar, padronizar as ações e saber o que pode e deve ser cobrado dos colaboradores.

Mintzberg (2011), salienta que as organizações se viram obrigadas a desenvolver instrumentos de ligação que encorajem os contatos de interligação entre indivíduos e estes devem ser incorporados na estrutura. Ainda segundo o autor, as ferramentas de ligação são:

a) Cargos de interligação: cargos criados quando é grande a necessidade de comunicação entre uma unidade e outra. O profissional nesta posição não possui autoridade formal, atua nos canais de comunicação e é responsável por fazer com que a informação flua livremente entre dois departamentos distintos.

b) Forças tarefas: é o agrupamento de diversos membros da organização, provenientes de diversos setores, em um dado momento, com o objetivo de cumprir determinada atividade (ARAÚJO, 1989).

c) Gerentes integradores: estes gerentes são profissionais com autoridade formal que atuam em um cargo de interligação. Isso ocorre quando a coordenação por cargos de interligação já não supre a necessidade de ajustamento mútuo entre as unidades. É válido ressaltar que a autoridade destes gerentes nunca se estende sobre o pessoal dos departamentos ligados.

d) Estruturas matriciais: normalmente combina-se a estrutura com base em função com estruturas com base em projetos ou em produtos (Cury, 2013). Em outras palavras, é o resultado da junção da estrutura tradicional e fixa, mais a formulação de uma estrutura mutante e efetuada com relação ao planejamento e execução dos projetos. Assim, a autoridade maior da organização é vista de dois ângulos e os grupos vivem em constante mutação o que dá a sensação de flexibilidade e adaptabilidade na estrutura (ARAÚJO, 1989).

A escolha de qual instrumento de interligação utilizar é efetuada com relação ao poder de decisão dos gerentes funcionais e de mercado. Conforme o poder dos gerentes de mercado cresce e dos funcionais cai, o instrumento de interligação passa da estrutura funcional pura, para os cargos de ligação sobrepostos, posteriormente para forças tarefas, gerentes integradores até a estrutura matricial. A mesma relação ocorre quando o poder dos gerentes de mercado diminui e dos gerentes funcionais aumenta, passando

então da estrutura de mercado pura até a estrutura matricial, seguindo a ordem já citada (MINTZBERG, 2011). A estrutura matricial é o instrumento de interligação utilizado quando os poderes dos gerentes de mercado e dos funcionais se equiparam.

#### 3.2.2.4 *Design* do Sistema de Tomada de Decisão

A tomada de decisão pode ser efetuada de forma centralizada ou descentralizada. Oliveira (2011), diferencia centralização da descentralização afirmando que a primeira é a grande concentração do poder na cúpula estratégica e a segunda é a distribuição destes pelos níveis hierárquicos da organização.

A centralização da tomada de decisão é o meio mais fácil e mais seguro de coordenar a organização. Mas a centralização total da tomada de decisão de uma organização complexa não ocorre, porque um cérebro só não é capaz de absorver todo o conhecimento necessário, para tomar todas as decisões, que uma organização requer. Assim, a descentralização e a delegação de poder são essenciais pois, além de distribuir as responsabilidades e decisões, ela ainda acrescenta benefícios à empresa, funcionando como estímulo à motivação e permitindo a resposta rápida às condições locais (MINTZBERG, 2011).

Quanto mais descentralizada, maior é a autonomia dada aos membros (PAULA, 2007). A descentralização é capaz de interferir na estrutura organizacional e a configuração de cada empresa deve ser delimitada pela sua necessidade. Mattos (2002), afirma que o aumento da concorrência faz com que a busca pela qualidade requeira uma descentralização que dê suporte à uma estrutura organizacional completamente diferente da convencional.

Oliveira (2011), demonstra que a clareza e aceitação dos objetivos, a facilidade de medir resultados e de estabelecer as estratégias, a maior diversificação e menor interdependência das atividades, a menor variação da demanda, maior volume de turbulência, a dispersão geográfica, a dificuldade de comunicação, a capacidade técnica e de coordenação, o grau de informalidade e melhor clima organizacional são situações

que favorecem a descentralização da organização. É importante frisar que não existe uma organização totalmente centralizada ou descentralizada, assim como os meios de interligação, elas fazem parte de um *continuum*, neste caso cada uma delas encontra-se em um extremo deste.

Mintzberg (2011), afirma que existem dois tipos de descentralização, a seletiva que refere-se a dispersão do poder sobre vários tipos de decisões em locais diferentes da organização e a paralela que refere-se a dispersão do poder para muitos tipos de decisões no mesmo local.

Uma descentralização seletiva seria, por exemplo, delegar aos gerentes de diferentes divisões da linha intermediária, responsabilidades quanto aos custos, marketing e recursos humanos de cada unidade. Já a descentralização paralela seria deixar com que a cúpula estratégica tome decisões quanto aos custos, que as unidades de apoio responsabilizem-se pelo marketing e que o departamento de recursos humanos cuide dos colaboradores de todas as unidades.

Estas formas de descentralização podem ser verticalizadas ou horizontalizadas, onde a descentralização vertical é a delegação do poder de decisão para unidades inferiores da cadeia de autoridade, já a descentralização horizontal é a delegação do poder de decisão dos gerentes para analistas, operadores, assessores e etc.

### 3.2.3 As Cinco Configurações da Estrutura Organizacional

Dentre as configurações organizacionais básicas, existem cinco que se fazem mais frequentes na bibliografia: a estrutura simples, a burocracia mecanizada, a burocracia profissional, a forma divisionalizada e a adhocracia.

O estabelecimento do tipo de estrutura organizacional de uma empresa se dá pela análise de suas características predominantes. Isso porque as organizações podem apresentar características de diversas estruturas.



Em cada configuração há um mecanismo de coordenação dominante, uma parte diferente da empresa é a mais poderosa e um tipo de descentralização é utilizada. Assim, segundo estas características, pode-se verificar as cinco configurações no Quadro 4.

<b>Configuração estrutural</b>	<b>Primeiro mecanismo de coordenação</b>	<b>Parte-chave da organização</b>	<b>Tipo de descentralização</b>
Estrutura simples	Supervisão direta	Cúpula estratégica	Centralização vertical e horizontal
Burocracia mecanizada	Padronização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização vertical e horizontal
Burocracia profissional	Padronização das habilidades	Núcleo operacional	Descentralização vertical e horizontal
Forma divisionalizada	Padronização dos <i>outputs</i>	Linha intermediária	Descentralização vertical limitada
Adhocracia	Ajustamento mútuo	Assessoria de apoio	Descentralização seletiva

**Quadro 4: Cinco configurações da estrutura organizacional.**

**Fonte: Adaptado de Mintzberg (2011).**

Estruturas simples apresentam-se semelhantes com as estruturas lineares. Este tipo de estrutura de acordo com Costa, Souza e Fell (2012), apresenta controle inflexível e delimitado pela autoridade formal. Dessa forma os funcionários que não tem competências especializadas possuem dificuldade em participar das ações organizacionais. Esta estrutura, com ambientes simples e dinâmicos, é normalmente empregada por empresas pequenas e novas. Não possui tecnoestrutura e unidades de assessoria, sendo composta pela cúpula administrativa, uma linha intermediária insignificante e um núcleo operacional mais inchado (MINTZBERG, 2011). As unidades, se existem, são agrupadas com base funcional onde todo o poder tende a ser centralizado na mão do executivo principal e toda tomada de decisão cabe a este indivíduo, o que oferece uma resposta estratégica rápida, flexível e adaptável, colocando, em contrapartida, a organização em risco, uma vez que a deixa dependente da saúde e vontades de uma única pessoa. Costa, Souza e Fell (2012), sintetizam e dizem que neste tipo de estrutura a cúpula gerencial é responsável por estabelecer rotinas para todas as operações.

Estruturas burocraticamente mecanizadas apresentam, de acordo com Mintzberg (2011), tarefas operacionais rotineiras e especializadas, comunicação e procedimentos

normatizados, agrupamento efetuado com base funcional e tomada de decisão relativamente centralizada. O ajustamento mútuo e a supervisão direta não são parâmetros de *design* utilizados nesta organização uma vez que o comportamento é formalizado e portanto, a tecnoestrutura aparece como principal parte da organização, promovendo, segundo Madeira e Pereira (2011), uma elevada padronização dos processos de trabalhos operacionais, das habilidades dos trabalhadores e dos resultados que se pretende obter. A linha intermediária é amplamente desenvolvida e deve lidar com problemas que surgem entre trabalhadores no núcleo operacional, relacionar-se com analistas da tecnoestrutura, a fim de atuar como componente de interligação e apoiar os fluxos verticais na estrutura, levando feedback para a cúpula estratégica, fazendo com que o núcleo operacional atue conforme a estratégia estipulada. Ressalta-se que os problemas que podem ser apresentados por esta estrutura são originados, principalmente, da mecanização dos processos e dos conflitos decorrentes do tratamento dos trabalhadores como meios e não como seres humanos (MINTZBERG, 2011).

Estruturas burocraticamente profissionalizadas baseiam-se na coordenação através da padronização das habilidades, no treinamento e na doutrinação. (MADEIRA; PEREIRA, 2011). Everaldo, Silva e Pessoa (2006), ressaltam que o núcleo operacional é a base desta estrutura pois este é responsável por ditar o ritmo do trabalho e a forma de execução. O controle de seus trabalhos é feito de forma autônoma e a ideia de um padrão único de decisões perde sentido nesse tipo de estrutura. Assim, de acordo com Mintzberg (2011), esse tipo de organização contrata profissionais especializados, com perfil e características parecidas, já treinados e doutrinados e concede-lhes certa autoridade sobre o próprio trabalho no núcleo operacional. Portanto, há grande descentralização e o poder de decisão estabelece-se no núcleo operacional. Mesmo que a assessoria de apoio seja plenamente elaborada, a unidade chave deste tipo de estrutura é o núcleo operacional, uma vez que a assessoria de apoio foca no atendimento desta unidade. A tecnoestrutura, a linha intermediária e a cúpula estratégica são pequenas e pouco elaboradas. Diferente da burocracia mecanizada, este tipo de estrutura dá liberdade e autonomia aos trabalhadores. Pode apresentar problemas para inovar seus processos e produtos e com trabalhadores incompetentes e inescrupulosos, que ignoram as necessidades da organização e/ou dos clientes.

Estruturas divisionalizadas, segundo Paula e Santos (2012), visam formas de inovar e adquirir novos segmentos de mercado. De acordo com Mintzberg (2011), essas estruturas agrupam as unidades, no topo da linha intermediária, segundo o mercado. Dessa maneira, as interdependências entre as divisões são minimizadas e cada uma opera como entidade semiautônoma. Operações como, marketing, compras e produção são executadas individualmente em cada uma das unidades. Este tipo de estrutura requer uma descentralização vertical limitada e paralela, ou seja, não é necessário mais do que a delegação de alguns gerentes centrais à gerentes de divisões. O mecanismo de coordenação predominante é a padronização dos *outputs*, uma vez que os gerentes das unidades possuem autonomia para tomar decisões e a chave para o *design* organizacional é o controle de desempenho de cada uma delas. Tem-se assim uma estrutura com cúpula estratégica e tecnoestrutura pequenas (esta última preocupada com o controle do desempenho), um grupo pouco maior de assessores e um núcleo operacional grande e departamentalizado, em que cada unidade assume a estrutura organizacional mais conveniente (normalmente burocracia mecanizada). Paula e Santos (2012), ressaltam que a estrutura divisionalizada ainda não é o tipo de organização voltada a inovação sofisticada, dessa forma não consegue responder e atender as novas demandas com flexibilidade.

A adhocracia é uma estrutura inovadora que quase não reverencia os princípios clássicos da administração. É uma estrutura orgânica, pouco formalizada, baseada em treinamento formal, que tende a montar pequenos grupos, fundamentados no mercado, de analistas das unidades funcionais, para realização de projetos e que encoraja o ajustamento mútuo e adota a descentralização seletiva de todas as equipes. Quanto a tomada de decisão, pode-se dividir a adhocracia em duas, a operacional e a administrativa. A primeira soluciona problemas e está em contato direto com os clientes, fundindo o trabalho operacional e o administrativo. A segunda assume projetos em seu próprio benefício, mantém o núcleo operacional separado do restante da organização e somente o componente administrativo assume estrutura adocrática (Mintzberg, 2011). Paula e Santos (2012), afirmam que este tipo de estrutura permite maior flexibilidade à atuação das pessoas e que permite uma gestão eficaz e eficiente do conhecimento.

### 3.2.4 A Estrutura Organizacional Como Ferramenta Estratégica

Oliveira e Kovacs (2006), enfatizam que, cada vez mais a atenção tem se voltado para os mecanismos internos que permitem o alcance de vantagem competitiva pela organização. Dentre estes mecanismos, pode-se destacar a estrutura organizacional.

Paula e Santos (2012), salientam que a estrutura organizacional é decorrência da estratégia organizacional, sendo por isso, utensílio viabilizador da estratégia que deve atender aos objetivos e propósitos da organização.

No Quadro 5, é possível perceber que cada estrutura organizacional favorece um meio de formulação estratégica diferente e que cada configuração se relaciona diferentemente com os fatores externos, sobrevivendo em condições situacionais diferentes.

<b>Configuração organizacional</b>	<b>Fatores situacionais</b>	<b>Formulação da estratégia</b>
Estrutura simples	Organização jovem e pequena, sistema técnico sem sofisticação, ambiente simples e dinâmico, possibilidade de hostilidade extrema ou forte necessidade de poder do executivo principal.	De responsabilidade restrita do executivo principal, orientado pela busca agressiva de oportunidades e não analítica. Apresenta-se como extensão das crenças e responsabilidades do gerente.
Burocracia mecanizada	Organização antiga, sistema técnico regulado e não automatizado, ambiente simples e estável, controle externo.	De cima para baixo, forte ênfase no planejamento das ações, dados transmitidos de baixo para cima, analisados na cúpula estratégica e a estratégia é transmitida, para implementação, através da cadeia de autoridade, estratégia totalmente racionalizada.
Burocracia profissional	Ambiente complexo e estável, sistema técnico não regularizado e não sofisticado.	Dada a autonomia de cada profissional, a noção de uma estratégia para toda a organização perde o significado, assim é o cumulativo das estratégias profissionais individuais.
Forma divisionalizada	Mercados diversificados, empresa antiga, de grande porte, necessidade de poder dos gerentes intermediários.	O escritório central (cúpula estratégica, tecnoestrutura e assessoria de apoio) gerencia o portfólio estratégico e cada divisão é incumbida de determinar suas próprias estratégias.
Adhocracia	Ambiente complexo e dinâmico, jovem, sistema técnico dinâmico e normalmente automatizado, inovadora.	Processo de formulação estratégica não é claramente definido, nem sempre é formulada conscientemente pelos indivíduos, uma estratégia plena não pode ser especificada antes das decisões de cada projeto serem tomadas.

**Quadro 5: Relação entre estrutura organizacional, fatores situacionais e a forma de elaboração da estratégia.**

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2011).

Como pode ser visualizado no Quadro 5 (página anterior) a formulação da estratégia é realizada de forma diferente em cada tipo de organização. Portanto, afirma-se nesse estudo que, existe a dependência mútua entre estes mecanismos, uma vez que a estratégia é formulada diferentemente em cada uma das configurações e que a estrutura organizacional pode atuar como ferramenta estratégica dentro da instituição.

À medida que os objetivos e estratégias da organização ou o sistema técnico do núcleo operacional mudam, o redesign estrutural é requerido, seja de cima para baixo (como na primeira hipótese) ou de baixo para cima (como na segunda hipótese). Dessa forma, a estrutura organizacional deve ser delineada como um instrumento para facilitar o alcance dos objetivos da empresa, sendo, portanto, uma decisão estratégica da organização (OLIVEIRA, 2011).

Por isso, não existe modelo ideal de estrutura organizacional, uma vez que esta deve ser aquela que atenda os objetivos da organização, proporcionando um bom alinhamento e favorecendo o seu funcionamento de forma eficaz (EBESERH, 2013).

De Paula (2007), afirma que a reconfiguração da estrutura da empresa pode ser determinada pelas estratégias formuladas pela cúpula empresarial, sejam elas quais forem, objetivando o redirecionamento do foco da organização e assim promovendo a expansão dos negócios. Essa reconfiguração compreende não somente ou necessariamente a reconfiguração física, mas acomete também a distribuição de responsabilidades, cargos, competências, poderes. Redistribuição essa que acomete em uma drástica mudança organizacional.

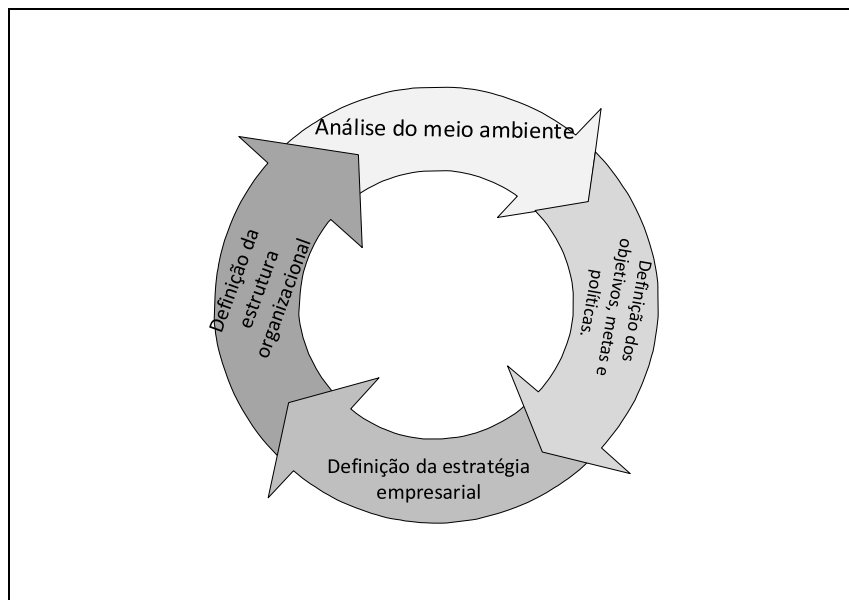
De acordo com Mattos (2002), mudanças organizacionais formam as funções gerenciais mais distribuídas, aumentam o nível de responsabilidade e a comunicação, fazendo com que o desenvolvimento pessoal e profissional cresça, elevando-se através de novos conhecimentos e a formação de novas perspectivas.

Assim como mudanças estruturais forçam a ocorrência de mudanças organizacionais, mudanças organizacionais exigem a modificação do comportamento individual e grupal dos colaboradores de uma organização. Transformações e modificações organizacionais não obterão êxito se os colaboradores não entenderem sua necessidade e não adotarem as novas regras, processos e etc.

Medidas de mudança estrutural devem ser acompanhadas de outras que busquem a alteração do comportamento individual e grupal. De nada adianta alterar a estrutura se o comportamento dos membros da organização não for modificado, fazendo com que o mecanismo seja adotado por estes, através de atitudes de envolvimento, cooperação e participação. Fixando-se as modificações de comportamento, as transformações estruturais ocorrem como consequência. É fundamental também considerar que a mudança comportamental é parte integrante dos movimentos de reformas estruturais, tendo assim que tornar-se possível essa mudança dentro da estrutura previamente estabelecida (MATTOS, 2002, p.25).

Pode-se verificar que há uma sequência de ações e alterações que ocorrem e/ou devem ser efetuadas pelas organizações para que a reestruturação organizacional seja eficaz e atribua vantagem competitiva à empresa.

Esta sequência de ações, apresentada na Figura 4 e discutidas a seguir, deve ser efetuada ciclicamente, uma vez que o meio ambiente externo está sempre em mutação e que a organização deve ser capaz de se adaptar rapidamente a estas:



**Figura 4: Ciclo de reestruturação organizacional.**

**Fonte: Autoria própria.**

1. Inicialmente, a empresa analisa, verifica e/ou sente as alterações do cenário em que está inserida;
2. Em seguida, dependendo do cenário e fatores externos, as metas, objetivos e políticas são elaboradas;

3. Posteriormente a estratégia é traçada (a forma como a estratégia é delimitada depende da configuração da organização);

4. Feito isso, caso seja necessário, a estrutura organizacional é modificada de modo a atender a estratégia e criar condições estruturais para que a instituição atinja seus objetivos. Essas mudanças estruturais desencadeiam diversas mudanças organizacionais e comportamentais, totais ou parciais, que acarretam mudanças da forma de gestão, da distribuição do poder de decisão, da distribuição do conhecimento, no fluxo de documentos, no comportamento individual e/ou grupal e etc.

### 3.3 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

As organizações hospitalares carregam consigo a firme missão de promover saúde às pessoas, contribuir com a função econômica e social, gerar emprego e renda. Assim, mostram-se extremamente importantes para a sociedade (ARAÚJO, 2010).

Gonçalves (1998), evidencia que o hospital está incluso no rol das instituições fundamentais da comunidade, assim como as escolas, organizações políticas e as instituições religiosas. Isso se dá por meio de demandas naturais sociais geradas na intimidade da sociedade. Em concordância com o autor, sua relevância perante a sociedade é evidenciada ao analisar o grau de relações que esta instituição mantém com os indivíduos e com a população em geral, relações estas resultantes do papel da organização perante os momentos fundamentais da vida das pessoas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1977), define hospital como organização médica e social, que possui a função básica de proporcionar assistência médica integral, curativa e preventiva à população, independentemente do regime de atendimento, constituindo-se também em centro educacional, de capacitação, de pesquisas em saúde e de encaminhamento de pacientes. Ainda quanto a caracterização de hospitais, é válido acrescentar que: hospitais gerais são destinados a atender pacientes com doenças de diversas especialidades médicas; hospitais locais são aqueles destinados a atender a população de determinada área geográfica, prestando atendimento nas áreas básicas de

clínica médica e hospitais particulares são aqueles que integram o patrimônio de uma pessoa física ou jurídica, não instituída pelo poder público.

Até a década de 1920 a assistência médica brasileira era essencialmente privada e baseada na relação médico-paciente (CALVO, 2002). A prestação de cuidados médicos começou a chamar atenção na metade da década de 1980, o que deu enfoque à descentralização da prestação de serviços, ampliou o acesso universal aos cuidados básicos e reduziu disparidades financeiras (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Assim, hospitais foram conduzidos, ao longo da história, ao desempenho de diferentes e das mais complexas funções, que demandam um conjunto altamente complexo de atividades (SENHORAS, 2007).

O responsável por verificar a qualidade dos hospitais brasileiros, sejam públicos ou privados, é o governo, que especifica padrões de qualidade por meio de requisitos de concessão de licença e sistemas de acreditação. Infelizmente, a implementação destas ferramentas é escassa e a obtenção destes padrões não garante o aumento da qualidade da prestação dos serviços, pois para isso ações da liderança da direção hospitalar precisariam ser tomadas, tais como, implantação de programas de melhoria contínua, uso de tecnologias de informação, avaliações de desempenho, desenvolvimento e uso de diretrizes clínicas e coordenação do atendimento (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Países de renda baixa e média, assim como o Brasil, detém o hospital como centro, foco primordial da capacitação profissional e a referência do sistema de saúde. Estas organizações formam a base para o bom atendimento à saúde e representam uma expressiva parcela dos gastos. No Brasil os hospitais respondem por dois terços dos gastos do setor e dos serviços produzidos. Estas instituições empregam profissionais qualificados e lideram a prestação de serviços de saúde no país, sendo também reconhecidos como centros de treinamento, ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias. Diferente da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar altamente pluralista, estes abrangidos por uma série de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade e são os únicos com tradição de financiar prestadores privados com recursos públicos. Alguns dos hospitais brasileiros possuem excelência de categoria internacional, mas a maioria apresenta qualidade abaixo dos padrões e são



normalmente dependentes de financiamento público (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1977), classifica os hospitais segundo o tamanho, conforme pode ser verificado no Quadro 6.

<b>Classificação</b>	<b>Capacidade</b>
Hospital de pequeno porte	Possui capacidade de operação de até 50 leitos
Hospital de médio porte	Possui capacidade de operação de 50 a 150 leitos.
Hospital de grande porte	Possui capacidade de operação de 150 a 500 leitos.
Hospital de capacidade extra	Possui capacidade de operação acima de 500 leitos.

**Quadro 6: Classificação dos hospitais pelo Ministério da Saúde, conforme capacidade.**  
**Fonte: Baseado em Brasil, 1977.**

O tamanho dos hospitais interfere diretamente na eficiência do hospital. Dessa forma, no Brasil, hospitais federais são os menos eficientes e os privados e/ou lucrativos, que são normalmente menores, apresentam-se como mais eficientes (LA FORGIA, COUTTOLENC, 2009). Esta diferença não se dá pelo fato de serem hospitais públicos ou privados, uma vez que Calvo (2002), em seu estudo, evidencia que a propriedade pública ou privada não afeta a eficiência dos hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e que não há diferença entre a proporção de hospitais públicos e privados eficientes no estado do Mato Grosso. O autor sugere que a gerência destes dois tipos de hospitais é semelhante quanto a eficiência e que o mesmo ocorre nos demais estados do país.

Araújo (2010), afirma que a organização hospitalar é caracterizada por possuir fluxos de informações, pessoas e materiais intensos, complexidade ímpar na sua gestão, tecnologia não rotineira, complexidade na gestão e no ambiente, alto risco inerente a atividade e ambiente extremamente instável. Smith *et al* (1991), ressaltam que os fluxos de materiais, pessoas e documentos impactam grandiosamente a satisfação dos clientes e a eficiência dessa organização.

A administração hospitalar é extremamente complexa e sua supervisão e controle são desafiadores. Assim, o gerenciamento destas instituições requer conhecimento aprofundado de todos os componentes hospitalares, de modo a integra-los efetivamente,

monitorando o seu desempenho e o uso de recursos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Dada sua complexidade, hospitais devem trabalhar de forma mais sistêmica. No entanto, segundo Böhm (2007), deve-se sempre lembrar que esta instituição é local onde princípios como ética, transparência, confiança e harmonia entre as unidades deve prevalecer, sendo ainda espaço de cura e formação de conhecimento, seja ele técnico ou científico, de diversas áreas.

Entende-se que, além da atividade médica desempenhada por um hospital, este desdobra-se em setores que poderiam funcionar de forma isolada, apresentando aspectos técnicos, financeiros e de processos diferentes. Dentre as unidades que podem ser administradas isoladamente em uma unidade hospitalar, é válido destacar o hotel, a lavanderia, a farmácia e o restaurante. Cada um desses setores exige uma gestão altamente eficaz e eficiente, dessa forma a associação dessas unidades com a assistência médica transforma a administração hospitalar em uma tarefa extremamente árdua, uma vez que todas necessitam estruturas de apoio administrativo, logístico e técnico e que toda a organização deve funcionar de forma simultânea, harmoniosa, eficiente e economicamente viável (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

Corroborando a afirmação anterior, Senhoras (2007), salienta que a organização hospitalar é o somatório de um hotel, lavanderia, farmácia, escola, centro comunitário, de atendimento curativo e preventivo. O autor ainda ressalta que essa organização é, portanto, marcada por grupos profissionais de diferentes capacitações e formações, organizados em torno de uma base hierárquica composta de especialidades e especialistas da área médica, técnica e administrativa. Em consequência, três variadas relações se estabelecem em organizações hospitalares: a relação médico-paciente focada no tratamento e prevenção, a relação colaborador-colaborador focada na realização das atividades e os *ethos* de trabalho, que definem os modos de organização da produção e consumo sob a ótica gerencial (SENHORAS, 2007).

Obstáculos podem ser encontrados neste tipo de organização por questões gerais relacionadas aos programas e em face dos elementos estruturais e especificidades da organização, como, por exemplo, os médicos que historicamente e normalmente não enxergam com bons olhos e não compreendem que contenção de custos e avaliação do

seu desempenho são ações que buscam otimizar todo o processo e melhorar as condições da organização (GURGEL JUNIOR; VIEIRA 2002).

Cecílio e Mendes (2004), verificam que o cotidiano hospitalar está repleto de normas e regras formais e informais, que influenciam e modificam a gestão da administração. Este fato se dá pois apesar dos esforços da direção, as corporações profissionais se impõe para proteger seus territórios, delimitados ao longo da história. Dessa forma, o poder de gerencia é diluído entre as chefias, os médicos e outros profissionais que mantêm autonomia de decisão, como médicos e enfermeiros. Isso resulta, portanto, na constituição de uma estrutura marcada por complexidade e conflitos gerados pela disputa do poder e de espaços, que possui o objetivo de integrar o trabalho de seu corpo organizacional na prestação dos serviços de saúde (SENHORAS, 2007). Segundo Böhm (2007), dificuldade de integração entre as unidades e colaboradores pode ocasionar aumento de custos, dificuldade da gestão do conhecimento, de pessoas e etc.

Desta maneira, na análise de Cecílio e Mendes (2004), conclui-se que não há gestão possível do hospital se não houver a construção de modelos de gestão orientados pelos dois polos de autoridade, tendo assim como referência e ponto de partida o mundo do trabalho e as reais relações entre os gestores, funcionários e usuários da organização. Destarte, a estrutura organizacional deve ser montada, em concordância com Gonçalves (1998), para promover a coordenação dos membros do grupo, sendo capaz de determinar especificamente a autoridade e responsabilidade de cada pessoa dentro da instituição, especificando quem tem autoridade sobre quem e com que objetivo.

La Forgia e Couttolenc (2008), acrescentam que todos os esforços efetuados de modo a melhorar o desempenho hospitalar são prejudicados pela ausência de informações confiáveis sobre a qualidade, os custos e a eficiência dos serviços. Dessa forma, sistemas padronizados que permitem medir custos e qualidade, bem como comparar os padrões de vários hospitais, deveriam ser instalados.

Ainda, dentre as diversas mudanças que o hospital contemporâneo deverá efetuar ao longo dos próximos anos, pode-se evidenciar o uso de forma intensiva e racional da informação e informatização (sistemas de informações gerenciais), o cuidado do custo e da eficiência dentro da cadeia de valor, a busca da garantia ao acesso universal a cuidados integrais, de maneira eficiente, hierarquizada e regionalizada, a incorporação

da prevenção primária no processo de atenção e o envolvimento dos profissionais que mantem autonomia de decisão na solução dos problemas e no desenho de novos processos (NETO; MALIK, 2006).

O desafio da reforma hospitalar brasileira não é única e a natureza pluralista desta instituição torna esta ação ainda mais difícil. Em contrapartida, esta pluralidade também é um ponto forte deste setor, uma vez que demonstra que o Brasil não tem escassez de ideias, inovações, iniciativas e criações, de modo a acabar com as deficiências das organizações com desempenho ruim. Dessa forma, La Forgia e Couttolenc (2009), enfatizam que o Brasil poderá melhorar o desempenho de seus hospitais de modo geral, mas isso exigirá forte liderança e esforços coordenados das três esferas governamentais.

A estrutura organizacional hospitalar destaca-se perante os instrumentos que podem ser utilizados de modo a melhorar o desempenho deste tipo de organização e a assegurar a eficiência, eficácia e harmonização da organização.

Araújo (2010), evidencia que há carência de estudos sobre a estrutura organizacional hospitalar, pois estruturar e gerir a organização hospitalar é um dos grandes desafios gerenciais, uma vez que estes devem ir além dos aspectos hierárquicos e de poder, proporcionando agilidade, flexibilidade e qualidade nas decisões, desenvolvendo integração entre os processos e aumentando a capacidade de resposta da organização perante mutações do ambiente externo.

### 3.3.1 Estrutura Organizacional Hospitalar

Araújo (2010), enfatiza que por diversas vezes, há a minimização da importância e necessidade em administrar e estruturar os recursos e processos hospitalares pois, a alta atenção na busca por melhores medicamentos, equipamentos, diagnósticos e tratamentos toma o foco dos gestores hospitalares. As organizações hospitalares desenvolverem as áreas de saúde e administrativas com a mesma relevância, buscando sempre aperfeiçoar a estrutura organizacional, atendendo mais rápido e melhor as

necessidades dos usuários e desenvolvendo a logística integrada, as pessoas irão desfrutar de um serviço com maior qualidade e valor agregado.

Lima-Gonçalves e Aché (1999), afirmam que a estrutura hospitalar é viva, possui alto dinamismo operacional, de ritmo elevado, que desenvolve atividade caracteristicamente polimorfa, envolvendo uma gama muito diversificada de aspectos. De acordo com Calvo (2002), esta é uma estrutura altamente burocratizada e autoritária e apresenta elevada divisão do trabalho.

A estrutura organizacional de hospitais sofreu alterações em resposta ao desenvolvimento competitivo do mercado, por isso este tipo de organização se viu pressionada a conceber estratégias inovadoras de coordenação dos colaboradores, operações e finanças (SMITH *et al*, 1991).

A imprevisibilidade é característica do contexto no qual a tecnologia e a estrutura hospitalar irão se enquadrar (GONÇALVES, 1998). Assim sendo, ainda em harmonia com o autor, deve-se implementar processos permanentes de gestão e de assistência, completados por outros procedimentos temporários, de modo a permitir uma tomada de decisão rápida e competente frente as mudanças que podem ocorrer interna e externamente.

Araújo (2010), destaca que no caso da organização hospitalar e frente a sua complexidade é importante buscar uma estrutura híbrida, visando maior integração, troca de conhecimentos, melhoria continua, inovação e trabalho de equipe.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), hospitais independentes e flexíveis na gerencia de seus recursos, que definem o perfil dos pacientes a serem atendidos, ajustam a capacidade, realocam recursos e realizam outras funções gerenciais, apresentam melhor desempenho quando comparados a instituições equivalentes. Ainda verifica-se que mecanismos de responsabilização combinados com o gerenciamento e monitoramento contribuem para o desempenho dos colaboradores.

Os hospitais brasileiros utilizam, habitualmente, estruturas funcionais, onde cada unidade, serviço ou departamento tem um conjunto de responsabilidades e deveres diferenciados (GONÇALVES, 1998). Abdala (2006), por exemplo, define como funcional a estrutura organizacional do Hospital de Câncer de Uberlândia, estudado por ele, por

estar dividida em funções específicas que empregam atividades individuais, apresentando, portanto, uma estrutura departamentalizada.

Araújo (2010), afirma que organizações hospitalares costumam ser definidas, com base nas estruturas de Mintzberg, como estruturas funcionais (burocracia profissional), pois este tipo de estrutura costuma desenvolver-se em ambientes estáveis e complexos e é baseada na coordenação através da padronização das habilidades. Neste caso o núcleo operacional é o elemento base, os profissionais desta unidade são especializados e possuem autoridade sobre o próprio trabalho mas apresentam problemas para inovar seus procedimentos. Assim sendo Araújo (2010, p. 95), define que nessa estrutura:

O ápice estratégico seriam os diretores ou superintendentes, a tecnoestrutura seria os analistas, assessorias e pessoal de escritório, a linha intermediária, os coordenadores ou gerentes da área assistencial, administrativa, logística etc.; a equipe de apoio seria a parte de nutrição e dietética, limpeza e higiene, segurança e zeladoria, gestão de materiais, engenharia oficinas etc.; e o núcleo operacional seria os médicos de várias especialidades e enfermeiros.

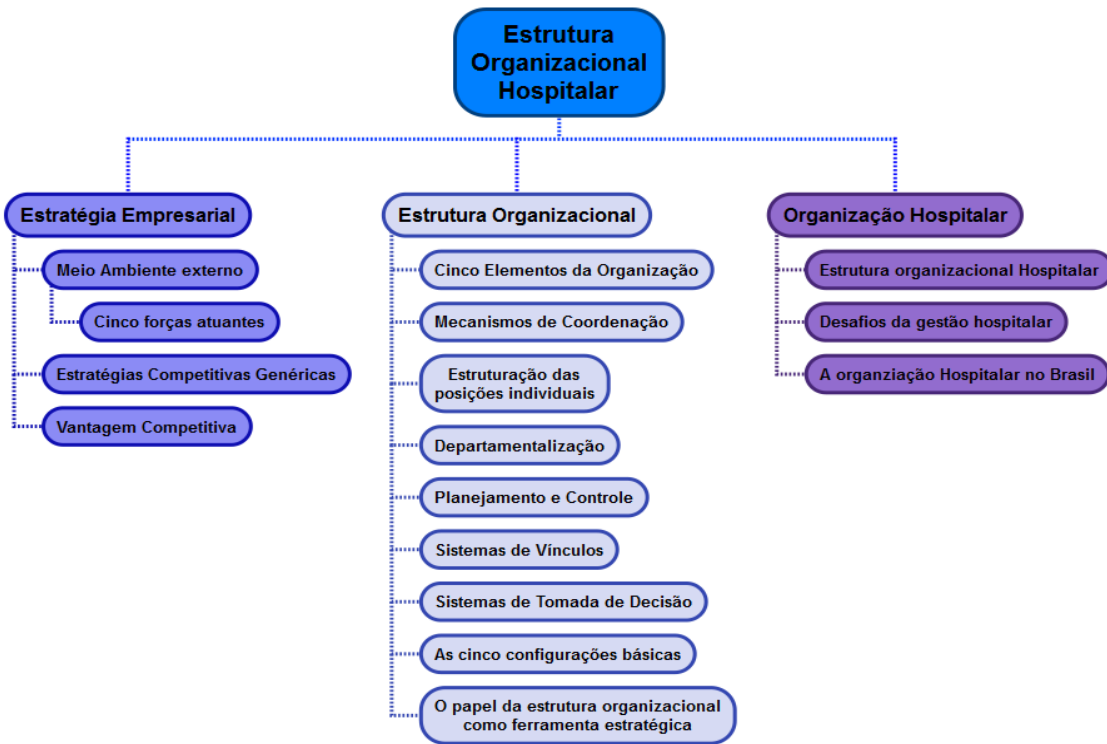
Neste estudo, acredita-se que a estrutura, assim como características individuais de cada instituição, pode variar não somente quanto ao tipo de organização, mas conforme o ambiente, a estratégia, os gestores, a história e forma de desenvolvimento, localização e etc.

Portanto, a definição do tipo de estrutura apresentada pelo objeto de estudo deste trabalho será efetuada somente depois da análise de suas características, fluxos, meios de coordenação do trabalho, delegação do poder e etc.

Os conceitos apresentados ao longo desta revisão bibliográfica estão intimamente ligados e são influenciados uns pelos outros. Salienta-se que não há hierarquia de prioridade entre os assuntos, uma vez que cada um deles é de fundamental importância na ação de readequação de negócios de uma organização.

Dessa forma, todas as ferramentas e conceitos apresentados ao longo desta análise são fundamentais para que a reestruturação organizacional de um hospital possa ser realizada com eficácia e eficiência.

Apresenta-se na Figura 5 os principais elementos discutidos e expostos neste estudo.



**Figura 5: Elementos fundamentais na reestruturação da organização hospitalar.**

Fonte: Autoria própria.

Para se readaptar uma empresa, deve-se obter conhecimentos suficientes sobre estratégia, isto é: o que é estratégia empresarial, como esta é formada, como analisar o meio ambiente externo suas forças, quais estratégias genéricas são ou podem ser desempenhadas e definição e análise das atividades que compõe a vantagem competitiva empresarial. Ainda, é preciso estudar os conceitos da estrutura organizacional (o que é, a importância e os cinco elementos da estrutura organizacional) e os cinco tipos de estrutura básicas (variações de estrutura conforme os mecanismos de coordenação dos colaboradores, a estruturação das posições individuais, departamentalização segundo diversos critérios, o tamanho de cada setor, planejamento, controle e sistemas de vínculos empregados, sistemas de tomada de decisão utilizados e etc.).

Por fim, verifica-se que a estrutura organizacional tem papel estratégico fundamental para a instituição e que, a estrutura organizacional hospitalar é singular e extremamente complexa quando comparada com as demais organizações, apresentando-se, portanto, como desafio de gestão empresarial.



## 5 METODOLOGIA DE PESQUISA

De acordo com Gil (2008), método científico é o conjunto de atividades intelectuais e técnicas delimitadas de modo a se atingir o conhecimento. É através do método que operações mentais e técnicas são especificadas e assim a veracidade do conhecimento gerado por uma pesquisa é comprovada. O método científico utilizado varia conforme os objetivos e as características de cada pesquisa.

Para o desenvolvimento deste trabalho, escolheu-se estudar uma unidade hospitalar situada na região oeste do estado do Paraná. A seleção da unidade de análise se deu pelo interesse e familiaridade da pesquisadora por organizações hospitalares e pela carência de estudos nessa área. Selecionou-se o tema através da delimitação das maiores necessidades da organização analisada e dos possíveis benefícios que os diferentes estudos poderiam trazer à esta.

Dessa forma, neste capítulo, descreve-se inicialmente o objeto de estudo e a delimitação da pesquisa, posteriormente apresenta-se informações sobre o método de pesquisa aplicado em todo o estudo.

### 5.1 OBJETO DE ESTUDO

Fundado em 25 de julho de 1954, o Hospital Filadélfia (localizado na cidade de Marechal Cândido Rondon) prestava no início atendimento de clínica geral e maternidade. O objetivo inicial do hospital era atender um grande número de pessoas, porém com o êxodo rural resultante do alagamento das terras por parte da Itaipu Binacional e de problemas agrícolas, a demanda hospitalar reduziu consideravelmente e com isso, problemas administrativos foram enfrentados. A solução encontrada foi transformar, em 1979, um terço (60 leitos) do hospital em ala psiquiátrica e desde então a organização passou a ser referência neste tipo de serviço no Oeste do Paraná, principalmente pela quantidade de leitos e qualidade do tratamento.

Em 1981, com a aquisição do Hospital Rondon, houve a divisão do atendimento médico prestado, assim as especialidades clínicas centralizaram-se no Hospital Rondon e o Hospital Filadélfia passou a atender exclusivamente doentes mentais. A compra desta nova unidade deu-se mediante aproveitamento da oportunidade de aquisição, sendo efetuada de modo à assegurar que outro concorrente não se instalasse na cidade e ocorreu embasada na credibilidade da família gerenciadora da organização, uma vez que o mesmo foi adquirido em 240 parcelas mensais, sendo a última paga em 1992.

Com as modificações, houve a necessidade de transferir, ou até mesmo criar, setores administrativos e burocráticos do Hospital Filadélfia ao Hospital Rondon, de modo a suprir as necessidades de comunicação e atendimento no hospital clínico, uma vez que a tecnologia de informação e sistemas de informações gerenciais ainda eram escassos ou não existiam. Mesmo assim, grande parte destes setores continuaram fixados no Hospital Filadélfia, como, por exemplo, compras, financeiro e lavanderia. Atualmente, o Hospital Rondon possui cerca de 63 (sessenta e três) leitos e corpo clínico constituído por 50 (cinquenta) médicos nas mais diversas especialidades, além de parceria com diversas clínicas e hospitais parceiros em outros centros de apoio e diagnóstico.

Com o passar dos anos, criou-se o Grupo Sempre Vida, constituído pelo Hospital Rondon, o Hospital Filadélfia, o Convênio Sempre Vida, Clínica Integrada de Endocrinologia e Obesidade (composta por 2 salas de atendimento de nutricionistas e dois consultórios médicos), Uniclínicas (composto por dois consultórios médicos) e uma Clínica Fisioterapêutica.

Em meados de junho de 2015, por decisão da cúpula gerencial do Grupo, decidiu-se encerrar as atividades da clínica psiquiátrica frente a inviabilidade econômica da operação. Desta forma, grande parte das instalações do Hospital Filadélfia, agora Central Administrativa do grupo, ficou sem utilização e encontra-se desde então vazia. Em contrapartida, o Hospital Rondon vê-se pressionado pela crescente demanda, a abrir espaço e criar novas salas/alas de atendimento, de modo a oferecer mais serviços, com maior qualidade e alavancar os lucros.

Viu-se então a necessidade de se efetuar a readequação de negócios desta unidade hospitalar, dando ênfase a sua estratégia e estrutura organizacional. Buscando

fazer com que a estrutura condiga com a estratégia traçada, readaptando os espaços físicos e, por consequência, os diversos fluxos da organização.

Evidencia-se que, diferente do que foi planejado no início deste estudo, definiu-se junto à organização que embora a Central Administrativa não se encontre a uma grande distância do Hospital Rondon, nem todos os setores que poderiam sair do Hospital Rondon poderiam ser transferidos à esta unidade, uma vez que com o passar dos anos, médicos, clínicas, laboratórios e outros profissionais/segmentos se instalaram em volta do Hospital Rondon e por isso dependem da demanda desta instituição e a transferência de setores como, por exemplo, a liberação do atendimento Sempre Vida para longe do Hospital Rondon seria vista, pelos beneficiários, como um retrocesso na qualidade do atendimento. Assim, para que o estudo e as mudanças aqui propostas pudessem ocorrer, estipulou-se que um prédio próximo ao Hospital Rondon seria alugado e assim uma nova unidade criada, esta nova unidade comportaria os setores a serem definidos e transferidos de diferentes unidades da organização e novos consultórios.

Delimita-se, portanto que, esta pesquisa será efetuada na área da saúde, com ênfase na estrutura organizacional de uma unidade hospitalar situada no Oeste do Estado do Paraná, onde as fontes utilizadas para a coleta de dados serão os funcionários, clientes e variados documentos da organização.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

### 4.2.1 Quanto a Natureza de Pesquisa

Quando se analisa a finalidade, a pesquisa pode ser definida como do tipo pura ou aplicada. Segundo Gil (2008), a pesquisa pura busca o progresso da ciência, desenvolvendo conhecimentos científicos sem preocupar-se com sua aplicação e consequências. A pesquisa aplicada, por sua vez, tem interesse na aplicação, utilização

e consequências práticas dos conhecimentos desenvolvidos. Desta maneira, define-se que a pesquisa aqui apresentada possui finalidade aplicada.

#### 4.2.2 Quanto ao Tipo de Investigação

Pesquisas exploratórias possuem objetivo de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, propiciar visão geral acerca de determinado fato. Normalmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2008).

Pesquisas descritivas partem da observação, registro e análise dos fenômenos sem manipula-los (DANTON, 2002).

Pesquisas explicativas visam aprofundar o conhecimento da realidade, do porquê das coisas. Determinam o que contribui para a ocorrência dos fenômenos (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

Isto posto, define-se que a pesquisa aqui elaborada é classificada como exploratória e descritiva. Isso se dá pois há preocupação não somente com o desenvolvimento dos conceitos e ideias mas também com a aplicação prática destes. É a junção da visão geral de um fato e da análise de seus fenômenos.

#### 4.2.3 Quanto ao Processo de Raciocínio

Quanto ao processo de raciocínio, as pesquisas podem ser efetuadas através da indução e da dedução. O método dedutivo, de acordo com Gil (2008), parte do geral e afunila os conhecimentos até chegar ao particular, dessa forma este método parte de princípios reconhecidos como verdadeiros e indiscutíveis até chegar, através do silogismos, em uma conclusão única e particular.

O método indutivo, segundo Danton (2002), parte das pequenas partes para o todo, ou seja, coleta-se casos particulares e depois de certo número de casos, pode-se generalizar, afirmando que o resultado será o mesmo sempre que a situação se repetir.

Define-se que neste estudo se utilizará o método dedutivo, onde parte-se de conhecimentos gerais e aplica-os em um caso específico.

#### 4.2.4 Quanto a Forma de Abordagem

Pesquisas de abordagem qualitativa consideram que há um vínculo entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números e assim não utiliza-se métodos e técnicas estatísticas e o ambiente natural é a fonte direta para coleta dos dados, sendo o pesquisador instrumento-chave deste estudo (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010). Pesquisas quantitativas procuram reduzir as relações humanas a números exatos (DANTON, 2002).

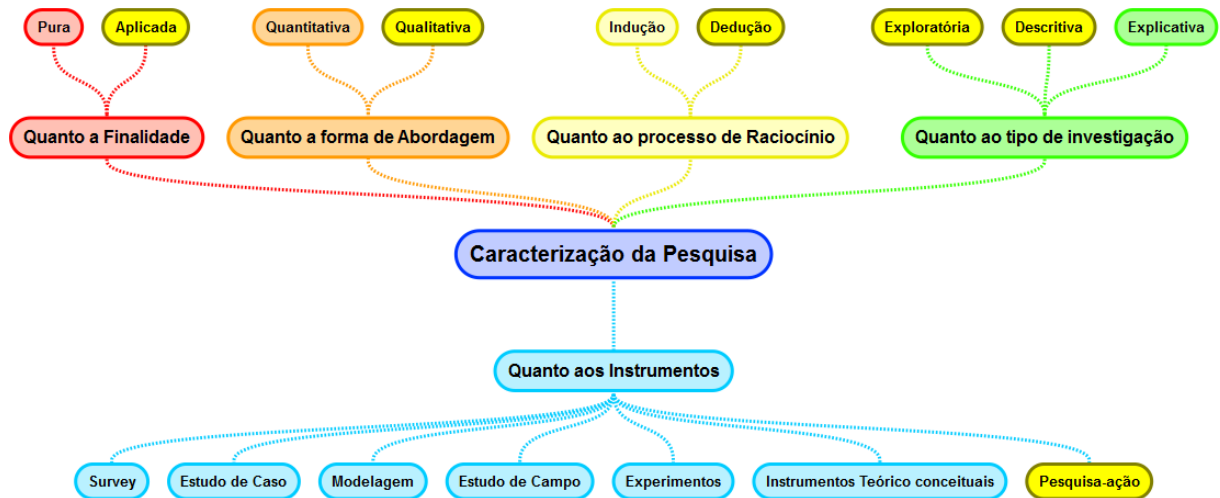
Define-se que, mesmo que em alguns momentos utilize-se uma abordagem quantitativa, a pesquisa efetuada neste estudo possui, em sua predominância, abordagem qualitativa, partindo da análise do ambiente e dos indivíduos envolvidos, procurando compreender as relações ambiente-indivíduo, suas causas e consequências e não mensurá-las.

#### 4.2.5 Quanto aos Instrumentos

Diversos instrumentos podem ser utilizados para se desenvolver uma pesquisa. Dentre eles Miguel et al. (2012), evidencia o estudo de caso, o *survey*, a modelagem, o estudo de campo, os experimentos, instrumentos teórico conceituais e a pesquisa-ação.

Delimita-se nesta análise a utilização da pesquisa-ação como instrumento metodológico, tema que será aprofundado no decorrer deste capítulo.

Por fim, apresenta-se na Figura 6, de forma mais clara e objetiva, a caracterização geral da pesquisa efetuada neste estudo:



**Figura 6: Caracterização da Pesquisa.**  
**Fonte: Baseado em Miguel *et al* (2012).**

### 4.3 PESQUISA-AÇÃO

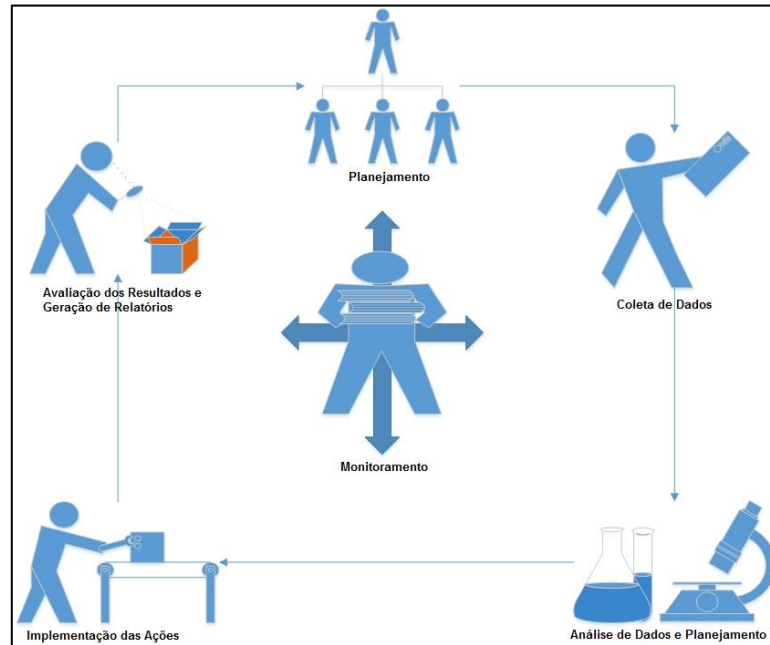
Pesquisa-ação, de acordo com Miguel *et al* (2012), é um método qualitativo de abordagem, no qual o pesquisador interfere no objeto de estudo de forma cooperativa aos participantes da ação, de modo a solucionar problemas e contribuir para a base do conhecimento.

Neste sentido, segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa se distancia dos princípios da pesquisa científica acadêmica e neste caso a objetividade da pesquisa empírica clássica não é observada, o que gerou ao longo dos anos muitas críticas à este tipo de pesquisa. Em contrapartida, ainda em concordância com o autor, este modelo alternativo de pesquisa vêm sendo proposto, pois possibilita a obtenção de resultados mais relevantes do que os procedimentos clássicos.

Miguel *et al* (2012), apresentam uma sequência de condução da pesquisa-ação, onde cada ciclo se sucede em cinco fases: planejamento, coleta de dados, análise de

dados e planejamento das ações, implementação das ações, avaliação dos resultados e geração de relatórios. O monitoramento se faz presente em cada uma dessas fases.

A Figura 7 demonstra a relação destas atividades e a sequência das ações.



**Figura 7: Processo de Pesquisa-ação.**  
**Fonte: Adaptado de Miguel et al (2012).**

A seguir, serão apresentadas e detalhadas as fases da pesquisa-ação empregadas neste estudo.

#### 4.3. 1 Planejamento da Pesquisa-ação

Esta fase é composta por basicamente três etapas: definição do contexto e propósito da pesquisa, definição da estrutura conceitual-teórica e seleção da unidade de análise e técnicas de coletas de dados (MIGUEL et al., 2012).

Ao definir o contexto e propósito da pesquisa, deve-se verificar qual a finalidade desta e o porquê está acarretaria em benefícios para o pesquisador e/ou objeto estudado. Desta forma, decidiu-se efetuar a análise estratégica da readaptação de negócios da

instituição hospitalar, buscando a otimização da utilização dos espaços físicos e dos diversos fluxos que compõe esta organização. Estas ações possuem potencial quanto a elevação do desempenho organizacional e quanto a obtenção de vantagens, tanto para o objeto de estudo quanto para o setor todo, uma vez que a carência em estudos neste sentido é grande.

É válido afirmar que, neste caso, a pesquisa-ação é considerada a metodologia mais apropriada a ser adotada, pois o pesquisador participará intensamente do processo de pesquisa, análise e decisão dos problemas e processos estudados.

Elaborou-se a estrutura conceitual teórica deste estudo através da pesquisa bibliográfica em livros, revistas e artigos científicos, o que permitiu fomentar a base teórica e a elaboração do Capítulo 2 deste trabalho.

Definiu-se, através de reuniões efetuadas entre o orientador, a coorientadora e a orientanda que as técnicas de coleta de dados utilizadas serão: entrevistas individuais, questionários e análise documental. Esta combinação de instrumentos utilizado origina a triangulação, onde abordagens diferentes são utilizadas, fazendo com que a combinação dos resultados coletados se complementem, de modo a assegurar que as decisões a serem tomadas sejam vantajosas para a organização. As características destes instrumentos e suas finalidades são discutidas a seguir.

Nas próximas seções serão apresentadas e detalhadas as ações realizadas na etapa prática do projeto, as ferramentas utilizadas e os resultados obtidos. Desta forma segue-se a sequência apresentada na Figura 8:



**Figura 8: Sequência de apresentação das etapas práticas do projeto.**

**Fonte: Autoria própria,**

#### 4.3.2 Instrumentos de Coleta de Dados



A coleta de dados se dá através do envolvimento do pesquisador no dia a dia dos processos organizacionais da instituição e através de intervenções feitas pelo investigador de modo a avançar o projeto, podendo ocorrer de maneira formal ou informal (MIGUEL et al, 2012). As informações devem ser coletadas, discutidas, analisadas e interpretadas, de modo a identificar problemas e possíveis soluções.

Entrevista é definida por Gil (2008, p.109), como “[...] a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. É, portanto, um diálogo no qual um indivíduo busca coletar dados e o outro apresenta-se como fonte de informação. As entrevistas podem ser classificadas em: informais, focalizadas, por pautas e formalizadas.

Questionário, segundo Kauark, Manhães e Medeiros (2010), é o instrumento de coleta de dados elaborado pelo pesquisador e preenchido pelo informante. Gil (2008), define questionário como “[...] técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações”. Segundo o autor, questionários costumam ser auto aplicados e propostos por escrito aos respondentes, com questões empregadas de três formas: fechadas, abertas e dependentes. Danton (2002), salienta que para aplicar um questionário o pesquisador deve saber exatamente o que quer, o que objetiva com cada questão e o informante deve ser capaz de entender perfeitamente as questões.

Existem dados que não são obtidos por meio de entrevistas e questionários, pois tomam forma documental (livros, jornais, *layouts*, plantas-baixas, fotos, registros, etc). Assim, a análise documental se demonstra como instrumento de coleta de dados capaz de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para substituir entrevistas e questionários. Dentre as vantagens deste método, pode-se citar que: possibilita o conhecimento do passado, a investigação dos processos de mudança social e cultural, obtenção de dados com menor custo e sem constrangimento dos sujeitos (GIL, 2008).

Os métodos aqui discutidos possuem vantagens e desvantagens relevantes para a pesquisa. Dessa forma, a utilização deles em conjunto apresenta-se como ferramenta

eficiente e eficaz de coleta de dados, proporcionando uma maior amplitude de pesquisa e credibilidade aos dados e resultados.

Este levantamento de dados iniciou-se em 04 julho de 2016 através de visita aos diferentes departamentos de todas as unidades do Grupo e compreensão da extensão de toda a organização.

Posteriormente realizou-se entrevistas de forma a compreender os processos dos setores com maiores fluxos dentro da organização. Os setores analisados foram: faturamento, central de guias, farmácia, internamento, informática, recepção, posto de enfermagem e observação.

As entrevistas foram orientadas de modo a responder, em ordem ou não, a série de perguntas pré-estabelecidas e apresentadas no Quadro 7.

<b>Perguntas do questionário</b>	<b>Justificativa da pergunta</b>
Nome do entrevistado	Tornar a entrevista menos formal e registrar a contribuição do colaborador.
Função do departamento	Conhecer as atribuições do departamento, suas responsabilidades e importância dentro da organização.
Número de colaboradores do departamento?	Identificar tamanho do departamento e jornadas de trabalho.
Forma como o trabalho é dividido entre os colaboradores?	Identificar através desta pergunta e das anteriores, qual mecanismo de coordenação presente no setor e quais os colaboradores com maiores responsabilidades.
Quais as atividades rotineiras?	Conhecer processos de trabalho rotineiros e portanto de maior impacto nos fluxos do setor.
Quais as atividades esporádicas?	Conhecer processos de trabalho esporádicos e identificar suas interferências quanto aos fluxos rotineiros do setor.
Com quais setores o departamento tem mais contato?	Identificar e inter-relações entre setores.
O departamento tem contato com clientes?	Identificar o tipo de contato com o cliente e analisar a possibilidade ou não de transferência de local.
O departamento depende de algum outro setor para efetuar suas tarefas rotineiras?	Conhecer as dependências deste setor.
Como os documentos chegam e são levados aos outros setores?	Identificar o fluxo de documentos.
Como as informações são transmitidas?	Identificar o fluxo de informações e de comunicação.
Tem fluxo de pessoas?	Conhecer o fluxo de diferentes pessoas dentro do setor e assim identificar a importância deste setor dentro da organização.
O setor apresenta algum problema?	Identificar possíveis problemas a serem solucionados com as modificações propostas.

**Quadro 7: Série de perguntas empregadas nas entrevistas departamentais.**

Fonte: Autoria própria.

Para a identificação da estrutura organizacional do hospital e de todo o grupo, efetuou-se entrevistas com a diretora operacional e de atendimento do Hospital Rondon e com a administradora geral do Grupo Sempre Vida.

Tomou-se a decisão de definir as estruturas mediante a análise destas gestoras para assegurar a não influência ou indução do resultado pela pesquisadora. Ainda, buscando garantir o resultado, estipulou-se as oito características mais importantes de cada estrutura, embasando-se na revisão de literatura efetuada nas seções iniciais deste estudo e aplicou-se perguntas durante a entrevista de modo a definir quais características a organização estudada apresentava. Cada um dos diferentes termos e conceitos foram explanados durante as entrevistas, uma vez que as entrevistadas não tinham conhecimento pleno de todo o conteúdo. Por fim, definiu-se a estrutura da organização a partir da análise da porcentagem de características de cada estrutura que a instituição apresentava. O Anexo A mostra a ferramenta utilizada para a identificação da estrutura organizacional, como a entrevista em questão foi conduzida e a seleção das características de cada tipo de estrutura.

Além das entrevistas, realizou-se aplicação de questionário para análise das necessidades percebidas pelos colaboradores e para delimitar as relações e formas de comunicação entre setores.

Assim como as entrevistas, os questionários foram elaborados com base na revisão bibliográfica deste trabalho e buscou-se através deste método coletar dados importantes, integrar e dar credibilidade à opinião dos funcionários, de modo a fazer com que as mudanças fossem melhor recebidas por estes e a sanar problemas antes não identificados. Em Anexo B segue modelo de questionário aplicado.

Ainda, efetuou-se análise do planejamento estratégico atual e da planta da instituição. Estes documentos foram coletados na organização e utilizados frente a aprovação da alta diretoria.

Por fim, através de reunião gerencial, delimitou-se as necessidades da organização e dos gestores, bem como as restrições do projeto, como prazo, valor máximo a ser investido, colaboradores envolvidos e etc.

#### 4.3.3 Análise de Dados, Descrição e Planejamento das Ações de Implementação

O processo de análise de dados, descrição e planejamento das ações apresentará a sequência demonstrada abaixo e descrita nos parágrafos a seguir:

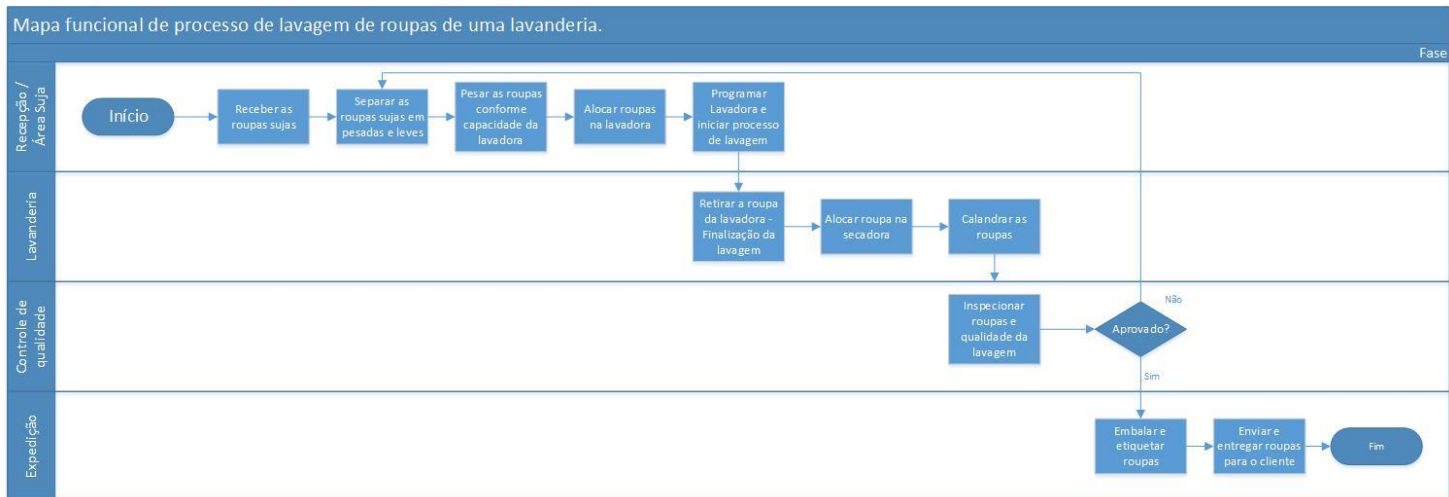
- 1 Compilação dos dados e definição da estratégia organizacional;
- 2 Análise e descrição dos processos;
- 3 Elaboração de mapas funcionais de processos;
- 4 Identificação das dependências de cada setor, as estruturas e organogramas do Hospital Rondon e do Grupo;
- 5 Delimitação das possíveis mudanças;
- 6 Definição da composição setorial de cada unidade;
- 7 Elaboração de cartas de interligações preferenciais e diagrama de inter-relações;
- 8 Realização de matrizes de priorização e definição da sequência de ações;
- 9 Concepção de um PERT-COM do projeto todo;
- 10 Implementar plano de ação e criar procedimentos que garantam a plenitude dos fluxos;
- 11 Finalização do projeto;
- 12 Análise das mudanças, definição da nova estrutura e novo organograma.

Após conhecimento geral da organização, passou-se para a análise dos dados coletados e planejamento das ações posteriores. Inicialmente se realizou a compilação dos dados e definição da estratégia organizacional usando-se os métodos de análise das cinco forças de Porter, apresentada por Porter (1991) e descrita nas páginas 15, 16, 17 e 18 deste trabalho, da delimitação da sua estratégia genérica, da análise de suas atividades primárias e secundárias, delimitação da vantagem competitiva através da cadeia de valores, definida por Porter (1991) e análise empírica.

Com os dados coletados pelas entrevistas e questionários, realizou-se a análise e descrição dos processos envolvidos em cada uma das unidades e elaborou-se mapas

funcionais de processos para melhor compreensão dos mesmos. Teixeira (2013), ressalta que o mapa funcional de processos é responsável por ilustrar o conjunto de atividades inter-relacionadas que seguem um determinado caminho enquanto as entradas do projeto são transformados em saídas, este instrumento mostra o trabalho que é realizado em cada parte da organização.

A descrição dos processos envolvidos em cada unidade se deu de forma textual e livre, uma vez que fez-se a descrição das percepções da pesquisadora e do que os colaboradores apontaram como importante. E os mapas funcionais dos processos seguiu o padrão do mapa funcional genérico do processo de lavagem de roupas de uma lavanderia apresentado na Figura 9.



**Figura 9: Mapa funcional genérico do processo de lavagem de roupas de uma lavanderia.**  
**Fonte: Autoria própria.**

A partir da análise dos mapas funcionais de processos, das respostas dos questionários e das entrevistas realizadas se identificou as dependências de cada setor, as estruturas e organogramas do Hospital e do Grupo Sempre Vida.

As dependências de cada setor foram identificadas de forma textual e através da análise das ferramentas até então empregadas. As estruturas organizacionais foram identificadas através da análise das características de cada unidade e da sua representação em porcentagem destas perante as estruturas genéricas descritas nas páginas 31 à 34 deste trabalho.

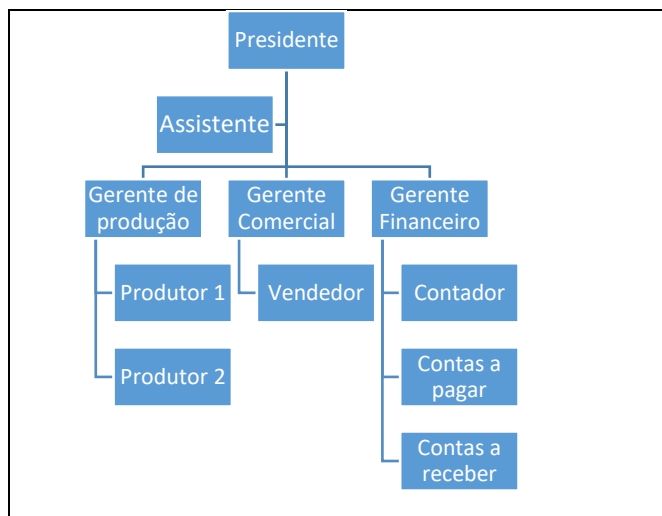
No Quadro 8 pode-se verificar instrumento utilizado para mensurar e apresentar o resultado da análise estrutural.

Organização	Estrutura	Porcentagem das características
Hospital Rondon	Estrutura Simples	
	Burocracia Mecanizada	
	Burocracia Profissional	
	Forma Divisionalizada	
	Adhocracia	
Grupo Sempre Vida	Estrutura Simples	
	Burocracia Mecanizada	
	Burocracia Profissional	
	Forma Divisionalizada	
	Adhocracia	

**Quadro 8: Instrumento de análise de porcentagem de características apresentadas segundo tipo de estrutura.**

Fonte: Autoria própria.

Na Figura 10 pode-se verificar exemplo de organograma genérico de uma organização.



**Figura 10: Organograma genérico de uma organização.**

Fonte: Autoria própria.

Posteriormente, sabendo-se o objetivo da organização, a estratégia, a estrutura, como os processos dentro da organização ocorrem, quais as necessidades da instituição e de seus colaboradores, as dependências entre setores e, principalmente, as delimitações estipuladas em reunião gerencial, definiu-se quais os setores poderiam ser

transferidos do Hospital Rondon para a sede, quais poderiam ser transferidos para a nova unidade, quais seriam transferidos de salas e quais seriam instalados/criados no Hospital Rondon.

Após a definição da composição setorial de cada unidade da organização, efetuou-se cartas de interligações preferenciais e diagrama de inter-relações para estabelecer onde cada setor seria alocado. Müther (1978), define que a carta de interligações preferencias trata-se de uma matriz triangular onde representa-se o grau de proximidade e o tipo de inter-relação entre uma atividade e outra, sendo assim uma das ferramentas mais práticas e efetivas para o planejamento de layout. O autor ainda estabelece que, o método de diagramação de inter-relações consiste em ligar as atividades por linhas, onde cada atividade possui um símbolo e o número de linhas que liga uma atividade à outra corresponde ao grau de proximidade destas. No Anexo C encontra-se exemplo de carta de interligações, no Anexo D apresenta-se exemplo de diagrama de inter-relações e no Anexo E encontram-se as tabelas de convenções para diagramação de inter-relações entre atividades.

Delimitada a nova alocação dos setores, realizou-se matriz de priorização para estipular a ordem das ações. Esta ação possibilitou averiguar quais são os setores com prioridade de transferência dentro do Hospital Rondon, para fora do Hospital Rondon e a ordem de instalação e/ou ampliação de departamentos nas dependências que ficarão desocupadas. Dellaretti Filho (1996), afirma que esta matriz é construída de modo a ordenar uma lista de itens, sendo assim uma ferramenta de tomada de decisão que estabelece a priorização, que pode ou não ser definida através de uma lista de pesos.

Para a matriz de priorização utilizada para delimitar os setores que deverão ser transferidos para fora do Hospital Rondon, os pesos atribuídos poderiam variar de 0 a 5, em que as características analisadas foram:

- a) Ligação com a sede: quanto maior a ligação e dependência que o departamento apresentar com a Sede, maior o valor atribuído;
- b) Ligação com o Hospital Rondon: quanto maior a ligação e dependência que o departamento apresentar com o Hospital Rondon, menor o valor atribuído;

c) Geração de documentos físicos: quanto maior a necessidade de transferir documentos da sede para o Hospital Rondon, caso o setor seja transferido, menor o valor atribuído;

d) Possíveis problemas e custos de transferência: quanto maior os possíveis problemas, custos ou obstáculos para a transferência, menor o valor atribuído.

Para a matriz de priorização de transferência de setores dentro do Hospital Rondon analisou-se somente os itens c) e d) estipulados acima, uma vez que a ligação com a sede ou com o Hospital não interfeririam nesta decisão.

Para a matriz de priorização para a realocação de departamentos nas salas desocupadas ou de ampliação, os pesos atribuídos também poderiam variar de 0 a 5, onde as características analisadas foram:

- a) Custo: quanto maior o custo da ação, menor o valor atribuído;
- b) Esforço: quanto maior o esforço necessário, menor o valor atribuído;
- c) Benefício: quanto maior o benefício a ser angariado pela ação, maior o valor atribuído;
- d) Necessidade: quanto maior a necessidade da organização para com o novo departamento, maior o valor atribuído.

Em todos os casos, se priorizou a transferência ou alocação/criação dos setores com maior somatória.

A base para elaboração das Matrizes de priorização pode ser verificada no Quadro 9.

Departamento	Característica 1	Característica 2	Característica 3	Característica 4	Total
Departamento 1	Valor 1.1	Valor 1.2	Valor 1.3	Valor 1.4	Som1
Departamento 2	Valor 2.1	Valor 2.2	Valor 2.3	Valor 2.4	Som2
Departamento 3	Valor 3.1	Valor 3.2	Valor 3.3	Valor 3.4	Som3

**Quadro 9: Base para matriz de priorização**

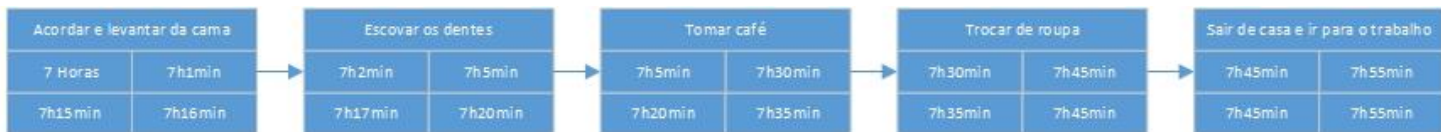
Fonte: Autoria própria.



Ao final desta análise, a conclusão encontrada foi apresentada à responsável pelas ações e mediante aprovação o estudo prosseguiu.

A partir de todo o estudo até aqui apresentado, definiu-se sequência de ações a ser colocada em prática de modo a atingir os objetivos traçados. Esta sequência foi apresentada através da ferramenta PERT-CPM que, de acordo com Stonner (2001), é uma técnica utilizada para representar o plano de execução de um projeto, através de um diagrama, demonstrando as inter-relações entre as atividades e outras informações pertinentes.

Apresenta-se abaixo (Figura 11) exemplo de PERT-CPM referente ao processo cotidiano de acordar, se preparar e ir para o trabalho.

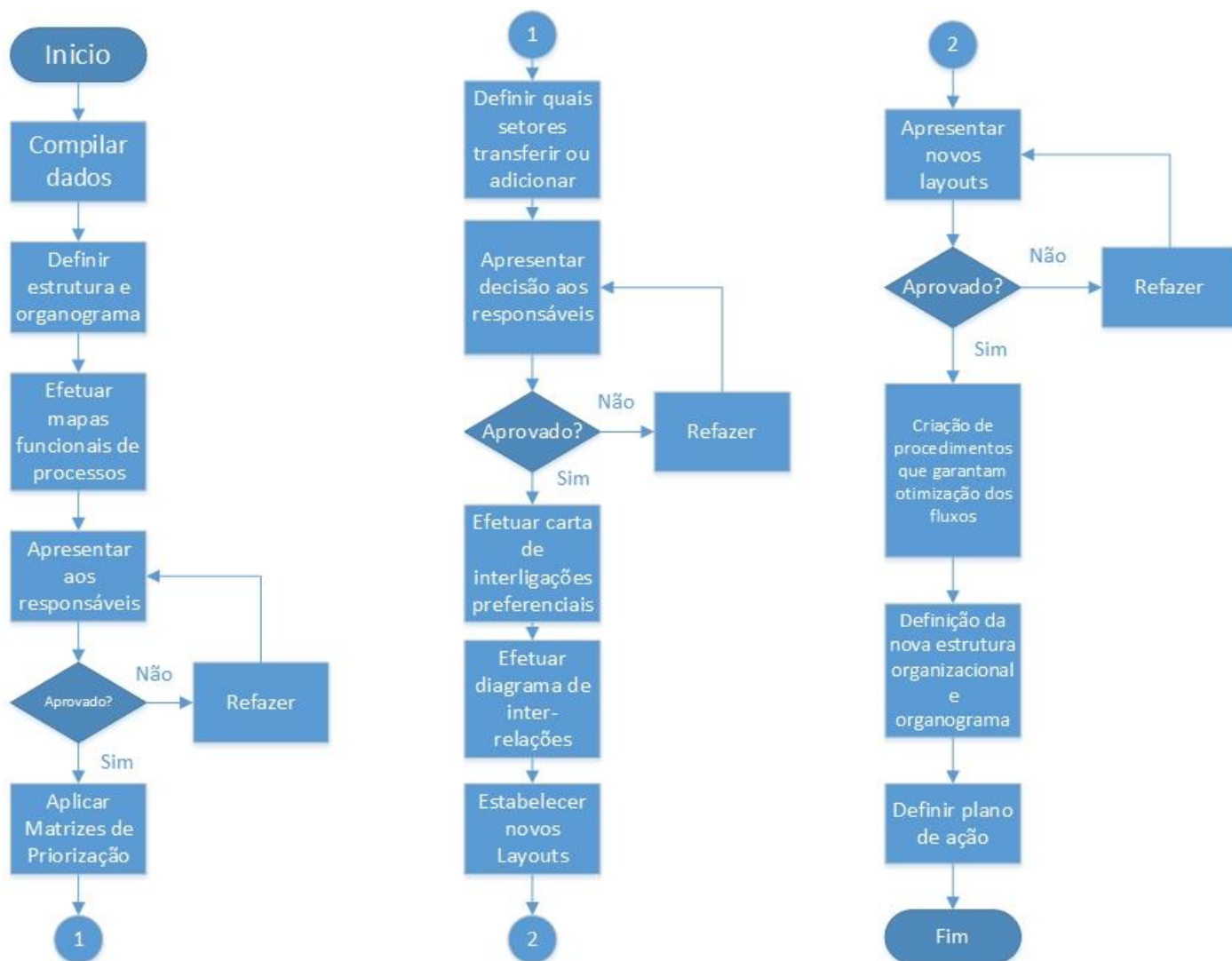


**Figura 11: Exemplo de PERT-CPM.**  
**Fonte: Autoria própria.**

A cada mudança de setor, efetuou-se análise geral de operação e delimitação de procedimentos que garantissem o fluxo pleno de documentos, informações e pessoas. Para isso, entrevistava-se os colaboradores que mais sofreram com as mudanças e verificava-se se estes apresentavam alguma queixa ou tinham identificado algum problema resultante das mudanças.

Alterações na forma como os dados foram analisados, nos instrumentos utilizados bem como a sequência das ações traçadas na delimitação da metodologia inicial ocorreram uma vez que a organização apresentava pressa em mudar e criar espaço para atender as necessidades dos clientes e por isso muitas atividades ocorreram simultaneamente.

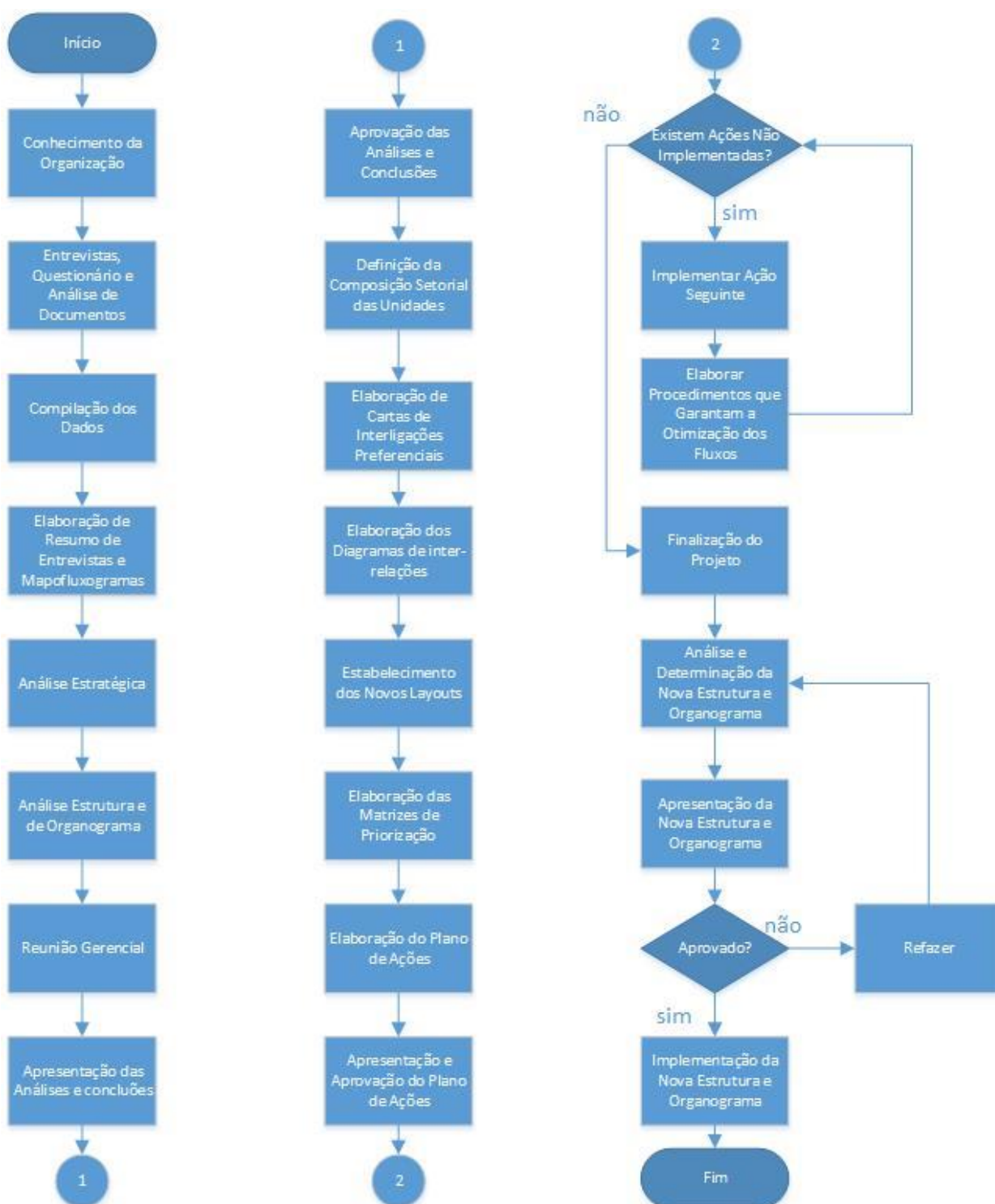
Por meio da Figura 12 apresenta-se a proposta de sequência de ações apresentada no pré-projeto deste estudo.



**Figura 12: Fluxograma de ações para a análise de dados e planejamento das ações proposto em pré-projeto.**

Fonte: Elaborada pelo autor.

Através da Figura 13 demonstra-se como as atividades realmente aconteceram.



**Figura 13: Fluxograma de ações para análise de dados e planejamento das ações executadas.**  
 Fonte: Elaborada pelo autor.

#### 4.3.4 Implementação das Ações

Efetuada o sequenciamento das ações, foi colocado em prática o que foi especificado, de modo a, no final, analisar os resultados obtidos, verificando se problemas detectados foram corrigidos e se as mudanças foram benéficas à organização.

O curto espaço de tempo disponível para a aplicação, análise, implementação e avaliação da pesquisa e a grande pressão exercida pela organização impossibilitaram o planejamento prévio de todas as ações, o que fez com que a execução ocorresse praticamente ao mesmo tempo do planejamento.

As ações de transferência, criação e ampliação de setores deram início no dia 12 de Julho mediante realização de reunião gerencial e terminaram no dia 14 de setembro com a instalação da nova sala de observação do Hospital Rondon.

A participação da pesquisadora se deu mediante atuação conjunta com a Gerente de Apoio do grupo, responsável pela instalação de novas unidades. Desta forma, criou-se uma força tarefa responsável pela implementação de todo o projeto e todas as decisões foram tomadas em grupo. Foi total a liberdade de interferência da pesquisadora nas diversas decisões tomadas neste projeto, fator fundamental para a classificação desta pesquisa como pesquisa-ação, uma vez que em momento algum suas sugestões foram desconsideradas ou descreditadas.

#### 4.3.5 Avaliação dos Resultados e Geração de Relatórios

A avaliação dos resultados ocorreu de forma a verificar se os objetivos previamente elaborados foram alcançados e se havia necessidade de realizar uma revisão do processo. Para isso, além da análise da pesquisadora, efetuou-se pequenas entrevistas não direcionadas com colaboradores de diversos setores e funções.

Posteriormente, uma análise dos erros e acertos de todo o procedimento foi elaborada, de forma a constatar o que deve ou não ser efetuado caso este procedimento seja realizado novamente. Esta ação foi realizada pelas responsáveis pela implementação do projeto, através de conversas e discussões ao longo de todo o trabalho desenvolvido e ao final deste.

Através da Figura 14 pode-se verificar o cronograma das ações de implementação do estudo aqui apresentado.

Identificação	Nome da tarefa	Início	Término	Duração	Jul 2016				Aug 2016				Sep 2016			Oct 2016				
					3/7	10/7	17/7	24/7	31/7	7/8	14/8	21/8	28/8	4/9	11/9	18/9	25/9	2/10	9/10	16/10
1	Conhecimento da Organização, elaboração de questionários e entrevistas	7/4/2016	7/4/2016	1d	█															
2	Definir para quem, como aplicar e aplicação de questionários e entrevistas	7/5/2016	7/5/2016	1d	█															
3	Análisar dados obtidos, realização de Mapofluxogramas	7/5/2016	7/11/2016	5d	█	█	█	█	█											
4	Identificação de interdependências entre setores, estrutura e organograma	7/5/2016	7/11/2016	5d	█	█	█	█	█											
5	Definição das possíveis modificações	7/11/2016	7/12/2016	2d						█										
6	Reunião Gerencial - apresentação do projeto e discussão de necessidades	7/12/2016	7/12/2016	1d						█										
7	Definição da composição setorial das novas unidades	7/12/2016	7/12/2016	1d						█										
8	Aplicar ferramentas de reestruturação de layout	7/13/2016	7/14/2016	2d						█										
9	Efetuar Matrizes de Priorização, definir modificações e submeter à aprovação	7/14/2016	7/14/2016	1d						█										
10	Elaboração de Plano de Ação e submissão a aprovação	7/15/2016	7/15/2016	1d						█										
11	Aplicar plano de ação	7/18/2016	10/14/2016	65d																
12	Criação de Procedimentos que garantam a otimização dos fluxos	7/18/2016	10/14/2016	65d																
13	Análise e definição de nova estrutura e organograma	10/3/2016	10/14/2016	10d																
14	Análise de erros e acertos e resultados obtidos	10/3/2016	10/14/2016	10d																
15	Finalização do estudo	10/14/2016	10/17/2016	2d																

**Figura 14: Cronograma de atividades de implementação do projeto.**  
**Fonte: Autoria própria.**

A cada atividade e/ou problema encontrado, efetuou-se contato com os orientadores de modo a sanar quaisquer dúvidas, a analisar os resultados obtidos e definir se haveria necessidade de alterações nas ações propostas.

Segundo a metodologia da pesquisa-ação, deve-se por fim gerar relatórios especificando e detalhando o estudo, demonstrando quais os resultados obtidos e falhas identificadas. Neste caso, o próprio trabalho desempenha a função de relatório final da pesquisa-ação.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo aqui efetuado possuiu diversas fases e cada uma delas foi primordial para a execução correta da fase seguinte. Desta forma, obteve-se diversos resultados intermediários e por fim angariou-se um resultado final e geral de todo o estudo e por isso, apresenta-se a seguir e sequencialmente, todos os resultados intermediários obtidos e por fim, resultado final de toda a pesquisa.

### 5.1 ANÁLISE ESTRATÉGICA

#### 5.1.1 Estratégia Competitiva

Quanto a estratégia competitiva do Grupo, pode-se dizer que esta se dá pela soma das estratégias individuais de cada unidade de negócio. Assim, para a definição da estratégia geral do grupo, analisou-se a estratégia genérica individual das unidades da instituição e por fim delimitou-se a estratégia genérica geral da organização.

Iniciando-se pela análise da estratégia genérica do Convênio Sempre Vida, verificou-se que esta se dá pela realização de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (programas como o “Quero emagrecer” e o “Quero emagrecer kids” que oferecem, à crianças, jovens e adultos, apoio e acompanhamento com nutricionistas, psicólogos e educadores físicos na busca pela redução do peso, reeducação alimentar e por uma vida mais saudável) o que faz com que o cliente sintase valorizado e perceba no atendimento do convênio algo único e insubstituível.

Dessa forma, define-se que a estratégia utilizada por esta unidade é de diferenciação (Figura 15).

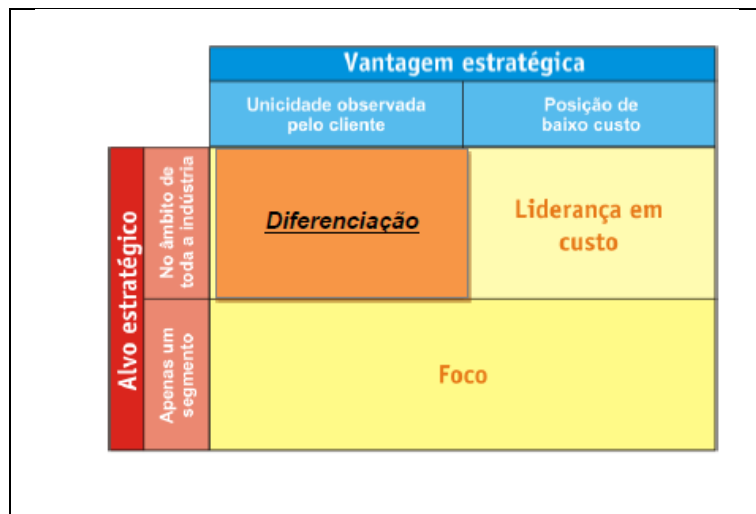


Figura 15: Estratégia genérica Convênio Sempre Vida.  
Fonte: Seyboth (2016).

Outra unidade da organização é o Hospital Rondon, esta unidade não é focada em um único público alvo e não efetua suas ações buscando oferecer um custo mais baixo ao paciente, mas sim oferecer qualidade em todos os serviços prestados, o que garante a satisfação e o bem estar dos pacientes desde o momento em que estes adentram a organização. Desta forma, define-se que a estratégia genérica empregada por esta unidade é de diferenciação (Figura 16).

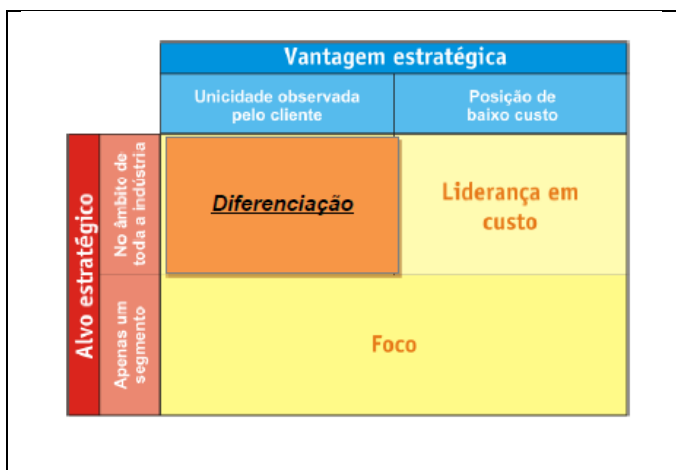


Figura 16: Estratégia Genérica Hospital Rondon.  
Fonte: Seyboth (2016).



A clínica de Fisioterapia e Qualidade de Vida e as demais unidades do grupo buscam atender um grupo de clientes específico e satisfazer as necessidades individuais deste. Evidencia-se ainda que esta unidade também busca a qualidade total nos serviços prestados e valorização do cliente.

Desta forma, delimita-se que estas unidades empregam predominantemente a estratégia genérica de foco (Figura 17).

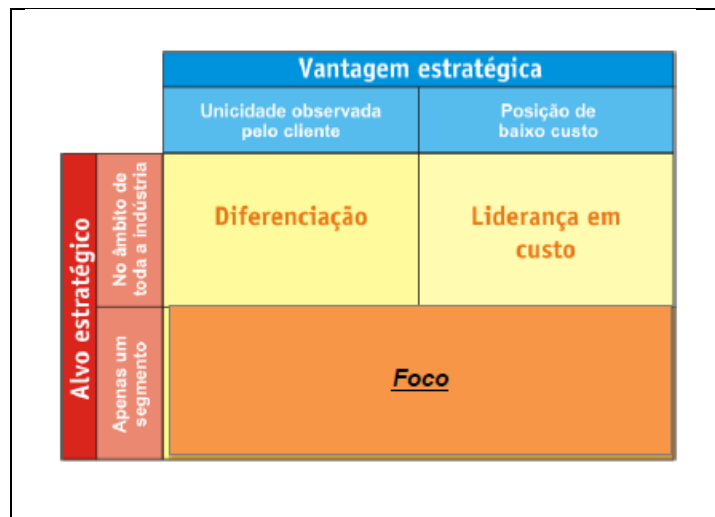


Figura 17: Estratégia genérica demais unidades.  
Fonte: Seyboth (2016).

A partir das análises anteriores define-se que estratégia competitiva genérica geral da organização se dá pela diferenciação. Este resultado se dá pois mesmo que as demais unidades utilizem estratégia de foco, as duas unidades principais da organização possuem estratégia de diferenciação, uma vez que a organização oferece não somente atendimento e assistência hospitalar aos seus clientes, mas também sensação de segurança, conforto, bem estar e valorização e que esta estratégia é empregada pelas unidades de maior importância da instituição.

### 5.1.2 Análise das Cinco Forças de Porter

No Quadro 10 pode-se observar a definição de como as cinco forças de Porter agem sobre a organização e o poder de cada uma delas.

Força	Descrição	Poder
Ameaça dos concorrentes	A organização como um todo não possui concorrente. A concorrência do Convênio se restringe a uma operadora nacional e é acirrada, pois para se manter à frente no mercado a organização em estudo pratica a redução dos preços (cerca de 30% mais baixo que do concorrente) e o Convênio Sempre Vida promove a quase 10 anos programas de promoção de saúde de diversos âmbitos além de efetuar campanhas de Marketing com frequência. Quanto as demais unidades de negócio, a concorrência é limitada por consultórios médicos que oferecem as mesmas especialidades que os médicos credenciados pelo Convênio.	Plano de saúde concorrente – Alto.
		Demais concorrentes – Baixo.
Ameaça dos produtos substitutos	Os produtos substitutos dos serviços prestados pelo Grupo são todos aqueles que oferecem tratamento, possibilidade de cura ou melhora da qualidade de vida, sejam eles alternativos ou não. Mesmo com grande número de produtos substitutos, somente o Convênio concorrente é capaz de oferecer o bom atendimento, segurança e qualidade que o Sempre Vida oferece, dessa forma, delimita-se que somente os serviços prestados pelo plano de saúde concorrente apresentam ameaça de nível alto e os demais de nível baixo.	Plano de saúde concorrente – Alto.
		Outros – Baixo.
Ameaça dos novos entrantes	A organização pratica a manutenção e ampliação continuada da rede própria de atendimento, o que seria extremamente difícil de ser reproduzido por eventuais novos entrantes, além disso os clientes são leais à organização pois centenas de clientes são beneficiários do plano de saúde desde que a operadora iniciou suas atividades (1977) e a organização estudada possui vantagem de custo uma vez que já está estabelecida e domina os serviços prestados. Delimita-se portanto que a barreira a novos entrantes é grande.	Baixo
Poder de barganha dos clientes	Pessoas físicas: não são concentrados, não apresentam grandes volumes em relação as vendas do fornecedor, podem representar grande parcela dos custos da organização, os serviços oferecidos pela organização não são padronizados e os clientes não possuem total informação sobre a reprodução dos serviços prestados ou apresentam ameaça concreta de reprodução destes. Pessoas jurídicas: apresentam grandes volumes em relação as vendas do fornecedor, podem apresentar grande parte dos custos e enfrentariam grandes custos de mudança de plano. Portanto, o poder de barganha dos clientes em geral é alto pois, por mais que as pessoas físicas não apresentem grande influência, estas podem impactar significativamente os custos da organização e que as pessoas jurídicas possuem poder de barganha significativamente alto.	Alto
Poder de barganha dos fornecedores	Equipamentos especializados: o poder de barganha grande pois oferecem produtos únicos, não substituíveis e o número de fornecedores é pequeno. Materiais de expediente, limpeza e cozinha: poder de barganha baixo pois a concorrência destes é grande e não são produtos únicos. Define-se portanto que o poder de barganha dos fornecedores altamente especializados é grande e baixa quando relacionado os demais fornecedores.	Produtos especializados - Alto
		Outros – Baixo.

**Quadro 10: Análise das cinco forças de Porter.**

Fonte: Autoria própria.

Verifica-se portanto que, as forças do mercado que mais impactam a organização são: a ameaça do Convênio Concorrente, o poder de barganha dos clientes e dos fornecedores de produtos especializados.

### 5.1.3 Cadeia de Valores da Organização

Segundo a Cadeia de Valores, apresentada na Figura 18, e análise previamente elaborada pela organização, definiu-se que o conhecimento se apresenta como base para o desenvolvimento das capacidades da organização.

Assim, estipulou-se que a vantagem competitiva proveniente da diferenciação é originada das atividades primárias de promoção de Saúde e Qualidade de Vida e da Prevenção de Doenças (programas especializados) bem como das atividades secundárias de Organização, Métodos e Processos e Qualidade. Isso se dá pois estas últimas são responsáveis por fazer com que o serviço oferecido seja realmente ágil, de qualidade e transmita segurança para o cliente.



Figura 18: Cadeia de valores da Organização.

Fonte: Seyboth (2016).

### 5.1.4 Delimitação dos Objetivos e das Estratégias

Após as considerações apresentadas anteriormente e contato com a gerência organizacional, definiu-se os principais objetivos da organização. Ressalta-se que diversos outros objetivos foram traçados, mas que os apresentados abaixo são os primordiais:

- a) Crescer nos próximos cinco anos de forma consistente e solidificando projetos de expansão e fidelização de colaboradores diretos e indiretos;
- b) Manter, continuamente, a excelência em gestão e alcançar parâmetros operacionais de segurança assistencial ao paciente e qualidade nos processos de trabalho;
- c) Oferecer atendimento único e especial a cada cliente da empresa;
- d) Promover Qualidade de Vida, anualmente, por meio de programas de prevenção de doenças e da promoção da saúde;
- e) Ampliar as receitas através do aumento do faturamento, redução dos custos e gestão apurada.

Dessa forma, identificou-se as principais estratégias empresariais:

- a) Padronizar o atendimento ao cliente, através da verticalização de serviços assistenciais e complementares, garantindo seu acesso rápido aos serviços e agilidade diagnóstica, ampliando sensação de segurança assistencial;
- b) Agilizar o atendimento de pacientes que buscam o pronto socorro ou pequeno procedimento (curativo, medicação rápida e etc);
- c) Execução de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde;
- d) Ampliar o Hospital Rondon, tanto em número de leitos normais e quanto de Unidades de Tratamento Intensivo, atendendo assim as demandas de clientes e reduzindo os custos de encaminhamento de pacientes para internamento em Unidades fora de Marechal Cândido Rondon.

Analisando-se portanto todos estes aspectos organizacionais, delimita-se aqui que a estratégia geral da organização é otimizar o atendimento assistencial de suas unidades em seus diversos âmbitos (qualidade, agilidade, quantidade e etc).

Afirma-se também que a proposta apresentada neste estudo vem em comunhão com os objetivos da organização. Isso porque busca-se crescimento, expansão, elevação dos parâmetros operacionais de segurança assistencial ao paciente e qualidade nos processos de trabalho, ampliação do Hospital Rondon e é claro, ampliação da receita e redução dos custos da organização perante a utilização dos espaços das unidades.

## 5.2 RESULTADOS DAS ANÁLISES SETORIAIS, ENTREVISTAS E QUESTIONÁRIOS

Neste trabalho não são apresentados todos os relatórios e mapas funcionais de processos efetuados uma vez que esta ação tornaria o trabalho muito extenso. Assim, apresenta-se, para exemplificação, em Anexo F relatório efetuado sobre a atuação da Central de Guias e Faturamento e em Anexo G mapa funcional de processo destes setores. A seguir apresenta-se uma síntese do que foi verificado e as conclusões encontradas em todo este estudo.

Através das entrevistas realizadas e da aplicação dos questionários, pode-se verificar que a maioria dos colaboradores apresentavam-se dispostos a aumentar a qualidade dos serviços prestados e aptos a encarar mudanças.

Ainda, verificou-se que a dependência entre diferentes setores é grande, uma vez que a maioria dos processos envolvem questões administrativas, operacionais e assistenciais. Um exemplo claro desta interligação é o processo de atendimento ambulatorial do Hospital Rondon, onde a recepção faz o atendimento inicial e inicia o atendimento burocrático, o médico faz o atendimento assistencial inicial e se necessário for, um enfermeiro é responsável por efetuar o procedimento assistencial indicado pelo médico (ministração de medicação, por exemplo). Posteriormente o setor da farmácia é responsável por analisar o atendimento prestado e lançar folha de gastos no sistema, por fim a tesouraria fatura e cobra este atendimento concluindo o processo operacional

Quanto a aplicação dos questionários, verificou-se que nem todos os colaboradores possuíam clareza da dependência de um setor com o outro e que questões pessoais podem ter interferido no julgamento e respostas dos colaboradores. Um

exemplo das questões acima pontuadas é o Setor de Faturamento que, segundo resposta dos seus colaboradores, apresentava ligação extrema (5) com o Hospital Rondon, mas que segundo análise da pesquisadora dependia somente da atuação do setor denominado como “central de guias” e da separação de guias ambulatoriais pelas recepcionistas.

Dessa forma, os resultados dos questionários foram avaliados e aqueles que não eram confiáveis não tiveram grande influência na decisão dos setores transferidos. De qualquer forma, através da aplicação destes, pôde-se verificar quais os setores mais aptos à mudanças e quais os colaboradores que necessitariam de maior atenção quando estas ocorressem.

### 5.3 ANÁLISE ESTRUTURAL E ORGANOGRAMA

Como resultado da análise estrutural, obteve-se delimitação da estrutura organizacional do Hospital Rondon e da organização como um todo. Os resultados obtidos podem ser vistos no Quadro 11.

Organização	Estrutura	Porcentagem das características
Hospital Rondon	Estrutura Simples	14%
	Burocracia Mecanizada	85%
	Burocracia Profissional	42%
	Forma Divisionalizada	42%
	Adhocracia	0%
Grupo Sempre Vida	Estrutura Simples	37,5%
	Burocracia Mecanizada	62,5%
	Burocracia Profissional	37,5%
	Forma Divisionalizada	100%
	Adhocracia	67,5%

**Quadro 11: Definição da Estrutura Organizacional da Empresa.**  
**Fonte: Autoria própria.**

Segundo análises, o Hospital Rondon apresenta características predominantes da estrutura intitulada burocracia mecanizada e a organização toda apresenta características da estrutura de forma divisionalizada.

A predominância da burocracia mecanizada no Hospital Rondon se dá pela apresentação de tarefas operacionais rotineiras e especializadas, comunicação e procedimentos normatizados, pela padronização dos processos de trabalho, formulação da estratégia de cima para baixo, agrupamento com base funcional e pela linha intermediária amplamente desenvolvida.

A organização toda apresenta características predominantes da estrutura divisionalizada. Esse resultado é visualizado através do resultado do questionário aplicado e através de análise organizacional, uma vez que esta instituição agrupa as unidades no topo da linha intermediária segundo o mercado. Dessa forma, cada unidade opera de forma semiautônoma, gerentes são delegados a gerencia divisional, a tecnoestrutura e a cúpula estratégica são pequenas, o núcleo operacional é grande e departamentalizado, entre outras características.

Neste momento, os organogramas da organização e do Hospital Rondon não foram criados pela pesquisadora e sim extraídos de documentos da instituição. Para a boa visualização desta ferramenta, decidiu-se apresentar os organogramas das unidades separados. Em Anexo H pode-se visualizar o organograma do Hospital Rondon, em Anexo I apresenta-se organograma do Convênio Sempre Vida, em Anexo J expõe-se o organograma da Clínica de Fisioterapia, em Anexo K apresenta-se organograma do consultório 1 (que é igual ao organograma do consultório 2) e por fim, em Anexo L, apresenta-se organograma da Filial do Convênio Sempre Vida em Santa Helena. Em cada um desses organogramas é exposto também o organograma da Central Administrativa (núcleo de ações gerenciais) uma vez que é esta unidade que dá suporte a todas as outras.

Através da análise do organograma de todas as unidades percebe-se que o poder de decisão na organização é distribuído conforme suas unidades e de acordo com gerentes de diferentes áreas. Como exemplo, podemos analisar o gerente de manutenção que possui poder de decisão de manutenção em todas as demais unidades. Este tipo de divisão pode proporcionar o crescimento e criação de conflitos dentro da instituição, afetando fluxos de informação e gerenciamento, mas também é responsável por reduzir custos e otimizar a utilização da mesma mão de obra em unidades diferentes.

Percebe-se através da análise do organograma do Hospital Rondon, que mesmo

com o controle geral da diretoria, há a divisão do poder de decisões entre setor operacional, de atendimento e assistencial. Mesmo com esta tripla divisão, são dois os gerentes responsáveis por estes processos, onde um gerente é responsável pelo setor assistencial e o outro gerente responsável pelos demais setores. Esta divisão favorece o controle de áreas específicas mas exige grande sincronia entre os dois viés organizacionais e também dificulta o fluxo de informações, comunicação e a distribuição do poder de tomada de decisão.

Ao analisar todos os organogramas individualmente, a impressão que se tem é que cada unidade possui um gerente. Porém, ao estudar a organização a fundo, percebe-se que a delimitação de poderes é efetuada de forma não segundo unidade e sim segundo função de cada departamento, assim existem vários gerentes que atuam em várias unidades. Um exemplo disso pode ser visualizado ao se analisar o poder de decisão sobre os diversos consultórios e filiais, pois este se entrelaça entre o poder de decisão da gerência do Convênio Sempre Vida e a gerência das clínicas, o que favorece a criação de conflitos, problemas com fluxo de informações e dificuldade de identificação de líderes dentro das unidades.

#### 5.4 DEFINIÇÃO DA COMPOSIÇÃO SETORIAL DAS UNIDADES

A partir das análises efetuadas, pôde-se verificar que as atividades chave do Hospital Rondon são aquelas ligadas com a assistência dos clientes. Portanto, são todas aquelas que entram em contato com o cliente e por isso, a maioria dos setores que apresentam este tipo de atividade não poderiam ser transferidos para fora do Hospital Rondon, exceto atividades que poderiam ser executadas de forma individual e independente do Hospital, como as realizadas no ambulatório de curativos e pequenos procedimentos (este ambulatório não se trata do Pronto Socorro ambulatorial, pois efetua procedimentos de rotina assistencial como troca de curativos e sondas), e na sala de avaliações pré-anestésicas.

Através da análise dos processos, estruturas e organogramas definiu-se que os



setores ou atividades que poderiam ser transferidos para fora do Hospital Rondon de modo a criar mais espaços para o atendimento dos pacientes seriam: o setor de faturamento, o atendimento do Convênio Sempre Vida, o ambulatório de curativos e pequenos procedimentos, a sala de avaliação pré-anestésica, a auditoria do Convênio, a sala da informática e a sala de reuniões.

Destes somente o faturamento e a informática poderiam ser transferidos para longe do Hospital Rondon uma vez que os demais apresentam dependência maior com o Hospital e deveriam portanto ser transferidos para a nova unidade.

Delimitou-se ainda que, o Centro Integrado de Endocrinologia e Obesidade poderia ser extinguido e os consultórios transferidos para a nova unidade ou para a Central Administrativa.

Levando-se em consideração a otimização do fluxo de documentos percebeu-se, através das análises, que se o setor faturamento fosse transferido para a nova unidade, um novo e desnecessário fluxo de documentos seria criado, uma vez que as guias seriam transferidas do Hospital Rondon para a nova unidade e, após faturamento, para o arquivo situado na Central Administrativa. Verificou-se ainda que se os consultórios das nutricionistas fossem transferidos para a nova unidade, as mesmas teriam que se deslocar com frequência até a Central Administrativa para atuar frente aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças “Quero emagrecer” e “Quero Emagrecer Kids” realizados pelo Convênio Sempre Vida. Portanto, concluiu-se que o melhor a se fazer para se otimizar estes fluxos seria transferir as nutricionistas e o setor de faturamento à Central Administrativa.

Em reunião gerencial apresentou-se a proposta de transferência de setores e estipulou-se perante discussões e apresentação das necessidades e percepções de cada gerente e conclusões da pesquisadora, que:

- a) O setor de faturamento e as nutricionistas seriam transferidas para a Central Administrativa;
- b) Os dois consultórios médicos do Centro Integrado de Endocrinologia e Obesidade, bem como o atendimento do Convênio Sempre Vida, o ambulatório de

curativos e pequenos procedimentos, a sala de avaliação pré-anestésica, a auditoria do Convênio e a sala de reuniões seriam transferidos para a nova unidade;

c) Com a transferência de todos os consultórios, o Centro Integrado de Endocrinologia e Obesidade seria fechado;

d) A informática continuaria no Hospital Rondon e seria transferida para a antiga sala de reuniões uma vez que, segundo o gerente, este setor precisa continuar nesta unidade por ser a única com gerador próprio e que aberta 24 horas, o que facilita o atendimento emergencial de problemas com computadores e redes;

e) Para atender melhor os pacientes, seriam criadas novas salas de atendimento de plantão de pediatria e a sala de observação no Hospital Rondon;

f) A farmácia deveria ser ampliada;

g) As Unidades de Tratamento Semi Intensivo (UTSI) ampliadas e transformadas em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI);

h) Para otimizar a ocupação dos espaços o internamento seria transferido para junto à recepção;

i) A Central de Guias e a Supervisão Operacional devem ser alocadas na mesma sala;

A nova unidade além de abrigar os setores que seriam transferidos, possuiria consultórios de pediatria, neurologia, ortopedia, mastologia, acompanhamento de crônicos e sala de limpeza com cozinha. Pretende-se ainda instalar, em um futuro próximo, sala de atendimento de oncologia e quimioterapia;

Com a transferência da sala de reuniões para a nova unidade, os funcionários perderiam seu local de descanso entre plantões, portanto definiu-se que a sala ao lado da Central de Abastecimento Farmacêutico seria reformada para que pudesse abrigar este estoque e que sala da Central de Abastecimento seria transformada em sala de descanso para os funcionários.

A partir das delimitações anteriores, obteve-se as novas composições setoriais de cada unidade e a partir destas realizou-se as cartas de interligações dos setores da nova unidade e do Hospital Rondon. Esta ferramenta não foi aplicada para a Central

Administrativa uma vez que os novos setores foram alocados em salas já predestinadas.

As cartas de interligação da nova unidade podem ser visualizadas nos Quadros 12 e 13.

X	Entrada da Frente	Atendimento Sempre Vida	Avaliação Pré-anestésica e Auditoria	Pediatria	Neurologia	Ortopedia	Mastologia	Sala de limpeza	Entrada dos fundos	Curativos
Entrada da Frente	X									
Atendimento Sempre Vida	A	X								
Avaliação Pré-anestésica e Auditoria	U	U	X							
Pediatria	I	U	U	X						
Neurologia	U	U	U	U	X					
Ortopedia	U	U	U	U	U	X				
Mastologia ginecologia	U	U	U	U	U	U	X			
Sala de limpeza	U	U	U	U	U	U	U	X		
Entrada dos fundos	X	U	U	U	U	U	U	E	X	
Curativos	X	U	U	U	U	U	U	A	A	X

**Quadro 12: Carta de interligações dos setores térreo da nova unidade.**

Fonte: Autoria própria.

X	Sala da Reuniões	Oncologia	Gestão de Crônicos	Quimioterapia
Sala da Reuniões	X			
Oncologia	U	X		
Gestão de Crônicos	U	U	X	
Quimioterapia	U	A	U	X

**Quadro 13: Carta de interligações dos setores do primeiro piso da nova unidade.**

Fonte: Autoria própria.

A carta de interligação do Hospital Rondon não será apresentada neste estudo devido à grande quantidade de setores desta unidade, o que impossibilita a boa apresentação da ferramenta.

A partir das cartas de interligação, obteve-se relação de proximidade dos setores, para isso numerou-se os setores definidos nas cartas de interligação de cima para baixo e da esquerda para a direita. Por fim, obteve-se as relações demonstradas nos Quadros 14, 15 e 16.

A	1 e 2	10 e 8	10 e 9													
E	9 e 8															
I	4 e 1															
O																
U	1 e 3	3 e 2	4 e 2	4 e 3	5 e 1	5 e 2	5 e 3	5 e 4	6 e 1	6 e 2	6 e 3	6 e 4	6 e 5	7 e 1	7 e 2	7 e 3
	7 e 4	7 e 5	7 e 6	8 e 1	8 e 2	8 e 3	8 e 4	8 e 5	8 e 6	8 e 7	9 e 2	9 e 3	9 e 4	9 e 5	9 e 6	9 e 7
	10 e 2	10 e 3	10 e 4	10 e 5	10 e 6	10 e 7										
X	9 e 1	10 e 1														

**Quadro 14: Relação de proximidade dos setores da nova unidade – térreo.**

Fonte: Autoria própria.

A	4 e 2				
E					
I					
O					
U	2 e 1	3 e 1	3 e 2	4 e 1	4 e 3
X					

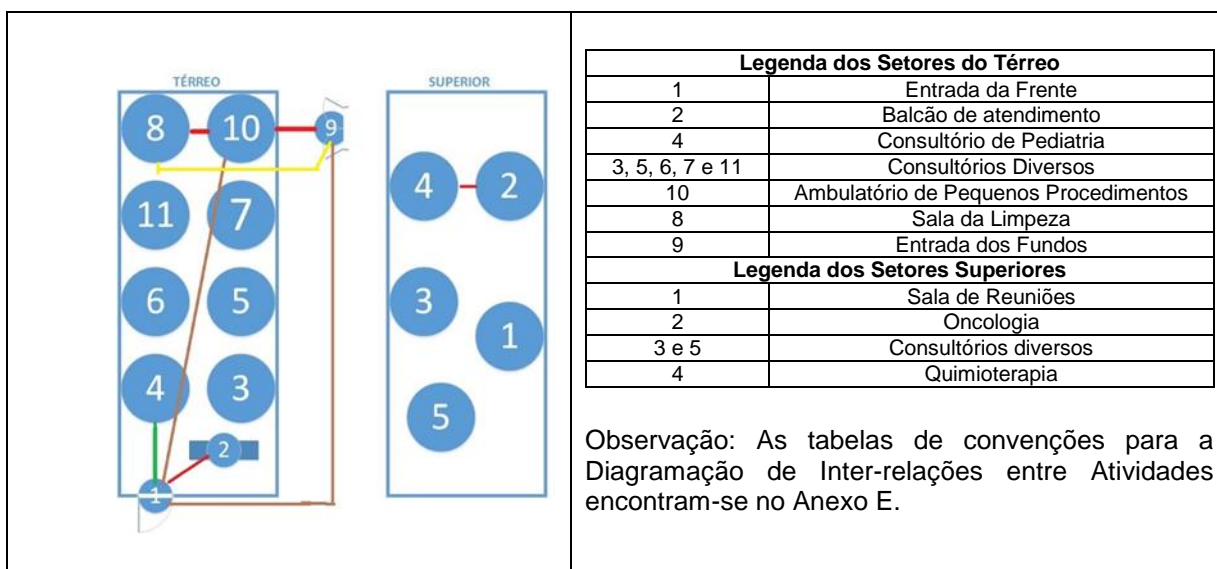
**Quadro 15: Relação de proximidade dos setores da nova unidade – primeiro andar.**  
**Fonte: Autoria própria.**

A	10 e 9	11 e 8	14 e 8	15 e 13	26 e 11	27 e 2	30 e 10	30 e 14	31 e 11	32 e 16	32 e 19	32 e 29	33 e 25	33 e 4	33 e 5	33 e 6
E	8 e 2	17 e 1	17 e 16	19 e 15	19 e 16	21 e 19	24 e 23	27 e 8	28 e 19	29 e 20	28 e 21	29 e 16	29 e 19	29 e 21	32 e 21	
I	2 e 1	8 e 1	8 e 7	9 e 2	9 e 7	9 e 8	11 e 1	11 e 2	16 e 1	16 e 2	16 e 7	16 e 8	16 e 11	16 e 13	16 e 15	17 e 2
	18 e 13	18 e 15	18 e 16	21 e 1	21 e 2	21 e 13	21 e 15	21 e 16	21 e 17	21 e 19	23 e 1	23 e 2	23 e 8	23 e 11	23 e 14	24 e 1
	24 e 2	24 e 8	24 e 9	24 e 10	24 e 11	24 e 14	24 e 16	24 e 17	25 e 6	25 e 11	28 e 14	28 e 22				
O	29 e 1	29 e 2	29 e 11	29 e 24												
U																
X	4 e 1	4 e 2	5 e 1	5 e 2	5 e 4	6 e 1	6 e 2	6 e 3	6 e 5	8 e 4	8 e 5	8 e 6	9 e 4	9 e 5	9 e 6	10 e 4
	10 e 5	10 e 6	11 e 4	11 e 5	11 e 6	12 e 6	13 e 6	14 e 4	14 e 5	14 e 6	15 e 6	16 e 4	16 e 5	16 e 6	17 e 4	17 e 5
	17 e 6	18 e 4	18 e 5	18 e 6	19 e 4	19 e 5	19 e 6	20 e 4	20 e 5	20 e 6	21 e 4	21 e 5	21 e 6	22 e 4	22 e 5	22 e 6
	23 e 4	23 e 5	23 e 6	24 e 4	24 e 5	24 e 6	25 e 4	25 e 5	26 e 4	26 e 5	26 e 6	27 e 4	27 e 5	27 e 6	28 e 4	29 e 5
	29 e 6	30 e 4	30 e 5	30 e 6	31 e 4	31 e 5	31 e 6	32 e 4	32 e 5	32 e 6						

**Quadro 16: Relação de proximidade dos setores do Hospital Rondon.**  
**Fonte: Autoria própria.**

A partir das relações de proximidade dos setores, pode-se realizar os diagramas de inter-relações dos setores.

Na Figura 19 pode-se observar os diagramas referentes a distribuição dos setores da nova unidade.



**Figura 19: Diagrama de inter-relações da nova unidade.**  
**Fonte: Elaborada pelo autor.**

Assim como para a carta de interligações, não há possibilidade de apresentar o diagrama de inter-relações do Hospital Rondon com qualidade, por isso optou-se por

descrever as principais alterações propostas, a partir da análise desta ferramenta:

- a) A observação deveria ser transferida do subsolo para a antiga sala de atendimento do Convênio, para que fique próxima ao pronto socorro e que os pacientes não precisem adentrar ao hospital para efetuar pequenos procedimentos;
- b) O pronto socorro de pediatria deveria ser instalado na sala do setor de internamento, para que fique próximo a recepção, a entrada do hospital e do pronto socorro;
- c) A farmácia deveria ser ampliada através da incorporação da sala antiga da informática;
- d) A informática deveria ser transferida para a antiga sala de reuniões;
- e) Central de guias e supervisão de operação deveriam ser alocadas na antiga sala do faturamento.

## 5.5 PRIORIZAÇÃO DE AÇÕES

Sabendo-se o que deveria ser instalado e transferido, realizou-se a priorização das ações através de matrizes de priorização apresentadas nos Quadros 17, 18 e 19.

Departamento	Ligação com a Sede	Ligação com o Hospital Rondon	Geração de documentos físicos	Possíveis problemas e custos de transferência	Total
Sala de Reuniões	0	2	5	5	12
Atendimento Sempre Vida	5	0	2	4	11
Nutricionistas	0	5	5	2	12
Sala de Curativos	0	1	4	4	9
Auditoria	0	5	0	5	10
Sala de avaliação anestésica	0	1	4	5	10
Sala enfermeira	0	1	4	5	10
Faturamento	4	2	2	5	13

**Quadro 17: Matriz de priorização de transferências de setores para fora do Hospital Rondon.**

Fonte: Autoria própria.

Departamento	Geração de documentos físicos	Possíveis problemas e custos de transferência	Total
--------------	-------------------------------	---	-------

Internamento	4	5	9
Informática	5	3	8
Observação	4	0	4
Central de Guias	0	5	5
Central de Abastecimento da Farmácia	5	5	10

**Quadro 18: Matriz de priorização de transferências de setores dentro do Hospital Rondon.**

Fonte: Autoria própria.

Departamento	Custo	Esforço	Benefício	Necessidade	Total
Observação	2	1	4	5	13
Pediatria	2	2	4	5	13
Ampliar UTIs	0	0	5	5	10
Ampliar Farmácia	1	3	5	5	14
Sala de Descanso	4	4	3	5	16

**Quadro 19: Matriz de priorização de implantação ou ampliação de setores.**

Fonte: Autoria própria.

Os valores aqui estipulados seguem padronização delimitada no Capítulo 5.3.3 deste trabalho e por isso não estão padronizados como 5 de maior prioridade máxima e 0 prioridade mínima. A partir da análise das matrizes apresentadas acima, obteve-se a sequência de ações apresentada no Quadro 20.

Matriz	Ordem	Setor
Transferência de setores para fora do Hospital Rondon	1º	Faturamento
	2º	Nutricionistas
	3º	Sala de Reuniões
	4º	Atendimento Convênio
	5º	Avaliação pré-anestésica
	6º	Auditoria
	7º	Acompanhamento de Crônicos
	8º	Curativos
Transferência de setores dentro do Hospital Rondon	1º	Central de Abastecimento da
	2º	Internamento
	3º	Informática
	4º	Central de Guias
	5º	Observação
Implementação ou ampliação de setores	1º	Instalar Sala de Descanso dos Funcionários
	2º	Ampliar Farmácia
	3º	Instalar Pronto Socorro de Pediatria e Observação
	4º	Ampliar UTIs

**Quadro 20: Ordem de ações de transferências, implantações e ampliações.**

Fonte: Autoria própria.

Para a obtenção deste resultado identificou-se os setores com maior somatória de pontos e ordenou-se a prioridade de ações conforme estes resultados (do maior para o menor).

## 5.6 CRONOGRAMA DE AÇÕES

Pode-se verificar no Quadro 20 (página anterior) que a sequência das ações foi dividida em três grandes grupos: transferência para fora do Hospital Rondon, dentro do Hospital Rondon e implementação ou ampliação de setores. Para que o estudo aqui apresentado pudesse ser efetuado, precisou-se misturar as sequências apresentadas de forma lógica para assegurar o bom funcionamento das organizações.

É importante ressaltar também que, não levou-se em consideração a ampliação das Unidades de Tratamento Intensivo uma vez que sabia-se que esta ação demandaria de muito tempo e modificações estruturas profundas no prédio da instituição e portanto foi considerado como projeto posterior a todas as modificações propostas e por este motivo, esta ação ficou fora da área e tempo de abrangência desta análise.

O sequenciamento efetuado é evidenciado no Anexo M e ressalta-se que a estipulação das datas de início e fim de cada ação não ocorreu no início do projeto, devido à escassez de tempo de planejamento e o desconhecimento do tempo necessário para se efetuar algumas ações. As ações e mudanças foram acompanhadas e a datas foram estipuladas com o desenvolver do projeto.

## 5.7 ANÁLISE DA NOVA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL, NOVO ORGANOGRAMA E READEQUAÇÃO DO PODER DE TOMADA DE DECISÕES

Ao final de todo o projeto, pode-se analisar os impactos das mudanças na estrutura da organização e o quanto isso influenciou a readequação do poder de tomada de

decisões do Hospital Rondon e de todo o Grupo. Grandes transformações na estrutura ainda não foram observadas, uma vez que a organização toda está em fase de adaptação e as maiores transformações ocorrerão após a fase de mudança comportamental dos colaboradores.

Quanto ao Hospital Rondon, verificou-se que só foi possível descentralizar setores porque esta organização apresenta características que deram suporte à estas mudanças, como a padronização dos processos, das habilidades e dos resultados pretendidos. Percebeu-se ainda que houve sim transformação comportamental, no organograma e na divisão do poder de tomada de decisão na instituição mas, mesmo com tantas mudanças, o Hospital continua a apresentar as mesmas características de uma estrutura burocraticamente mecanizada.

Da mesma forma que o Hospital Rondon, as características estruturais do Grupo Sempre Vida não mudaram a ponto de transformar o tipo de estrutura apresentada. Porém, através deste estudo percebeu-se que estas estão mudando aos poucos e a organização está assumindo aos poucos mais características da Adhocracia, uma vez que o ajustamento mútuo está cada vez mais presente como mecanismo de coordenação principalmente dos gerentes organizacionais, está se criando a cultura de se estabelecer forças tarefas para execução de projetos e otimização de setores e processos e se está permitindo cada dia mais a flexibilidade da atuação dos colaboradores.

Os impactos na divisão do poder de tomada de decisões e no organograma da instituição toda foram significativos, uma vez que unidades foram totalmente reestruturadas e setores de responsabilidade originalmente de gerentes distintos passaram a dividir o mesmo espaço.

Após análise, apresenta-se sugestões referentes às mudanças no poder de tomada de decisões e na distribuição departamental das organizações estudadas:

a) Com a transferência do setor de faturamento para a Central Administrativa e diminuição do quadro funcional (explicado posteriormente), sugere-se que este setor seja incorporado pelo setor contábil do Núcleo de Ações Gerenciais e que o supervisor deste setor seja transferido para o Hospital Rondon. Esta mudança seria possível pois o



departamento em questão é responsável por faturar as contas não só do Hospital mas de toda a organização;

b) Indica-se a criação de novo cargo de gerência para a atuação frente as unidades clínicas e assim separação da coordenação dos projetos de promoção de saúde e prevenção de doenças. Este novo gerente ficaria responsável também pela recepção da Central Administrativa, uma vez que diversos consultórios estão alocados nesta unidade e ainda, por todos os atendimentos prestados na nova unidade, sejam eles assistenciais ou não;

c) Após o crescimento do Grupo, indica-se a limitação da atuação do gerente de clínicas para as Unidades em Marechal Cândido Rondon e designação da coordenação das unidades fora do município para o Convênio Sempre Vida;

d) Descrição e delimitação das atribuições dos cargos com maior poder de decisão, para que cada colaborador saiba quais suas responsabilidades e a quem recorrer caso verifique necessidade de contato com demais unidades. Desta forma, acredita-se que problemas com embate de ordens e vontades possam ser minimizados e o fluxo de informações e requisições otimizado.

Após análises do comportamento organizacional, entendimento dos fluxos e da forma como a divisão do poder de tomada de decisões é efetuada dentro da organização, entendeu-se que o Grupo todo possui duas organizações distintas, que são o Hospital Rondon e o Convênio Sempre Vida, e por isso seria melhor encarar as unidades de atendimento direto ao beneficiário do Convênio Sempre Vida como parte da estrutura organizacional do Convênio e não como novas unidades do grupo, ainda verificou-se que o Núcleo de Ações Gerenciais atua como equipe de apoio e gerenciamento de todo o Grupo. Por fim, elaborou-se novo organograma (apresentado em Anexo N e O) para toda a organização, este organograma ainda não foi incorporado pela instituição, carece de aprovação de todos os gerentes, de análise institucional e por fim tempo para o estabelecimento do mesmo e aceitação deste por todos os colaboradores.

## 5.8 ANÁLISE DE ERROS E ACERTOS DE TODO O PROCEDIMENTO ELABORADO

A análise de erros e acertos do projeto foi elaborada mediante conversas informais, entre a pesquisadora e a Gerente de Apoio, realizadas ao longo de todo o projeto e ao fim deste.

Decidiu-se restringir esta análise ao grupo realizador do projeto pois os demais colaboradores participaram deste trabalho de forma coadjuvante e externa, tomando conhecimento, na maioria das vezes, somente dos resultados do processo e não dos meios.

Assim, percebeu-se que o planejamento das ações deveria ter sido melhor efetuado e que o acompanhamento de todas as ações, principalmente da manutenção, deveria ter sido realizado de modo a acelerar as mudanças.

Verificou-se também que grande parte dos problemas encontrados durante todo o estudo são provenientes da distribuição do poder de tomada de decisão e dificuldade de relacionamento entre colaboradores, uma vez que por diversas vezes a equipe responsável pelas modificações ficava a mercê das análises e decisões de outros.

Errou-se na demora de identificação das novas unidades, salas de consultórios, locais de atendimento e etc, o que fez com que equívocos e enganos ocorressem por parte dos clientes.

Acertou-se na decisão gerencial de incorporar todos os gerentes às mudanças e ouvir todos na reunião inicial, assim todos puderam explicar suas necessidades, dúvidas e interesses. Outro acerto foi a delegação do poder de tomada de decisão aos líderes do projeto, o que fez com que pequenas decisões pudessem ser tomadas de forma rápida e lógica.

Ao final do projeto, solicitou-se à Gerente de Apoio, que está fizesse breve explanação sobre os resultados do projeto. Um resumo desta pode ser constatado nos parágrafos a seguir:

Uma empresa que pretende ser dinâmica e competitiva precisa ser ágil e capaz de responder prontamente as demandas e exigências de mudanças internas exigidas pelo aumento de cada setor da empresa. Para assegurar a confiança dos clientes, a empresa deve investir em melhorias constantes, com o objetivo de agilizar o atendimento do ponto de vista do paciente (Gerente de Apoio, 2016).

A Gerente ainda afirma que houveram pontos positivos e negativos com a implantação do projeto. Estes podem ser visualizados no Quadro 21:

Pontos Positivos	Pontos Negativos
Ampliação de mais um consultório para o atendimento médico de urgência que foi destinado exclusivamente à pediatria, desafogando o consultório já existente;	Certa mistura de comando na parte gerencial para cada uma das unidades
Sala específica para o atendimento coletivo de pacientes que necessitem tomar apenas medicação rápida e não precisem utilizar uma cama hospitalar, gerando economia na utilização de enxoval hospitalar;	Necessidade de reestruturar o organograma do grupo
Trazendo o faturamento para outra unidade do grupo nos proporcionou um ganho em tranquilidade e até mesmo na redução de um funcionário.	

**Quadro 21: Pontos positivos e negativos do projeto segundo a Gerente de Apoio.**

**Fonte: Baseado na explanação da Gerente de Apoio do grupo.**

Por fim, a Gerente finaliza dizendo que:

A administração hospitalar é um ramo de atividades bastante complexa, uma vez que, os seus processos são extremamente diversificados, e por isso resta à este setor munir-se de uma gestão muito eficiente para dar vazão a esse mercado (Gerente de Apoio, 2016).

## 5.9 RESULTADOS GERAIS

Através das mudanças efetuadas, pode-se obter a ampliação do número de setores de atendimento assistencial ao paciente no Hospital Rondon através do estabelecimento de novo consultório pediátrico, nova sala de observação, nova sala de

descanso para funcionários e nova sala de abastecimento farmacêutico, além de ampliar setores como a farmácia, a informática e do número de leitos.

Com estas mudanças e com a criação de novo ambulatório de curativos e pequenos procedimentos e sala de avaliação pré-anestésica pode-se proporcionar aos clientes atendimento mais rápido e padronizado.

As transferências de setores foram responsáveis pela otimização do fluxo de pessoas, uma vez que com a transferência de setores para a nova unidade, o fluxo de pessoas na recepção e dentro do Hospital Rondon diminuiu consideravelmente, melhorando a qualidade de atendimento dos pacientes, do processo de recepção e acolhimento e maior controle de pessoas circulando dentro organização.

Com a incorporação da nova sala de observação no Hospital Rondon, pode-se oferecer atendimento otimizado aos pacientes que necessitam somente de uma medicação rápida e não precisam ficar acamados. Com a aquisição de poltronas para este setor, extinguiu-se a troca de enxovais a cada mudança de paciente, uma vez que a esterilização das cadeiras ocorre através da passagem do álcool gel nelas, esta modificação acarretou em diminuição dos custos de lavagem de enxoval e eliminação de processos de lavagem, recolha e troca de roupa de cama;

Por intermédio da transferência do setor de faturamento conseguiu-se otimizar a distribuição de colaboradores dentro da organização uma vez que houve remanejamento de colaboradores. Isso se deu pois, após transferência deste setor do Hospital Rondon para a Central Administrativa, percebeu-se que, devido as características da Central Administrativa (local calmo, quieto, distante dos grandes problemas e etc) somente duas colaboradoras conseguiriam efetuar o serviço deste departamento, o que era realizado anteriormente por três funcionárias. Por este motivo, efetuou-se remanejamento de colaboradores para setores com necessidade de pessoal e ainda, sugere-se que o supervisor deste departamento seja remanejado ao Hospital Rondon e o setor incorporado as atribuições do setor de Contabilidade de toda a organização, o que reduziria o número de colaboradores deste setor de quatro para dois.

Para garantir o fluxo de documentos entre o faturamento e a central de guias, criou-se procedimento de transferência de guias e prescrições diárias por malote. Além disso, para otimizar este fluxo, criou-se nova rota de entrega e coleta diária de malotes.

Problemas foram detectados após as mudanças, cada um destes exigiu uma resolução diferente, como pode ser verificado no Quadro 22:

Problema Identificado	Solução
Com a mudança de atendimento do Convênio Sempre Vida, algumas colaboradoras perceberam que os conveniados pareciam pouco à vontade para explanar seus problemas e em alguns momentos se apresentavam constrangidos, havia problema com o sequenciamento dos atendimentos pois não havia distribuição de senhas ou formação de filas e equívoco, por parte dos beneficiários, quanto a qual colaboradora se dirigir.	Para solucionar estes problema definiu-se que os postos de trabalho do Convênio seriam melhor identificados, guichês seriam instalados para separar o atendimento de cada conveniado e transmitir à estes sensação de privacidade, sistema de senhas seria criado para que o sequenciamento dos atendimentos ocorresse de forma correta.
Colaboradores reclamavam do local da sala de descansos, uma vez que passou a ser 100 metros longe da antiga sala de reuniões utilizada anteriormente para este fim.	Este problema foi solucionado através de conversa com os funcionários e da acomodação progressiva destes à nova realidade, uma vez que assim, pela primeira vez, os colaboradores passaram a ter local específico e apropriado para descanso.
Com a transferência do atendimento do Convênio Sempre Vida, alguns beneficiários não identificavam a nova unidade de atendimento e acabavam se perdendo.	Para solucionar este problema, elaborou-se em conjunto com a Gerencia de Comunicação, um mapa que indicava o estabelecimento da nova Unidade e deveria ser utilizado para mostrar aos beneficiários a localização da nova unidade. Este mapa pode ser visualizado em Anexo P.
Com a transferência da sala de observação, o mesmo técnico responsável pelo Pronto Socorro passou a se responsabilizar pelo atendimento na observação, assim em alguns momentos pacientes ficavam a espera do técnico de enfermagem para a retirada do medicamento e liberação do mesmo.	Para solucionar este problema, comprou-se e implementou-se sistema de campainha. Assim, ao verificar que o tempo de aplicação da medicação já havia esgotado, o paciente pode chamar o técnico de enfermagem para finalizar seu atendimento.

**Quadro 22: Problemas identificados e soluções propostas.**

**Fonte: Autoria própria.**

Através de entrevistas não direcionadas com diversos colaboradores, verificou-se que, mesmo com a pequena resistência a mudanças já esperada e apresentada por alguns funcionários no início, houve o entendimento de que as alterações efetuadas levaram e levarão ao crescimento e desenvolvimento da organização e a melhoria do trabalho prestado por estes profissionais, gerando bons frutos para a empresa e para os colaboradores. Percebeu-se também que muitos colaboradores e clientes já apresentavam maior satisfação quanto as alterações e as encaravam como benéficas, como é o caso das recepcionistas do Hospital Rondon que disseram que o atendimento era muito mais calmo e realizado com maior qualidade.

Espera-se que outros e significativos resultados sejam alcançados através da habituação dos funcionários e dos clientes com as mudanças e com as próximas ações, como a criação e ampliação de Unidades de Tratamento Intensivo. Esta última responsável por garantir redução de valor significativo de gastos do Convênio Sempre Vida com pacientes em tratamento fora de Marechal Cândido Rondon.

As ações de reestruturação realizadas neste trabalho asseguraram a efetivação das estratégias empresariais, uma vez que garantiu-se e agilizou-se o acesso rápido aos serviços assistenciais através da criação das novas salas de pronto socorro de pediatria, de observação, ambulatório de curativos e pequenos procedimentos e de nova sala de avaliação pré-anestésica, melhorou-se a padronização dos atendimentos através da individualização de procedimentos (separação de curativos do pronto socorro por exemplo), otimizou-se o atendimento dos pacientes que necessitam de curativos e pequenos procedimentos e ampliou-se as instalações do Hospital Rondon em número de leitos através da criação da nova sala de observação e se ampliará em um futuro próximo o número de leitos da Unidade de Tratamento Intensivo.

Através deste estudo pode-se verificar a confirmação do exposto no item 4.2.4, onde afirma-se que a estrutura organizacional é uma ferramenta estratégica da organização e apresenta-se ciclo de reestruturação organizacional. Esta corroboração ocorre uma vez que, neste trabalho, foi através análise do meio ambiente que os objetivos e estratégias da organização em estudo foram trançados, o que impactou a estrutura organizacional e forçou a instituição a aderir a mudanças.

Verifica-se ainda a comprovação da afirmação de que as estruturas organizacionais devem ser analisadas e delimitadas de formas individuais, segundo características específicas e singulares de cada instituição. Pode-se verificar confirmação disto ao perceber que a maioria dos autores classificam organizações hospitalares como burocracias profissionais e que o Hospital aqui estudado apresenta uma estrutura burocrática mecanizada. Então, afirma-se novamente que a estrutura organizacional pode variar não somente quanto ao tipo de organização, mas conforme o ambiente, a estratégia, os gestores, a história, forma de desenvolvimento, localização e etc.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

A capacidade de entender o mercado, transformar seus anseios em estratégia e modificar a organização intimamente de forma a colocar essa estratégia em prática, é sem dúvida fator determinante para o sucesso empresarial. Dessa forma, estrutura organizacional e estratégia competitiva são fundamentos que, por mais diferentes que sejam, devem ser empregados e entendidos pelos gestores de todos os tipos de organização e de todos os setores.

Utilizar estes conceitos em estruturas organizacionais hospitalares eleva o grau de complexidade desta tarefa, uma vez que este tipo de organização já é extremamente complexa, por fazer parte do setor da saúde, prestar serviços, apresentar-se como a junção de diversas empresas em uma só, pela disputa de poderes e dificuldade de comunicação entre os mais variados profissionais e departamentos.

Verifica-se nesta análise que a pesquisa-ação apresenta-se como ferramenta metodológica na readequação de negócios de uma unidade hospitalar, com potencial gerador de boas análises e soluções, e ainda que a utilização da triangulação como instrumento de coleta de dados e a análise destes por intermédio de diversas ferramentas mostram-se como ações geradoras de impacto e de resultados benéficos tanto à pesquisa quanto à organização estudada.

Observa-se a carência de estudos sobre o tema abordado neste trabalho, principalmente em níveis nacionais e institucionais, o que dificultou a pesquisa e a efetuação da relação entre conceitos gerais e/ou internacionais com os específicos deste trabalho.

Quanto ao objetivo geral do trabalho, entende-se que este foi atingido uma vez que analisou-se estrategicamente a readaptação de negócios da instituição hospitalar estudada e das demais unidades da organização, buscando a otimização contínua de fluxos e layouts.

Os objetivos específicos foram alcançados pois analisou-se os processos de cada unidade, identificando-se as atividades chave e suas interdependências e mapeando os processos, a cada nova modificação, análise e necessidade criou-se procedimentos que

garantiram o fluxo pleno de documentos, pessoas, e informações e efetuou-se plano de readequação de espaços físicos. Além dos objetivos específicos, conseguiu-se implementar quase todas as modificações propostas e analisar os resultados e impactos destas.

Sabe-se que devido ao pouco tempo entre a finalização do projeto e esta análise, novos e diferentes problemas irão ser identificados. Por isso, sugere-se que seja implementada na organização toda a gestão por processos e que todos os setores passem por processo de otimização através desta metodologia.

Sugere-se, como trabalho posterior, a análise profunda dos impactos destas mudanças em cada um dos setores e processos envolvidos, bem como busca constante de otimização destes e da distribuição do poder de tomada de decisão da organização.

Ainda, frente as prováveis modificações a serem realizadas com o crescimento do grupo e do hospital estudados, recomenda-se a criação de comissão de acompanhamento de mudanças para que as próximas ações sejam realizadas buscando-se o ótimo em todos os aspectos organizacionais, prevenindo possíveis problemas e remediando intervenções de correção.



## REFERÊNCIAS

ABDALA, E. C. **A gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira**. In: Congresso Brasileiro de Sistemas, II, 2006. Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://legacy.unifacef.com.br/quartocbs/arquivos/41.pdf>>. Acesso em 19 de abril de 2016.

ALCANTARA, M. O. de. **As capacidades estratégicas que influenciam a vantagem competitiva de food trucks**. 2005. 26 f. Trabalho de conclusão de curso – Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/FATECS). Brasília, 2015.

ARAÚJO, É. A. **Estrutura organizacional e atividades logísticas: um estudo de caso em hospital universitário e ensino de público**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo. São Carlos. 2010.

ARAÚJO, L. C. G. de. **Organização e métodos: integrando comportamento, estrutura, estratégia e tecnologia**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1985. 265 p.

BARNEY, J. B. HESTERLY, W. S. **Administração estratégica e vantagem competitiva**. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2007. 301 p.

BARROSO, A. C. de O, DIDIO, R. J. **Uma reflexão sobre estratégias, competitividade e conhecimento**. In: PRODAM Tecnologia. Disponível em: <[http://www.prodram.sp.gov.br/revista/pdfs/Art02\\_02.pdf](http://www.prodram.sp.gov.br/revista/pdfs/Art02_02.pdf)>. Acesso em 01 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde: Secretaria nacional de ações básicas de saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 01 de abril de 2016.

BÖHM, R. S. **Qualificação da gestão e da assistência: diferenciação e integração em uma unidade hospitalar**. Porto Alegre: Dacasa/Palmarinca, 2007. 153 p.

BUSO, V. Z; MARTINS, R. F. de F. **A gestão de design como estratégia organizacional em uma empresa de complementos decorativos termocolantes de Londrina – PR.** Projética - Revista Científica de Design. Londrina, PR, v.3, n.1, Julho 2012.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no sistema único de saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998.** 2002. 223 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2002.

CECÍLIO, L. C. de O. MENDES, T. C. **Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?** In: Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.39-55, Mai. /Ago 2004.

COELHO, E. C. **A importância da estratégia competitiva para empresas de telefonia móvel: um estudo de caso na vivo.** 2007. 33 f. Monografia (Administração) – Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Brasília, 2007.

COSTA, M. C. F. da; SOUZA, B. S. S. de; FELL, A. F. de A. **Um estudo da estrutura organizacional e as mudanças organizacionais: proposta de um novo modelo.** Navus - Revista de Gestão e Tecnologia. Florianópolis, SC, v. 2, n. 1, p. 57 - 74, jan./jun. 2012

CONCEIÇÃO, L. R. da, SILVA, H. H. R. da, SARRACENI, J. M. **Administração estratégica e vantagem competitiva.** Lins, 2009. Acesso em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC36390277873.pdf>>. Acesso em 31 de março de 2016.

CURY, A. **Organização e métodos: uma visão holística.** 8 ed. São Paulo: Atlas, 2013. 608 p.

DANTON, G. **Metodologia Científica.** Edição Online. Pará de Minas: Virtual Books Online, 2002. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbnxjYzlwMTR1bm9wYXJ8Z3g6MWY3NzE0YWY2NzFkMzRiNg>>. Acesso em 20 de abril de 2016.

DELLARETTI FILHO, O. **As sete ferramentas do planejamento da qualidade**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1996. 183 p.

EVERALDO, C; SILVA, M. A. da; PESSOA, D. K. N. **A estrutura organizacional e suas implicações: caso Hospital Universitário Professor Alberto Antunes**. Maceió, 2006. Disponível em: <[http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/774\\_artigo%20seget.pdf](http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/774_artigo%20seget.pdf)>. Acesso em: 26 de março de 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GONÇALVES, E. L. **Estrutura organizacional do Hospital Moderno**. In: **RAE - Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90 Jan./Mar. 1998.

GURGEL JÚNIOR, G. D. VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(2):325-334, 2002.

KAUARK, F. MANHÃES, F. C. MEDEIROS, C. H. **Metodologia da pesquisa: guia prático**. Itabuna : Via Litterarum, 2010. 88p.

KREBS, K. G. **Análise das estratégias competitivas das empresas que oferecem cursos de idiomas: um estudo de caso a partir da aplicação do modelo de Porter**. 2005. 45 f. Monografia (Ciências econômicas) – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, 2005.

LA FORGIA, G. M. COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência**. São Paulo, 2009.

LIMA-GONÇALVES, E.L., ACHÉ, C.A. **O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado**. **Revista de Administração de empresas - RAE**. São Paulo, v.39, nº 1, p. 84-97, Jan/Mar 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v39n1/v39n1a09.pdf>>. Acesso em: 03 de abril de 2016.

MADEIRA, G. dos S; PEREIRA, M. **Desenhando estruturas organizacionais: das Burocracias de Weber e Mintzberg às Organizações Contemporâneas**. In: **Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 8. 2011. Disponível em

<[http://www.convibra.org/upload/paper/adm/adm\\_2477.pdf](http://www.convibra.org/upload/paper/adm/adm_2477.pdf)>. Acesso em: 29 de março de 2016.

MALIK, A. M, NETO, G. V. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):825-839, 2007.

MATTOS, L. P. **As mudanças organizacionais e seus gestores nas empresas na era da informação**. 2002. Dissertação (Mestrado Executivo) – Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3671/Lissandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 de março de 2016.

MIGUEL, P.A.C. et al. **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

MINTZBERG, H. (1995). **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. 336 p.

MUTHER, R. **Planejamento do layout: sistema SLP**. Supervisão (da ed. brasileira por) Itiro Lida; tradução: Elisabeth Moura Veira, Jorge Aiub Hijjar e Miguel de Simoni. São Paulo, Edgard Blücher, 1978.

OLIVEIRA, B. R. B. de; KOVACS, E. P. **Estrutura organizacional e estratégia: uma relação contingencial**. In: SIMPEP: Simpósio de engenharia de produção, 13, 2006. Bauru, SP. Disponível em: <[http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais\\_13/artigos/777.pdf](http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/777.pdf)>. Acesso em 25 de março de 2016.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 20. Ed. São Paulo: Atlas, 2011. 520 p.

PAULA, G. M. de. **Estruturas organizacionais: o papel do gestor no nível intermediário**. 2007. 148 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de ciências empresariais, Universidade FUMEC, Belo Horizonte. Disponível em: <[http://www.fumec.br/anexos/cursos/mestrado/dissertacoes/resumo/geraldo\\_marcelio\\_d\\_e\\_paula.pdf](http://www.fumec.br/anexos/cursos/mestrado/dissertacoes/resumo/geraldo_marcelio_d_e_paula.pdf)>. Acesso em: 25 de março de 2016.

PAULA, V. M. F. de; SANTOS, F. C. A. **Gestão de recursos humanos na adhocracia: estudo de uma empresa de consultoria.** In: REBRAE. Revista Brasileira de Estratégia, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 93-104, jan./abr. 2012

PARADELA, T. **Além do contrato: mecanismos de coordenação para gerenciamento de uma linha de produção com estrutura em rede.** Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP1998\\_ART083.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENECEP1998_ART083.pdf)>. Acesso em: 24 de março de 2016.

PELLISSARI, A. S. **Processo de formulação de estratégias em pequenas empresas com base na cultura corporativa e competências gerenciais.** 2007. 220 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP. Santa Barbara d'oeste. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/FRMUXSPJWSJK.pdf>>. Acesso em 24 de março de 2016.

PEREIRA, M. A. **Gestão Estratégica.** 2009. Disponível em: <<http://www.marco.eng.br/terceirosetor/cursos-palestras/GE-3setor.pdf>>. Acesso em 01 de abril de 2016.

PORTER, M, E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 351 p.

PORTER, M. E. (1947). **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.** 6. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 497 p.

SILVA, E. B. **Planejamento e controle da produção sob a ótica da empresa incorporadora.** São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://poli-integra.poli.usp.br/library/pdfs/109d436179075a8a84dfc6b76d09ff28.pdf>>. Acesso em: 28 de março de 2016.

SENHORAS, E. M. **A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem.** RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun., 2007.

SEYBOTH, A. C. H. **Plano de Negócios: Grupo Sempre Vida.** 2016. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (MBA em gestão empresarial) – Fundação Getúlio Vargas (FGV). Cascavel, 2016.

SMITH, P. A. et al (Ed), **Logistics in Service Industries**. Oak Brook: Council of logistics Management, 1991. 298 pág.

STONNER, R. **Ferramentas de planejamento: utilizando o MS Project para gerenciar empreendimentos**. E-papers Serviços Editoriais Ltda, 2001. 297p.

Disponível em: <

[https://books.google.com.br/books?id=WNt73\\_Vwam4C&pg=PA297&lpg=PA297&dq=stanger+PERT-](https://books.google.com.br/books?id=WNt73_Vwam4C&pg=PA297&lpg=PA297&dq=stanger+PERT-CPM:+t%C3%A9cnica+de+planejamento+e+controle&source=bl&ots=XPIuJyAdzs&sig=s2exHBZRg286wOKc8MwBBSH7lpl&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwj4qufknKvPAhXEEpAKHXdZBOIQ6AEINzAF#v=onepage&q=pert-cpm%20&f=false)

[CPM:+t%C3%A9cnica+de+planejamento+e+controle&source=bl&ots=XPIuJyAdzs&sig=s2exHBZRg286wOKc8MwBBSH7lpl&hl=pt-](https://books.google.com.br/books?id=WNt73_Vwam4C&pg=PA297&lpg=PA297&dq=stanger+PERT-CPM:+t%C3%A9cnica+de+planejamento+e+controle&source=bl&ots=XPIuJyAdzs&sig=s2exHBZRg286wOKc8MwBBSH7lpl&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwj4qufknKvPAhXEEpAKHXdZBOIQ6AEINzAF#v=onepage&q=pert-cpm%20&f=false)

[PT&sa=X&ved=0ahUKEwj4qufknKvPAhXEEpAKHXdZBOIQ6AEINzAF#v=onepage&q=pert-cpm%20&f=false](https://books.google.com.br/books?id=WNt73_Vwam4C&pg=PA297&lpg=PA297&dq=stanger+PERT-CPM:+t%C3%A9cnica+de+planejamento+e+controle&source=bl&ots=XPIuJyAdzs&sig=s2exHBZRg286wOKc8MwBBSH7lpl&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwj4qufknKvPAhXEEpAKHXdZBOIQ6AEINzAF#v=onepage&q=pert-cpm%20&f=false)>. Acesso em: 25 de setembro de 2016.

TEIXEIRA, A. L. A, **Mapeamento de processos: teoria e caso ilustrativo. 2013; Rio de Janeiro**. Disponível em: < [http://www.puc-](http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2013/relatorios_pdf/ctc/ind/ind-analuisaalvesteixeira.pdf)

[rio.br/pibic/relatorio\\_resumo2013/relatorios\\_pdf/ctc/ind/ind-analuisaalvesteixeira.pdf](http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2013/relatorios_pdf/ctc/ind/ind-analuisaalvesteixeira.pdf)>.

Acesso em: 6 de maio de 2016.

## ANEXO A – Ferramenta de Identificação de Estrutura Organizacional

Estrutura	Características	Respostas	Porcentagem
Estrutura Simples	Mecanismo de Coordenação é a supervisão direta;		
	A estratégia é de responsabilidade restrita do executivo principal, orientado pela busca agressiva de oportunidades e não analítica.		
	Parte-Chave da Organização é a cúpula estratégica;		
	O sistema de tomada de decisão é centralizado vertical e horizontalmente;		
	Controle inflexível e delimitado pela autoridade formal;		
	Ambiente simples e dinâmico;		
	Agrupamento com base funcional;		
	Funcionários que não possuem competências especializadas não participam de ações organizacionais.		
Burocracia Mecanizada	Mecanismo de Coordenação é a padronização dos processos de trabalho;		
	Estratégia formulada de cima para baixo, forte ênfase no planejamento das ações, dados transmitidos de baixo para cima, analisados na cúpula estratégica e a estratégia é transmitida, para implementação, através de cadeia de autoridade, estratégia totalmente racionalizada.		
	Parte-Chave da Organização é a Tecnoestrutura;		
	O sistema de tomada de decisão é descentralizado vertical e horizontalmente;		
	Tarefas operacionais rotineiras e especializadas;		
	Comunicação e procedimentos normatizados;		
	Agrupamento com base funcional;		
	Linha intermediárias amplamente desenvolvida.		
Burocracia Profissional	Mecanismo de Coordenação é a padronização das habilidades;		
	A estratégia para toda a organização perde o significado, assim é o cumulativo das estratégias profissionais individuais.		
	Parte-Chave da Organização é o Núcleo operacional;		

	O sistema de tomada de decisão é descentralizado vertical e horizontalmente;		
	Existe treinamento e doutrinação;		
	Controle de trabalho efetuado de forma autônoma;		
	Tecnoestrutura, Cúpula estratégica e linha intermediária pequenas e pouco elaboradas;		
	Assessoria plenamente elaborada.		
Forma Divisionalizada	Mecanismo de Coordenação é padronização dos outputs;		
	A estratégia é formulada pelo escritório central e cada divisão é incumbida de determinar suas próprias estratégias.		
	Parte-Chave da Organização é a linha intermediária;		
	O sistema de tomada de decisão é descentralizado verticalmente mas limitado;		
	Agrupamento segundo o mercado;		
	Delegação de gerentes centrais à gerentes de divisões;		
	Cúpula estratégica e tecnoestrutura pequenas;		
	Cada unidade assume a estrutura organizacional mais conveniente.		
Adhocracia	Mecanismo de Coordenação é o ajustamento mutuo;		
	O processo de formulação da estratégia não é claramente definido, é visto como formação estratégica, uma vez que nem sempre é formulada conscientemente pelos indivíduos, uma estratégia plena não pode ser especificada antes das decisões de cada projeto serem tomadas.		
	Parte-Chave da Organização é a assessoria de apoio;		
	O sistema de tomada de decisão é descentralizado seletivamente;		
	Estrutura pouco formalizada e baseada no comportamento formal;		
	Dividida em duas: operacional e administrativa.		
	Tendência de montar pequenos grupos baseados no mercado;		
Permite flexibilidade a atuação das pessoas.			



**ANEXO B – Modelo de Questionário Aplicado**

Qual o nome do departamento em que você trabalha? \_\_\_\_\_

Com qual outro setor você possui mais contato e como esse contato é feito?

\_\_\_\_\_

O departamento precisa, necessariamente, ficar próximo de algum outro setor? Qual? Por que? \_\_\_\_\_

O setor em que você atua tem forte ligação/contato com o H.F? (Atribua valor de 0 a 5, 0 para sem ligação e 5 para forte ligação). \_\_\_\_\_

O setor em que você atua tem forte ligação/contato com o H.R? (Atribua valor de 0 a 5, 0 para sem ligação e 5 para forte ligação). \_\_\_\_\_

O setor em que você atua gera documentos físicos constantemente e o fluxo de transferência destes para outro setor é grande? Qual setor? (Atribua valor de 0 a 5, 0 para a pouca transferência de documentos e 5 para um fluxo intenso de transferência de documentos) \_\_\_\_\_

Você acredita que o departamento poderia ser transferido para outro local? (Pode ser para outro prédio ou de sala/andar).

Se sim, para onde e por que?

\_\_\_\_\_

Se não, por que?

\_\_\_\_\_

Para a transferência do setor, seriam enfrentados problemas ou dificuldades? Se sim, quais? (ex: custos altos, modificação física necessária, transferência de cabos ou linhas e etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Você tem alguma sugestão de mudança dos setores?

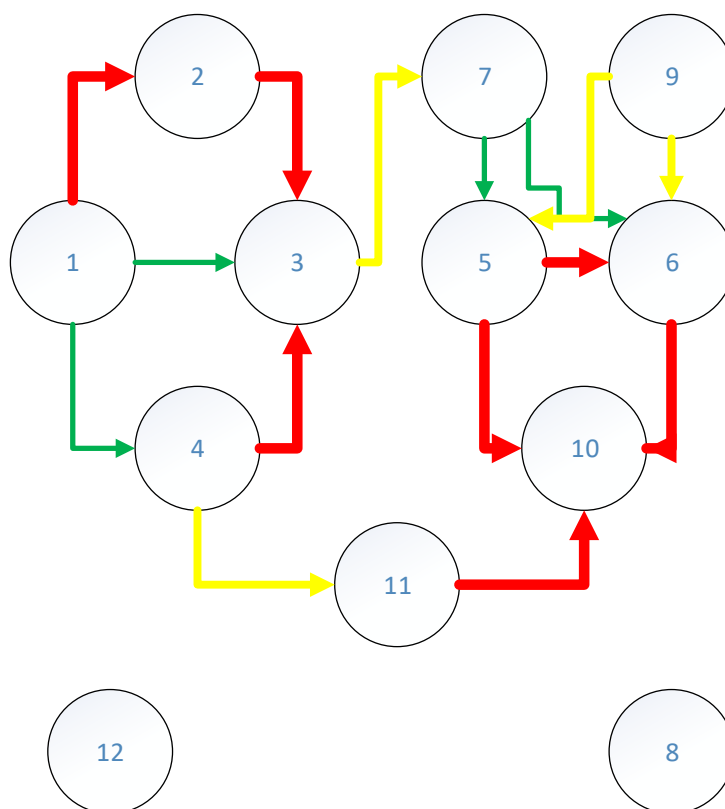
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ANEXO D – Exemplo de Diagrama de Inter-relações**

Diagrama de inter-relações elaborado pela autora a partir da carta de interligações preferenciais apresentada no Anexo C.



**ANEXO E - Tabelas de Convenções para Diagramação de Inter-relações entre Atividades.**

<b>Símbolos da Carta de Processo</b>	
○	Operação
⇒	Transporte
▽	Armazenagem
D	Espera
□	Inspeção

<b>Letra</b>	<b>N. de linhas</b>	<b>Proximidade</b>	<b>Código de Cores</b>
A	4	Absolutamente Necessário	Vermelho
E	3	Muito Importante	Amarelo
I	2	Importante	Verde
O	1	Pouco Importante	Azul
U	0	Desprezível	Em branco
X		Indesejável	Marrom

## **Anexo F - Relatório Sobre a Atuação da Central de Guias e Faturamento**

No dia 06 de julho de 2016 realizou-se entrevista com a funcionária Maria da Silva (nome fictício), responsável pela central de guias. Nesta entrevista procurou-se identificar os processos realizados pelo departamento intitulado “Faturamento e Central de guias”. Identificou-se portanto que, a central de guias é formada por apenas uma pessoa e que o faturamento conta com a colaboração de 3 funcionários, onde 1 funcionário é coordenador de todo o setor.

A central de guias é o departamento responsável pela liberação de guias de exames requisitados por médicos para clientes internados no Hospital Rondon. Desta forma, os postos de enfermagem emitem a guia, que é encaminhada imediatamente para a central de guias através da secretária de enfermagem, a guia é analisada no sistema, confere-se se há contratação de convenio pelo cliente e se há compatibilidade da requisição com a modalidade de convênio contratado, após conferencia a guia é liberada e levada pela própria funcionaria da central de guias até o responsável por efetuar os exames. Efetuados os exames, emite-se um prontuário que volta para a central de guias, onde é analisado e encaminhado para o faturamento.

Para exames realizados fora do Hospital Rondon, efetua-se inicialmente a análise dos recursos necessário (ambulância e acompanhamento de enfermeiros), posteriormente entra-se em contato com a clínica prestadora de serviços, efetua-se o registro da hora e data de realização do exame e posteriormente liberação da guia.

O faturamento é responsável por faturar os prontuários que são encaminhados pela central de guias ou pela tesouraria, caso sejam provenientes de atendimentos particulares. Este é dividido em dois: prontuários do Convênio Sempre Vida e prontuários de outro Convênio e particulares. Os prontuários são faturados e entregues ao plano de saúde responsável a cada 15 dias mediante sistema (no caso de atendimentos realizados pelo Convênio Sempre Vida ou de modo particular) ou encaminhados para conferencia do outro convênio também a cada 15 dias (encaminhados para Toledo). Neste último caso, os faturamentos são conferidos e mediante constatação de que está tudo nos conformes, os mesmos são reencaminhados para a instituição para arquivamento. Caso haja falta de algum documento, assinatura, carimbo e etc, é efetuado o contato com a

central de guias que providencia o que está em falta e retorna o documento para conferência.

Em caso de prontuários provenientes do Centro Cirúrgico, o responsável por encaminhar o mesmo ao faturamento é o técnico de enfermagem responsável. Neste caso, pode ocorrer a falta de documentos, assinaturas, especificações ou demais detalhes necessários para o faturamento ou encaminhamento destes para conferência. Caso isto ocorra, a responsável pela Central de Guias direciona-se até o Centro Cirúrgico e solicita a inserção ou reparo dos documentos.

Após faturamento e se necessário revisão de outro Convênio, os prontuários são colocados em caixas, identificados e encaminhados para o arquivo (que se encontra na Sede) semanalmente (todas as segundas-feiras). Estes prontuários devem ser arquivados por no mínimo 20 anos.

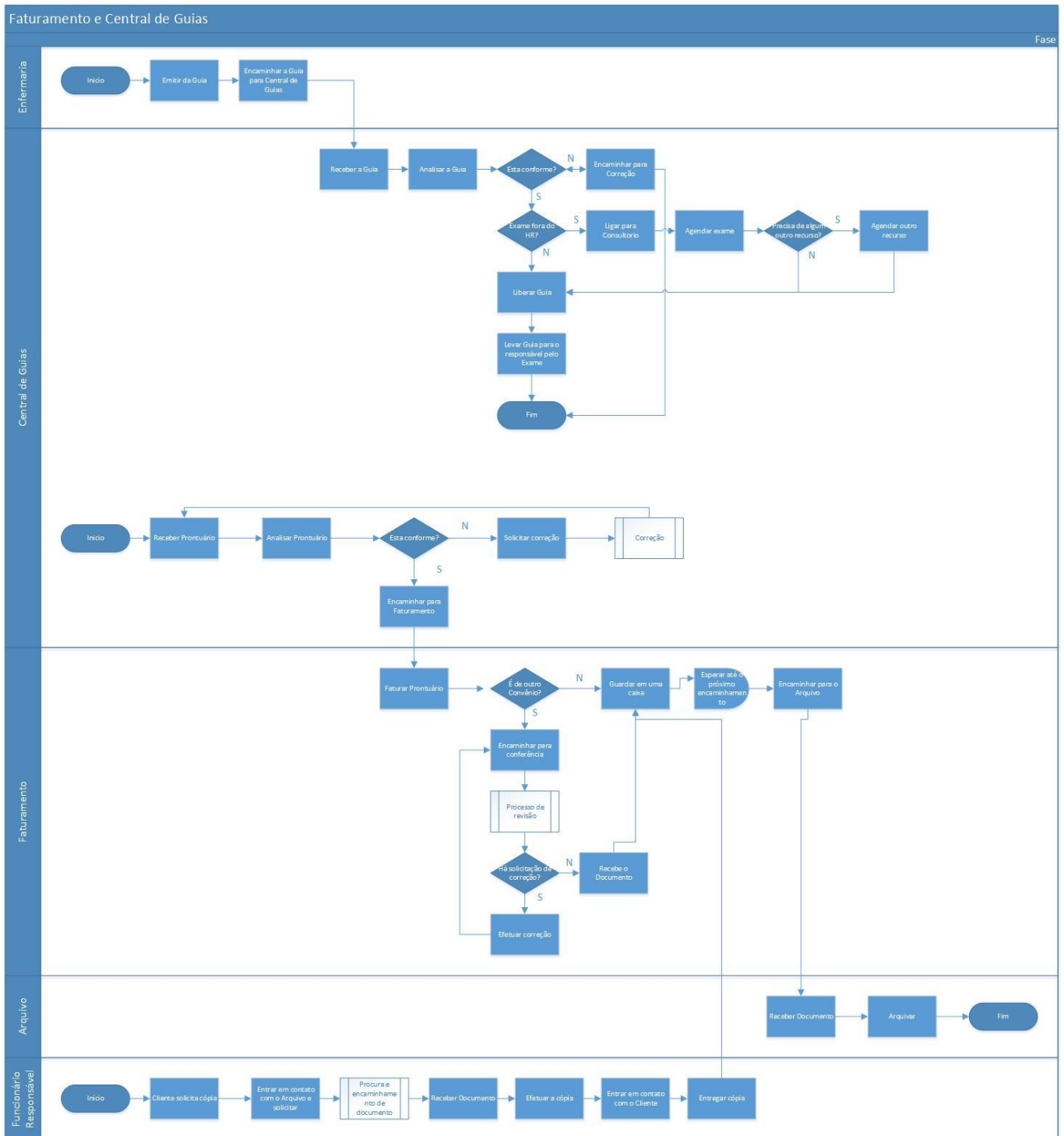
O departamento efetua contato mediante telefone quando necessita de informações mais apuradas sobre as modalidades de contrato dos clientes e contato pessoal com a enfermagem quando identifica que, por algum motivo, o tratamento prestado para o cliente não condiz com a modalidade de convenio contratada pelo mesmo.

O departamento possui contato esporádico com os clientes pois, em alguns casos, há a requisição de cópia de prontuários. Caso isto ocorra, a Central de Guias possui o prazo de 5 dias para entregar este documento, para isso a responsável pelo setor entra em contato com o responsável pelo arquivo, solicita o documento, o responsável pelo arquivo envia o documento ou a cópia para a Central de Guias e esta efetua a cópia se necessário e entrega para o solicitante. Em caso de encaminhamento do documento original, este é reencaminhado posteriormente para o arquivo. Neste caso, a responsabilidade é passada de mês em mês entre os funcionários do setor.

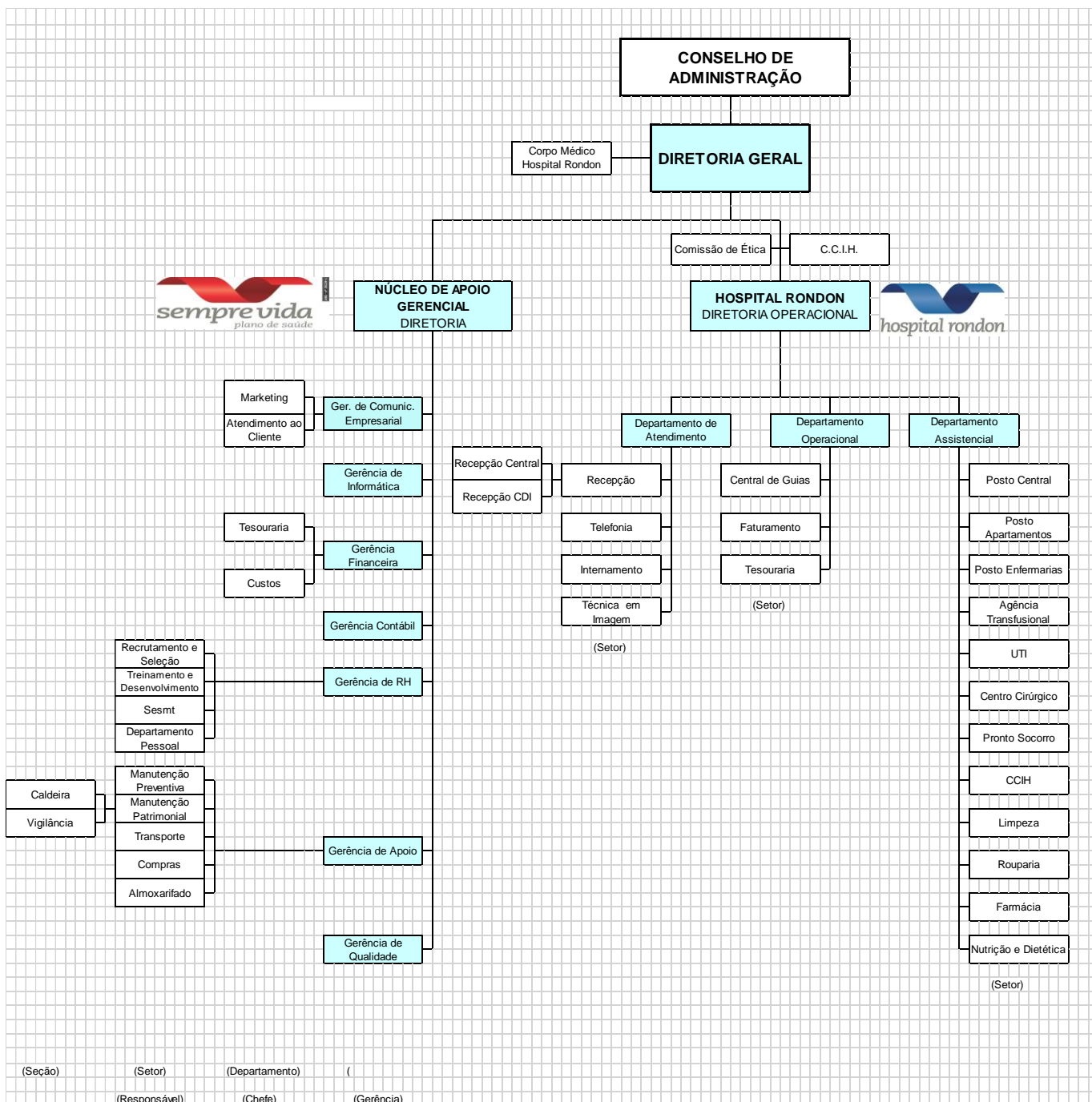
Conclui-se portanto que, a Central de Guias não poderia ser transferida de local uma vez que está em contato direto com a enfermagem. O faturamento poderia ser transferido com tranquilidade, para isso seria necessário efetuar um procedimento que garanta o fluxo dos prontuários para o faturamento diariamente.

Verificou-se que, existem vários momentos em que se faz necessário corrigir prontuários e guias, o que atrasa e dificulta o fluxo pleno destes documentos.

## Anexo G - Mapa Funcional de Processo da Central de Guias e Faturamento

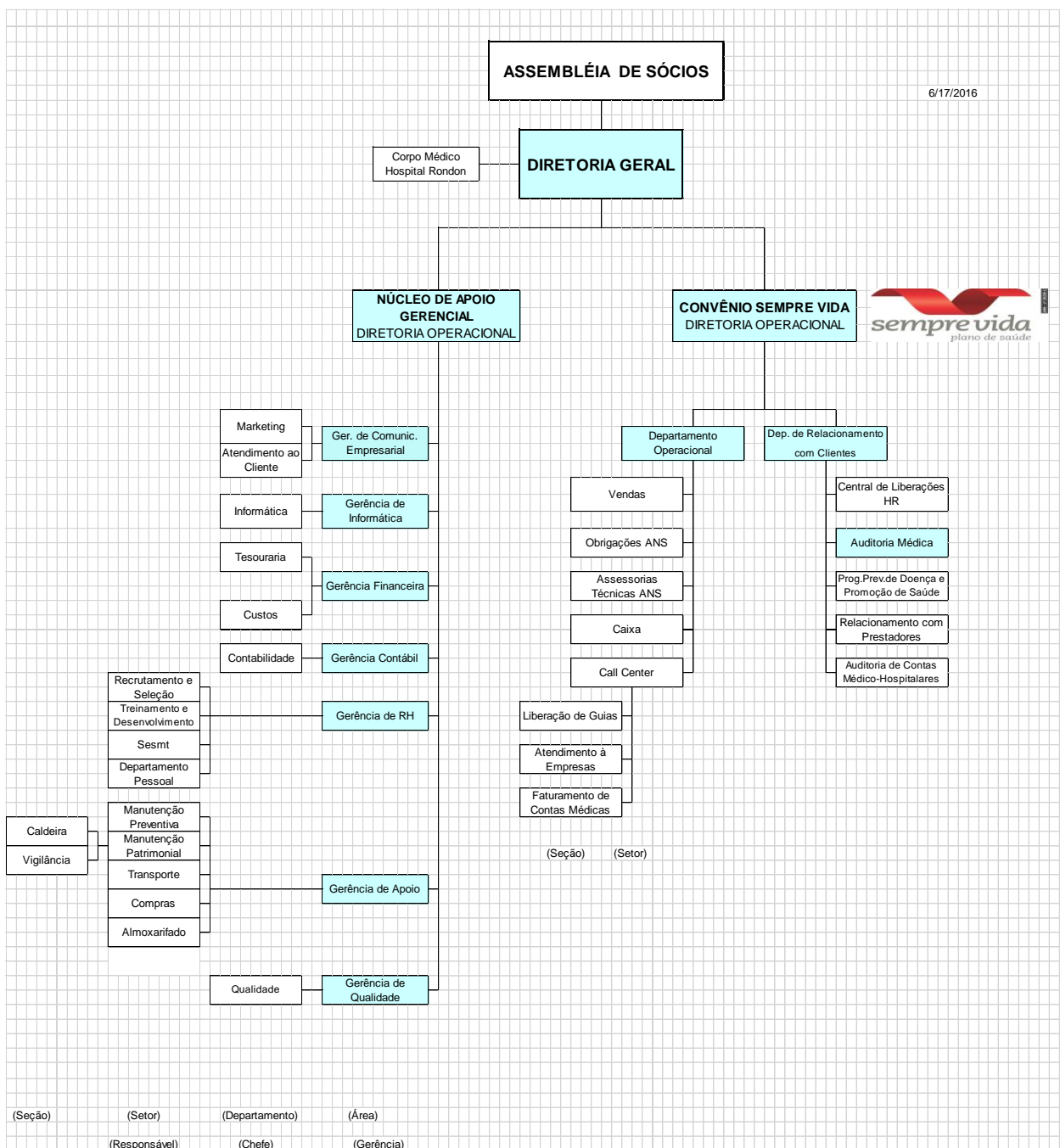


### ANEXO H – Organograma do Hospital Rondon

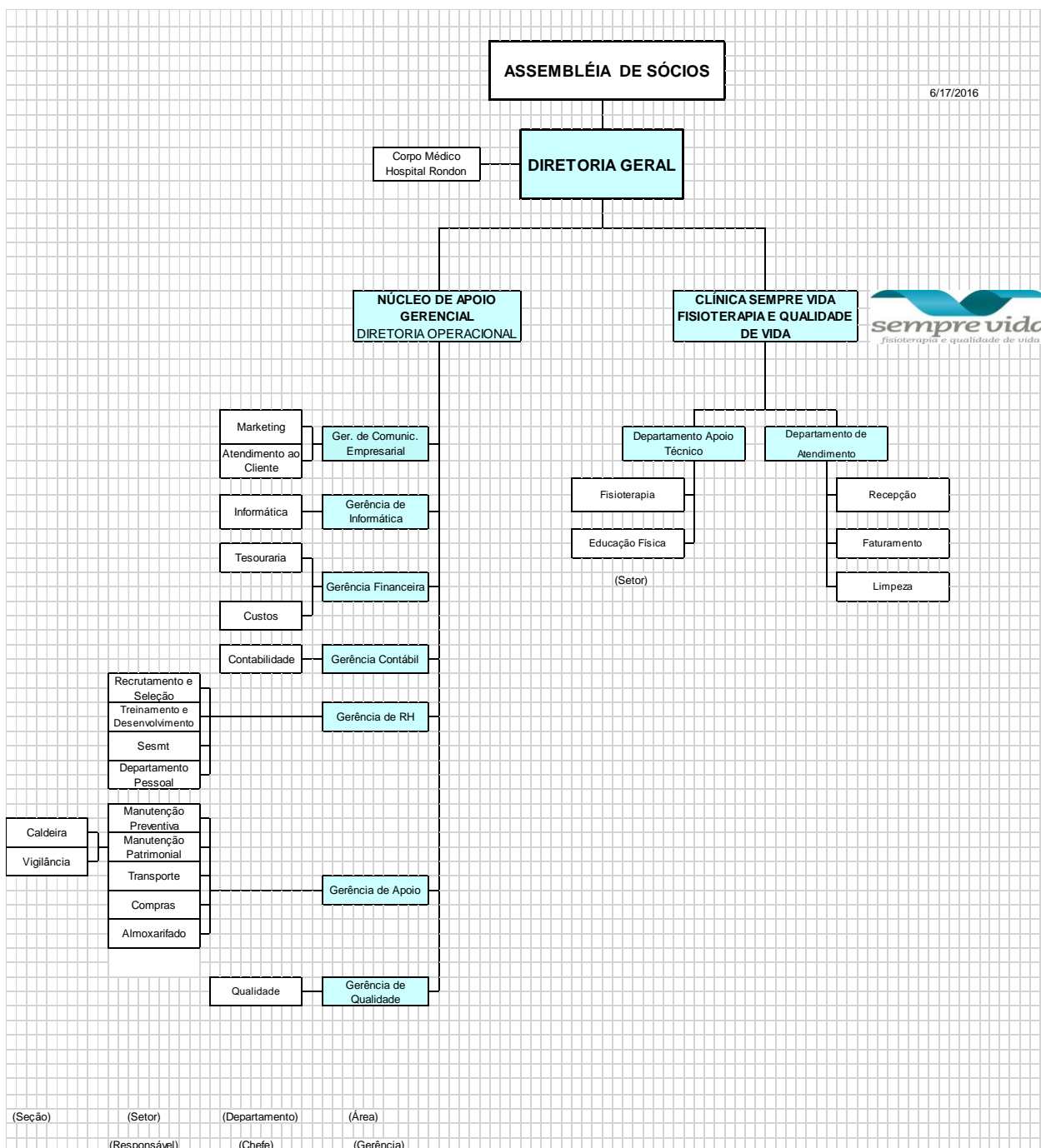




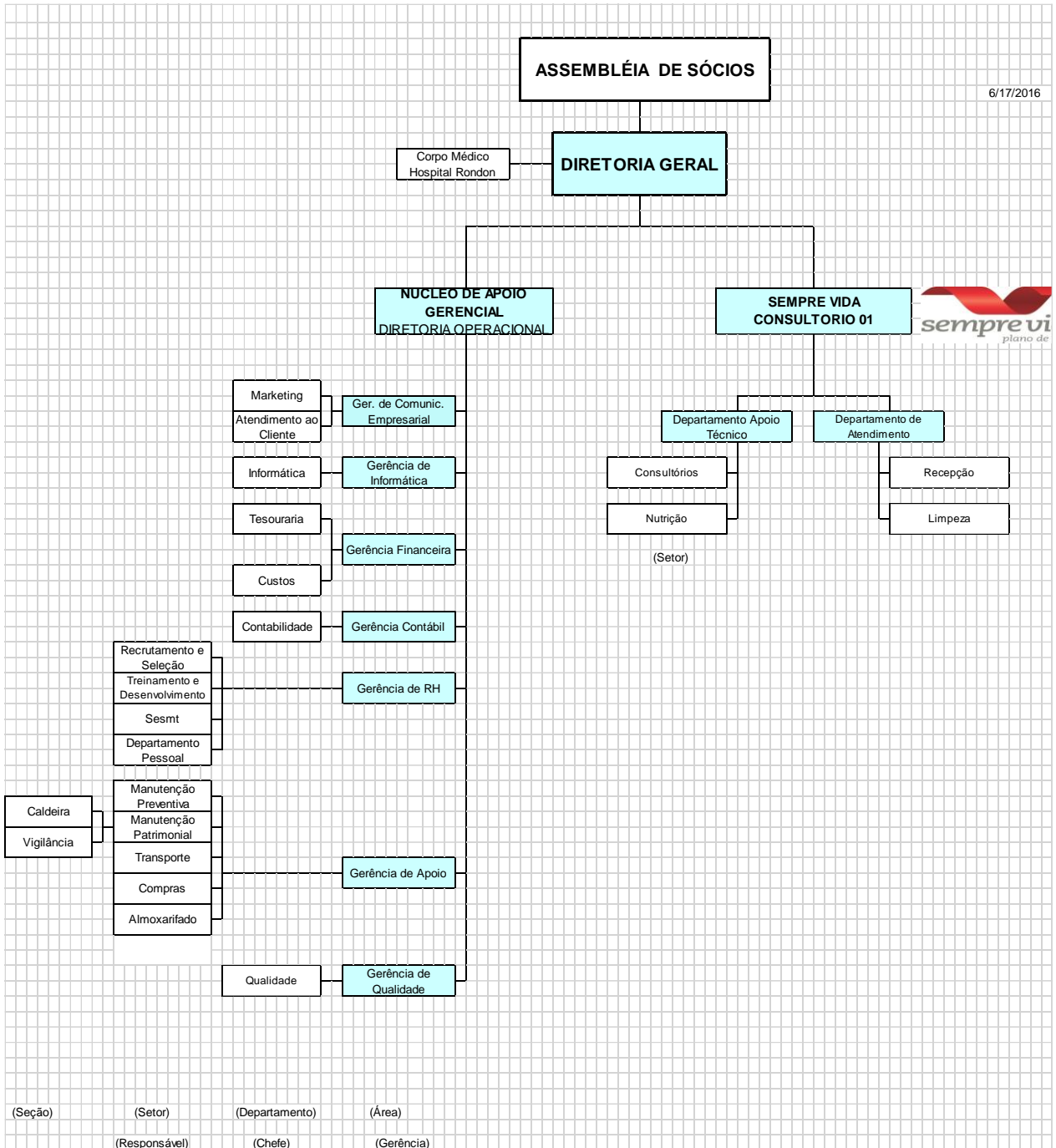
## ANEXO I – Organograma do Convênio Sempre Vida



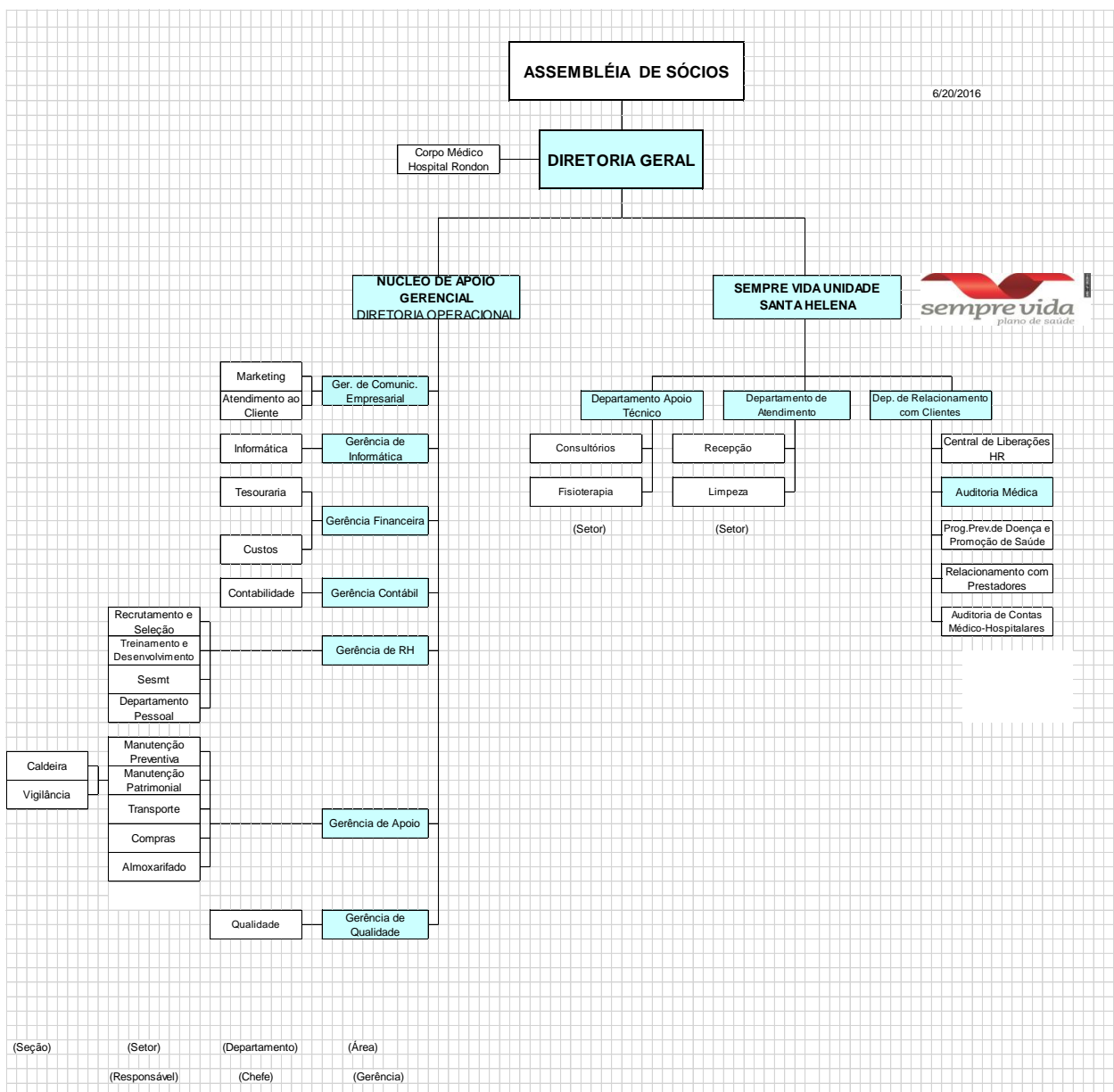
## ANEXO J – Organograma da Clínica de Fisioterapia



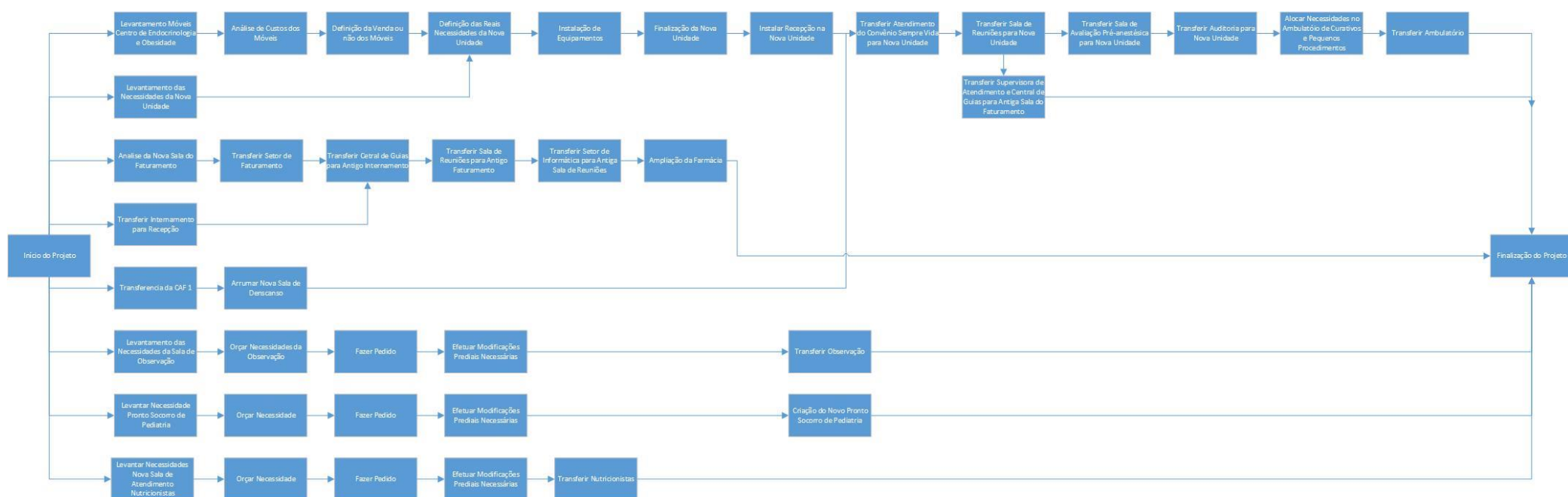
## ANEXO K – Organograma do Consultório 1



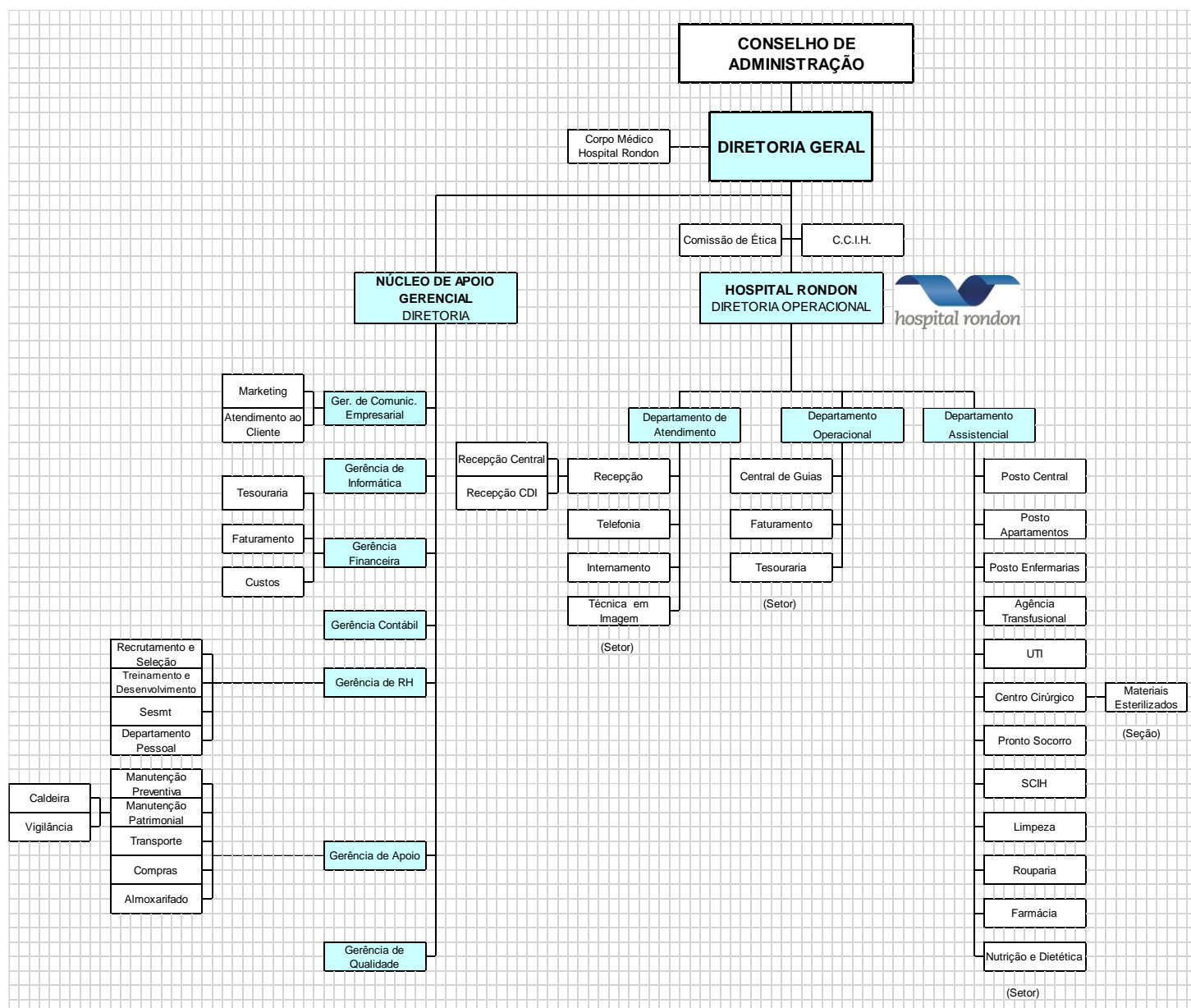
**ANEXO L – Organograma do Convênio Sempre Vida – Filial de Santa Helena**



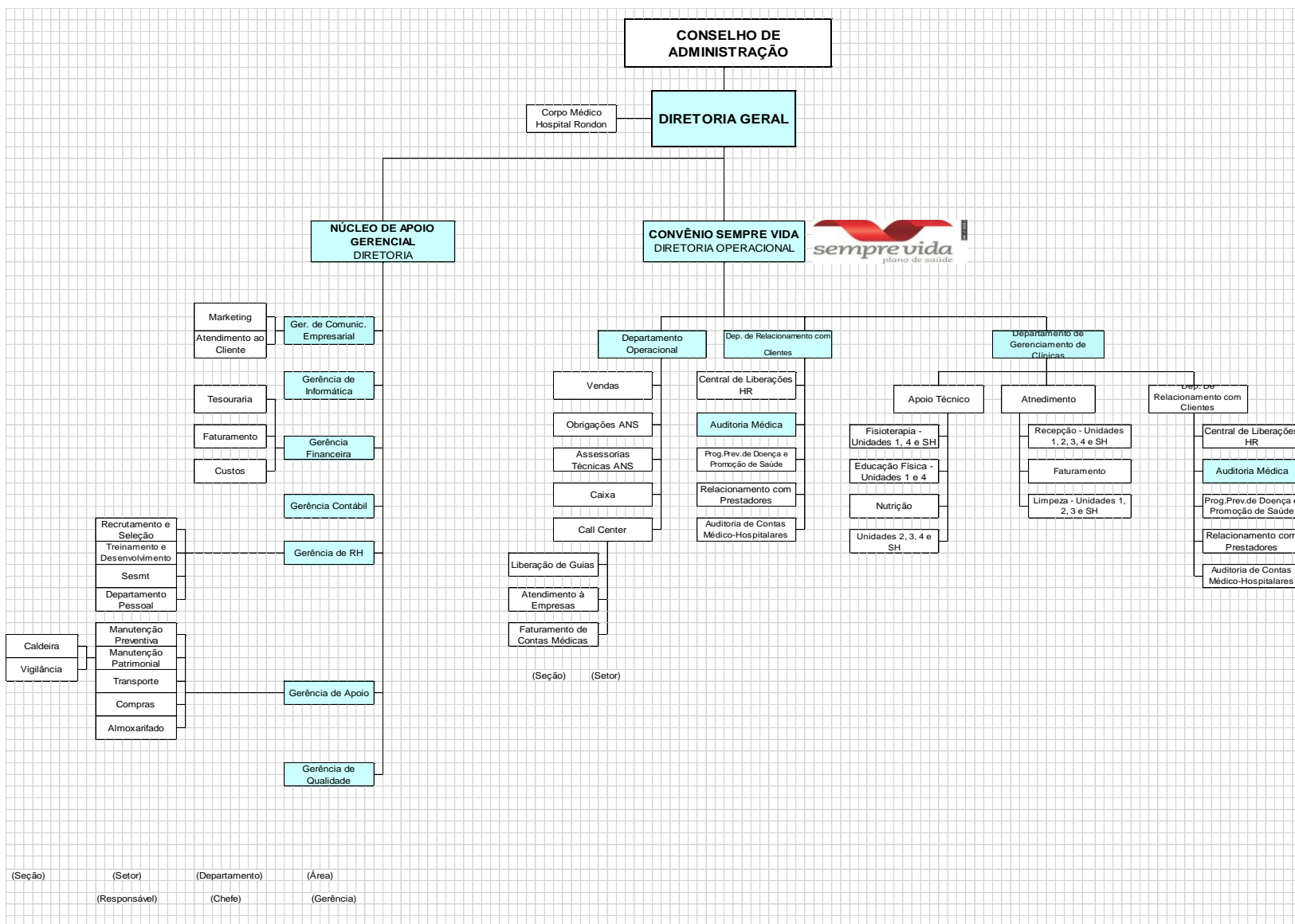
### ANEXO M – Sequenciamento de Ações de Mudanças



## ANEXO N – Organograma do Hospital Rondon Proposto



## ANEXO O – Organograma do Convênio Sempre Vida Proposto



## ANEXO P – Mapa Indicador da Nova Unidade

