

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Rogério Soares Böhm

**DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO EM UMA UNIDADE
HOSPITALAR: EM BUSCA DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA
ASSISTÊNCIA**

Porto Alegre

2006

Rogério Soares Böhm

**DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO EM UMA UNIDADE
HOSPITALAR: EM BUSCA DA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA
ASSISTÊNCIA**

**Dissertação de mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Mestre em Administração.**

Orientador: Prof^a Maria Ceci Misoczky

Porto Alegre

2006

TRABALHO APRESENTADO EM BANCA E APROVADO POR:

Prof. Dr. Clézio Saldanha dos Santos

Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Prof^a. Dr^a. Silvia Generali da Costa

Conceito final: A

Porto Alegre, 14 de Junho de 2006.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Ceci Misoczky

Aluno: Rogério Soares Böhm

Dedico este trabalho especialmente à minha mãe Elina pelo carinho e confiança. Ao meu irmão Fernando e família pela acolhida sempre calorosa. À minha esposa Marcilene pelo amor e apoio sempre presente. Aos meus filhos Thaís e Gabriel pela paciência devido às viagens. Graças a eles tenho crescido como ser humano.

AGRADECIMENTOS

Primeiro, a DEUS, pela força maior na condução deste estudo.

À minha orientadora Maria Ceci Misoczky, o meu reconhecimento especial pela clareza, estímulo e direcionamento na evolução deste trabalho.

À Itaipu Binacional e à Fundação de Saúde Itaipuapy, em especial ao Diretor Superintendente Anilton José Beal, pelo apoio inestimável durante esses dois anos de mestrado.

Aos entrevistados pela atenção e colaboração nos depoimentos que propiciaram este estudo.

A todos os amigos que torceram e acreditaram neste trabalho.

RESUMO

Este trabalho apresenta como tema principal os conceitos de diferenciação e integração de unidades organizacionais em um ambiente hospitalar. O estudo foi realizado no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, em Foz do Iguaçu, que nos últimos anos tem convivido com mudanças significativas, sobretudo relacionadas com o aumento da quantidade de atendimento, bem como da complexidade dos mesmos. Estas mudanças geraram uma série de problemas internos relacionados à estrutura e processos organizacionais, refletindo na qualidade da assistência. Buscou-se, então, identificar a estrutura organizacional e os principais processos, para sintetizar as principais interfaces existentes. Entendidas essas interfaces e agrupando os principais agentes em quatro grandes grupos – direção, corpo clínico, enfermagem e unidades de apoio – foi levantado e analisado o estado de diferenciação e integração, para posterior definição do estado de integração desejado. Finalmente, foram implementados alguns projetos direcionados para enfrentar problemas identificados ao longo do estudo.

ABSTRACT

This work presents as main subject the concepts of differentiation and integration of organizational units in a hospital environment. The research was realized in the Hospital Ministro Costa Cavalcanti , in Foz do Iguaçu, which has passed through significant changes in the last years, above all related with the increase of the amount of attendance, as well as of the complexity of the same ones. These changes had generated a sequence in internal problems related to the structure and organizational processes, reflecting in the quality of the assistance. One searched then to identify the organizational structure and the main processes, to synthesize the main existing interfaces. Understanding these interfaces and grouping the main agents in four great groups - administration, clinical body, the nursing, and units of support - it was raised and analyzed the state of differentiation and integration, for posterior definition of the desired state of the integration. Finally, were implemented some specific projects to face problems identified along the study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Dados estatísticos da 9ª. Regional de Saúde	15
Figura 2	– Principais causas de mortalidade em Foz do Iguaçu	15
Figura 3	– Média mensal de consultas por convênio	16
Figura 4	– Média mensal de atendimentos por convênio	17
Figura 5	– Percentual médio mensal de atendimentos por convênio	17
Figura 6	– Média mensal de consultas realizadas.....	18
Figura 7	– Média mensal de procedimentos realizados	18
Figura 8	– Problemas apontados no planejamento 2004/2005	19
Figura 9	– Ações prioritárias para o biênio 2004/2005	19
Figura 10	– Ligação dos problemas com as ações prioritárias.....	20
Figura 11	– Parâmetros de design	28
Figura 12	– Funcionamento das organizações.....	29
Figura 13	– Mecanismos integradores em organizações de alto rendimento	38
Figura 14	– Teoria contingencial das empresas.....	39
Figura 15	– As diferentes visões em um hospital	46
Figura 16	– Informações e referências de análise a serem utilizadas.....	48
Figura 17	– Informações e referências para coleta de dados.....	55
Figura 18	– Mapa de variáveis – Parte 1.....	56
Figura 19	– Mapa de variáveis – Parte 2.....	58
Figura 20	– Componentes da análise de dados	59
Figura 22	– Mapa de processos do Hospital Ministro Costa Cavalcanti - HMCC.....	65
Figura 23	– <i>Check-in</i> recepção	69
Figura 24	– Atividades de enfermagem no bloco de internação.....	69
Figura 25	– Atividades médicas no bloco de internação	70
Figura 26	– Atividades no centro cirúrgico	71
Figura 27	– Atividades na sala de observação.....	71
Figura 28	– Atividades na UTI	72
Figura 29	– <i>Check-out</i> recepção	72
Figura 30	– Interfaces do processo de internação cirúrgica	73
Figura 31	– Análise da diferenciação entre as grandes áreas estudadas	82
Figura 32	– Aspectos relacionados ao modo de solução de conflitos atual	83
Figura 33	– Grau de integração atual analítico.....	87
Figura 34	– Grau de integração atual sintético.....	88
Figura 35	– Grau de integração esperado sintético.....	89
Figura 36	– Modelo de integração.....	90
Figura 37	– Relação do modelo com a base conceitual.....	107

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICATIVA	24
2 REVISÃO CONCEITUAL	25
2.1 CONCEITOS DE ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	25
2.1.1 <i>Dimensões da estrutura organizacional</i>	27
2.1.2 <i>Teoria da contingência estrutural</i>	30
2.2 DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO	30
2.3 MECANISMOS DE COORDENACAO	33
2.3.1 <i>Instrumentos de interligação de Mintzberg</i>	34
2.3.2 <i>Mecanismos integradores de Lawrence e Lorsch</i>	36
2.4 FATORES CONTINGENCIAIS	37
2.4.1 <i>Mudança e os conceitos de diferenciação e integração</i>	39
2.5 PROCESSOS COMO MODO DE COORDENAÇÃO	41
2.6 A BUROCRACIA PROFISSIONAL	42
2.6.1 <i>Estrutura organizacional em hospitais</i>	43
2.7 MODELO DE ANÁLISE	47
3 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	49
4 METODOLOGIA	50
4.1 CONCEPÇÃO METODOLÓGICA	50
4.2. UNIVERSO DA PESQUISA	53
4.3 COLETA DOS DADOS	53
4.3.1 <i>Definição das variáveis</i>	56
4.4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	58
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	61
5.1 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO	61
5.1.1 <i>Levantamento da estrutura organizacional</i>	61
5.1.2 <i>Levantamento dos processos</i>	65

5.1.3 <i>Análise das principais interfaces</i>	73
5.2 ATRIBUTOS DAS UNIDADES ORGANIZACIONAIS.....	73
5.2.1 <i>Levantamento do estado de diferenciação</i>	74
5.2.2 <i>Análise do estado de diferenciação</i>	82
5.2.3 <i>Identificação do grau de integração atual</i>	83
5.3 MODELO DE INTEGRAÇÃO	88
5.3.1 <i>Determinação do grau de integração exigido</i>	88
5.3.2 <i>Definição dos mecanismos integradores</i>	90
5.3.2.1 Estrutura organizacional	91
5.3.2.2 Qualidade da assistência	94
5.3.2.3 Tecnologia de informação	97
5.3.3 <i>Definição dos modos de solução de conflitos</i>	98
5.4 REFLEXÃO SOBRE AS ALTERAÇÕES.....	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	112
APÊNDICE B – PROJETOS DO BIÊNIO 2003 E 2004.....	113
APÊNDICE C – NOVA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	115
APÊNDICE D – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2006.....	116

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta como tema principal os conceitos de diferenciação e integração de unidades organizacionais em um ambiente hospitalar, conceitos ligados à área de estrutura organizacional.

O estudo foi realizado no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, em Foz do Iguaçu, que nos últimos anos tem convivido com mudanças significativas, sobretudo relacionadas com o aumento tanto da quantidade de atendimento quanto da complexidade deste. Estas mudanças geraram uma série de problemas internos relacionados à estrutura e processos organizacionais, refletindo na qualidade da assistência aos usuários.

Esta assistência compreende uma série de relações entre as várias áreas da organização. Sendo assim, foi escolhida para o estudo a falta de integração entre as unidades organizacionais, baseando-se no fato de que, num ambiente hospitalar, grande parte dos processos ultrapassa as “fronteiras¹” organizacionais, significando a necessidade de constante integração entre estas unidades. Esta integração está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada aos usuários bem como a melhoria da gestão como um todo.

Este projeto visa estudar o estado de diferenciação e integração em um ambiente hospitalar, e tem como objetivo **contribuir para o desenvolvimento da integração entre as unidades organizacionais do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, apoiando a eficácia de seus processos.**

Pretende-se, portanto, contribuir diretamente com a organização, à medida que o resultado dos serviços prestados está ligado à eficiência e eficácia de seus processos organizacionais, baseando-se esta eficiência e eficácia à qualidade de

¹ Na forma apresentada, entende-se fronteiras como sendo os limites entre as unidades dentro da própria organização.

integração entre as unidades organizacionais, aperfeiçoando a resposta às necessidades dos usuários bem como o desempenho organizacional.

O projeto está estruturado em seis partes. No capítulo 1 é apresentado o tema, a formulação do problema, a questão de pesquisa e a justificativa do estudo.

No capítulo 2 é abordado o referencial teórico que sustenta a pesquisa a ser proposta e as dimensões implicadas nesse estudo.

No capítulo 3 é definido os objetivos gerais e específicos a serem utilizados durante a pesquisa, apontando o que se pretende alcançar com a realização do presente estudo.

O capítulo 4 detalha a metodologia a ser adotada, compreendendo a natureza da pesquisa, os métodos utilizados, bem como os instrumentos de coleta e análise de dados.

O capítulo 5 apresenta a pesquisa e aplicação do modelo proposto em uma organização hospitalar.

No capítulo 6 são apresentadas as conclusões, bem como recomendações e considerações para futuros estudos.

Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O Hospital Ministro Costa Cavalcanti - HMCC foi construído pela Itaipu Binacional e inaugurado em 1979, originalmente apenas para atender aos trabalhadores contratados para a construção e operação da Usina. Tal decisão foi tomada à época devido às limitações dos serviços de saúde da cidade diante do aumento da demanda ocorrida pela presença de trabalhadores que se instalaram em Foz do Iguaçu, oriundos de diversas regiões do Brasil. Concluída a construção da Usina e, conseqüentemente reduzido o número de trabalhadores que prestavam serviços à Itaipu Binacional, o hospital passou a apresentar capacidade ociosa.

Para otimizar a utilização do hospital, a Itaipu decidiu estender seus serviços para a comunidade de Foz do Iguaçu e região, tendo para tanto instituído, em novembro de 1994, a Fundação de Saúde Itaipuapy, entidade de direito privado sem fins lucrativos, com o objetivo de administrar e operar o HMCC.

Em 1996, atendendo aos anseios da comunidade regional, o hospital passou a prestar serviços para o Sistema Único de Saúde - SUS, tendo disponibilizado para esse fim 47 dos seus 115 leitos, para atendimentos de média complexidade, abrangendo basicamente internações clínicas.

Face à carência de serviços de alta complexidade na cidade de Foz do Iguaçu e região, a Fundação de Saúde Itaipuapy, com amparo em convênios com a Itaipu Binacional, Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer, promoveu, em 2001 e 2002, uma série de investimentos em ampliações e reformas estruturais no HMCC, bem como em equipamentos e instrumentais a fim de habilitá-lo a realizar serviços nas especialidades de oncologia, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ortopedia e hemodiálise.

Em abril de 2003 é inaugurado o Pronto Socorro do Trauma, atendendo pacientes inclusive do SUS, vítimas de qualquer tipo de trauma (acidentes pessoais, acidente de trânsito e violência interpessoal).

Em meados de 2003, iniciaram-se os atendimentos de oncologia, cirurgia cardíaca e hemodinâmica pelo SUS, sendo o hospital referência regional.

O Hospital dispõe, atualmente, de 13.817,06 m² de área construída, com 200 leitos, 80 deles para usuários particulares e de convênios² e 120 para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Ainda conta com centro cirúrgico composto de 06 salas, centro obstétrico com 01 sala de parto e outra cirúrgica, unidade de pronto atendimento, pronto socorro do trauma e demais áreas de apoio. Atualmente a Fundação de Saúde Itaipuapy é composta por 170 médicos e 752 colaboradores (dados de fevereiro de 2006).

Dispõe ainda de centro médico composto por 32 consultórios para atendimento ambulatorial, laboratório de análises clínicas, serviços de imagem, banco de sangue, banco de leite humano e clínica de fisioterapia.

² O hospital atende cerca de 42 convênios, entre os quais Itaipu, Cassi, Geap, Capesesp, Clinihauer, Copel, Correios, Furnas, Fusex, Golden Cross, Infraero, Itamed, Osde, Unimed, Gama, entre outros.

O Hospital atua, hoje, em âmbito regional, estadual e interestadual, e busca melhorar a sua qualidade e humanizar a assistência prestada na área de abrangência da 9ª. Regional de Saúde³, qualificando os serviços e adequando a estrutura física e equipamentos.

Observa-se que, nesse processo de expansão, a assistência à saúde e a prática médica apresentam um crescimento extraordinário da quantidade, qualidade e complexidade, numa velocidade que dificultou a atualização da estrutura e dos processos da organização.

Sendo assim, a Fundação de Saúde Itaipu passa por uma fase de significativas modificações em sua estrutura, decorrente da implantação de procedimentos de alta complexidade e da ampliação do seu volume de atendimento. Essa nova dinâmica, e também pela imagem positiva dos serviços prestados pelo HMCC e pela demanda reprimida dos serviços de saúde em função da escassez de oferta, levaram à reflexão sobre qual era o papel a ser desempenhado pela Fundação no que tange à prestação de serviços de saúde em Foz do Iguaçu e região. Por iniciativa da Itaipu Binacional, foi contratada uma consultoria especializada para a elaboração de um Planejamento Estratégico para o biênio 2003-2004, que contemplasse as necessidades organizacionais aliadas aos interesses públicos de prestação de serviços de saúde.

Participaram, direta ou indiretamente, da elaboração do Planejamento Estratégico 2003/2004 do HMCC várias organizações, entre as quais a Itaipu Binacional, Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná, 9ª. Regional de Saúde do Estado do Paraná, Secretaria Municipal de Saneamento e Saúde de Foz do Iguaçu, Conselho de Curadores e Conselho Diretor da Fundação da Saúde Itaipu; Corpo Clínico⁴ do HMCC e vários funcionários da Fundação.

Através da participação destes agentes, foram identificados os serviços prioritários necessários para a região. Com base em levantamentos e nas necessidades apresentadas pela Fundação, foi decidida pelo grupo a elaboração de 16 projetos (Apêndice B), sendo a incumbência para a sua elaboração distribuída a grupos de profissionais (empregados da Fundação e colaboradores).

³ 9ª. Regional de Saúde compreende aproximadamente 420.000 habitantes, englobando os municípios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis.

⁴ Entende-se como corpo clínico médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, entre outros.

Alguns dados foram fundamentais para o direcionamento estratégico do HMCC, entre eles os relacionados ao número de leitos (Figura 1) e as principais causas de mortalidade (Figura 2), apresentados a seguir.

Taxa de natalidade	4,78/1.000 habitantes
Mortalidade Infantil	17/1.000 nascidos vivos
Leitos hospitalares	1,93/1.000 habitantes (PR 3,18/1.000)
Leitos S.U.S. – 9ª Regional	1,2/1.000 habitantes
Leitos S.U.S. – Foz do Iguaçu	0,6/1.000 habitantes
Mortalidade por causas externas	113/10.000 habitantes (PR 69/10.000)

Figura 1 – Dados estatísticos da 9ª. Regional de Saúde

Fonte: 9ª. Regional de Saúde do estado do Paraná

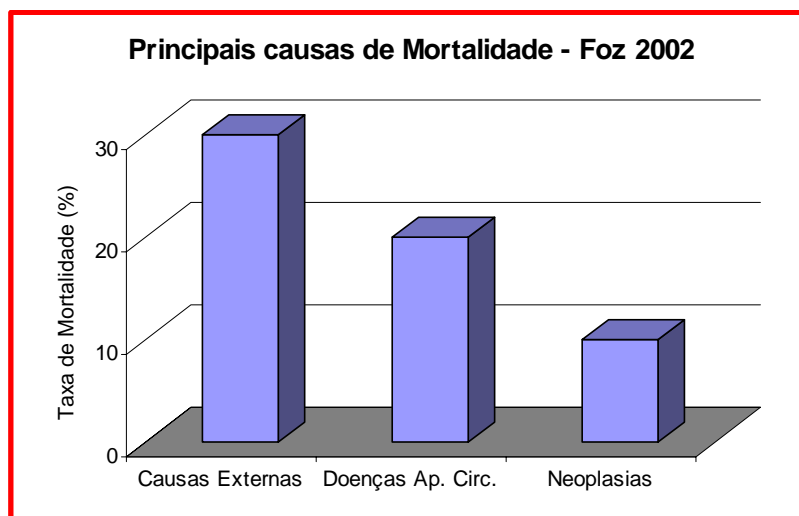


Figura 2 – Principais causas de mortalidade em Foz do Iguaçu

Fonte: Secretaria Municipal de Saneamento e Saúde de Foz do Iguaçu

Nesta elaboração do Planejamento Estratégico foi definida a seguinte missão para a Fundação de Saúde Itaipu: ***Nós, do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, temos como missão, realizar ações de saúde – integradas às políticas públicas – para preservar a vida na região da tríplice fronteira, com ética, qualidade e compromisso social.***

Neste momento também foram definidos como valores para a Fundação de Saúde Itaipuapy o comprometimento com a preservação da vida, a postura ética, a excelência na qualidade dos serviços, a responsabilidade social e o desenvolvimento de pessoas.

Este Planejamento Estratégico, elaborado em consonância com os interesses dos gestores públicos da saúde na região, da Itaipu Binacional e da Fundação de Saúde Itaipuapy, foi de fundamental importância, pois estabeleceu e consolidou um conjunto de ações para os próximos exercícios. Através deste Planejamento Estratégico, primeiro formalmente implantado na Fundação de Saúde Itaipuapy, teve início uma nova fase de gestão da Instituição, contemplando, além dos interesses internos, os interesses dos gestores e da comunidade da Região.

Observa-se também nesse período o aumento gradativo dos serviços prestados à comunidade. Interessante apontar que o volume de atendimentos ao SUS não era significativo até 2003. O volume de produção (média mensal) de alguns serviços em 2004 e 2005 é apresentado nas figuras 3, 4 e 5.

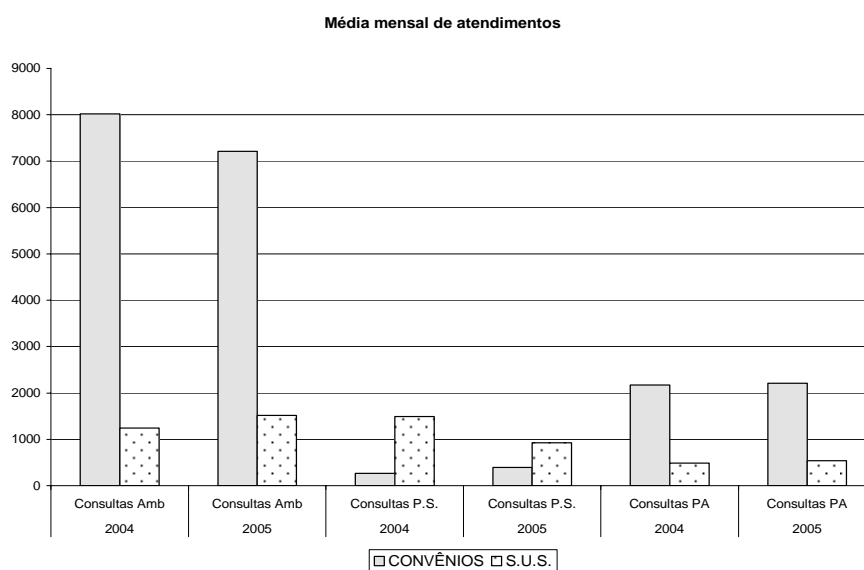


Figura 3 – Média mensal de consultas por convênio

Fonte: Estatística do HMCC

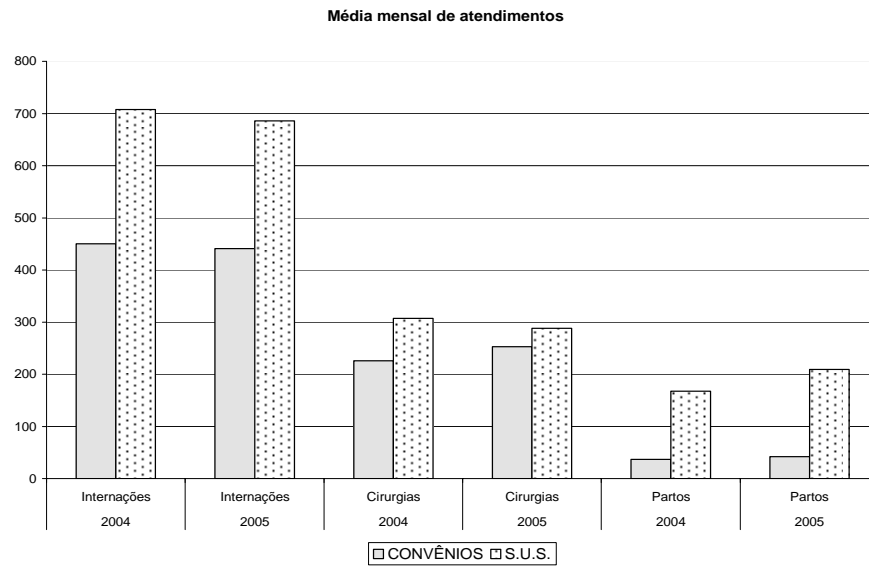


Figura 4 – Média mensal de atendimentos por convênio

Fonte: Estatística do HMCC

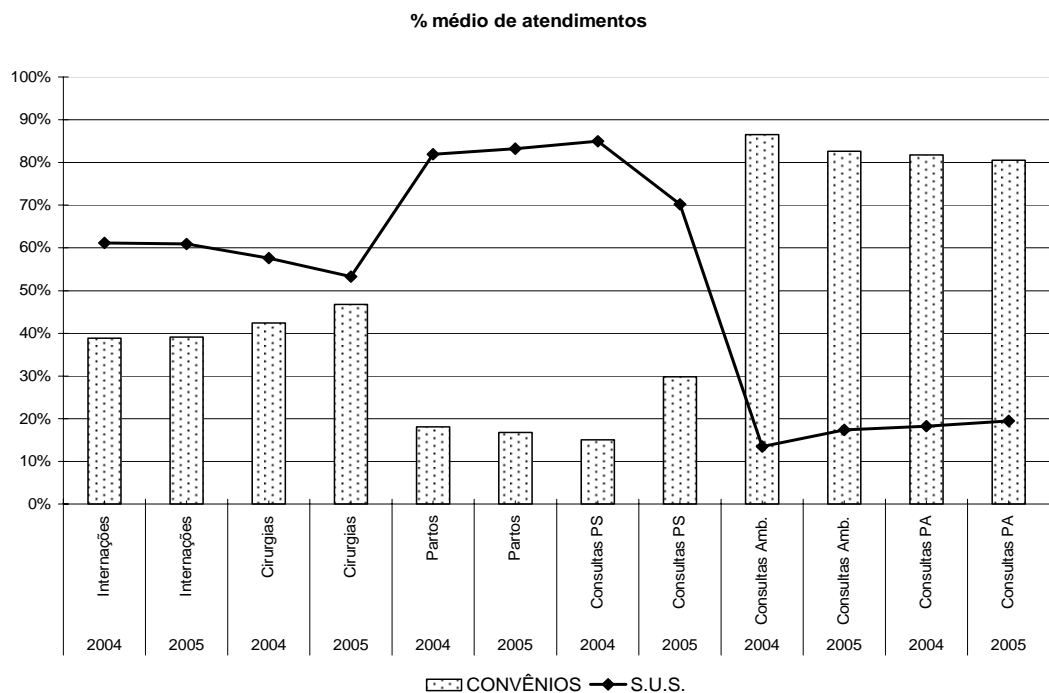


Figura 5 – Percentual médio mensal de atendimentos por convênio

Fonte: Estatística do HMCC

Essa evolução no volume de atendimento, nos últimos 6 anos é apresentada nas Figuras 6 e 7.

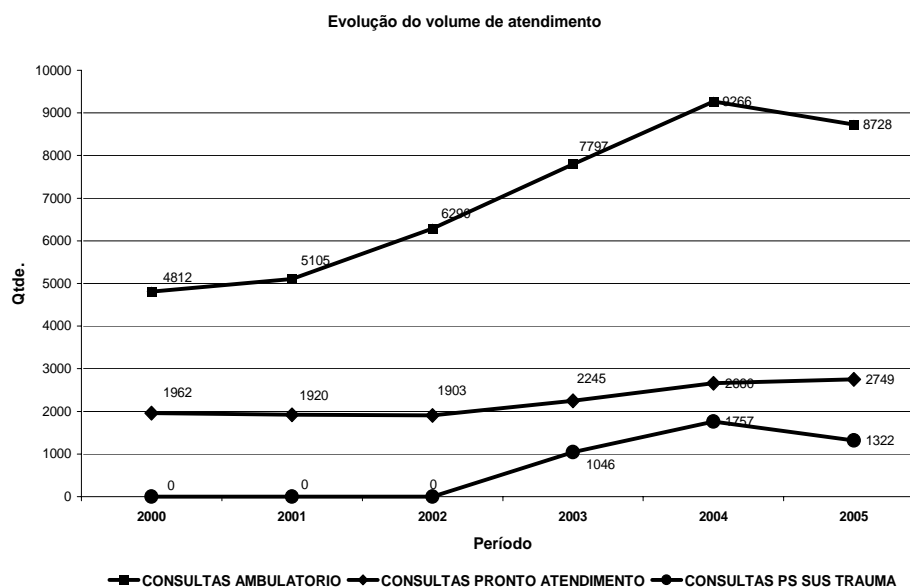


Figura 6 – Média mensal de consultas realizadas

Fonte: Estatística do HMCC

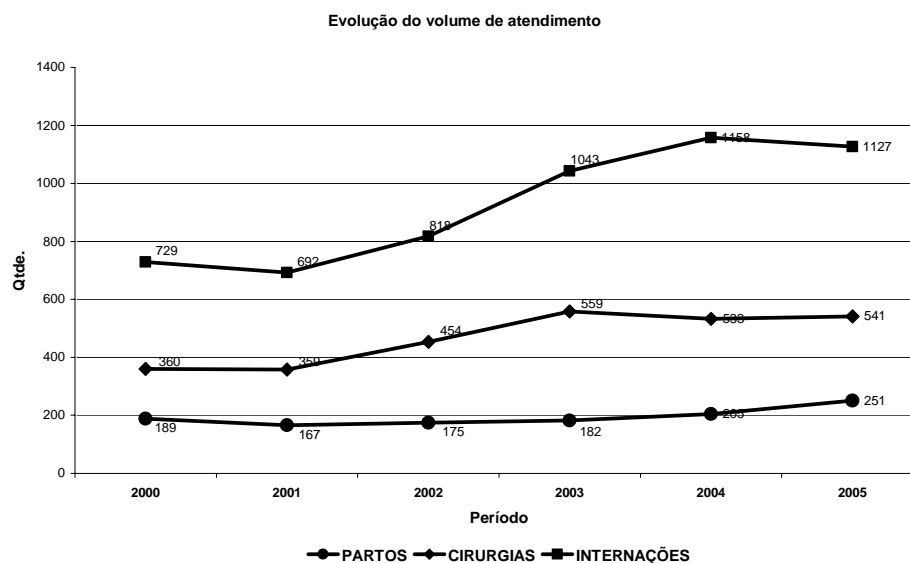


Figura 7 – Média mensal de procedimentos realizados

Fonte: Estatística do HMCC

Em meados de 2004 buscou-se a continuidade do ciclo de planejamento para o biênio 2004/2005. O foco anterior havia sido a inserção definitiva do HMCC na comunidade de Foz do Iguaçu e região, foco notadamente externo. Nesta ocasião, porém, o foco era eminentemente interno, a necessidade de adequação da estrutura e dos processos do HMCC à nova realidade de expansão de serviços e inserção no SUS. Assim, foram identificados os problemas síntese, na grande maioria ligados à expansão rápida dos serviços. Estes problemas foram relacionados às dimensões estratégicas e vinculados a ações prioritárias para os anos de 2004 e 2005.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO HMCC - DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS

LISTA DE PROBLEMAS

1. Indefinição de normas e rotinas;
2. Falhas no sistema informatizado levando à perda de receita, insatisfação do cliente, insatisfação dos fornecedores de serviços e retrabalho;
3. Reclamações sobre a qualidade do atendimento oriundos da clientela dos trabalhadores da Itaipu e dos convênios;
4. Comunicação interna deficitária (ruídos, distorções, etc...);
5. Deficiência na comunicação externa (público, usuário);
6. Distribuição espacial inadequada dos setores e serviços: unidades administrativas dispersas;
7. Armazenamento inadequado de materiais;
8. Espaço físico não permite uma segurança de dados e informações;
9. Acesso e fluxo de pessoas pelo espaço do hospital não é controlado;
10. Demanda por leitos no HMCC é superior a oferta;
11. EXCLUÍDO;
12. Inadequação do espaço físico para as áreas de apoio: faturamento, almoxarifado, nutrição central de esterilização, arquivo, financeiro, farmácia, hemonúcleo, CCIH e lavanderia;
13. Sinalização de ambientes e prestação de serviço de informações ao público são inadequados;
14. Baixa qualificação da mão-de-obra de enfermagem;
15. Elevado índice de afastamento de colaboradores por DORT;
16. Elevado nível de ruídos nos blocos de internação;
17. Inexistência de rotina de separação de lixo para reaproveitamento;
18. Pouca divulgação das ações técnico-científicas do HMCC;
19. EXCLUÍDO;
20. Deficiência nas ações para captação de recursos para atender a demanda S.U.S. da tríplice fronteira;
21. Integração deficiente do Corpo Clínico (médicos) com os demais setores da entidade;
22. Baixa Remuneração do SUS - Sistema Único de Saúde;
23. Informações gerenciais inadequadas e pouco confiáveis;
24. Baixa efetividade no faturamento;
25. Dificuldades na marcação de consultas;
26. Pronto Atendimento inadequado;
27. Escassez de vagas para estacionamento;
28. Desconhecimento do perfil de atendimento do Hospital;
29. Aumento do custo dos insumos sem repasse para o tomador;
30. Descontentamento com as poucas alternativas de alimentação;
31. Espaço físico inadequado para descanso e lazer dos empregados.

Figura 8 – Problemas apontados no planejamento 2004/2005

Fonte: Conselho Diretor do HMCC

Estes problemas, basicamente de foco em reestruturação interna, face ao aumento da demanda, acima do suportado pelas áreas assistenciais e de apoio, geraram ações prioritárias de adequação da estrutura, já com início em 2004.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO HMCC

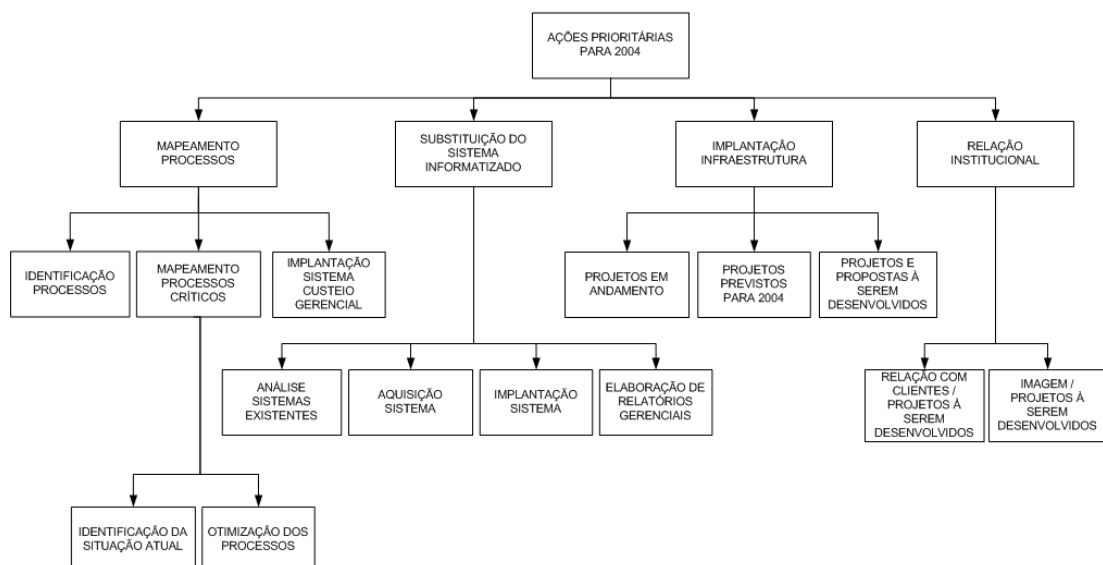


Figura 9 – Ações prioritárias para o biênio 2004/2005

Fonte: Conselho Diretor do HMCC

Estas ações prioritárias estão diretamente ligadas à solução dos principais problemas apontados no diagnóstico (Figura 8), conforme segue:

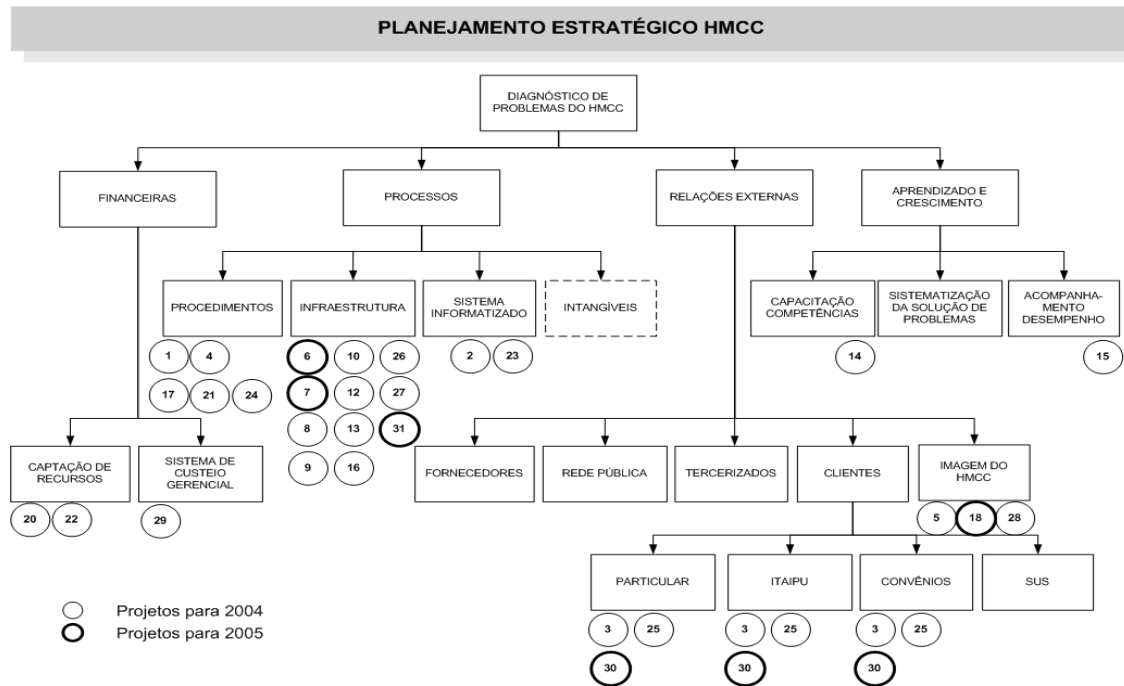


Figura 10 – Ligação dos problemas com as ações prioritárias

Fonte: Conselho Diretor do HMCC

Pelo que foi descrito percebe-se que grande parte dos problemas destacados estava relacionada à dimensão de estrutura e processos. O importante é destacar que a atuação nestes problemas visava buscar uma estrutura de apoio aos principais processos ligados à assistência ao usuário.

Observa-se, nesse processo de mudança da organização, por sua inserção na comunidade, principalmente pela expansão da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, que houve mudanças internas significativas na gestão da organização. Todo processo ocorrido nos últimos dois anos foi acompanhado pela mudança no corpo diretivo e no modelo de gestão adotado. Alguns aspectos de mudança interna que podem ser citados se relacionam com a mudança no processo de tomada de decisão - de forma mais descentralizada, investimento na capacitação e desenvolvimento do corpo funcional e, sobretudo, uma gestão mais aberta e humanizada, sem deixar de lado, porém a busca do equilíbrio econômico e financeiro.

O HMCC vive hoje a necessidade de se adequar à sua nova realidade, de inserção e referência regional para o atendimento de alta complexidade dos pacientes do SUS, sem perder o mercado no atendimento aos convênios e particulares, que mantêm o equilíbrio econômico-financeiro da organização.

Para o biênio 2005/2006 o direcionamento estratégico está relacionado à auto-sustentação da organização. O crescimento da organização foi mais rápido do que se imaginava. Logo após o credenciamento ao SUS, em virtude do aumento da complexidade e dos vultosos investimentos realizados, houve aumento de demanda significativa também nos usuários de convênio e particular. Este crescimento em um espaço reduzido de tempo gerou dificuldades na organização em se adequar a esta nova demanda, mantendo a qualidade do serviço.

Outro problema relacionado foi a falta de planejamento correto dos setores de apoio em função desta nova demanda. Mas talvez o aspecto maior tenha sido que os próprios funcionários e principalmente os gerentes não conseguiram assimilar esta abertura ao SUS em um espaço pequeno de tempo.

Avaliando as unidades organizacionais, percebe-se uma visão muito limitada de seu trabalho, uma falta de entendimento de que cada atividade tem ligação com outra e que a lógica de processos deve ser compreendida por todos. Como a estrutura atual é achatada, não está evidenciado nenhum mecanismo de coordenação entre as áreas de apoio e destas com as áreas assistenciais.

A duplicação do quadro de pessoal pode também ser citada como elemento que dificultou a comunicação entre as unidades, bem como a dificuldade dos gerentes em assumirem suas áreas através de um modelo descentralizado de gestão, devido à cultura deixada pela gestão anterior, de paternalismo e centralização.

Na posição de direção acaba-se ficando mais tempo resolvendo problemas operacionais normalmente ligados a simples falta de integração entre as unidades, do que pensando na estratégia da organização, sobretudo quanto ao horizonte de uma fundação independente da mantenedora atual.

Identifica-se ainda problemas sérios de relacionamento, uma barreira entre as áreas, mais nitidamente entre os médicos e a enfermagem, resultando em uma qualidade deficiente da assistência. A falta de clareza no direcionamento estratégico

da organização ou na comunicação destas estratégias à organização pode ter sido uma das causas desses conflitos. A mudança radical no perfil do usuário, de convênios e particulares, para um usuário do SUS, com grande complexidade no atendimento e em duas áreas extremamente delicadas, como a oncologia e a cardiologia, também afetou diretamente as áreas diretamente ligadas ao usuário – o corpo clínico e a enfermagem e destes com as unidades de apoio.

Médicos e enfermeiros devem deter certa autonomia na execução de suas atividades. Por outro lado, esta autonomia deixa a organização vulnerável em relação ao atendimento das necessidades tanto dos usuários quanto da própria organização. Buscar controlar o trabalho destes com mecanismos de controle mais acirrados não tem maiores resultados, além de criar um desgaste em relação a estes profissionais. Porém colocar o poder da *expertise* dos profissionais acima do poder da estrutura causa desgaste no relacionamento com as demais áreas da organização, que prestam apoio a estas áreas.

Sendo assim, um conjunto de fatores afetou diretamente à organização: aqueles principalmente relacionados à mudança estratégica, que levaram ao crescimento e expansão tanto da assistência prestada quanto da complexidade dessa assistência, somados aos fatores internos, na busca direta de adequação ao novo ambiente e decorrentes da mudança da direção e da busca da profissionalização da gestão.

Os administradores pensam, a princípio, a organização em termos de sua estrutura formal, representada pelo organograma. Esse modelo percebe os aspectos formais do trabalho como o fator mais importante da organização. Porém, essa visão é extremamente limitada. Entende-se por estrutura organizacional a maneira pela qual o trabalho é dividido e coordenado (MINTZBERG, 2003). Basicamente, pode-se definir estrutura organizacional como a distribuição das pessoas entre posições sociais que influenciam os relacionamentos de papéis desempenhados pelas mesmas. Logo, esta distribuição abrange dois outros conceitos: a divisão de trabalho, ou seja, a distribuição do trabalho entre as pessoas, e a hierarquia, isto é, o posicionamento das pessoas na organização (HALL, 1984).

Desta forma, percebe-se estrutura como um conjunto de relações entre os atores organizacionais, incluindo assim as relações de autoridade e subordinação, a formalização dos comportamentos e os padrões adotados no processo de tomada

de decisão, como por exemplo, descentralização, entre outros. Além desta parte formal, visível, engloba ainda aspectos informais das relações (DONALDSON, 1999).

As funções básicas dessa estrutura estão relacionadas à consecução dos objetivos organizacionais, a minimização da influência individual sobre esses resultados e a definição dos contextos onde o poder é exercido, as decisões são tomadas e o trabalho efetivamente é executado (HALL, 1984).

Em um outro plano estão os processos organizacionais, isto é, as ações organizacionais. Nesta perspectiva é que se pode compreender o modo como o trabalho é realmente realizado. A maioria das dimensões do desempenho organizacional resulta de processos interfuncionais, que cruzam as diversas unidades organizacionais. Logo, um processo pode ser visto como uma cadeia de agregação de valores (HARRINGTON, 1993).

Diversos estudos apontam para a necessidade de adequação da estrutura organizacional face aos fatores contingenciais. Dessa forma, a estrutura organizacional e a gestão dos processos passam a ser pontos chave de sucesso na busca dos resultados organizacionais. Salienta-se, aqui, que a estrutura organizacional é decorrente diretamente de fatores internos e indiretamente de fatores externos, ambos chamados fatores contingenciais (DONALDSON, 1999).

Um dos pontos principais de mudança, no caso da organização em questão, está relacionado ao processo de coordenação, especificamente quanto à integração das unidades organizacionais. Percebe-se, com o crescimento da demanda e complexidade da assistência, um problema de integração entre as unidades organizacionais, talvez advindo da instabilidade de grande parte dos seus processos.

Assim, o foco do estudo é a estrutura organizacional da Fundação de Saúde Itaiguapy, considerando sua interação com o contexto ambiental. Face ao impacto da mudança dos fatores contingenciais sobre estrutura e processos da organização, a questão de pesquisa apresentada é: ***Como promover a integração entre as unidades organizacionais, apoiando a eficácia dos processos, em um ambiente hospitalar?***

1.2 JUSTIFICATIVA

O crescimento levou à inadequação da estrutura organizacional da organização pesquisada. Um dos aspectos principais desta inadequação está relacionado à integração entre as unidades organizacionais.

Logo, torna-se necessário abordar o assunto através de pesquisas teóricas e de campo que relacione a mudança organizacional ao fator integração. O assunto é relevante para a organização, auxiliando-a a adequar-se ao seu contexto e eficaz com relação aos seus propósitos.

Donaldson (1999) aponta como importante para a pesquisa contingencial o estudo da adequação, esclarecendo quais contingências influenciam quais aspectos estruturais. Evidente que, relacionando as grandes mudanças vividas atualmente na área de saúde e os movimentos de profissionalização da gestão em grande parte dos hospitais, o estudo torna-se mais relevante.

Pretende-se, também, contribuir com o aprimoramento de estudos empíricos no campo dos estudos organizacionais, levando a uma melhor compreensão, por parte dos gestores, da importância de considerar a estrutura para o entendimento do funcionamento das organizações. No ambiente acadêmico, o estudo também contribuirá para a gestão de organizações hospitalares, visto que a estrutura organizacional é o ponto crítico para o entendimento da organização e os processos que delineiam esta estrutura (HINNINGS, 2003).

O entendimento da estrutura organizacional e seu contexto, e a adequação entre fatores estruturais e fatores contingenciais é relevante, visto que o estudo das organizações através desse entendimento é ainda o caminho dominante da teoria das organizações. Considerando o desempenho da organização como fruto de sua estrutura organizacional, a compreensão de variáveis estruturais e como podem ser afetadas por mudanças no contexto, sem dúvida é válida. Ainda, salientando a integração entre as unidades organizacionais como sendo de fundamental importância para a compreensão da ação organizacional, a importância desta para a eficácia dos processos organizacionais, torna-se intrínseca.

2 REVISÃO CONCEITUAL

Hinnings (2003) aponta a estrutura como ponto vital para o entendimento das organizações, considerando-a como um dos blocos da base da eficiência e eficácia, através do *design* estrutural. Logo, serão abordados os conceitos básicos de estrutura organizacional e seus componentes, a mudança organizacional e a teoria contingencial, bem como alguns aspectos considerados fundamentais das organizações hospitalares, foco deste trabalho.

2.1 CONCEITOS DE ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Neste tópico são apresentadas algumas definições de estrutura organizacional sob diversas óticas.

Hall (1984, p. 37) define estrutura organizacional como correspondendo a “distribuições, em diversos sentidos, das pessoas entre posições sociais que influenciam as relações de papel entre essas pessoas”. Esse conceito abrange duas óticas: a divisão do trabalho e a hierarquia. Sendo assim, atribuem-se atividades aos atores organizacionais e, posteriormente, definem-se as posições e o comportamento desses atores na organização.

Nessa linha, Mintzberg (2003) define estrutura como sendo o conjunto dos meios pelo qual o trabalho é dividido em tarefas distintas e depois coordenado, sendo essa coordenação vinculada às características dessa divisão. Salienta, ainda, a importância do entendimento não só da estrutura formal – a estrutura formalmente planejada, com ênfase nas posições de autoridade e responsabilidade e sujeita ao controle da direção, bem como da estrutura informal - a rede de relações sociais,

com ênfase nas pessoas e suas relações, não estando sujeita ao controle da direção.

Para Bowdicht e Buono (1992) a estrutura é concebida em termos da divisão e especialização do trabalho (diferenciação) e da maneira como é ordenada e controlada (integração).

Alguns autores definem estrutura como uma espécie de ferramenta, configurando formalmente a organização. Outros vêem a estrutura como processos de interação. Desta forma, Ranson, Hinnings e Greenwood (1980) concebem a estrutura organizacional como um complexo meio de controle, continuamente produzido e recriado em interação e também modelando essa interação, isto é, as estruturas são constituídas e constitutivas. Logo, a estrutura modela o que ocorre na organização, ao mesmo tempo em que é modelada pelo que ocorre na organização.

Ranson, Hinnings e Greenwood (1980) ainda apontam duas noções de estrutura. Uma focada na estrutura organizacional como ferramenta focada na diferenciação de posições, formulação de regras e procedimentos e definição da autoridade. Esta parte formal da estrutura estaria fortemente influenciada pela teoria da burocracia, através da formação de uma estrutura precisa e informal de tarefas e relações de autoridade como ponto central no modelo racional. A outra está focada na estrutura como forma de interação, abrangendo a estrutura informal, os padrões de interação existentes, a maneira como as pessoas atuam na organização, formulam políticas e alocam recursos. Logo, a estrutura organizacional reflete as ferramentas e as configurações de interação. A conexão entre essas duas noções é um caminho para compreender a estrutura como um modelo construído para refletir e facilitar o seu propósito.

Observa-se, nesses conceitos, uma ampliação das visões anteriores, fortemente influenciadas pelas idéias de Fayol (1950) e que definiam estrutura organizacional como sendo um conjunto regulamentado de relações de trabalho e coordenado através de um sistema hierárquico de comando e controle.

Apesar de algumas distinções entre os conceitos dos vários autores, podemos destacar dois fatores preponderantes: a divisão do trabalho e a coordenação necessária para que essa divisão funcione de forma aderente, contribuindo para o desempenho da organização.

2.1.1 Dimensões da estrutura organizacional

A estrutura organizacional pode ser detalhada abrangendo várias dimensões. Estas dimensões não são uniformes entre os autores, porém várias semelhanças podem ser identificadas.

Pugh et al. (1968) estabelecem cinco dimensões primárias da estrutura, conforme segue:

- a) especialização como sendo o grau de divisão do trabalho através da organização;
- b) padronização como sendo o grau de definição e utilização de regras e especificações;
- c) formalização como sendo a extensão na qual regras, procedimentos, instruções e comunicações são escritas;
- d) centralização como sendo o ponto da hierarquia no qual a tomada de decisão ocorre;
- e) configuração como sendo a própria forma da estrutura, pelo uso combinado das demais dimensões.

Para Mintzberg (2003) estas dimensões são apresentadas como parâmetros da concepção da organização, sistematizando a divisão e a coordenação do trabalho. Esta coordenação é definida através de cinco mecanismos de coordenação, assim apresentados:

- a) sob ajustamento mútuo a coordenação é obtida pelo simples processo de comunicação informal;

- b) sob supervisão direta a coordenação é realizada por um responsável pelo trabalho dos demais, fornecendo-lhes instruções e monitorando ações;
- c) sob padronização de processos a coordenação é realizada pela especificação e programação do trabalho a ser realizado;
- d) sob padronização de saídas a coordenação é obtida pela definição dos resultados esperados pelo trabalho;
- e) sob padronização de habilidades a coordenação é efetuada pela especificação do treinamento exigido para o desempenho do trabalho.

Apesar de reconhecer esses mecanismos como formas de controle, o autor salienta que são os elementos mais básicos da estrutura, funcionando como elo da organização. Evidente que para a configuração da estrutura, o autor apresenta um modelo baseado em parâmetros de concepção, que moldam a divisão do trabalho e os mecanismos de coordenação. O quadro a seguir resume estes parâmetros.

GRUPO	PARÂMETRO DE DESIGN	CONCEITOS RELACIONADOS
<i>Design das posições</i>	Especialização da tarefa Formalização do comportamento Treinamento e doutrinação	Divisão básica do trabalho Padronização do trabalho Padronização das habilidades
<i>Design da superestrutura</i>	Agrupamento em unidades Tamanho das unidades	Supervisão direta Divisão do trabalho Organograma Amplitude de controle
<i>Design dos vínculos laterais</i>	Sistemas de planejamento e controle Instrumentos de vínculo	Padronização de <i>output</i> Ajuste mútuo
<i>Design do sistema de tomada de decisão</i>	Descentralização vertical Descentralização horizontal	Divisão do trabalho Sistemas de autoridade formal

Figura 11 – Parâmetros de design

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2003)

Para Mintzberg (2003) existem, basicamente, cinco entendimentos sobre o funcionamento da organização, baseados em cinco fluxos.

A organização pode ser vista como um sistema de autoridade formal, instituída através de sua hierarquia, conforme demonstrado na Figura 12a. Assim, a organização é demonstrada através das linhas do organograma, transparecendo claramente as áreas existentes, o agrupamento destas áreas e a autoridade formal instituída ou, em outras palavras, o uso da supervisão direta como mecanismo de coordenação.

A organização também pode ser vista como um fluxo de atividades regulamentadas (Figura 12b), abrangendo a formalização das atividades operacionais e as regras impostas pela hierarquia administrativa. A ênfase, ao contrário da visão anterior, está na padronização dos processos como mecanismo de coordenação.

Ainda, a organização pode ser descrita como um sistema de comunicação informal, priorizando o ajustamento mútuo como mecanismo chave de coordenação. Na Figura 12c evidencia-se que a comunicação informal complementa e/ou contorna os canais formais, tanto de padronização quanto de supervisão.

Na Figura 12d apresenta-se a organização como um conjunto de grupos não relacionados à hierarquia para realização do trabalho. Cada grupo trabalha em torno de decisões distintas, apropriadas ao seu nível hierárquico. Por fim, a organização é apresentada como um processo de tomada de decisão (Figura 12e), que incorpora vários níveis e atores da organização. Na visão de Mintzberg (2003) a superposição destas cinco visões demonstra a complexidade com a qual lidamos nas organizações.

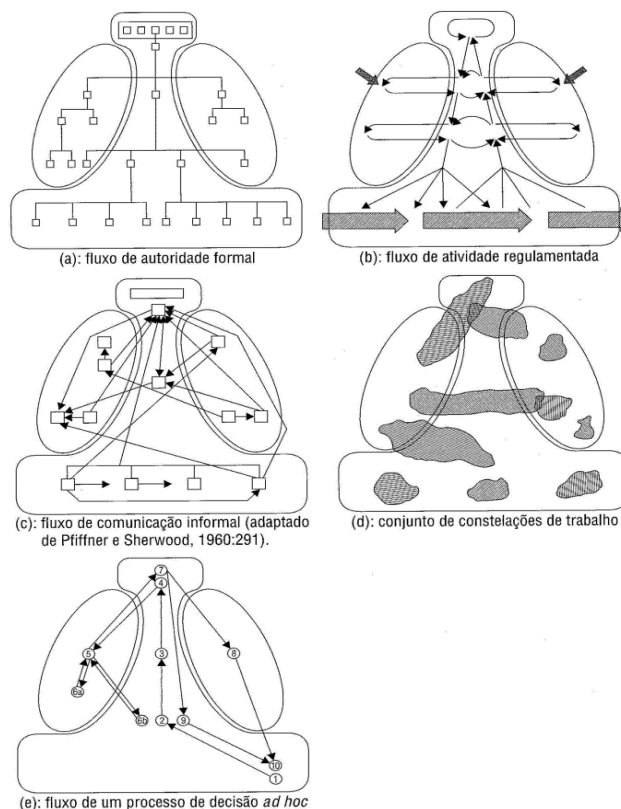


Figura 12 – Funcionamento das organizações

Fonte: Mintzberg (2003, p.31)

2.1.2 Teoria da contingência estrutural

Avançando no conceito de estrutura organizacional, a teoria da contingência ainda é o paradigma para análise da estrutura nas organizações. Esta teoria rompe com os princípios da organização, estabelecendo que não há uma estrutura organizacional única e ideal para todas as organizações (DONALDSON, 1999).

Antes se buscava esta resposta única quanto à forma de estruturar uma organização. Porém a estrutura dita ideal é contingente a determinados fatores⁵, como por exemplo, estratégia, tamanho, incerteza com relação às tarefas e tecnologia. Estes fatores refletem o ambiente no qual a organização está inserida.

Logo, a teoria da contingência deve ser vista como um rompimento com a idéia de *one best way*. Pode-se assim afirmar que não há forma única para conceber a estrutura organizacional e modelos universais e absolutos perdem o sentido (BERTERO, 1999).

Sendo assim, as dimensões da estrutura organizacional, vistas anteriormente, devem ser definidas de acordo com essa inserção da organização em seu ambiente, sendo cada aspecto contingente a determinados fatores, ditos contingenciais.

2.2 DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Na visão de Hall (1984) existem três aspectos principais da estrutura organizacional: complexidade, formalização e centralização. O autor aponta que a complexidade é um dos grandes fatores de determinação da estrutura, lembrando sempre que “as condições externas e os processos internos são os fatores principais que determinam a forma de uma organização” (HALL, 1984, p.54). Esta

⁵ Maiores detalhes sobre os fatores contingenciais são apresentados no tópico 2.4.

complexidade tem como componentes a diferenciação horizontal, a diferenciação vertical e a dispersão espacial, não sendo este último objeto deste trabalho.

A diferenciação horizontal refere-se à divisão das tarefas entre os membros da organização. Esta divisão está relacionada diretamente ao grau em que se deseja dividir estas tarefas. As tarefas rotineiras e uniformes seriam mais subdivididas, enquanto que as tarefas complexas não seriam tão subdivididas, ficando a cargo de especialistas ou profissionais.

A diferenciação vertical refere-se aos níveis hierárquicos da organização, refletindo a distribuição da autoridade na organização. Ambas as diferenciações apresentam problemas de controle, comunicação e coordenação diretamente proporcionais. Hall (1984, p.61) conclui que “há uma forte tendência para que as organizações se tornem mais complexas à medida que suas próprias atividades e o ambiente que as cercam se tornem mais complexos”.

Lawrence e Lorsch (1967) definem diferenciação como o estado de segmentação do sistema organizacional em subsistemas, cada qual tendendo a desenvolver atributos particulares em relação às exigências do meio ambiente. A integração é definida como o processo de realização de esforços unificados entre os vários subsistemas na consecução das atividades organizacionais, entendendo estas atividades como um ciclo de entrada, transformação e saída, na produção de bens e serviços.

Em estudo posterior, Lawrence e Lorsch (1973) concebem a organização como um sistema aberto, na qual os comportamentos dos atores organizacionais estão inter-relacionados, e apontam dois importantes aspectos organizacionais: à medida que as organizações crescem se diferenciam em partes, e o funcionamento dessas partes deve ser integrado para consecução dos objetivos organizacionais.

Sendo assim, o conceito de diferenciação passa a abranger não somente a segmentação, mas também as diferenças de atitude e comportamento. A análise realizada pelos autores quanto à diferenciação incorporou quatro dimensões, sendo estas dimensões fundamentais para o entendimento do conceito de diferenciação, visto que estão ligadas às diferenças nas orientações e na estrutura. As quatro dimensões são:

- a) orientação dirigida a metas particulares – diferenças entre os objetivos das unidades organizacionais;
- b) orientação relativa ao tempo – diferenças de visão de curto ou longo prazo entre as unidades organizacionais;
- c) orientação interpessoal – diferenças de tratamento entre os pares;
- d) formalidade⁶ da estrutura – nível de relações formais existentes.

O conceito de integração também é ampliado, definido como “o estado de colaboração existente entre departamentos necessários para realizar a unidade de esforço de acordo com as exigências do ambiente” (LAWRENCE; LORSCH, 1973, p. 28). Sendo assim, o reconhecimento das conseqüências da divisão do trabalho sobre o comportamento dos membros da organização leva ao entendimento dos problemas de integração.

O estudo apontou que a realização de um grau de diferenciação compatível com o ambiente relaciona-se diretamente com seu efetivo desempenho. Porém, há uma clara relação inversa entre as diferenças nas orientações e nas estruturas entre unidades organizacionais e a capacidade de integração entre elas, ou seja, quanto mais semelhante na estrutura e nas orientações, mais efetiva é a integração entre duas unidades.

Logo, nas organizações altamente diferenciadas o desempenho será diretamente ligado à capacidade da organização de resolver seus conflitos interdepartamentais, ou em outras palavras, sua capacidade de integração.

Os principais pontos de conclusão das pesquisas de Lawrence e Lorsch (1973) sobre diferenciação e integração apontaram para:

- a) as variáveis externas (a certeza e a diversidade do ambiente e o foco estratégico), os estados internos de diferenciação e integração e o processo de solução de conflitos são intimamente relacionados;
- b) nas organizações com alto desempenho o estado de diferenciação harmoniza-se com partes do ambiente, enquanto que o estado de integração harmoniza-se com esta necessidade de interdependência;

⁶ Embora na tradução esteja formalismo, será adotado o termo formalidade, para não confundir com o termo na forma como se encontra apresentado em Ramos, Alberto Guerreiro. Administração e contexto brasileiro. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1983.

- c) em contrapartida, é evidente a relação inversa entre os estados de diferenciação e integração;
- d) logo, nas organizações de alto desempenho com alto grau de diferenciação surge a necessidade de mecanismos integradores mais complexos;
- e) quando a organização satisfaz os determinantes da solução de conflitos, sobretudo o confronto de conflitos e a influência baseada na competência e na perícia, ela se torna capaz de manter os estados exigidos pelo seu ambiente de diferenciação e integração.

Nesta mesma linha, Hall (1984) salienta que um alto grau de diferenciação está diretamente relacionado a um ambiente altamente complexo, sobretudo quanto à situação competitiva e à tecnologia. Sendo assim, a estrutura assumida por uma organização depende das condições ambientais que ela enfrenta.

Partindo do conceito de integração, como sendo “a qualidade do estado de colaboração existente entre os departamentos que são solicitados a conseguir uma unidade nos esforços pela demanda do ambiente” (HALL, 1984, p.63), fica claro que a diferenciação conduz inevitavelmente ao conflito entre o comportamento departamental e individual que, se resolvido, torna-se fonte importante da consecução dos objetivos organizacionais.

Logo, é importante abordar os mecanismos de integração e o processo de solução de conflitos existentes na teoria organizacional.

2.3 MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

Longest e Klingensmith (1993) apontam a coordenação e comunicação como formas de integrar as pessoas e as unidades à organização. A necessidade desta integração está na interdependência entre os indivíduos e as unidades organizacionais, variando, como citado anteriormente, pela complexidade da

organização. Na ótica dos autores o conceito de coordenação, como a atividade de sincronizar atividades em função da consecução dos objetivos organizacionais, tem clara relação com o conceito de integração anteriormente citado, concluindo que em organizações complexas, com alto grau de diferenciação, necessita-se alto grau de coordenação.

Mintzberg (2003) aponta cinco formas de coordenação adotadas pelas organizações, porém salienta que a supervisão direta, bem como as formas de padronização, não são capazes de oferecer a coordenação exigida pelas organizações. Na ótica do autor interdependências importantes, mesmo após toda a estruturação da organização, permanecem sem definição. A coordenação dessas interdependências resultantes seria realizada através do ajustamento mútuo, definido anteriormente. Sendo assim, Mintzberg (2003) sugere ferramentas facilitadoras desses contatos interpessoais. Essas ferramentas são definidas como instrumentos de interligação e serão definidas no tópico 2.3.1.

Lawrence e Lorsch (1973) também focam a capacidade de organizações altamente diferenciadas e integradas em criar práticas para tomar decisões interdepartamentais e resolver conflitos. A solução de conflitos e a tomada de decisão em conjunto passam, nesta visão, a serem fundamentais no processo de adaptação dos meios de integração às necessidades de diferenciação. Os mecanismos integradores, bem como os determinantes da resolução de conflitos serão apontados no tópico 2.3.2.

2.3.1 Instrumentos de interligação de Mintzberg

Mintzberg (2003) reduziu os instrumentos de interligação, definidos anteriormente por Galbraith através de um continuum do mais simples ao mais elaborado, a quatro tipos básicos, descritos a seguir.

O primeiro e mais simples instrumento de interligação é o cargo de interligação, cargo formalmente criado para conduzir a comunicação. Apesar de não

possuir autoridade formal, atua na integração dos canais de comunicação entre as unidades organizacionais. Mesmo não detendo poder formal, tem considerável poder informal, sobretudo pelo conhecimento da organização.

As forças-tarefas e comitês permanentes surgem como segundo veículo de interligação, de forma a facilitar a integração entre as áreas, através da discussão aberta de problemas organizacionais. A única diferença entre os dois comitês é o caráter permanente do segundo.

Na necessidade de maior integração surge o gerente integrador, cargo como o gerente de marcas, que integra áreas como produção e venda ou mesmo os gerentes de unidades hospitalares, integrando atividades dos médicos, enfermeiros e áreas de apoio. O poder formal deste gerente inclui o processo de decisão que cruza várias unidades organizacionais, porém, por definição, não estende sua autoridade ao pessoal destas áreas. Daí surge o principal problema do gerente integrador, influenciar o comportamento de pessoas sobre as quais não tem autoridade formal. Por outro lado, vários aspectos relacionados à atuação do gerente como integrador são apontados por Lawrence e Lorsch (1973) e descritos no próximo tópico.

Por fim, já atuando no nível de bases de agrupamento, Mintzberg (2003) aponta que nem as estruturas funcionais, tampouco as estruturas baseadas no mercado, conseguem contemplar todas as interdependências. O quarto instrumento, a estrutura matricial, evita a definição de uma base de agrupamento específica, utilizando um modelo híbrido entre as duas bases de agrupamento. Além do equilíbrio de poder formal existente entre os gerentes, a estrutura matricial sacrifica o princípio da unidade de comando, porém prepara a organização para a resolução de conflitos via negociação ao invés de autoridade formal.

O autor ainda sugere que os instrumentos de interligação sejam usados quando a organização depende do ajustamento mútuo como mecanismo de coordenação. Isto leva à afirmação de que “os instrumentos de interligação são ferramentas destinadas principalmente às estruturas orgânicas” (MINTZBERG, 2003, p.109).

Avançando na análise, o autor salienta o uso desses instrumentos quando o trabalho é horizontalmente especializado, complexo e altamente interdependente.

Esse ponto é extremamente importante quando se analisa organizações hospitalares, que se enquadram diretamente na descrição acima. Isto se justifica pela análise em sentido contrário. Se o trabalho não é horizontalmente especializado e interdependente, a coordenação rigorosa não é necessária. Se o trabalho não é complexo, a supervisão direta e a padronização de processos ou de *outputs* atendem às necessidades de coordenação. Com mais complexidade, a padronização de habilidades surge como forma ótima, desde que não haja grande interdependência entre as atividades. Neste ponto é que os instrumentos de interligação tornam-se necessários, principalmente ligados à organização profissional, que será abordada em tópico específico.

2.3.2 Mecanismos integradores de Lawrence e Lorsch

Lawrence e Lorsch (1973), em sua pesquisa, estudaram também quais determinantes da eficaz resolução de conflitos estariam presentes nas organizações altamente diferenciadas e integradas. Partindo da necessidade de integradores nas organizações os autores estabelecem determinantes da eficiente resolução de conflitos:

- a) orientação e estrutura intermediária dos integradores – entende-se por este fator a capacidade de criar, nos gerentes integradores, uma estrutura e orientações intermediárias em relação aos diversos gerentes das unidades a serem integradas;
- b) grau de influência dos integradores – este fator relaciona-se com a influência na tomada de decisão, baseada sobremaneira na competência julgada dos mesmos pelos seus pares e na estreita relação com a cúpula da organização⁷;

⁷ Para Lawrence e Lorsch (1973), nas empresas de alto rendimento a competência e a autoridade formal se reforçam; evidente que em problemas mais complexos a competência talvez influencie mais na resolução do conflito.

- c) sistema de remuneração dos integradores – este fator indica a maneira como os integradores percebem a forma de avaliação dos resultados do seu trabalho.

Os autores consideram ainda três outros fatores que influenciam na resolução de conflitos com impacto no comportamento não só dos integradores, mas também dos gerentes funcionais. O primeiro é o julgamento por todos os envolvidos na solução de conflitos, que têm grande influência na tomada de decisão, tornando o processo mais participativo. O segundo fator está relacionado com a exigência de que dentro de cada unidade organizacional a influência seja concentrada no nível com conhecimento necessário para apoiar a resolução do conflito e a tomada de decisão. Por fim, o terceiro fator é o modo de comportamento utilizado pela organização para a solução dos conflitos interdepartamentais. Lawrence e Lorsch (1973) consideram o confronto como o método mais eficaz na resolução dos conflitos. Outra forma é o nivelamento das diferenças através de um superior imediato, e por fim, a imposição das decisões⁸.

2.4 FATORES CONTINGENCIAIS

Hinnings (2003) define a teoria da contingência estrutural com base no estabelecimento de relações entre aspectos estruturais da organização e fatores ambientais como tamanho, tecnologia, incerteza das tarefas, estratégia, entre outros. A correta integração entre estas variáveis de contexto com as variáveis estruturais – especialização, padronização, formalização, centralização e configuração - é objeto das organizações eficientes e eficazes. Sendo assim, Hinnings (2003) adverte que a estrutura de uma organização tem que ser adaptada ao seu contexto, pois seu desempenho é diretamente relacionado com essa capacidade de adequação.

⁸ Lawrence e Lorsch (1973) salientam o confronto como condutor a uma eficiente solução de conflitos e aos desejados estados de diferenciação e integração, sobretudo nas organizações altamente diferenciadas e integradas.

Na mesma linha, Lawrence e Lorsch (1973) salientam que os estados de diferenciação e integração nas organizações ditas de alto desempenho dependem das exigências de seu ambiente. Em mercados dinâmicos as organizações eficientes devem ser altamente diferenciadas e integradas. Em ambientes mais estáveis e menos diversificados as organizações eficientes são menos diferenciadas, mas mesmo assim necessitam de alto grau de integração. Logo, os mecanismos relacionados à integração necessitam ser adaptados em relação ao grau dos problemas, dos mais complexos a problemas operacionais pontuais, tendo sempre em mente que quanto mais diferenciada a organização, mais complexos serão estes mecanismos. Evidente que este estado de diferenciação e integração necessita ser adequado às condições ambientais. Para isso ocorrer, é necessária a realização da maior parte dos determinantes da eficaz solução de conflitos.

O quadro a seguir, adaptado da pesquisa de Lawrence e Lorsch (1973) procura demonstrar o exposto no parágrafo anterior. Apesar de estados de diferenciação diversificados, devido ao ambiente de cada organização, as organizações definidas como de alto desempenho eram altamente integradas, porém com a diferença na complexidade dos mecanismos integradores.

GRAU DE DIFERENCIAÇÃO	ALTO	MÉDIO	BAIXO
Mecanismos integradores ⁹	1. Departamento integrador	1. Integradores individuais	1. Contato direto entre os diretores
	2. Equipes permanentes	2. Equipes temporárias	2. Hierarquia administrativa
	3. Contato direto entre os diretores	3. Contato direto entre os diretores	3. Sistema de movimentação de papéis
	4. Hierarquia administrativa	4. Hierarquia administrativa	—
	5. Sistema de movimentação de papéis	5. Sistema de movimentação de papéis	—

Figura 13 – Mecanismos integradores em organizações de alto rendimento

Fonte: Adaptado de Lawrence e Lorsch (1973, p. 160)

⁹ Os autores apontam que a grande diferença entre as empresas analisadas deriva de uma semelhança: cada empresa adotou mecanismos coerentes com seu ambiente.

Na análise do quadro anterior, podemos avançar nos fatores contingenciais. A organização que atuava no mercado mais dinâmico e diversificado era a com maior grau de diferenciação entre suas unidades. Logo, para obter o grau desejado de integração necessitava de mecanismos mais complexos de integração. Como os problemas de integração eram complexos, os níveis intermediário e inferior envolviam-se diretamente na tomada de decisão, confiando fortemente no confronto como forma natural de resolução de conflitos (Figura 14).

Em contrapartida, a organização atuante no mercado mais estável e homogêneo tinha suas unidades não tão diferenciadas, exigindo apenas a hierarquia como mecanismo integrador. Nesta organização a influência situava-se na cúpula, porém esta influência derivava não só da posição hierárquica, mas também da competência e conhecimento.

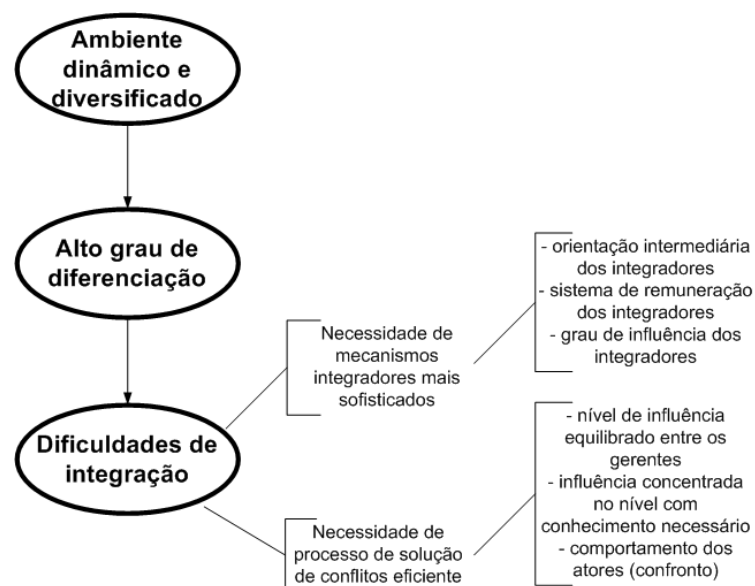


Figura 14 – Teoria contingencial das empresas

Fonte: Adaptado de Lawrence e Lorsch (1973)

2.4.1 Mudança e os conceitos de diferenciação e integração

As organizações encontram-se permanentemente submetidas à pressão, sobretudo quanto ao crescimento. Pelo visto anteriormente, essa pressão é externa na forma de novas exigências do ambiente e/ou interna, na ampliação e desenvolvimento de novas oportunidades. A questão chave está nas mudanças necessárias na estrutura organizacional para adequação aos novos padrões. O entendimento dos conceitos de diferenciação e integração contribui diretamente nesta adequação.

Lawrence e Lorsch (1973) apontam dois enfoques para essa adequação. Uma é o enfoque educacional, fornecendo às pessoas a compreensão necessária da mudança, suas razões e a exigência de novos comportamentos organizacionais. O outro enfoque é o estrutural, através da criação de mecanismos de integração ou mesmo de modificação dos componentes estruturais.

Nesta mesma linha, porém de forma mais abrangente, discute-se hoje os conceitos de integração vertical e horizontal, englobando assim toda a cadeia de agregação de valor de determinado produto no mercado. O estudo aqui proposto pretende estabelecer os graus de diferenciação e integração dentro da cadeia de agregação de valor de uma organização hospitalar altamente complexa e diferenciada.

Neste contexto, é fundamental o entendimento de que, nos discursos atuais, temas como reorganização, reorientação e reengenharia estão gerando mudanças nas formas organizacionais, aparentemente rejeitando a base conceitual de estrutura organizacional e teoria contingencial. Logo, organizações baseadas em equipes, estruturas em rede, organizações de aprendizagem têm sido constantemente promovidas como novas estruturas organizacionais.

Porém, numa análise mais aprofundada percebe-se que essas mudanças estão relacionadas aos fatores estruturais, não rompendo com as teorias existentes. As atividades, os processos, os produtos e serviços estão no coração do *design* organizacional, estando inseridos na estrutura organizacional. Desta forma, não se pode analisar e estudar as organizações sem uma de suas áreas conceituais chave – o estudo da estrutura (HINNINGS, 2003).

2.5 PROCESSOS COMO MODO DE COORDENAÇÃO

Segundo Harrington (1993, p.10), “processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (*input*), agrega-lhe valor e gera uma saída (*output*) para um cliente interno ou externo. Os processos fazem uso dos recursos da organização para gerar resultados concretos”.

Na visão de Cury (2000) processo é uma série de etapas que recebem insumos, gerando produtos com valor agregado, usados para fins específicos. Já segundo Cruz (1997) processo é a maneira pela qual um conjunto de atividades cria ou transforma insumos com a finalidade de produzir bens ou serviços, com qualidade, para serem adquiridos pelos clientes.

Hall (1984) identifica os processos com a dinâmica das organizações. Vários aspectos estão intimamente relacionados – poder e conflito, liderança, comunicação, entre outros.

Como descrito anteriormente, o conflito pode ser utilizado como mecanismo integrador. Sendo assim, o poder e o conflito surgem pelos arranjos estruturais existentes. Isto demonstra a relação direta entre estrutura organizacional e processos, visto que é a estrutura que define os limites das relações organizacionais e é através dos processos que percebemos as relações organizacionais como fonte de desempenho.

Harrington (1993) ainda apresenta o conceito de gerenciamento de processos como sendo a definição, análise e melhoria dos processos com o objetivo de atender as necessidades e expectativas dos clientes. Sendo assim estabelece uma metodologia de gerenciamento de processos compreendendo cinco fases:

- a) entendimento do negócio: entender os processos da organização e determinar quais processos farão parte do início do mapeamento;
- b) entendimento dos processos: nesta fase procura-se o perfeito entendimento do processo, pela compreensão de como as “entradas” são processadas e resultam em “saídas” para um cliente interno ou externo; identifica-se o objetivo dos processos, fluxo das atividades e recursos

envolvidos; para construir uma base comum de análise, elabora-se posteriormente o mapa do processo;

- c) aperfeiçoamento dos processos: após o mapeamento dos processos, pode se concentrar na busca por melhorias que possam ser realizadas nas atividades consideradas mais críticas;
- d) medição e controle: uma das etapas importantes do método é desenvolver um conjunto de indicadores para o acompanhamento do desempenho das atividades e processos, bem como da efetividade das futuras melhorias que serão promovidas;
- e) aperfeiçoamento contínuo: é necessário um processo contínuo de aperfeiçoamento para manter o nível dos processos, sobretudo porque as pessoas, sistemas e necessidades tanto da empresa quanto do cliente mudam.

2.6 A BUROCRACIA PROFISSIONAL

Mintzberg (2003) define como burocracia profissional as organizações como universidades, hospitais, escolas, entre outras. Esta tipologia é uma das cinco apresentadas pelo autor em seu modelo de análise das estruturas organizacionais.

A base desta tipologia é que o mecanismo de coordenação é a padronização de habilidades e seu parâmetro de *design*, o treinamento e a doutrinação. A burocracia profissional enfatiza o poder do conhecimento especializado, sendo o trabalho altamente especializado na dimensão horizontal, mas ampliado na vertical.

Neste modelo, o núcleo operacional – os membros que executam o trabalho diretamente ligado à prestação dos serviços¹⁰ – é a parte chave. A outra parte da

¹⁰ Entende-se o fluxo operacional como as atividades ligadas diretamente à assistência ao usuário, sobretudo relacionados às atividades médicas e de enfermagem.

organização relativamente organizada é a assessoria de apoio¹¹ – unidades focadas em dar apoio à organização fora do fluxo de trabalho operacional - focada no atendimento ao núcleo operacional. Sendo assim, as demais partes componentes da organização não são muito elaboradas. Isto ocorre pela dificuldade de coordenar o trabalho operacional em função da supervisão direta ou mesmo outras formas de padronização¹².

O autor detalha, ainda, que a burocracia profissional é uma estrutura altamente descentralizada, tanto na dimensão horizontal quanto vertical. Sugere uma estrutura altamente democrática, pelo menos para os integrantes do núcleo operacional, e extremamente burocrática para as unidades de assessoria de apoio.

Alguns problemas de coordenação podem ser relacionados nesta tipologia. Primeiro a necessidade de coordenação entre os profissionais e as áreas de apoio. A visão das áreas assistenciais é que as áreas de apoio devem apenas servi-las. Isto coloca o pessoal de apoio entre o poder funcional de suas unidades e o poder do conhecimento profissional.

Além desse problema, a autonomia necessária no núcleo operacional gera deficiências que os próprios profissionais omitem. Segundo Mintzberg (2003, p. 233) “a autonomia não apenas permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes; também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização”.

2.6.1 Estrutura organizacional em hospitais

Atualmente os hospitais são organizações de grande complexidade, demandando a necessidade de trabalhar de forma mais sistêmica. No entanto, nunca se deve esquecer que o hospital é um local de cura e formação de

¹¹ Áreas como nutrição, farmácia, hotelaria, entre outras, que prestam seus serviços ao fluxo operacional.

¹² O autor aponta em sua tipologia mais três partes componentes: a cúpula estratégica – unidade com responsabilidade global pela organização; a linha intermediária – cadeia de gerentes intermediários e, a tecnoestrutura – conjunto de analistas que efetivam certas formas de padronização.

conhecimento técnico e científico em várias áreas, onde a ética, a transparência, a confiança e a harmonia entre as unidades devem prevalecer.

Shortell e Kaluzny (1993) apontam que a gestão dos serviços de saúde é um desafio devido a vários fatores, entre eles o aumento na demanda por serviços, as estratégias de otimização de custos, as tensões entre as áreas, as pressões por mudança tecnológica, bem como o aumento das exigências por serviços de qualidade.

Percebe-se, então, um movimento em direção ao atendimento das necessidades dos usuários, através de um foco na assistência cada vez com mais qualidade. Para isso, as organizações de saúde, mais particularmente os hospitais, necessitam de modelos de gestão tão eficientes quanto em outros setores organizacionais, sempre considerando suas características próprias. Dessa forma, a estrutura organizacional passa a ser um aspecto essencial na busca dessa eficiência.

Nos hospitais, grande parte dos processos transcende as unidades organizacionais. Como as unidades são altamente diferenciadas, isto leva ao problema de pesquisa, ou seja, a dificuldade de integração entre as unidades organizacionais. Esse fato, além de ocasionar impacto sobre a assistência prestada, pode gerar aumento dos custos, dificultando a gestão da organização.

É certo apontar que melhores serviços hospitalares, tanto no atendimento às necessidades dos usuários quanto da organização resultam do produto das ações e interações de todas as pessoas envolvidas em cada processo organizacional. Nesta linha, Rummler e Brache (1994) salientam que a estrutura organizacional deve focalizar a natureza e o fluxo do trabalho, sendo o desempenho resultado da eficiência dos processos.

Percebe-se, ainda, nos hospitais, a necessidade de uma elevada fragmentação de tarefas e alta especialização, podendo levar atividades simples a se transformarem em formas administrativas extremamente ineficientes, pelas dificuldades de coordenação (MINTZBERG, 2003).

Teixeira (1983) adverte que o principal objetivo do hospital é satisfazer as necessidades do usuário para o tratamento e cura, porém cada unidade

organizacional interpreta esse objetivo em função de seu próprio conjunto de valores.

Neste contexto, Shortell e Kaluzny (1993) mencionam outros aspectos importantes nas organizações hospitalares:

- a) a definição e medição de resultados são extremamente difíceis;
- b) o trabalho é altamente complexo e variável;
- c) as atividades são altamente interdependentes, exigindo um alto grau de coordenação entre as diversas áreas;
- d) o trabalho envolve alto grau de especialização;
- e) pequeno controle gerencial sobre os grupos de profissionais, mais especificamente sobre os médicos.

Mintzberg (2003) aponta que a única forma de coordenação eficaz neste tipo de ambiente é a padronização de habilidades, que na verdade é um mecanismo de coordenação livre. Os administradores tendem a controlar o trabalho buscando outros mecanismos de coordenação, ou seja, supervisão direta, padronização de trabalho ou de resultados. Porém, o trabalho complexo necessita estar sobre o controle da pessoa que o executa. Isto gera inúmeros problemas de coordenação entre os próprios profissionais, bem como entre as unidades organizacionais, sobretudo destes com as áreas de apoio, que ficam divididas entre a autoridade de linha e o poder horizontal exercido pelas especialidades.

Logo, em um ambiente hospitalar as áreas de assistência tendem a se organizar ao redor do fluxo de trabalho, convergindo todo o processo na contínua assistência ao usuário. Por outro lado, as áreas médicas organizam-se por especialidades, focando a cura de maneira intermitente, ou seja, cada profissional atua na sua área de especialidade. Ainda nesta linha, os gerentes, principalmente nas áreas suportes organizam-se em termos da hierarquia, focando sobretudo na função controle. Por fim, o corpo diretivo atua na integração com a comunidade. As diferentes visões destas quatro “áreas” (figura 15) podem transformar a gestão em uma tarefa extremamente difícil (MINTZBERG, 1997).

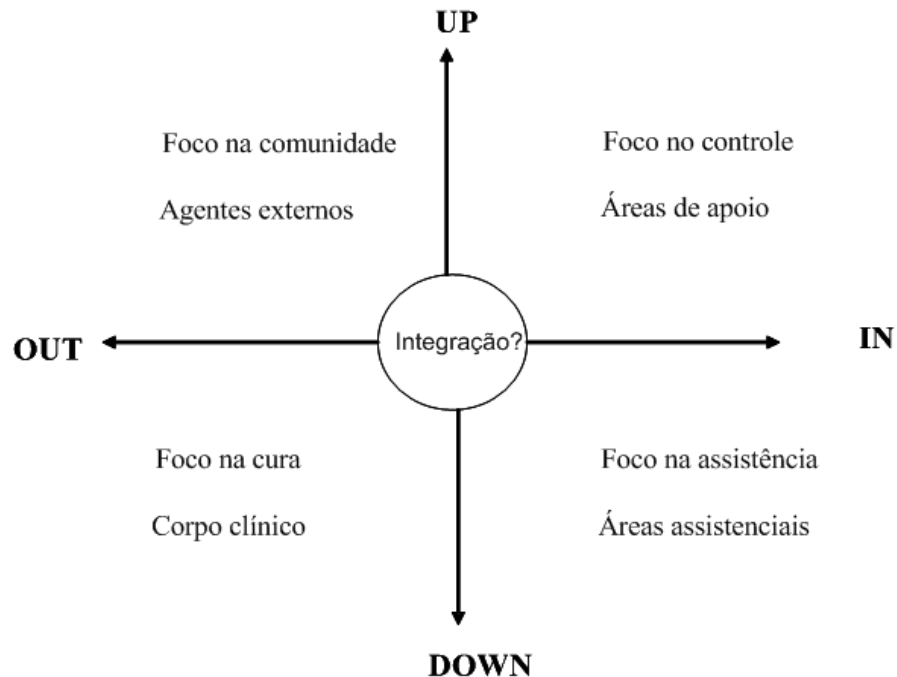


Figura 15 – As diferentes visões em um hospital

Fonte: Adaptado de Mintzberg, 1997

Denis et al. (1999) afirmam que as estruturas em hospitais diluem o poder dos administradores e criam necessidade de colaboração, pois incorporam uma divisão formal e informal do trabalho, através de três pontos de poder: a direção da organização, a equipe gerencial e o corpo clínico, sendo esse último tradicionalmente o grupo dominante.

Considerando os hospitais como sendo o arquétipo da organização profissional (POWELL; BROCK; HININGS, 1999) o poder está nas mãos dos profissionais. Neste modelo os gestores facilitam e dão suporte à assistência, sendo as decisões colegiadas, a mudança lenta e difícil, e a estratégia formulada por consenso. Normalmente são estruturas achatadas e com alto grau de diferenciação horizontal e vertical.

Desta forma é relevante a compreensão da necessidade de integração entre as áreas de uma organização hospitalar, estabelecendo inclusive mecanismos de melhoria na coordenação entre estas áreas. Também nessa linha, alguns autores (McNULTY; FERLIE, 2004; HARRINGTON, 1993; RUMMLER; BRACHE, 1994; HRONEC, 1994) defendem que a organização deve ser entendida não como uma

soma de unidades funcionais e sim como uma coleção de processos integrados, de forma a agregar valor aos produtos da organização.

Interessante também apontar que muitos hospitais construíram seus modelos de gestão não cobrindo os processos clínicos, sobretudo pela complexidade e autonomia das áreas médicas. Por outro lado, se o modelo de integração não abrange a área clínica, acaba por não comprometer essa área nos resultados organizacionais (GONÇALVES, 1998).

Finalizando, vários autores têm estudado uma forma de conexão entre a estrutura organizacional como ferramenta para divisão do trabalho, definição de regras e autoridade, enfocando a racionalização do trabalho e a estrutura organizacional como determinante nas integrações e interações entre as unidades e logicamente as pessoas que fazem parte da organização, bem como a importância do contexto na qual a organização está inserida (PUGH et al, 1969; RANSON; HINNINGS; GREENWOOD, 1980; MINTZBERG, 2003). Esta conexão certamente é obtida via mecanismos de integração.

2.7 MODELO DE ANÁLISE

O tema central deste projeto está ligado aos conceitos de diferenciação e integração em uma organização hospitalar. Sendo assim, as escolhas teóricas que são sintetizadas na Figura 16 se organizam em torno deste tema e a partir é sugerido um modelo de análise suportado nos autores citados anteriormente.

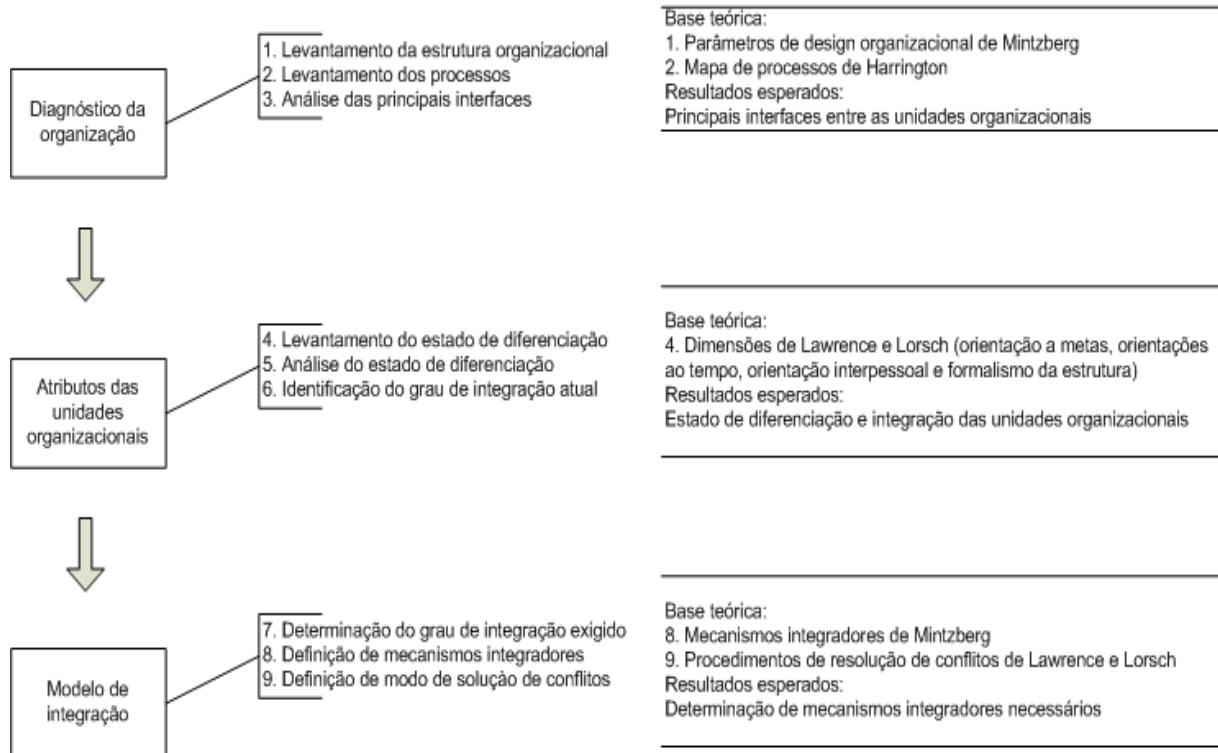


Figura 16 – Informações e referências de análise a serem utilizadas

De maneira resumida, percebe-se que Lawrence e Lorsch (1973) apontam como base de diferenciação entre duas unidades organizacionais o entendimento das diferenças quanto à formalidade da estrutura e as orientações das unidades. Tanto estes autores quanto Mintzberg (2003) adotam para facilitar a integração, mecanismos integradores. Além destes, o processo de solução de conflitos deve ser adaptado às necessidades de integração, focando do confronto à imposição.

3 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

As atividades realizadas no sentido de viabilizar o presente trabalho são norteadas pelo seguinte objetivo geral:

Contribuir para o desenvolvimento da integração entre as unidades organizacionais do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, apoiando a eficácia de seus processos.

Para a consecução do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar a estrutura organizacional e os processos decorrentes;
- b) sintetizar as principais interfaces entre as unidades organizacionais;
- c) sistematizar e analisar o estado de diferenciação e os mecanismos de integração existentes;
- d) definir o estado de integração desejado, bem como os mecanismos integradores necessários;
- e) propor ações que contribuam para a integração entre as unidades organizacionais.

4 METODOLOGIA

Nos itens anteriores foi apresentada a problemática desta pesquisa, sua base teórica bem como o modelo de análise sugerido, abrangendo o conhecimento dos conceitos de diferenciação e integração, foco principal relacionado ao problema de pesquisa.

Estes conhecimentos fundamentam este trabalho e direcionam o referencial metodológico que será apresentado na seqüência.

4.1 CONCEPÇÃO METODOLÓGICA

Minayo et al. (1994, p. 16) conceituam metodologia como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Logo, a metodologia inclui as concepções da abordagem e o conjunto de técnicas que possibilitam a consecução do trabalho.

Gil (1999, p. 42) define pesquisa como “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”. Segundo o autor, o objetivo básico é a obtenção de respostas para os problemas, através de métodos científicos. Com relação às pesquisas, é prática classificá-las tendo como base os seus objetivos (ANDRADE, 1997).

É usada na pesquisa uma abordagem multimétodo, definida como uma pesquisa ação em um estudo de caso. Evidencia-se como estudo de caso por tratar da investigação de fenômenos atuais inseridos em determinado contexto real, no caso o hospital. Esta investigação confronta-se com uma situação única, permitindo amplo e detalhado conhecimento de determinado objeto, tendo como resultado

várias fontes de evidência. Trata-se, ainda, de um caso único devido à própria questão de pesquisa (YIN, 2001).

O estudo de caso caracteriza-se ainda pelo estudo aprofundado e exaustivo de um fenômeno, investigando este dentro do contexto de sua realidade, lembrando sempre que as fronteiras entre fenômeno e contexto não são claramente definidas e são utilizadas várias fontes de evidência.

O estudo de caso visa então analisar aprofundadamente um problema, numa determinada unidade de análise. Esta imersão do pesquisador no contexto proporciona uma visão geral do problema de pesquisa, obtendo informações suficientes para orientar o estudo.

Vários autores apontam limitações do estudo de caso, como por exemplo, a falta de rigor metodológico. Percebe-se, entretanto, que os vieses podem ocorrer em qualquer método de pesquisa. Outra limitação é a dificuldade de generalização dos resultados obtidos, porém é conveniente lembrar que o objetivo do estudo de caso é expandir ou generalizar proposições teóricas e não o conhecimento preciso a partir de métodos estatísticos (GIL, 1999).

Evidencia-se, ainda, no presente estudo a pesquisa-ação, por tratar-se de uma pesquisa concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou resolução de um problema, estando o pesquisador diretamente envolvido no contexto, isto é, o pesquisador é sujeito ativo da organização, que exercerá um papel relevante no equacionamento dos problemas que venham a ser encontrados, bem como nas ações desenvolvidas em função destes problemas (THIOLLENT, 2002).

Atenta-se aí o fato que o pesquisador é diretor financeiro da organização em estudo, estando naturalmente comprometido com o processo de tomada de decisão, bem como é agente direto das mudanças organizacionais havidas nos últimos meses. Este duplo papel, de pesquisador e dirigente, podendo repercutir sobre entrevistados e observados, levou o pesquisador a discutir abertamente os objetivos da pesquisa e demonstrar que os resultados são importantes para todos os atores envolvidos.

Para compensar os vieses pelo posicionamento do pesquisador enquanto diretor da organização buscou-se uma ação disciplinada, orientada pelas teorias

relacionadas à questão de pesquisa. No entanto, não se pode separar totalmente sua atividade dentro da organização, nem fugir às percepções dos atores envolvidos quanto à sua posição. Esta estratégia aberta permitiu a flexibilidade para formular e reformular ações à medida que a pesquisa foi sendo realizada, sem abandonar, porém, as bases teóricas que orientam a pesquisa. Outro ponto a salientar é que as mudanças ocorreram durante o andamento da pesquisa, sobretudo pela constante adequação interna da organização aos fatores contingenciais já discutidos nos itens anteriores.

Thiollent (2002) aponta os principais aspectos da utilização da pesquisa-ação como estratégia metodológica:

- a) ampla e explícita interação entre o pesquisador e os atores envolvidos;
- b) o objeto de investigação é constituído por uma situação social e pelos problemas encontrados nesta situação;
- c) o objetivo da pesquisa consiste em resolver ou esclarecer os problemas;
- d) há constante acompanhamento das atividades intencionais dos atores envolvidos;
- e) pretende-se além da ação tornar mais evidente aos atores considerados a natureza e a complexidade do problema de pesquisa.

Assim, os objetivos práticos da pesquisa estão vinculados a “soluções, quando for possível, e acompanhar ações correspondentes, ou, pelo menos, fazer progredir a consciência dos participantes no que diz respeito à existência de soluções e obstáculos” (THIOLLENT, 2002, p. 20).

Logo a pesquisa-ação pode ser vista como o “modo de conceber e organizar uma pesquisa social de finalidade prática e que esteja de acordo com as exigências próprias da ação e da participação dos atores da situação observada” (THIOLLENT, 2002, p. 27).

O nível de análise é o organizacional, e a unidade de análise abrangeu o grupo de dirigentes, nos níveis estratégico e tático.

4.2. UNIVERSO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Ministro Costa Cavalcanti, gerido pela Fundação de Saúde Itaipu e tendo como principal mantenedora a Itaipu Binacional. Pretendeu-se atuar nos principais processos do hospital, relacionados à internação clínica e cirúrgica. A escolha destes processos se deve ao maior número de interações entre unidades organizacionais, permitindo a análise proposta, ou seja, estudo da diferenciação e integração de uma unidade hospitalar.

Envolveram-se os gestores da organização, desde os diretores bem como os gerentes de nível intermediário e supervisores. Para o detalhamento do processo foi necessário trabalhar no nível operacional.

As diversas unidades organizacionais envolvidas nos processos analisados foram agrupadas em grandes grupos como corpo clínico, enfermagem, diretoria e unidades de apoio, tanto assistenciais quanto administrativas. Este agrupamento facilitou a análise dos graus de diferenciação e integração. A escolha foi intencional, sendo escolhidos em função do interesse da pesquisa, bem como das condições de acesso e disponibilidade envolvidas.

4.3 COLETA DOS DADOS

Para a condução da pesquisa são utilizados dois tipos de dados: primários e secundários.

Os dados primários foram coletados através de entrevistas não estruturadas ou em profundidade. Logo, através de uma conversa guiada obtiveram-se as informações para uma análise qualitativa. Sendo assim, foi utilizado um guia durante a entrevista, não estando as perguntas pré-formuladas.

Segundo Richardson et al. (1999, p.208) “a entrevista não estruturada procura saber o quê, como e por quê algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita”.

Outra forma de obtenção de dados primários foi a observação, conjugada com as outras técnicas. Gil (1999) define observação como a utilização dos sentidos de forma a adquirir os conhecimentos necessários. Sendo assim, as situações são verificadas diretamente, sem intermediários. Entretanto, esta presença do pesquisador pode produzir resultados pouco confiáveis, por alteração no comportamento dos observados.

A observação participante foi a mais utilizada, sendo uma forma não estruturada. Este tipo “consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada” (GIL, 1999, p. 113). A forma adotada é a natural, pois o pesquisador pertence ao grupo que investiga. As principais vantagens da técnica são o rápido e o amplo acesso aos dados. Por outro lado, podem ocorrer dificuldades de penetração em determinados estratos.

Neste tipo de técnica o pesquisador não é apenas um espectador, pois ele se coloca no mesmo nível dos atores ligados ao fenômeno observado. O pesquisador, fazendo parte do contexto, pode modificar e ser modificado pelo contexto. Um dos aspectos relevantes desta técnica é a captação de situações que não seriam obtidas por outras técnicas. Evidente que a capacidade de empatia e de observação do pesquisador é fundamental no resultado da pesquisa (MINAYO et al., 1994).

É importante salientar ao grupo os objetivos do estudo, facilitando assim o grau de aceitação. Esta aceitação significa menores inibições do grupo diante do pesquisador, apoiando a fidedignidade da pesquisa (RICHARDSON et al., 1999).

Os dados secundários foram extraídos de análise documental disponível na organização. Estes documentos abrangeram estatuto, regulamentos, normas e procedimentos, relatórios de atividades, entre outros. Estas fontes, em certos casos, proporcionam dados extremamente ricos, permitindo o conhecimento do passado, a

investigação de processo de mudança, a obtenção de dados com menor custo, bem como sem o constrangimento dos atores envolvidos (RICHARDSON et al., 1999).

Realizadas as entrevistas e coletados os dados secundários, alinhados aos dados obtidos por observação, foi necessário analisar e interpretar os dados. A análise relaciona-se com a organização dos dados, possibilitando respostas ao problema proposto. A interpretação incorpora um sentido mais abrangente das respostas, correlacionando com outros conhecimentos.

Nesta pesquisa esses esquemas de análise e interpretação não são rígidos, constituindo a análise de descrições sobre o problema investigado, relacionados com as observações do pesquisador (GIL, 1999). Na Figura 17 é apresentado diagrama para a coleta dos dados.

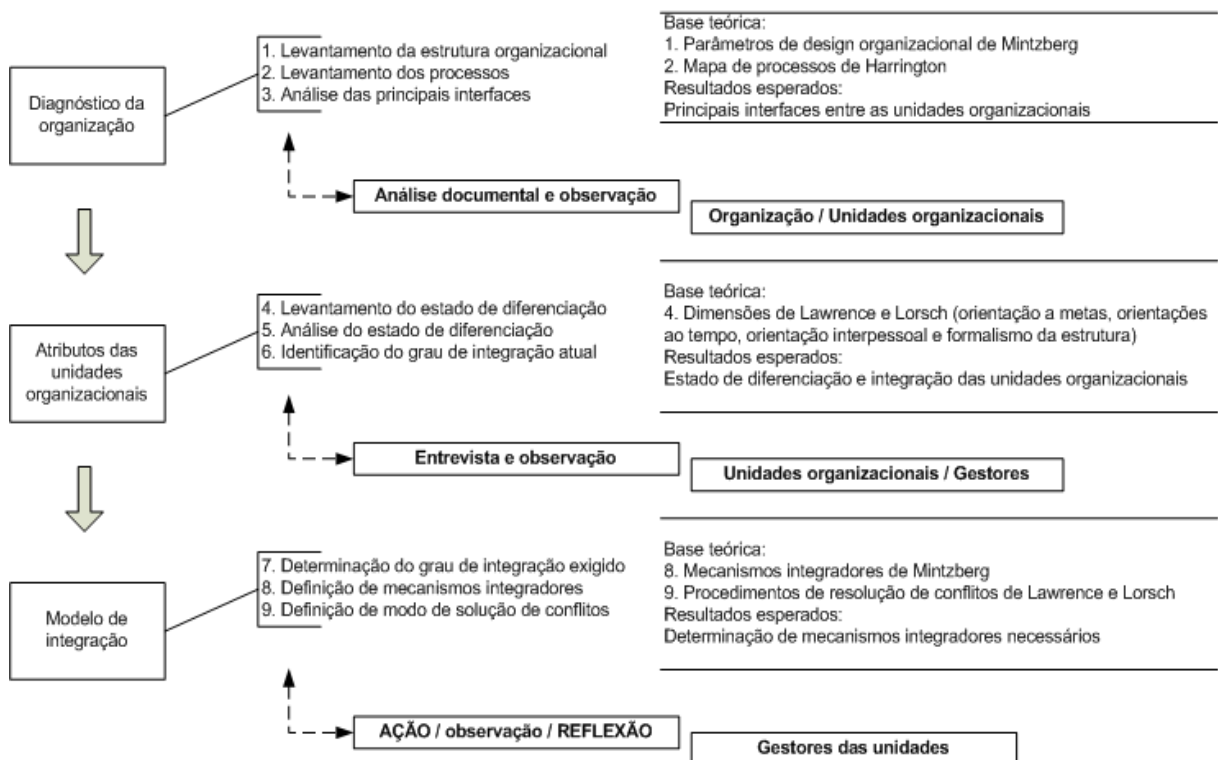


Figura 17 – Informações e referências para coleta de dados

4.3.1 Definição das variáveis

A pesquisa demanda a definição e operacionalização das variáveis envolvidas nos conceitos de diferenciação e integração.

A estrutura organizacional foi definida com o uso dos parâmetros de *design* organizacional de Mintzberg (2003), compreendendo o *design* das posições, da superestrutura e dos vínculos laterais, bem como o sistema de tomada de decisão. Estes grupos de análise foram apresentados na Figura 11.

Os processos foram operacionalizados com a utilização da metodologia de Harrington (1993) para mapeamento dos processos. Este levantamento resultou no mapa do processo analisado, evidenciando as principais interfaces entre as unidades organizacionais envolvidas (Figura 18).

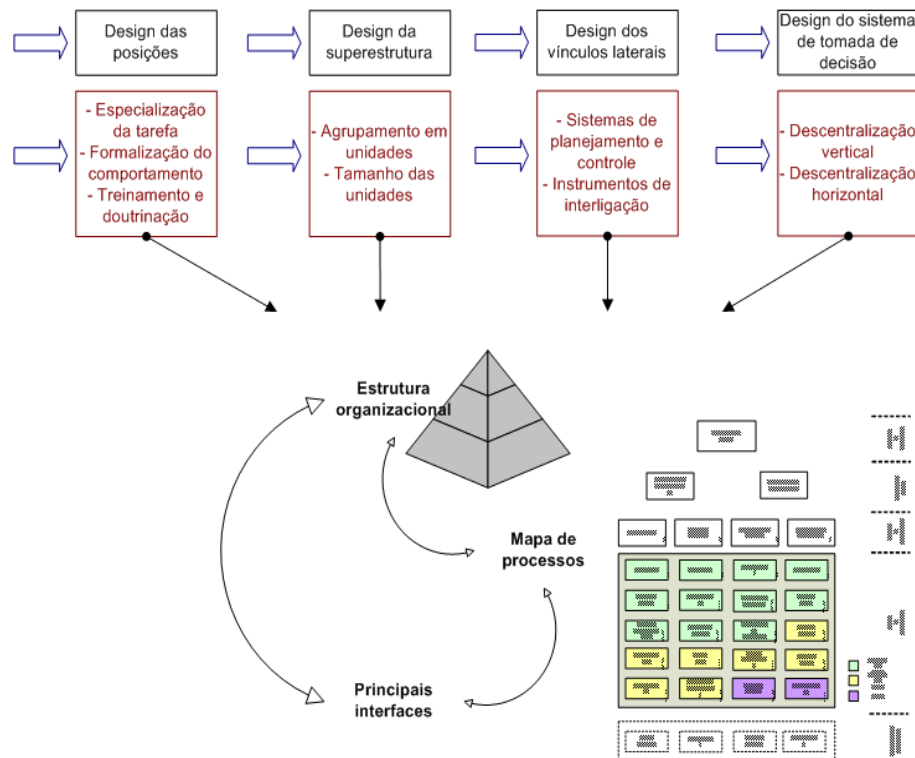


Figura 18 – Mapa de variáveis – Parte 1

Após a identificação das principais interfaces, e as unidades agrupadas em grandes áreas, partiu-se para o levantamento dos atributos de diferenciação e integração.

Os atributos de diferenciação tiveram como fundamento as dimensões de Lawrence e Lorsch (1973), tendo como base as dimensões de formalidade da estrutura, orientação interpessoal, orientação relativa ao tempo e orientação relativa às metas.

A formalidade da estrutura foi definida pelos mecanismos de coordenação de Mintzberg (2003) utilizados nas unidades organizacionais, ou seja, supervisão direta, padronização de processos, padronização de saídas, padronização de habilidades ou ajustamento mútuo. Desta forma, características estruturais como controle e importância de regras formais ficam evidenciadas.

A análise da relação interpessoal aponta para uma orientação à tarefa ou às relações sendo operacionalizada pelo levantamento do grau de certeza ou incerteza das tarefas executadas na unidade organizacional.

A operacionalização da orientação ao tempo foi obtida através da percepção do tempo empregado para ações de alcance de curto, médio ou longo prazo.

Por fim, a variável orientação às metas foi operacionalizada pela avaliação do foco da unidade organizacional na organização, na cura, na assistência ou no controle, conforme definido por Mintzberg (1997) e demonstrado na Figura 15.

Os atributos de integração foram levantados por meio da caracterização do relacionamento entre as unidades organizacionais, tendo como suporte o estudo de Lawrence e Lorsch (1973).

Na Figura 19 é apresentado mapa abrangendo as variáveis mencionadas acima.

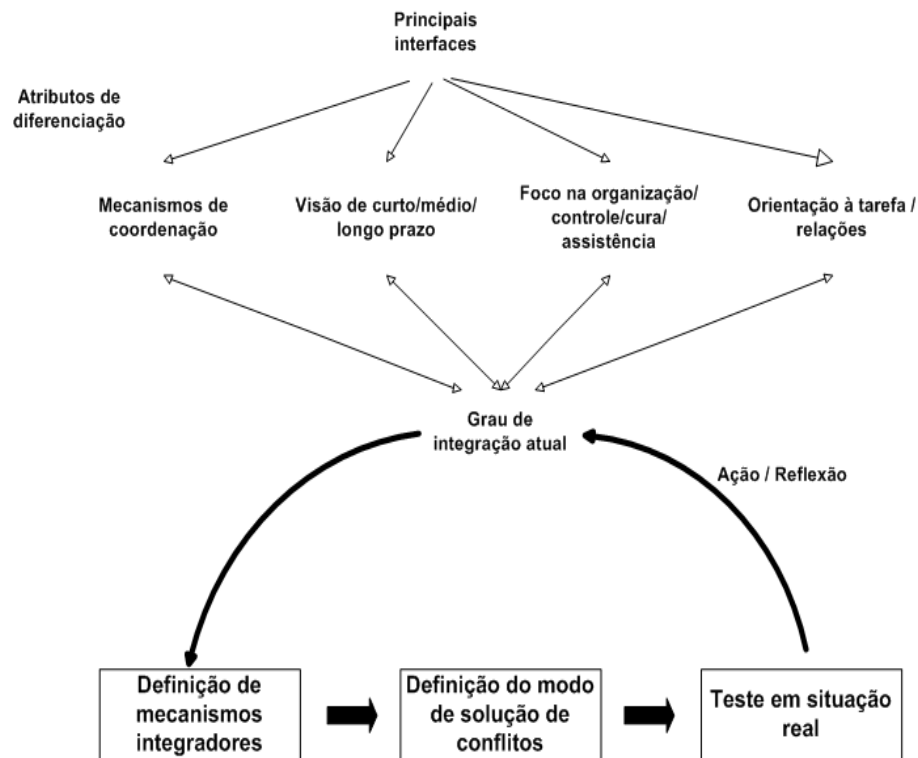


Figura 19 – Mapa de variáveis – Parte 2

4.4 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Triviños (1987) salienta que a interpretação dos resultados em uma pesquisa qualitativa tem como base a percepção de um fenômeno em um contexto. Segundo o autor os resultados são expressos, por exemplo, em descrições e em narrativas, ilustradas com declarações das pessoas para dar o fundamento concreto necessário.

Pela própria natureza do estudo é importante salientar que a coleta e a análise de dados não são claramente divididas, como acontece nas pesquisas quantitativas. As informações coletadas podem gerar novas exigências de busca de dados ao mesmo tempo em que ações estão sendo realizadas. Miles e Huberman (1994) definem então a sistematização e análise de dados como o relacionamento entre três fases: redução dos dados, demonstração dos dados e conclusões e/ou verificações.

Primeiro o conjunto de dados deve ser organizado, reduzido e reconfigurado. Nesta fase encontra-se o processo de seleção, foco, simplificação, abstração e transformação dos dados obtidos durante a coleta de dados. Esta condensação dos dados é parte integrante da análise.

A segunda atividade de análise é reunir a informação em demonstrações que permitam um desenho conclusivo. Estas demonstrações podem estar nas formas de texto, diagrama, matriz, mapa, entre outros, permitindo uma nova organização, sistematização e reflexão relacionada ao foco de atuação da pesquisa. Estes formatos visuais são usados para validar as conclusões.

Por fim, encerra-se com as considerações e conclusões decorrentes do processo de análise, incorporando também a verificação da validade do estudo, retornando e revisando os dados quantas vezes forem necessárias. Estas conclusões revisam e complementam, de forma analítica, os dados apresentados na etapa anterior.

Este modelo interativo foi a base de análise do presente trabalho e é apresentado na Figura 20. Percebe-se que as três etapas ocorrem de maneira simultânea, através de um processo cíclico. Este processo de análise, não-linear, implica um trabalho de organização e interpretação dos dados desde a fase inicial da pesquisa. À medida que os dados vão sendo coletados, surge um processo de identificação de relações, construção de interpretações e busca de novos dados, num processo cíclico até a análise final.

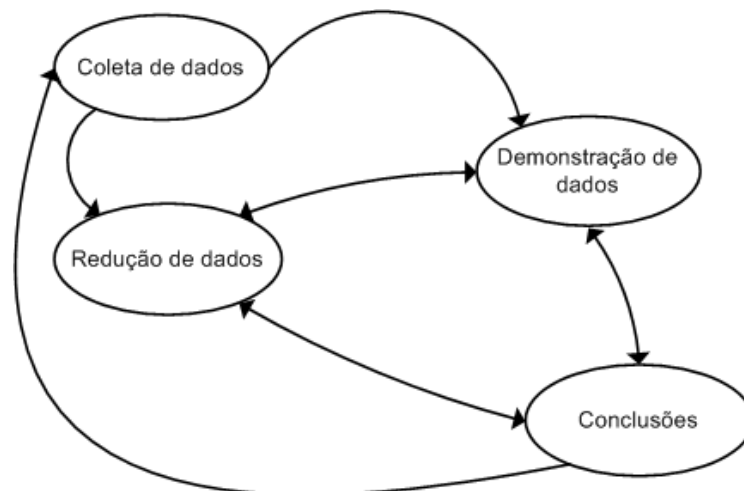


Figura 20 – Componentes da análise de dados

Fonte: Adaptado de Miles e Huberman (1994, p. 12)

Pelo modelo percebe-se ainda que a sistematização dos dados durante a coleta são fundamentais para a obtenção de dados relacionados efetivamente ao objeto da pesquisa. Sendo assim, várias ferramentas associadas permitem esta interação entre coleta e análise, entre elas anotações focadas de determinado contato ou mesmo documentos, redução de muitas variáveis em um número analítico de unidades, comentários associados a elaborações conceituais, narrativas ilustradas e condensações de entrevistas e observações (MILES e HUBERMAN, 1994).

Esta sistematização foi realizada primariamente através de anotações de campo e análise de conteúdo. As anotações de campo, no sentido aplicado nesta pesquisa, compreendem as observações e reflexões realizadas sobre as ações dos sujeitos, bem como seus comportamentos, ações e atitudes tal como eles se apresentam. A análise de conteúdo abrange o conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos à pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Finalizando, uma das formas de checagem dos dados foi a validação dos dados levantados no grupo de análise, verificando assim se as interpretações do pesquisador são coerentes com a situação pesquisada. Outra forma para dar credibilidade à pesquisa foi a triangulação, ou seja, a comparação de dados coletados por mais de um método.

5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são descritos e analisados os dados coletados, bem como as ações resultantes conforme critérios estabelecidos no capítulo 4 – Metodologia, suportados pela base teórica apresentada no capítulo 2 – Revisão conceitual.

O texto a seguir segue o roteiro demonstrado nas figuras 16 – Informações e referências de análise a serem utilizadas, 17 – Informações e referências para coleta de dados, 18 – Mapa de variáveis parte 1 e 19 – Mapa de variáveis parte 2.

Basicamente se constitui em três fases. A primeira – Diagnóstico da organização, apresenta a estrutura organizacional e seus processos, identificando as principais interfaces entre as unidades organizacionais. Após analisam-se os estados de diferenciação e integração atuais entre estas unidades. Por fim, determina-se o grau de integração exigido, estruturando ações que contribuam para a integração entre as unidades organizacionais.

5.1 DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO

O foco principal desta fase é caracterizar as interfaces existentes na organização, após o entendimento de sua estrutura organizacional e de seus processos.

5.1.1 Levantamento da estrutura organizacional

Procurou-se caracterizar a estrutura organizacional segundo os parâmetros de *design* de Mintzberg (2003). A configuração estrutural aproxima-se da configuração denominada pelo autor de Burocracia Profissional, já discutida na revisão conceitual. Para efeito do que se pretende nesta fase, que é caracterizar a estrutura do hospital, necessita-se apenas de uma visão macro da organização, sobretudo focada no seu núcleo operacional, resultando nas seguintes informações:

- a) especialização da tarefa – a estrutura organizacional é caracterizada por elevada especialização horizontal sobretudo nas áreas assistenciais¹³, ou seja, a pessoa atua em ampla variedade de atividades, excluindo ainda o controle gerencial sobre as mesmas;
- b) formalização do comportamento – a estrutura organizacional é caracterizada por baixa formalização, ou seja, há pouca padronização dos processos de trabalho, sobretudo pelo fato que boa parte das atividades não são simples e limitadas, sujeitas a alto grau de formalização;
- c) treinamento e doutrinação – a estrutura é caracterizada por muito treinamento e doutrinação, pois necessita-se de um conjunto de habilidades complexas, porém boa parte é constituída e realizada fora da organização, basicamente em universidades, que acabam por moldar o profissional; talvez esse seja um ponto de entendimento do porquê os médicos se identificam muita mais com sua classe profissional do que com a organização em que atuam;
- d) agrupamento em unidades – o agrupamento do hospital identifica-se como uma estrutura funcional em seu sentido amplo, porém identifica-se também como uma estrutura por mercado, sobretudo na área médica, onde a especialidade domina a estruturação¹⁴;
- e) tamanho das unidades – as unidades em geral são grandes na base, evidenciando uma organização plana, com grandes unidades e amplitudes

¹³ Entende-se por áreas assistenciais as unidades organizacionais de enfermagem e o corpo clínico, sendo este último, no caso do HMCC, constituído por 170 médicos de diferentes especialidades, todos prestadores de serviço via instrumento contratual com suas respectivas pessoas jurídicas.

¹⁴ Na verdade há uma dificuldade de distinção entre as duas bases de agrupamento, dependendo do enfoque do agrupamento conforme o conhecimento, habilidades e processos de trabalho (funcional) ou conforme os tipos de clientes atendidos (por mercado). Maiores informações ver Processo de classificação ou categorização de Mintzberg (2003, p. 215).

de controle elevadas, ressaltando o motivo pelo qual a supervisão direta não é o mecanismo chave de coordenação;

- f) sistemas de planejamento e controle – a estrutura evidencia-se por pouco planejamento e controle; os planejamentos apresentados caracterizam-se muito mais pela inserção da organização na comunidade e pela adequação posterior da estrutura física ao aumento da quantidade e complexidade do atendimento; quanto ao controle encontra-se em implantação um sistema integrado de gestão hospitalar, que permitirá, possivelmente melhor controle e avaliação de desempenho;
- g) instrumentos de interligação – não encontrado mecanismos formais de integração, apesar do trabalho ser altamente especializado horizontalmente, complexo e altamente interdependente no núcleo operacional;
- h) descentralização vertical – há evidente descentralização vertical nas áreas assistenciais, ou seja, delegação aos níveis mais baixos da estrutura, pois a maior parte das decisões dependem de informação proveniente de profissionais do núcleo operacional, estando as decisões estratégicas, financeiras e de recursos humanos centralizadas na diretoria;
- i) descentralização horizontal – há evidente descentralização horizontal nas áreas assistenciais, ou seja, transferência de poder dos gerentes aos não-gerentes, pois várias decisões dependem do conhecimento de determinados “especialistas”, que mantém elevado poder informal¹⁵.

O organograma¹⁶ da Fundação, evidenciando as unidades organizacionais é apresentado a seguir.

¹⁵ O poder de decisão no HMCC concentra-se no núcleo operacional, evidenciando assim que a diretoria abre mão de parte do poder em virtude até da dependência desta com o corpo clínico.

¹⁶ Organograma vigente à época do início do trabalho, representando a estrutura organizacional aprovada em 06/11/1998, conforme Ata da 20ª. Reunião Ordinária do Conselho de Curadores da Fundação de Saúde Itaipuapy. Cópia original do anexo I da referida Ata.

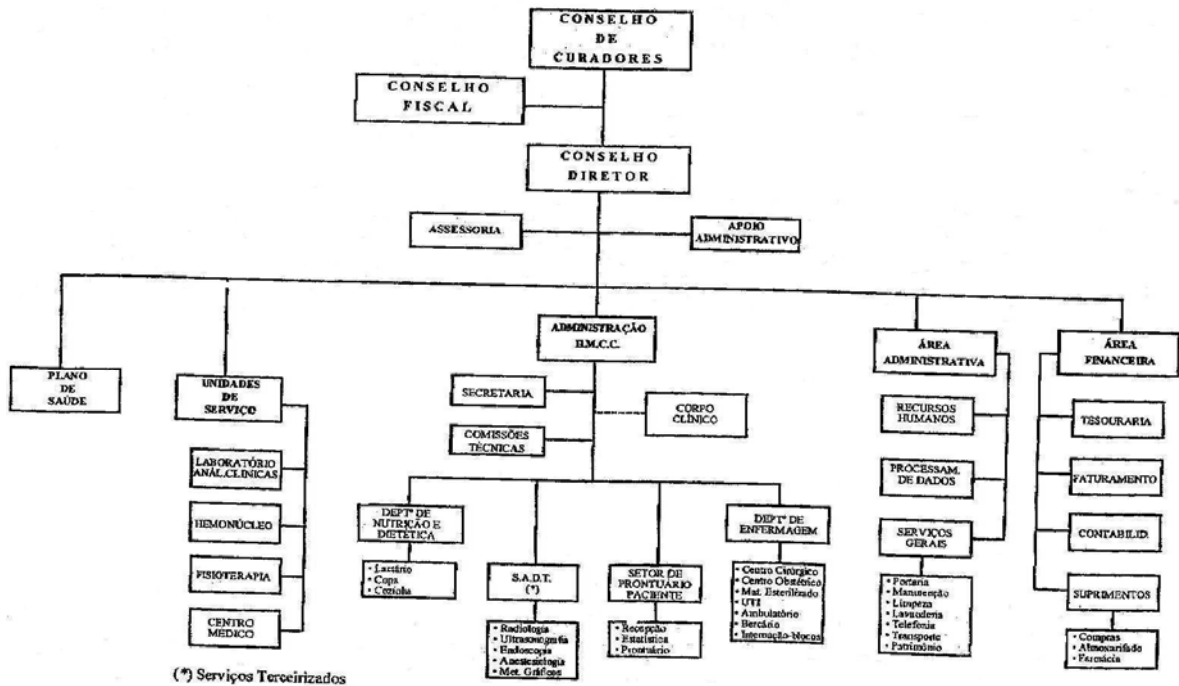


Figura 21 – Organograma da Fundação de Saúde Itaiguapy

Fonte: Conselho Diretor

Traduzindo este organograma para o desenho da burocracia profissional de Mintzberg (2003) adaptaram-se as unidades organizacionais apresentadas na figura anterior ao modelo definido pelo autor. Este desenho é importante, pois dá início ao entendimento mais aprofundado das partes componentes da organização em estudo e do agrupamento para análise das principais interfaces existentes, base para a identificação dos atributos de diferenciação:

- cúpula estratégica – Conselho Diretor;
- linha intermediária – Administração HMCC;
- núcleo operacional – Departamento de enfermagem e corpo clínico;
- assessoria de apoio – Departamento de nutrição, área administrativa, área financeira, serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento - SADT, setor de prontuário de paciente, unidades de serviço, plano de saúde, assessoria e apoio administrativo do Conselho Diretor;
- tecnoestrutura – comissões técnicas¹⁷.

¹⁷ Engloba CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e CFT (Comissão de Farmácia e Terapêutica).

5.1.2 Levantamento dos processos

Através de um processo sistemático, abrangente e participativo para definição, análise e melhoria dos processos, buscando uma visão da ação organizacional, procurou-se entender os processos e como estes se interligam através da organização. No estabelecimento da hierarquia de processos, é importante salientar que na definição de processo não há limites pré-estabelecidos para as fronteiras de uma atividade ou processo, dependendo exclusivamente da visão do pesquisador. Logo, para a consecução dos objetivos desta etapa, buscou-se identificar a hierarquia de processos existentes na Fundação, conforme demonstrado na Figura 22, para posterior definição do processo mais crítico para o estudo em questão.

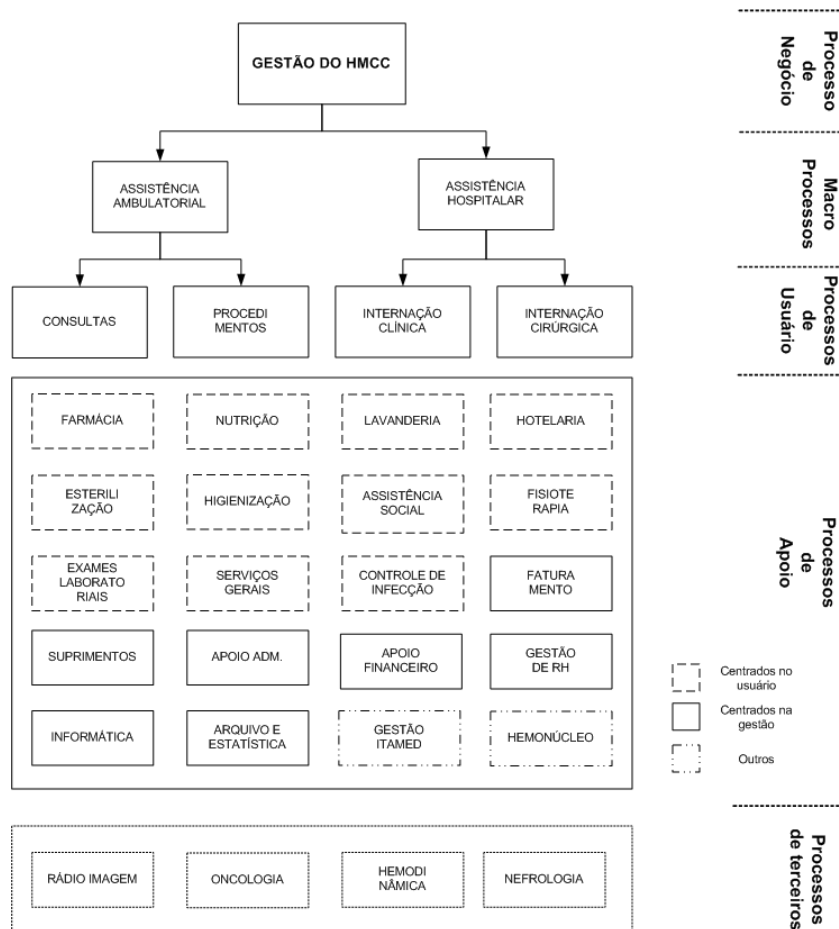


Figura 22 – Mapa de processos do Hospital Ministro Costa Cavalcanti - HMCC

O processo de negócio “Gestão do HMCC” envolve a gestão estratégica da organização, o desenvolvimento de novos serviços e introdução de novas condutas. Deste processo derivam os dois macro-processos “assistência ambulatorial” e “assistência hospitalar” que englobam o atendimento nas clínicas, ambulatórios, urgência e emergência, bem como o atendimento nas unidades hospitalares, respectivamente.

Os processos de atendimento ao usuário foram assim divididos:

- a) consulta – modalidade de assistência em que o usuário é atendido pelo médico;
- b) procedimentos – modalidade de assistência com a finalidade de tratamento e/ou atendimento ambulatorial;
- c) internação clínica – modalidade de assistência que envolve a internação do paciente em um leito hospitalar com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento;
- d) internação cirúrgica – modalidade de assistência que engloba tratamento e/ou procedimento cirúrgico.

Apesar de não estar demonstrado na figura anterior, estes processos são extremamente interligados, dependendo evidentemente do diagnóstico apresentado ao usuário. Como exemplo um usuário atendido no processo “assistência ambulatorial - procedimentos” pode necessitar após este atendimento emergencial, de uma internação clínica ou mesmo cirúrgica.

Os demais processos foram considerados de apoio, alguns “centrados no usuário”, especificamente os relacionados com a assistência prestada ao usuário, e outros “centrados na gestão”, relacionados ao suporte administrativo e financeiro necessários às atividades assistenciais.

Outros dois processos (gestão Itamed e hemonúcleo) são considerados como outros negócios desenvolvidos pelo HMCC, estando a gestão não tanto focada no apoio aos processos de atendimento aos usuários definidos anteriormente. Além destes, identifica-se processos de terceiros, com relacionamento contratual entre a Fundação e os prestadores de serviço.

A seguir é apresentada uma descrição sucinta destes processos de apoio:

- a) farmácia – processo que compreende o armazenamento, distribuição, dispensação e controle dos materiais e medicamentos ministrados aos usuários;
- b) nutrição – processo que engloba a manipulação dos alimentos para os usuários e funcionários do HMCC;
- c) lavanderia – processo que compreende a higienização das roupas hospitalares;
- d) hotelaria – processo que inclui as atividades de apoio à enfermagem ao usuário internado;
- e) esterilização – processo que envolve a limpeza, acondicionamento, esterilização, guarda e distribuição dos materiais esterilizados;
- f) higienização – processo relacionado com a remoção de sujeiras, detritos e assepsia dos ambientes de trabalho;
- g) assistência social – processo referente ao atendimento prestado ao usuário e familiares nas questões sociais;
- h) fisioterapia – processo que envolve a prestação de serviços fisioterapêuticos;
- i) exames laboratoriais – processo que compreende a realização de exames específicos para diagnóstico do usuário;
- j) serviços gerais – processo que envolve a segurança e manutenção das instalações hospitalares;
- k) controle de infecção – processo que envolve o controle de infecção hospitalar;
- l) faturamento – processo que compreende o faturamento dos serviços prestados;
- m) suprimentos – processo de gestão de fornecedores, compras e almoxarifado;
- n) apoio administrativo – processo que engloba a secretaria e apoio administrativo para a gestão do hospital;

- o) gestão de recursos humanos – processo que envolve as atividades de gestão de pessoas;
- p) informática – processo referente a segurança física e lógica dos sistemas de informação;
- q) arquivo e estatística – processo relacionado ao controle de prontuários e estatísticas hospitalares;
- r) gestão itamed – processo de gestão do plano de saúde próprio;
- s) hemonúcleo – processo que inclui a coleta, exames e distribuição de bolsas de sangue.

O macro processo de assistência hospitalar é claramente mais complexo que a assistência ambulatorial e, com raras exceções, este último incorpora interfaces diferentes das apresentadas no primeiro. Sendo assim, o processo selecionado para análise é a internação cirúrgica, por incorporar além das demais atividades da internação clínica, as atividades executadas no centro cirúrgico¹⁸.

A internação cirúrgica engloba vários fluxos, os quais recepção do usuário, atividades dos médicos no bloco de internação, atividades da enfermagem no bloco de internação, fluxo no centro cirúrgico, fluxo na sala de observação, fluxo na unidade de tratamento intensivo e finalizando na alta do usuário.

O mapa deste processo é apresentado nas figuras a seguir, compreendendo todas as atividades executadas neste processo. Importante salientar que o fluxo descrito assemelha-se a uma internação para cirurgia eletiva¹⁹.

O início do processo é na recepção, onde é realizado o *check-in* do usuário. As atividades são apresentadas na figura a seguir.

¹⁸ Os processos de internação clínica e cirúrgica, pelo entrelaçamento dos mesmos e pelas inúmeras possibilidades existentes, serão apresentados em conjunto. A diferença básica entre ambos são as atividades executadas no interior do centro cirúrgico.

¹⁹ Considera-se cirurgia eletiva como a cirurgia agendada com antecedência, normalmente sendo o paciente internado e preparado para o procedimento cirúrgico no bloco de internação.

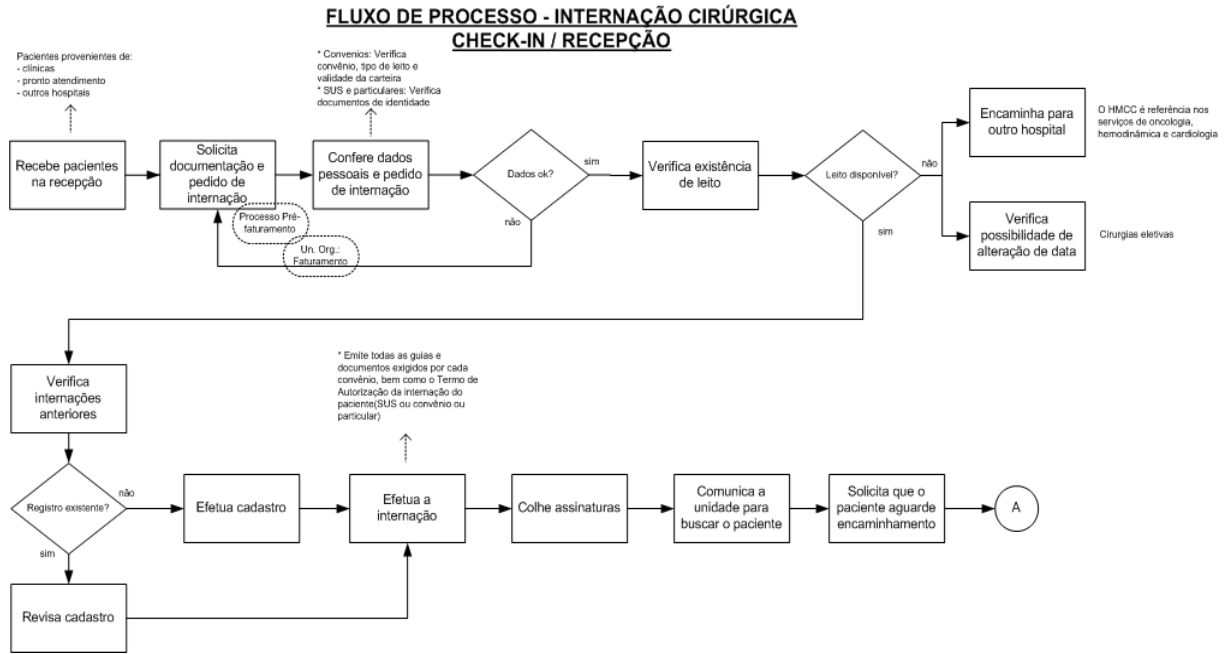


Figura 23 – Check-in recepção

Após, o usuário é encaminhado para o bloco de internação, onde é preparado para posterior encaminhamento ao centro cirúrgico. Observa-se que em alguns casos o usuário pode ser encaminhado diretamente ao centro cirúrgico, sobretudo em cirurgias que não exigem preparação, conforme demonstrado na figura que segue.

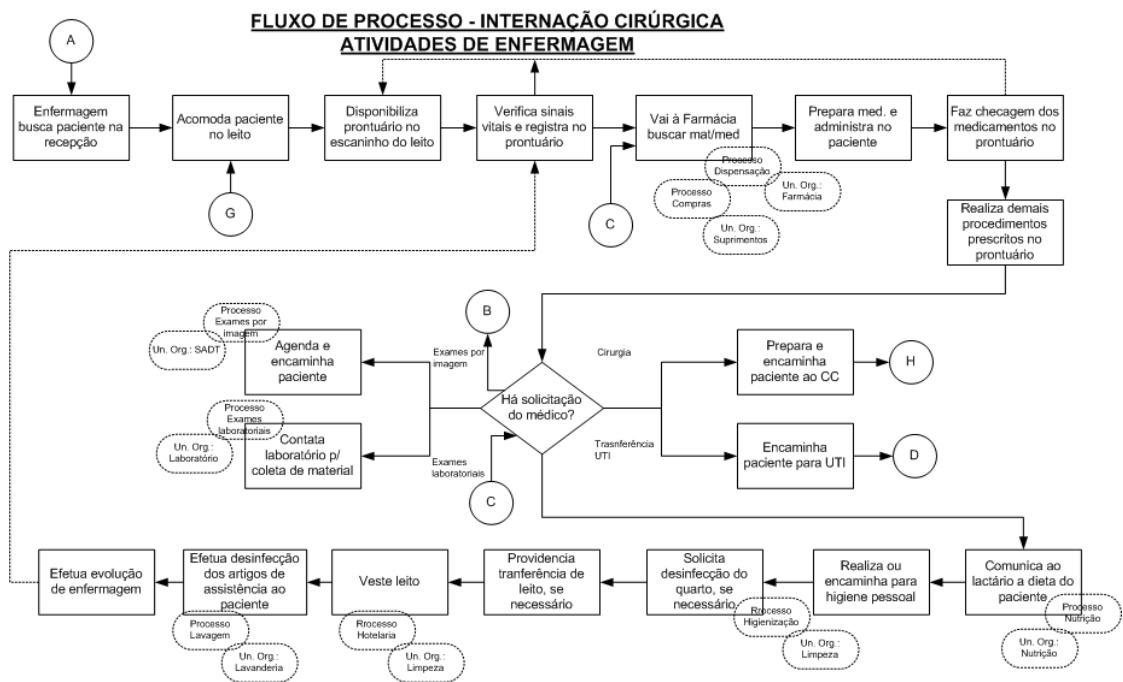


Figura 24 – Atividades de enfermagem no bloco de internação

Na figura abaixo são demonstradas as atividades médicas realizadas no bloco de internação.

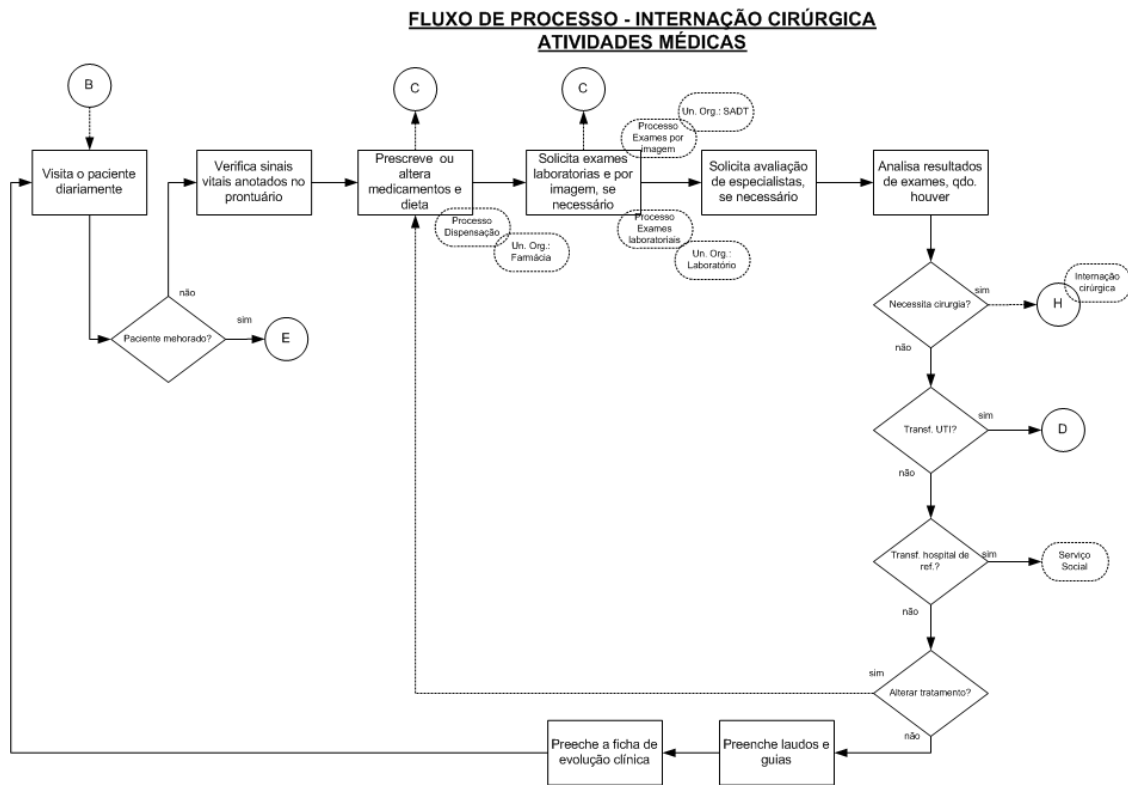


Figura 25 – Atividades médicas no bloco de internação

A seguir são apresentadas as atividades relacionadas ao corpo de médicos, anestesistas e demais profissionais envolvidos na execução do procedimento cirúrgico.

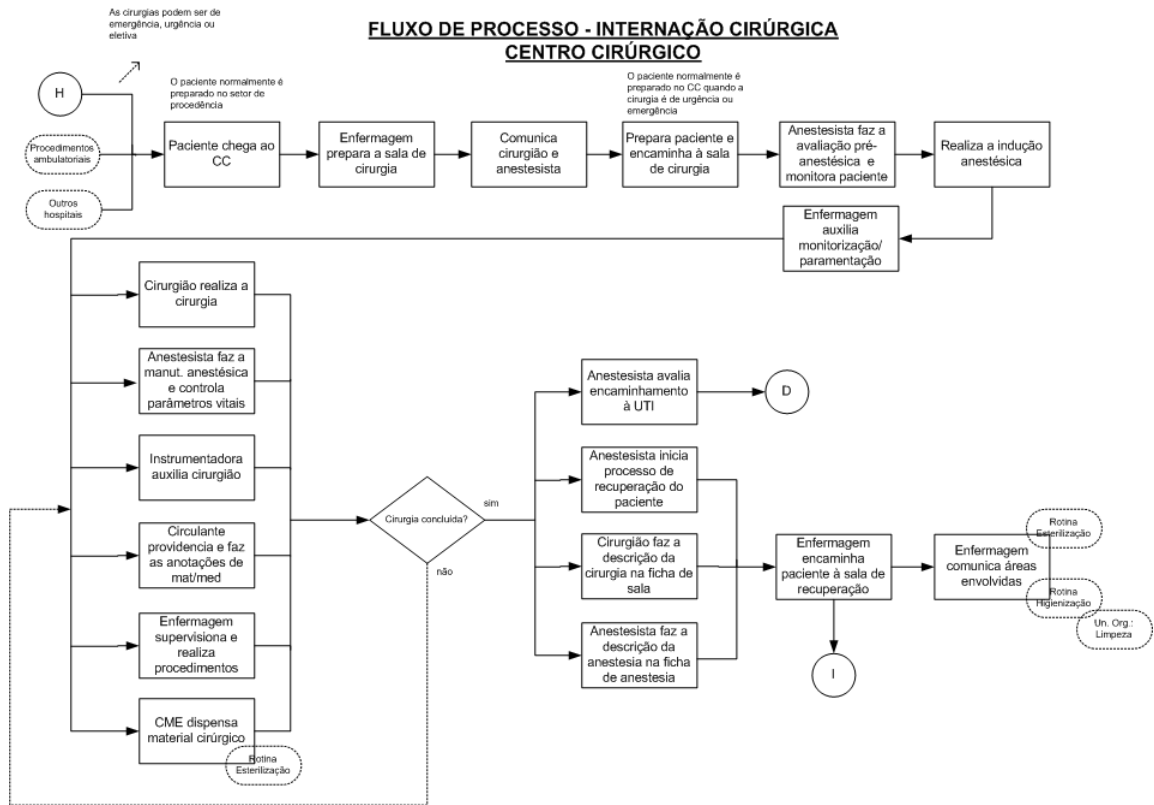


Figura 26 – Atividades no centro cirúrgico

Após a realização do procedimento cirúrgico, normalmente o usuário é encaminhado à sala de observação, que fica anexa às salas de cirurgia. As atividades executadas nesta etapa são demonstradas no fluxo de processo, na seqüência.

**FLUXO DE PROCESSO - INTERNAÇÃO CIRÚRGICA
SALA DE OBSERVAÇÃO**

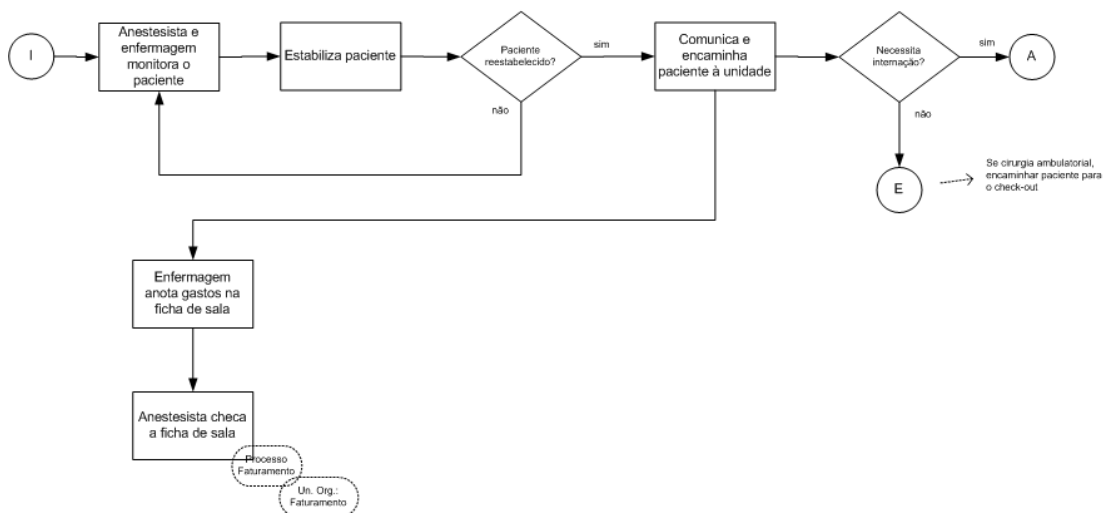


Figura 27 – Atividades na sala de observação

Em alguns casos há a necessidade de encaminhamento do usuário a unidade de tratamento intensivo, conforme demonstrado.

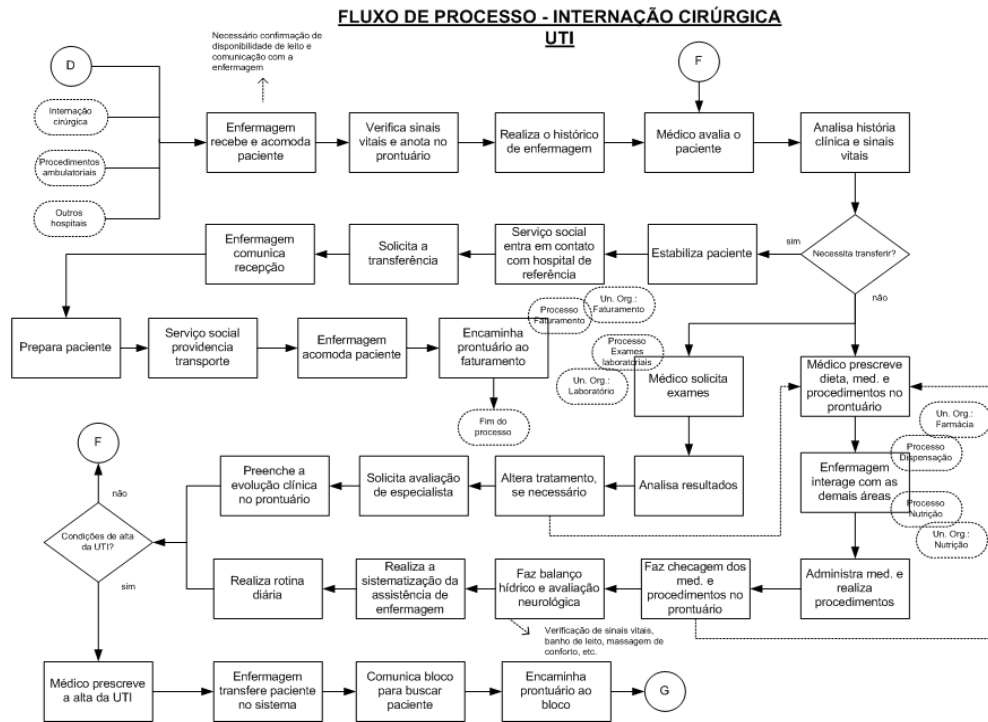


Figura 28 – Atividades na UTI

Por fim, o usuário recebe alta, englobando algumas atividades administrativas finais.

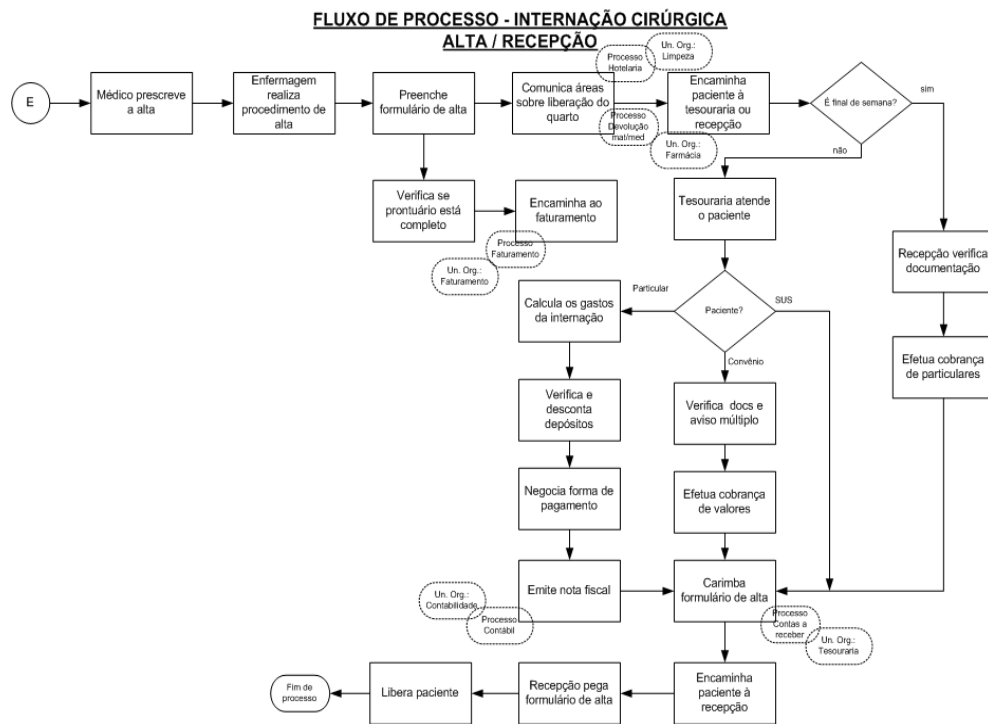


Figura 29 – Check-out recepção

5.1.3 Análise das principais interfaces

Percebe-se na análise do processo uma série de atividades que disparam novos processos em outras unidades organizacionais. Sendo assim, evidenciam-se as integrações necessárias para o bom desempenho organizacional.

Para a seqüência do trabalho, foram identificadas as interfaces entre estas unidades organizacionais, estando apresentadas a seguir. Algumas interfaces foram adicionadas, apesar de não constarem dos fluxos apresentados, pela complexidade das relações.

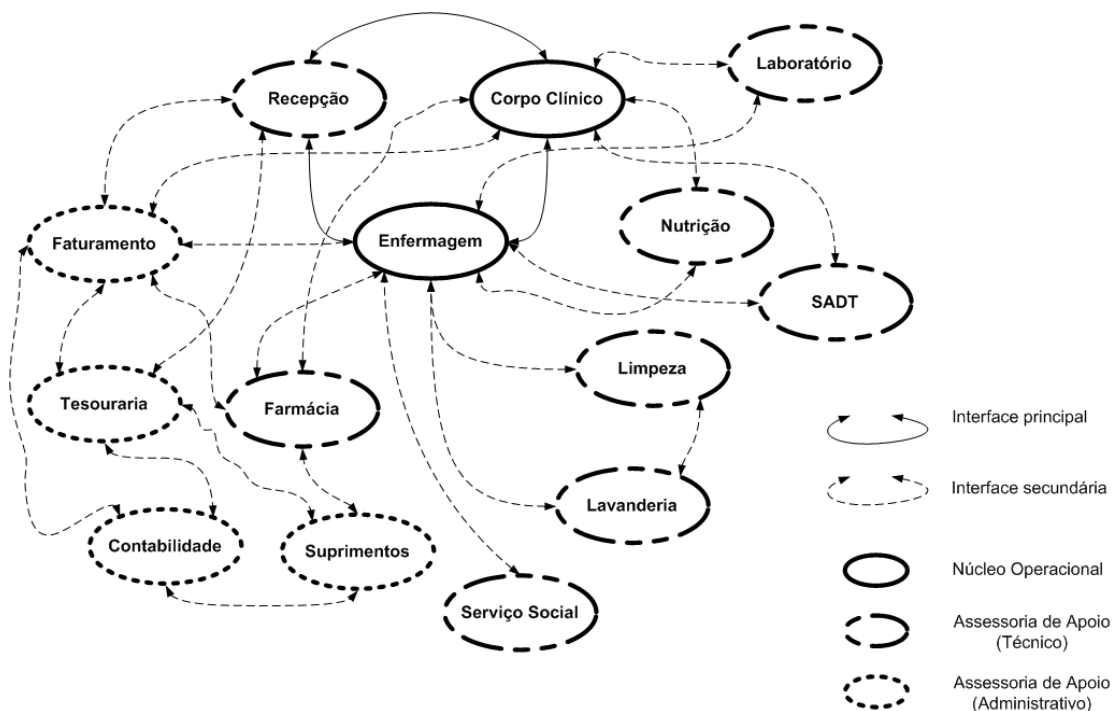


Figura 30 – Interfaces do processo de internação cirúrgica

5.2 ATRIBUTOS DAS UNIDADES ORGANIZACIONAIS

Para o levantamento do estado de diferenciação e integração, o HMCC foi dividido em quatro grandes áreas. O corpo clínico e a enfermagem, apesar de

fazerem parte do núcleo operacional, foram divididos, sobretudo devido às diferenças esperadas entre as duas áreas. A terceira área foi definida como área de apoio, não importando se administrativo ou técnico, devido a pouca diferenciação esperada entre estas áreas. A quarta área estudada foi o corpo diretivo da organização.

Sendo assim foram entrevistados²⁰ dois médicos pertencentes ao corpo clínico, denominados de Med1 e Med2; duas enfermeiras pertencentes à unidade de enfermagem, denominadas Enf1 e Enf2; três gerentes de áreas de apoio, sendo dois de áreas de apoio administrativo e um de apoio técnico, denominados Apo1, Apo2 e Apo3; e por fim, um diretor, denominado Dir1.

5.2.1 Levantamento do estado de diferenciação

A primeira variável levantada foi a formalidade da estrutura. No corpo clínico nitidamente o principal mecanismo de coordenação é a padronização de habilidades. Apesar de se falar muito de protocolos clínicos, que nos levaria a relacionar com a padronização de processos, o conceito ainda acha-se relacionado com as habilidades aprendidas fora da organização, conforme segue:

[...] o bom serviço tem protocolo, pode não estar escrito, está escrito nos livros, você pega o que está nos livros, você não inventa moda [...] só faço o que está comprovado. O bom serviço até escreve, põe no papel... (Med1)

Contribuindo com esta visão percebe-se a necessidade dos protocolos nas áreas assistenciais, sobretudo para reduzir um pouco o impacto da padronização de habilidades:

O que falta, tanto entre os médicos quanto na enfermagem, são protocolos, conduta padrão, pois cada um vem de uma escola [...] eu creio que o protocolo dá um diferencial não só na qualidade da assistência, mas faz com que todo mundo fale a mesma língua... (Med2)

Evidente que, por ser o corpo clínico composto de prestadores de serviço e não funcionários, este tem grande independência do controle gerencial. Muitos

²⁰ Os entrevistados foram selecionados entre os 8 médicos e 7 enfermeiras com cargos de coordenação e supervisão, 17 gerentes das unidades de apoio e 3 diretores.

médicos provavelmente vêm os protocolos e qualquer ato relacionado com medicina baseada em evidência, como uma pressão para padronização do trabalho médico. Por outro lado, pode-se ver a padronização como um auxílio na busca de uniformidade não de processos, e sim das habilidades, dentro de um mesmo ambiente.

Nitidamente também o corpo clínico é formalmente organizado tanto em função da especialidade quanto do serviço prestado.

Quanto à enfermagem, é certo apontar que a área tem relativa independência de controle gerencial, sobretudo por supervisão direta, porém percebe-se uma maior aceitação em relação à padronização e aos protocolos, fortalecendo a padronização de habilidades que se faz presente:

Supervisão direta não dá, não tem como pelo tamanho das equipes [...] a idéia é que todo mundo trabalhe da mesma forma, um vem de uma faculdade, outro vem de outra, e cada um aprende de acordo com isso, temos que caminhar para um padrão local, independente da escola que cada um tenha se formado. (Enf2)

Porém sua estrutura é um pouco mais formal, com uma divisão nítida em relação ao serviço prestado por tipo de atendimento, mas com grande fragmentação entre as atividades realizadas pelo enfermeiro em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, com clara separação do pensar e fazer.

As áreas de apoio são divididas de forma funcional, sendo o mecanismo de controle mais voltado para a supervisão direta, típica de áreas relacionadas à produção:

As áreas de apoio são áreas de produção, é como se fossem várias empresas dentro de uma mesma organização; você pega a lavanderia, ela é rotina, produção e o modelo de quem faz a gestão é aquele mesmo, ela manda, supervisiona, controla, controla o ritmo, controla o tempo, ela tem todo um modelo ligado a produção mesmo. Outras áreas como nutrição tem o mesmo modelo, é o horário do alimento, é feito em série, produção. Já a enfermagem está construindo seus padrões, então cada unidade tem um modelo, flexibilidade, a enfermeira de uma escola vê de um jeito, a de outra escola vê de outro [...] o hospital cresceu muito rápido, e além de crescer muito rápido ainda está numa fronteira onde as pessoas vieram de várias escolas e tem visões diferentes da saúde. (Apo2)

Um dos entrevistados confirma esta visão e salienta ainda a importância da padronização de processos, porém vinculada ainda à supervisão direta:

Você delega algumas coisas e vai ver *in loco* e as coisas não estão sendo feitas, então você acaba fazendo supervisão direta. Não que não funcione, mas não funciona da forma como eu gostaria que estivesse funcionando. Então se eu chegar lá e deixar uma semana eu sei que vou encontrar

buracos [...] quando você está no meio da produção é uma coisa, quando você vira as costas é totalmente diferente [...] tenho os procedimentos operacionais padrões, alguns já viraram hábitos, e a tendência é que virem hábitos, a idéia é inserir devagar até que a equipe absorva aquilo e faça-o naturalmente. (Apo3)

No último grupo, o corpo diretivo, nitidamente a coordenação é realizada através de padronização de resultados. Isto é comprovado com o relato a seguir:

Procuro delegar autoridade e autonomia ao gerente da área, mas também dando o suporte quando necessário, até para que ele tenha iniciativa das ações a serem executadas [...] como as áreas são bem diferentes, você tem uma visão geral, e está sempre em contato vendo como estão sendo tomadas as ações, que forma estão sendo executadas, como está se pensando, planejando a sua área. (Dir1)

A segunda variável é a orientação aos objetivos de cada área. O corpo clínico claramente foca na cura do usuário, sem maiores preocupações em relação ao andamento da organização. No discurso de um dos médicos isso fica claro:

O objetivo principal do médico é o diagnóstico, a indicação do tratamento e o amparo emocional de pacientes e familiares, essa é a função de ligação ao paciente. Não vejo uma preocupação com a instituição, nem aqui nem na Santa Casa, até aqui é pior... A informação acadêmica nesta parte peca, pelo menos dos que eu conheço, os que têm uma visão administrativa é porque foram estudar depois ou vem de famílias que já tem uma estrutura de negócios. (Med2)

A área de enfermagem tem seus objetivos intimamente ligados aos cuidados de assistência durante o tratamento dos usuários. Este foco é demonstrado por uma das enfermeiras:

O foco é totalmente voltado ao paciente [...] a formação deles é o cuidado [...] na docência nós estamos procurando formar um profissional um pouco diferente, mas o currículo estabelecido não favorece [...] é necessário um complemento [dentro da organização], uma educação permanente, ou seja, trabalhar comportamento, relacionamento, habilidade técnica, e construir o perfil do funcionário para a sua instituição. (Enf1)

Claramente nesta construção posterior na organização, há uma moldagem do profissional em relação aos aspectos relacionados à própria organização. Tomando ainda o fato de que este grupo é composto por funcionários, evidencia-se que a área compreende o impacto de suas ações e pode inclusive utilizar esse poder a favor ou contra a assistência ao usuário e ao próprio futuro da organização:

Ela [a enfermagem] consegue ver o impacto e ela leva o hospital para cima ou para baixo. [...] Quem carrega a instituição para cima ou para baixo é esse grupo de enfermagem e os outros profissionais [médicos]. Tem momentos até em que eles [enfermagem] desrespeitam o paciente para ferir a organização ou para ferir o médico. [...] Se os médicos soubessem desse poder, trabalhariam mais a seu favor e muitos hospitais teriam mais sucesso. (Apo2)

As áreas de apoio têm uma visão mais voltada ao controle. Isso é evidenciado por um dos gerentes, que cita o fluxo de informações como elo principal de ligação entre as áreas:

Vejo a minha área muito mais como um elo de ligação, de distribuição de informações entre as unidades organizacionais. (Apo1)

Esta visão de ligação é fundamentada por outro gerente, que comenta sobre a necessidade da visão de cliente interno dentro da organização:

Eu tenho dois clientes principais no hospital: um é o próprio paciente e o outro são as outras áreas, e são esses que estão no dia a dia, que me dão sugestão, feedback. (Apo3)

Este comentário abre a idéia, além de controle, do entendimento das áreas de apoio como suporte efetivo a prestação de assistência adequada ao usuário, através do entendimento que as áreas assistenciais - corpo clínico e enfermagem - são seus principais clientes internos e a assistência citada está diretamente ligada ao quanto às áreas de apoio conseguem dar efetivo suporte.

Evidente que esta visão de suporte à assistência está mais presente nas áreas de apoio técnico, que necessariamente se relacionam mais com o corpo clínico e enfermagem. Nitidamente, pelo contato com as áreas de apoio administrativo, está percepção de cliente interno necessita ser mais desenvolvida, pois a relação com as áreas assistenciais é mais distante:

O ambiente hospitalar é muito diferente. É uma prestação de serviço diferenciada, pois é um ser humano que está ali para receber este serviço e o que for de erro pode ser irreparável, ou é a morte ou uma seqüela. Então o nível de responsabilidade é muito grande. Algumas pessoas têm consciência disso, outras não, do tipo de serviço que ela presta e para quem ela presta. [...] Acho que o faturamento tem dificuldade de ver, a contabilidade, a tesouraria, a recepção ainda tem um pouco de dificuldade de ver... (Apo2)

Quanto à orientação da direção do hospital, está direcionada ao suporte necessário para a condução ótima do negócio, conforme segue:

Eu vejo que a atividade fim do hospital é a parte assistencial. As pessoas que vem ao hospital procuram atendimento; com certeza elas não têm a visão do todo, o que acontece nos bastidores para que aquele problema seja resolvido. Então eu vejo que a função principal do hospital é a assistência, mas para isso existe todo um processo, uma sistemática, que é dar o suporte para que as áreas tenham uma resolutividade alta nos casos. [...] A direção tem que dar suporte para a área assistencial, para a atividade fim. No momento que você consegue atender as necessidades da área assistencial com certeza a situação fica mais fácil e a credibilidade aumenta junto ao corpo médico e assistencial. (Dir1)

Além disso, salienta a necessidade do relacionamento com os órgãos externos, isto é, administrar as fronteiras da organização, na busca de maior integração com a comunidade:

Além disso, necessita [a direção] divulgar mais as atividades que são realizadas aqui no hospital. Uma boa parte da população não sabe o que nós atendemos, quais serviços nós prestamos, divulgar as ações que o hospital realiza para a comunidade. (Dir1)

A terceira variável é a orientação das áreas em relação às ações de curto, médio e longo prazo. Até pelo modelo adotado no hospital, do corpo clínico como prestador de serviço, há uma vinculação do médico como um ator que vislumbra apenas ações de curto prazo. Este ponto relacionado com a orientação aos objetivos da área médica nitidamente mostram uma preocupação orientada para a cura, mas sem maiores preocupações com a organização, apenas com ações a curto prazo:

Dos médicos, os cirurgiões e os que trabalham em UTI ainda permanecem mais tempo no hospital, mas a grande maioria foca na cura. [...] Uma coisa que eu acredito que dificulta [uma visão de médio e longo prazo] é pela própria estrutura. Ninguém só trabalha no Costa Cavalcanti. O ideal é que nós tivéssemos uma equipe médica e que ele tivesse o dia a dia aqui. [...] Daí você tem até como cobrar do pessoal, olha tal horário, tal dia tem reunião e vamos discutir isso ou aquilo. (Med2)

Orientação semelhante tem a área de enfermagem através de seus discursos:

Hoje eu me vejo mais apagando incêndio. Eu vejo a necessidade de estar mais tempo planejando, mas o tempo se torna curto. Mais é tentando apagar incêndio, interagir com a equipe [...] deveria ter mais tempo para você pensar em ações fora do curto prazo. (Enf1)

A enfermagem trabalha com ações de curto prazo focadas na assistência. (Enf2)

As demais áreas de apoio, pela própria característica de suas atividades, apesar de também atuarem no curto prazo, sobretudo em virtude do crescimento do hospital nos últimos anos, têm em contrapartida um horizonte um pouco mais ampliado:

Eu consigo dividir em duas situações: o meu todo dia, que é apagar o fogo, com ações imediatas; e tenho o meu projeto de longo prazo, para o próximo ano. Com a obra construída, a busca de certificação [...] meu projeto de longo prazo é estar qualificando o setor com um selo de qualidade. Eu vejo os dois caminhos, não consigo pensar só o imediato... (Apo3)

Por outro lado a direção, pela preocupação na auto-sustentabilidade da organização, tem um pensamento voltado ao longo prazo, conforme relato de um dos diretores:

Nós precisamos agora retomar um planejamento estratégico pensando o que a fundação quer ser daqui a cinco, dez anos. Pode até ver qual foco o município precisa, mas com o questionamento se é interessante para a fundação, traz algum resultado e pensando em ações de médio e longo prazo, o que isso vai impactar e quais resultados esperados. (Dir1)

A quarta variável aponta para a orientação às tarefas ou às relações. O corpo clínico, pela complexidade das tarefas executadas, é orientado principalmente às relações. Na enfermagem, por compreender tarefas mais certas, há uma tendência de discurso em relação à tarefa, talvez até pela pressão exercida para a utilização de protocolos e sistematização, os quais algumas vezes não são seguidos.

É mais orientado [a área de enfermagem] para a tarefa, o relacionamento não é muito trabalhado. (Enf2)

Ainda tem que trabalhar muito ainda a parte de sistematização [...] tem que estar desenhado o processo. Falta desenhar como é o processo, qual o perfil da clientela [...] Falta fazer com que todos trabalhem da mesma forma, e falem a mesma língua, parece que cada um faz o que o seu supervisor coloca, está faltando o processo ou método de trabalhar. (Enf1)

Um dos gerentes aponta a orientação das demais áreas em relação a enfermagem, apontando uma diferença entre ambas:

Dentro do conhecimento que tenho, o grupo administrativo é orientado à tarefa, no cumprimento de tarefa. O outro [assistencial] é orientado para tarefa de uma forma diferente, com uma dinâmica diferente, é mais relacional, a enfermagem mesmo orientado à tarefa acaba sendo voltado às pessoas. (Apo2)

A direção apresenta a mesma linha de pensamento, separando o hospital em duas grandes alas:

Na área assistencial a relação é mais orientada ao relacionamento, das pessoas, das áreas e existe uma certa dificuldade em estabelecer um relacionamento de tarefas [pela incerteza], existe uma resistência em estabelecer protocolos ou padrões de atendimento. Já na área administrativa [incluindo a direção] você é mais focado para tarefa, existe uma atividade e ela tem que ser feita assim, é mais fácil descrever uma rotina, um processo. O hospital por ser uma empresa complexa, na área assistencial tem uma visão mais voltada à relação e na área administrativa mais voltada a tarefa. (Dir1)

Quanto ao modo de solução de conflitos, percebe-se na organização que apesar dos esforços da direção no sentido de solução através de confronto, de forma mais participativa, ainda é necessário, em grande parte das decisões, a imposição ou o nivelamento. Isto é evidenciado em um dos discursos:

A enfermagem usa o único poder que ela tem, é o poder da repressão e do medo. A enfermagem não tem o poder do saber, então ela usa o poder do medo [...] existe um clima de medo na enfermagem, a equipe não está motivada, não é ouvida [...] não é a direção que impõe, é uma coisa um pouco herdada... Tem que escutar o usuário, escutar o médico, escutar a

enfermagem. Não é escutar verticalizado, é escutar todos com igualdade [...] No momento que conseguir isso, todos saberem que vão ser ouvidos sem represália, vocês vão criar um belo hospital... (Med1)

Outro entrevistado também salienta que a comunicação parece não estar fluindo bem dentro da organização, o que influi diretamente no modo de solução de conflitos:

Isso é uma coisa que falta em vocês [direção]. Vocês ficam aqui, deve ser uma papelada, uma burocracia, e falta aquela circulada, sabe o olho do dono? Até para o pessoal poder chegar e falar. Sabe aquela coisa do Rolim, da TAM, fale com o comandante? O pessoal se sente valorizado, agora não sei se vocês têm esse tempo para conseguir fazer isso... (Med2)

Na área de enfermagem é apontado que ainda falta as pessoas na organização se comprometerem com o processo:

O ideal é que [as pessoas] tomassem decisão, assumissem o risco, mas ainda há insegurança e aí quando tomam decisão, elas ligam e avisam [...] Falta correr o risco, não quero me comprometer, eu tomei essa decisão e já passei para você, se der algum problema, você já sabia. Algum tempo atrás tudo chegava para mim. Na direção anterior existia um medo muito grande, porque a visão era diferente, a visão era mais autoritária, mais de cima para baixo. Você não participava na verdade da gestão, você sabia só do resultado final, mas você não construía junto. A partir do momento que se começa a construir junto, você começa a ter uma visão administrativa diferente, você começa a entender os processos e você sabe que vai ter o respaldo. (Enf1)

Nesta mesma linha, outra enfermeira adverte que o normal ainda é a imposição por parte da direção, na verdade não por exigência e sim, por falta de tomada de decisão pelos gerentes das áreas:

Dentro da enfermagem não se toma decisão, busca-se a direção e aí aguarda a evolução e a decisão [...] São horas que se perde e não consegue se resolver um problema, até que chega numa instância maior, na diretoria, e aí ela impõe... As coisas acontecem e vocês não ficam sabendo, e a decisão acaba sendo tomada da forma como eu [de modo geral os gerentes] repassei, e na verdade trouxe a solução, mas não estou assinando embaixo. (Enf2)

Um dos gerentes complementa o pensamento anterior apresentando dificuldades vividas na organização:

Em várias tentativas a direção e a equipe de implantação [do sistema integrado de gestão] têm feito os gerentes tomarem as decisões, mas eles não têm tomado. Pode até ter uma falsa impressão que eles tomam decisão, mas se parar para analisar, as decisões acabam sendo tomadas depois de muita discussão e muita reunião. [...] tem uma decisão tomada, mas não necessariamente isso foi tomada pela área, se não tiver a direção envolvida, não sai uma decisão. [...] Existe um medo natural do corpo gerencial, [quando de conflitos] existe uma resistência ao diálogo. A primeira atitude é de alto defesa, não se conversar sobre o problema, se pára para conversar eu defendendo a minha equipe e a minha tese e você defendendo a tua equipe e a tua tese e na verdade, o foco que seria o problema em momento nenhum está sendo citado. (Apo1)

Este medo em tomar decisões, segundo um dos gerentes estaria relacionado à cultura muito presa ao modelo de gestão anterior, que conviveu na organização por mais de 10 anos:

O modelo de gestão é ainda centralizado, não percebo que conseguiu essa independência, essa autonomia. Ela vem sendo construída, mas toda tomada de decisão ainda retorna para a diretoria fechar. Ainda existe uma dependência do corpo gerencial com relação às decisões. Ainda existe medo, eles trazem para a diretoria tomar decisões, se der certo ótimo, se der errado foi a diretoria que tomou a decisão. É conveniente. (Apo2)

Porém vejo que eles [os colaboradores] tinham muito medo de falar o que pensavam, medo de fazer projetos, medo de não ser aceito. [Por que?] Medo relacionado ao modelo de gestão anterior. Medo de ser demitido, medo de tomar decisões, medo de bancar as decisões tomadas. Do comportamento que o grupo todo mantinha, ficava claro que o modelo anterior tinha um modelo mais autoritário, na forma de relação entre o estratégico e o operacional. Eu mando e você faz, e você faz o que eu estou mandando. Esta fala era muito repetida entre o grupo e o medo de tomar decisões era muito forte. (Apo2)

Na visão da direção ainda falta à atuação dos gerentes frente a resolução de conflitos, apesar de todo o esforço na mudança organizacional. A questão é até que ponto estes gerentes podem efetivamente mudar ou serem mudados:

Os gerentes acabam deixando de tomar algumas decisões de competência deles e acabam vindo para a diretoria. Talvez seja um reflexo da gestão anterior, onde as pessoas tinham um certo receio de tomar decisões, ter mais iniciativa. Eu acredito que de 2002 para cá as coisas melhoraram, mas ainda precisa ser feito um trabalho mais atuante do gerente como sendo o gestor da sua área. Volto a frisar, se não ocorrer a tomada de decisão, ela acaba vindo para a diretoria e aí você tem que tomar uma decisão. Muitas vezes você não conhece o funcionamento da área, até porque existe um gerente e ele está no dia a dia lá. Para você tomar essa decisão você vai ter que chamá-lo para conversar, você deixa de fazer atividades que seriam da área estratégica e acaba atuando no operacional. (Dir1)

A falta de visão holística também é citada como um ponto prejudicial na resolução de conflitos entre as unidades organizacionais, conforme segue:

Ainda existe uma visão cada um da sua área em relação ao hospital. Eu acredito que melhorou de uns tempos para cá, mas ainda acontecem desacordos e acaba vindo para a diretoria. Quando acontecem esses atritos nenhum dos gerentes quer ceder, tem o seu ponto de vista, é esse e é ponto fechado e o colega também e vem para a diretoria ser o juiz, que tem que ponderar e filtrar. Havendo a integração, melhora a comunicação e com certeza esses desacordos deixariam de acontecer e quando acontecesse, o ideal seriam as áreas trazendo uma proposta e aí tendo uma ação conjunta, na verdade tendo uma conciliação ao invés de definir o que vai ser feito. (Dir1)

5.2.2 Análise do estado de diferenciação

Entendido as diferentes visões das quatro grandes áreas estudadas – corpo clínico, enfermagem, unidades de apoio e direção – na figura a seguir é demonstrado os principais pontos identificados nas entrevistas. Há diferenças significativas como cada área vê o ambiente hospitalar, podendo-se apontar que há um alto grau de diferenciação entre estas áreas, como já era esperado.

	CORPO CLÍNICO	ENFERMAGEM	APOIO	DIREÇÃO
FORMALIDADE	padronização de habilidades e estrutura por função e mercado	padronização de habilidades, padronização de processos e estrutura por função (trabalho fragmentado entre enfermeiros e auxiliares e separação do pensar e fazer)	supervisão direta, padronização de processos e estrutura por função	padronização de resultados
ORIENTAÇÃO AOS OBJETIVOS	cura do paciente (diagnóstico, indicação do tratamento e amparo emocional) e visão para fora da organização (não preocupação com a organização)	cuidados durante o tratamento do paciente e visão para dentro da organização (foco no fluxo de atendimento do usuário)	controle, suporte e visão para dentro da organização (foco nos processos de apoio à assistência e à gestão)	suporte, relações externas e visão para fora da organização (foco nos resultados globais e na imagem)
ORIENTAÇÃO AO TEMPO	ações de curto prazo	ações de curto prazo	ações de curto e médio prazo	ações de longo prazo
ORIENTAÇÃO INTERPESSOAL	orientado às relações ²¹	orientado às tarefas e às relações (híbrido)	orientado às tarefas	orientado às tarefas
MODO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS	Imposição ou nivelamento no processo de tomada de decisão			

Figura 31 – Análise da diferenciação entre as grandes áreas estudadas

Outro aspecto importante é que ficou claro que o modo de solução de conflitos, apesar dos esforços da direção no sentido de utilizar o confronto, é por

²¹ Segundo Lawrence e Lorsch (1973) o conceito de orientação às relações está relacionado ao grau de incerteza das tarefas, o que ocorre nitidamente nas atividades médicas no processo de internação cirúrgica.

imposição ou nivelamento, visto que grande parte das decisões acaba tendo que ser definidas ou acompanhadas por um dos diretores. Na figura a seguir são apresentados alguns itens de relevância relacionados ao por que da necessidade da imposição ou nivelamento na solução de conflitos e no processo de tomada de decisão.

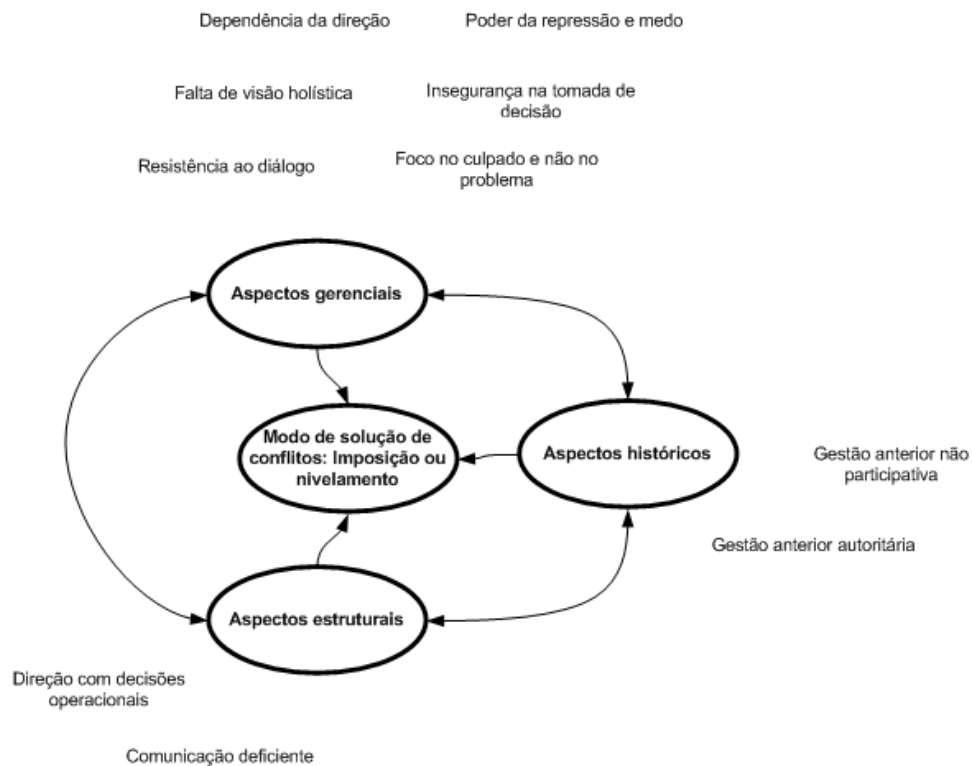


Figura 32 – Aspectos relacionados ao modo de solução de conflitos atual

5.2.3 Identificação do grau de integração atual

Ao avaliar o estado de integração atual, defronta-se com um problema de integração entre as duas áreas chave da organização, enquanto atendendo seu objetivo principal, prestar assistência de qualidade aos seus usuários. Alguns depoimentos advertem sobre problemas entre o corpo clínico e enfermagem, que refletem diretamente nesta qualidade pretendida. Dois aspectos estão apontados: o

primeiro relacionado ao nível de qualificação do quadro de enfermagem, e o segundo, a influência das relações de poder entre as duas áreas na qualidade da assistência prestada. Algumas citações dos médicos confirmam estes aspectos:

A enfermagem não é tão boa quanto se gostaria que fosse. Provavelmente a enfermagem deve dizer que o corpo médico não é tão bom quanto se gostaria que fosse. Talvez ambos tenham razão. [...] A enfermagem comete erros, a formação não é boa, o médico que sai da faculdade e vai trabalhar, ele sabe trabalhar, ele sabe fazer medicina. Uma enfermeira que tenha só teoria, ela não sabe exercer a profissão. (Med1)

...tem o que tem em qualquer lugar [sobre os atritos da enfermagem com o corpo clínico]. Normal não é, mas é um negócio que já vem [de tempos], é uma coisa histórica. No tratamento do doente, a primeira figura foi o médico. O médico ia na casa e o médico fazia tudo. Ele dava o diagnóstico, ele dava a terapêutica. Então ele era o farmacêutico, ele preparava aquilo, orientava e muitas vezes fazia a parte assistencial de enfermagem. Era ele que administrava, era ele que fazia o curativo, ele acabava englobando tudo. Quando a coisa expandiu, o médico ficou mais restrito ao diagnóstico e a indicação da terapêutica, e a enfermeira essa parte mais assistencial... acho que a grande alma do hospital não é o médico, é a enfermagem. Uma boa enfermagem até consegue contornar um médico de qualidade inferior, o contrário não. Você pode ter um médico genial, mas se a enfermagem funciona mal, é terrível... a enfermagem daqui tem muito desnível. (Med2)

Os entrevistados da área de enfermagem quando indagados sobre a baixa qualidade de integração da enfermagem com as demais áreas, apontam também a relação com o corpo clínico como ponto nevrálgico para a integração:

De não integração ainda é o corpo clínico. [...] O atrito maior ainda é com o médico. [...] Dentro da história do hospital, mudou muito, mas ainda têm muitas barreiras, de ambos os lados. A enfermagem tem muita resistência na questão médica [...] dependendo de quem for é mais fácil, você tem mais confiabilidade. Quando a pessoa tem uma confiabilidade maior, isso tanto o médico quanto a enfermagem, você tem uma integração melhor. [...] Tem que trabalhar ainda muito essa interação médico e enfermagem, ela ainda é baixa. (Enf1)

Não vejo um trabalho unificado, trabalhar para o bem do paciente. [...] A visão que eles [médicos] têm hoje da enfermagem, e já é bem antiga, é que a gente não é qualificado para cuidar do paciente; e quem é, ainda não tem valor. Tem vários enfermeiros bons aqui dentro, com qualificação em algumas áreas, e eles acabam atuando pouco. [...] Se criou isso a muito tempo, que o corpo clínico mandava, eles podiam tudo e a enfermagem só dizia amém. Até pela própria história da enfermagem, como uma profissão subalterna. [...] Não sei se o pessoal mais antigo [corpo clínico] já criou essa concepção, que a enfermagem não presta, que a enfermagem é só para executar os trabalhos e acabou. Acho que eles não têm essa visão, eles não conseguem mais ver a enfermagem como um colega de trabalho, com o qual você pode estar discutindo os casos, melhorando os serviços deles. Ainda tem muito pessoal antigo, e que tem essa visão. O corpo clínico só foi mudado nos últimos 3 anos, o pessoal mais novo tem uma visão diferente da enfermagem, participa mais, conversa mais. (Enf2)

Sobre essa relação há um histórico bastante claro das relações de poder entre estas duas áreas, desde a expansão muito rápida do hospital nos últimos anos, o crescimento num primeiro momento da enfermagem até a abertura maior do corpo clínico:

Houve necessidade de definir limites de atuação, o que era do médico, o que era da enfermagem. Esses limites mexeram nos poderes, nas relações de poderes entre enfermagem e médicos. [...] Houve um momento em que os médicos se reuniram para pedir mesmo um posicionamento diferente da enfermagem e houve um momento em que a enfermagem passou a fazer grupos e reuniões pesadas para definir uma postura, mudança de comportamento com os médicos. Até que chegou o momento em que começou a haver diálogo entre médicos, algumas lideranças médicas e algumas lideranças de enfermagem, muito bem conduzidas para começar a ter um pouco de respeito nas diferenças profissionais. [...] O hospital cresceu muito, teve uma demanda de diferentes atividades, com complexidade bastante grande, escolas de enfermagem diferentes, com procedimentos diferentes, e o corpo clínico não mudou muito. Não vieram muitos médicos de fora naquele primeiro momento. Vieram muitas enfermeiras diferentes, com saberes diferentes, em que os médicos tiveram uma resistência maior em aceitar. [...] Até integrar essas diferenças de escola, de grade curricular, de pensamento, de formas de dialogar, de formas de perceber, demora um pouco mais. Depois vieram médicos de fora [para oncologia e cardiologia] e aí houve uma mudança entre o saber antigo e o atual e começou a abrir um diálogo entre a enfermagem e a medicina. Mas ainda isso está muito distante de ser o ideal. Existe um jogo de sedução muito grande entre estas profissões, isso permeia o tempo todo. E existe uma necessidade de poder e saber o tempo todo. (Apo2)

Não se percebe maiores problemas de integração entre o corpo clínico e enfermagem com as demais áreas de apoio. Grande parte dos problemas de integração está relacionada a problemas de menor impacto, que poderiam ser resolvidos com uma coordenação mais efetiva dentro da estrutura organizacional. Lembre-se que praticamente todas as unidades organizacionais são ligadas diretamente aos respectivos diretores. Isto é confirmado nos discursos que seguem:

Ainda tem que ser trabalhada, cada um quer resolver o seu problema. Eu não quero saber como está a outra área, eu quero resolver o meu [problema]. A necessidade deles é mais importante que a do outro [deles se refere ao pensamento da enfermagem]. A tarefa deles é muito mais importante da de quem está lá embaixo. Na verdade não é. Um conjunto forma o outro. Isso ainda a gente tem que trabalhar. Isso tanto para farmácia, lavanderia, farmácia, nutrição, mas não tem muitos problemas. ... não vejo muito atrito. Por exemplo, com a recepção melhorou muito, tinha uma época com muito atrito, hoje melhorou muito a interação. (Enf1)

Uma coisa que ainda existe por mais que se faça reuniões, a hora em que a gente vê os processos, e você vê os gerentes indagarem é que uma área acaba não confiando na outra. Eles não têm o intuito de resolver o problema e sim de indicar o culpado. [...] Ainda existe um conflito desnecessário dentro dessas áreas [áreas de apoio e enfermagem], não existe uma integração, de dizer que esta área precisa de mim, eu preciso dela, quem é

cliente de quem, afinal de contas. [...] O ponto que pega mais é que todo funcionário é espelho de seu gerente, e infelizmente parte do corpo gerencial não tem visão disso [de cliente interno]. (Apo1)

É um ambiente [hospitalar] que precisa, necessita que estejam todas as áreas ligadas, com a função única e exclusivamente de tratar o nosso cliente principal, que é o paciente, e mandá-lo embora o mais rápido possível. Hoje eu vejo que do meu setor tem integração, ficando no lugar de outros eu vejo que não tem o mesmo retorno que eu tenho. [por que?] Vejo que é mais por postura, perfil mesmo da pessoa. [...] Eu vejo que para algumas pessoas por mais que você de ferramentas a ela, ela não vai saber usar aquilo, porque ela é daquela maneira e não muda. [...] Para mim está claro isso. Sem integração a gente não vai conseguir chegar a um serviço de excelência mesmo. (Apo3)

Aponta-se ainda a necessidade de avanços na percepção que as áreas deveriam ter sobre fluxo de processo, ou seja, o entendimento de como a ação organizacional ocorre por trás da estrutura:

Algumas áreas não têm a visão de cliente interno dentro da empresa. Eles tomam medidas que não vão ao encontro de satisfazer, eles estão muito mais preocupados em como aquilo vai refletir aos olhos de quem está cuidando do que propriamente atender o cliente interno. [...] Eles não conseguem se unir ao cliente interno e resolver o problema. Isso gera um transtorno, que às vezes uma coisa que se decidiria e resolveria em questão de cinco minutos acaba gerando um dia inteiro de trabalho e acaba muitas vezes vindo parar na direção. [...] Vejo precária a integração entre as áreas no sentido de conhecimento. Por mais que as áreas tentem se integrar, elas não se conhecem. [...] Fica difícil integrar uma área com a outra, uma vez que as pessoas não sabem nem por que aquela área existe. [...] Nitidamente cada área está voltada ainda para o seu próprio umbigo. É só acompanhar as áreas e ver que eles não conseguem ter o entendimento do processo como um todo, do negócio. Eles têm a visão de como deveria ser executado o trabalho deles e se limitam a isso e não é da autonomia deles o trabalho do outro. (Apo1)

Eu vejo que apesar de termos gerentes definidos em cada área, não conhecem o processo total de sua área, que dirá da área do colega. Então tem que contribuir melhor para resolver essas questões. Cada um vê somente a sua área, não consegue ver o que ela vai estar impactando no processo seguinte. É uma visão muito fechada do seu ambiente de trabalho, não se compartilha informações, não se divulgam as coisas, então ficam bastante fechadas e aí começam a ocorrer algumas falhas do processo e de integração. (Dir1)

Quanto à integração entre as áreas e a direção, percebe-se um relacionamento que vem evoluindo nos últimos anos, não se percebendo grandes problemas:

Temos problema? Temos, mas a harmonia que existe no geral, diretoria, as áreas de apoio, tem os atritos, mas isso é comum. [...] Isso é uma conquista, é o mérito de todos, é o mérito de uma administração transparente, uma administração de portas abertas. Não tem aquela barreira que tinha com a gestão anterior. (Enf1)

A personalidade [da direção] é de alguém que escuta, procura resoluções [a direção] em cima do que escuta. Isso é uma coisa muito importante. É aí ela imprime isso no hospital, na administração. [...] As pessoas tem que ser ouvidas, todas as pessoas aqui tem sugestões para dar, tem idéias, mas não são ouvidas. Dentro de uma estrutura vertical, você não escuta aquilo que precisa escutar. [...] a chefia trás para vocês o que vocês querem ver, o que você quer ouvir, enquanto que mais para baixo a coisa é bem diferente. [...] eu vejo que a área administrativa [lê-se direção] é bastante aberta a ouvir e a tomar resoluções em cima do que ouve, só que teria que imprimir isso nos outros setores. (Med1)

A direção deve definir quais os rumos que o hospital deve tomar, quais as prioridades desse hospital, quais caminhos... [...] e as áreas todas tem que ter claro qual o papel de cada um. [...] o grande administrador é aquele que dá condições de cada profissional desempenhar o seu papel. (Med2)

O hospital teve uma grande mudança. A grande responsabilidade disso é a nova direção, a visão arrojada que a nova direção tem, delegando o processo de tomada de decisão e se atendo realmente a conduzir o hospital de uma maneira gerencial administrativa e financeira a nível de direção, e não ficar apagando incêndio. E isto tem feito que as coisas tenham mudado atualmente dentro da empresa e isso que apenas começou... (Apo1)

Desta forma, apresenta-se na figura a seguir um esboço da integração atual, da maneira como ela é percebida na organização.

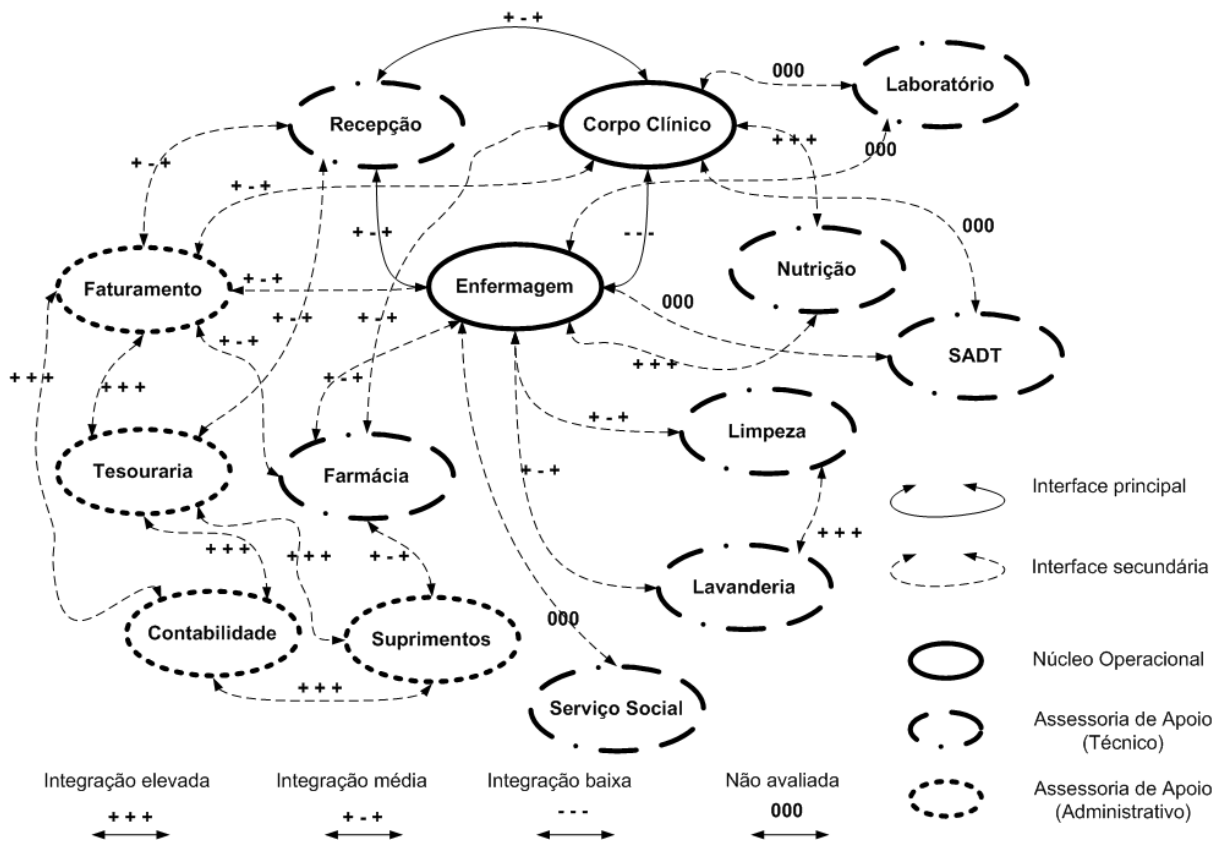


Figura 33 – Grau de integração atual analítico

Na Figura 34 é apresentada a integração de forma sintética, nos quatro agrupamentos utilizados no decorrer deste trabalho, conforme definição no tópico 5.2.

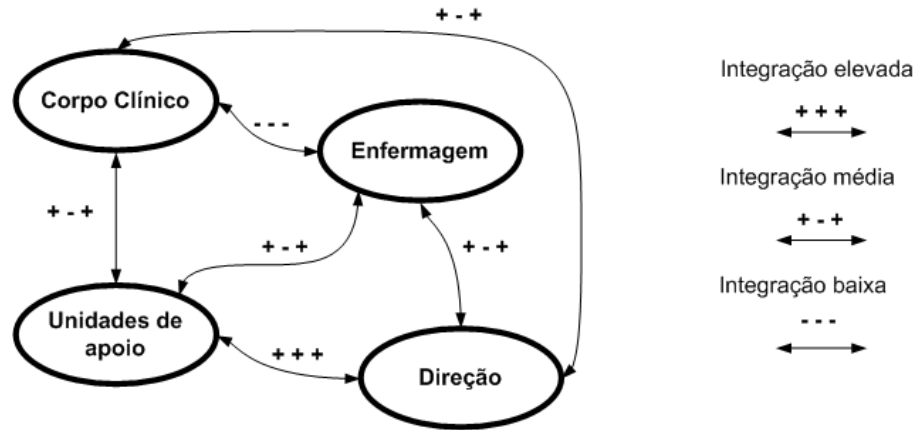


Figura 34 – Grau de integração atual sintético

5.3 MODELO DE INTEGRAÇÃO

Nesta fase foi avaliado o estado de integração exigido entre as unidades organizacionais, para posterior modificação na estrutura organizacional, levando em conta os mecanismos de integração necessários a essa integração.

5.3.1 Determinação do grau de integração exigido

Pela análise anterior, identificou-se um alto grau de diferenciação entre as unidades. Como a direção espera um alto grau de desempenho para a organização, vê-se a necessidade de alto grau de integração entre as unidades organizacionais, sobretudo aquelas ligadas ao fluxo operacional. Observa-se a unidade de

enfermagem²² como a com mais problemas relacionados à integração com as demais áreas, logo pretende-se atuar diretamente nesta para a melhoria da integração.

Em relação aos conflitos entre a enfermagem e o corpo clínico, a ideia é buscar programas que possibilitem a integração entre as duas áreas, visto que o corpo clínico não tem vínculo empregatício com a Fundação, tornando mais complicado as ações decorrentes. Nitidamente deveria haver um foco no usuário, porém as relações de poder entre as duas profissões acabam influenciando na qualidade da assistência. Paralelo a mudanças estruturais, será necessário a inclusão de outros mecanismos voltados a capacitação das equipes e humanização da assistência prestada.

De maneira sintética, a integração exigida para a qualidade esperada da assistência é apresentada na Figura 35.

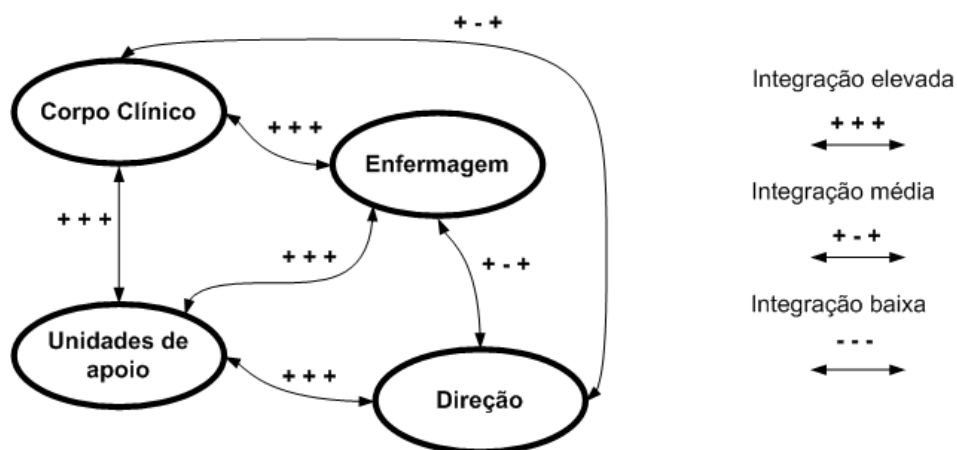


Figura 35 – Grau de integração esperado sintético

Entende-se como necessário uma integração elevada no núcleo operacional e deste com as unidades de apoio, podendo haver uma integração média entre a direção e estas unidades organizacionais.

²² Apesar da integração do corpo clínico e da enfermagem ter sido considerada média com as demais áreas (Figura 35), observa-se que a enfermagem tem mais interações com as unidades de apoio que o corpo clínico, visto que é a enfermagem que mantém contato constante com as mesmas durante a internação do usuário.

5.3.2 Definição dos mecanismos integradores

Para estabelecer a integração desejada, estruturou-se um modelo baseado em três grandes eixos, conforme figura 36.



Figura 36 – Modelo de integração

Algumas ações englobam alterações na estrutura organizacional, desde a definição da estrutura, que se achava inadequada, até a definição das atribuições de cada unidade. Um segundo eixo abrange as ações em relação à inserção da tecnologia de informação no ambiente hospitalar, através de um sistema integrado de gestão. Por fim, vários projetos relacionados à qualidade da assistência foram desenvolvidos e implementados.

Estes três eixos e as ações decorrentes visam criar além das condições estruturais e de tecnologia de informação, o ambiente necessário à devida colaboração entre as quatro grandes áreas abrangidas pelo estudo, apresentadas no centro da figura.

5.3.2.1 Estrutura organizacional

Para obtenção da integração desejada foi alterada a estrutura organizacional, conforme apresentada no apêndice C. Os pilares básicos desta alteração foram, no primeiro momento, organizar os serviços administrativos e assistenciais em uma lógica de agrupamento, basicamente funcional, resultando em duas grandes diretorias: a Diretoria Administrativa Financeira e a Diretoria Assistencial.

Uma das principais mudanças foi a inserção de um nível hierárquico, entre as diretorias e as divisões, criando-se a figura do coordenador. A idéia básica foi a de utilizar um gerente como mecanismo integrador, primeiro nas áreas correlatas e, posteriormente, entre as próprias coordenações. A escolha destas pessoas foi calcada nos requisitos propostos por Lawrence e Lorsch (1973), ou seja, influência pessoal para tomar decisões conjuntas, posição intermediária dos integradores²³ e sistema de remuneração²⁴.

A base inicial de agrupamento foi por processo de trabalho e função²⁵, com exceção do corpo clínico, com agrupamento por conhecimento e habilidade. Sendo assim, abaixo das diretorias surgem quatro grandes agrupamentos:

- a) Coordenadoria de enfermagem - engloba os serviços de assistência direta ao usuário;
- b) Coordenadoria de apoio técnico – oferece suporte para a efetiva assistência ao usuário, através da integração de várias áreas de apoio;
- c) Coordenadoria administrativa – abrange as atividades de apoio administrativo, através da gestão dos recursos humanos, tecnologia de informação e serviços gerais;

²³ Na visão de Lawrence e Lorsch (1973) o integrador deve ter uma orientação eqüidistante em tempo, finalidades e relações interpessoais, bem como uma estrutura (grau de formalidade) intermediária.

²⁴ Apesar dos gerentes não receberem remuneração baseada na rentabilidade da equipe, recebem uma gratificação diferenciada dos demais gerentes de divisão.

²⁵ Em geral, o agrupamento por função (por conhecimento, habilidade, processo de trabalho ou função) reflete a preocupação com a interdependência de processos e não de fluxo. Como faltava à estrutura funcional mecanismos internos para a coordenação desses fluxos, buscou-se deixar os problemas de coordenação em um nível mais alto da hierarquia, no caso, as coordenadorias.

- d) Coordenadoria financeira – abrange as atividades de gestão de suprimentos e gestão financeira da organização.

As coordenadorias podem ser encaixadas no que Mintzberg (2003) denomina de gerentes integradores. O poder destes inclui decisões que influenciam não somente as unidades subordinadas, porém sua autoridade formal não se estende as demais áreas. Cabe neste caso muito mais a sua habilidade de negociação do que sua autoridade. A idéia central aqui foi de buscar que as coordenadorias funcionem com grande diálogo entre si, facilitando a integração e o processo de tomada de decisão, coordenando assim o fluxo do trabalho.

Outro ponto das coordenadorias é buscar reduzir o nível de decisões que chegam às diretorias. A função básica destes gerentes passa a ser sistematizar a resolução de conflitos através do confronto, sendo os próprios coordenadores os mediadores do processo, quando necessário. Evidente que se faz presente um grau de entendimento entre estes coordenadores extremamente elevado. As coordenadorias como mecanismo de solução de conflitos será detalhado no tópico 5.3.3. A criação de mais um nível hierárquico também visou à redução da amplitude de controle dos diretores, visto que na estrutura anterior, os diretores ficavam com todas as unidades ligadas diretamente.

Além de organizar o fluxo do trabalho das unidades e integrar as equipes o coordenador passa a ser o agente principal na melhoria da comunicação entre as unidades, com uma lógica horizontal, otimizando os processos.

As áreas ligadas às coordenadorias são as com maior relacionamento nos macro processos de assistência ambulatorial e hospitalar. Na Coordenadoria de Enfermagem estão agrupados todos os serviços de assistência ao usuário. Na Coordenadoria de Apoio Técnico estão as unidades relacionadas ao apoio necessário à enfermagem e corpo clínico, no tratamento ao usuário. Já a Coordenadoria Financeira tem sob sua orientação as áreas relacionadas ao fluxo de suprimentos, faturamento, financeiro e contábil da organização. Por último, a Coordenadoria Administrativa relaciona as áreas suporte a toda a organização.

Observa-se que algumas unidades organizacionais são subordinadas diretamente às diretorias. Na Diretoria Assistencial estão ligadas as unidades de laboratório, banco de sangue e fisioterapia, pois apesar de estarem ligadas ao

complexo hospitalar, prestam serviços externos ao hospital. A mesma lógica é do plano de saúde na Diretoria Administrativa Financeira.

Outro mecanismo ampliado na nova estrutura foi o uso de comitês permanentes²⁶, entre os quais a Comissão de gestão de materiais e medicamentos – CGMM que integra todas as áreas ligadas ao fluxo de materiais e medicamentos na organização, buscando uma gestão eficaz destes. Outro comitê é a Comissão de assistência sistematizada e padronizada de enfermagem – CASPE, com o objetivo principal de desenvolver a sistematização da enfermagem, desde a padronização do diagnóstico até a consecução das atividades de enfermagem relacionadas a este mesmo diagnóstico.

Definida a estrutura foi elaborado o Manual da Organização, contendo as atribuições e o relacionamento hierárquico de cada unidade, de maneira a que todos na organização compreendam as atividades desenvolvidas não somente na sua unidade. Posteriormente foi desenvolvido manual de normas e procedimentos, contendo a descrição dos processos das diversas unidades organizacionais. Esta sistematização da documentação vem de encontro à melhoria da comunicação entre as áreas.

Durante este processo também foi revisto o Regimento do Corpo Clínico, adequando as Comissões de ética e técnica médica, de óbitos e prontuários e de controle de infecção hospitalar. Criado ainda uma estrutura de coordenadores, divididos em clínica médica, clínica cirúrgica, pediátrica e ginecologia/obstetrícia, sendo que nas clínicas médicas e cirúrgicas há supervisores por áreas específicas, com a finalidade de organização do serviço, em função do volume e complexidade. Estas áreas específicas foram definidas como atendimento de urgência e emergência, unidades de tratamento intensivo, centro cirúrgico e unidades de internação.

Como o maior problema de integração foi apresentado entre o corpo clínico e a enfermagem, a Coordenadoria de enfermagem foi dividida também por conhecimento e habilidade – blocos de internação, blocos operatórios, unidades de

²⁶ Mintzberg (2003) aponta o comitê permanente como um agrupamento de pessoas pertencentes à várias unidades organizacionais, com reuniões periódicas para discussão de assuntos comuns.

tratamento intensivo e ambulatoriais – visto que o perfil do atendimento nestas quatro grandes áreas varia sensivelmente²⁷.

Estas quatro áreas em conjunto com os coordenadores e supervisores do corpo clínico ficam com a responsabilidade de desenhar o fluxo de trabalho em torno dos quatro grandes processos do HMCC – consultas ambulatoriais, procedimentos ambulatoriais, internações clínicas e internações cirúrgicas. Claro que o resultado deste trabalho está ancorado no trabalho em equipe e na participação. Esta busca por maior colaboração vem através da efetiva participação e do estímulo para a aceitação do processo de mudanças, com intenso investimento em educação.

5.3.2.2 Qualidade da assistência

Quanto ao problema de qualificação da assistência, como ponto levantado pelo corpo clínico como dificultador da integração, três projetos foram desenhados. O primeiro, denominado de Sistematização da assistência, trabalha os pilares básicos das atividades assistenciais, desde o diagnóstico até a prescrição, evolução e histórico de enfermagem. O foco básico é a padronização de habilidades, visando à assistência ao usuário, através da padronização e sistematização das atividades de enfermagem. Este projeto está vinculado a CASPE citada anteriormente.

O segundo projeto é de Humanização e envolve todos os atores de forma contínua, através da Comissão de Humanização, propondo e viabilizando projetos que atendam aos usuários, suas famílias e aos próprios colaboradores do hospital, fomentando a mudança de atitude de todos os envolvidos. Acreditamos que a melhora das relações podem apoiar a eficácia dos processos, sobretudo pensando no bem estar do usuário. Dentro desse projeto está a ampliação dos espaços de comunicação entre os diversos atores bem como os seguintes projetos associados:

²⁷ Observa-se que mesmo utilizando a categorização de Mintzberg (2003), áreas cinzentas surgem; poder-se-ia também afirmar que a enfermagem foi agrupada por tipo de usuário, pois o tratamento é distinto, ou seja, a situação do usuário define o tratamento.

- a) Hospital Amigo da Criança – foca no propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (reconhecido em 2005);
- b) parto humanizado - objetiva melhorar o acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania;
- c) serviço de psicologia hospitalar - acompanhamento e apoio psicológico em amputações, usuários em tratamento oncológicos, usuários terminais, entre outros;
- d) casa de apoio - estrutura onde os usuários do SUS em tratamento oncológico provenientes de outros municípios possam pernoitar e aguardar tratamento;
- e) atendimento lúdico - propicia aos usuários e acompanhantes uma forma de amenizar o sofrimento e diminuir a tensão durante a permanência no hospital;
- f) biblioteca viva - trabalha o mundo imaginário da criança através de processo pedagógico, sendo os voluntários contadores de histórias e as crianças autores e participantes;
- g) sala de leitura - conta com um acervo de 1000 livros doados pela Editora Record para os usuários e acompanhantes, bem como para os colaboradores do hospital;
- h) brinquedoteca - sala específica para crianças internadas, busca amenizar o sofrimento e a dor, tornando o dia um pouco mais alegre;
- i) Companhia do Riso - grupo de colaboradores e voluntários que fazem visitas periódicas nos aposentos levando alegria aos usuários de todas as idades;
- j) atendimento à mulher, criança e adolescente vítima de violência doméstica e sexual - busca despertar na sociedade discussões sobre o grave problema, visando sensibilizar os grupos que podem, de forma integrada, trabalhar com ações em conjunto a fim de minimizar o problema, disponibilizando a estrutura médico-hospitalar e agindo como agente

facilitador para as denúncias contra os agressores junto às instituições de segurança pública (2º. hospital a implantar no Paraná);

- k) programa de atendimento à dor - equipe de trabalho composta por enfermeiras e médicos capacitados para avaliação da dor como 5º. sinal vital.

O terceiro projeto é o de Educação continuada, que começou a ser organizado dentro da Coordenadoria de enfermagem e integrado com a CASPE, para capacitação e desenvolvimento profissional. A idéia é ampliar o escopo do projeto para todas as unidades organizacionais, pois várias áreas têm pessoas com baixa qualificação, havendo assim um *gap* de qualificação.

Outras duas unidades organizacionais desempenham papel fundamental nesta organização. A primeira é a Assessoria de Planejamento e Controle, atuando no planejamento estratégico, na administração e gerenciamento de informações e na administração de contratos. Esta unidade apóia o processo de gestão, sobretudo na consolidação da gestão estratégica da organização, tendo por finalidade coordenar a elaboração e consolidação dos planos, programas e orçamentos e na sistematização do acompanhamento de desempenho.

A segunda é a Assessoria de Mercado e Qualidade. Esta área é de suma importância para o gerenciamento da organização, pois define as linhas de atuação que irão gerar satisfação para todos os usuários. É o canal de comunicação estabelecido entre os usuários e a organização. Objetiva pesquisar, estudar, planejar e aplicar estratégias que sejam capazes de conciliar os recursos e os objetivos da organização às potencialidades, desejos e necessidades de seu mercado e atuar diretamente no processo de acreditação hospitalar e endomarketing.

Outro ponto que se percebeu na análise das entrevistas, foi que pelo crescimento intenso tanto o corpo clínico quanto os demais profissionais ficaram confusos em relação ao direcionamento do HMCC, pela falta de clareza nos planejamentos anteriores. No planejamento estratégico 2006 definiu-se o foco estratégico da organização, de autosustentabilidade²⁸ com qualidade, estabelecendo claramente as ações e amplitudes do atendimento, principalmente ao SUS, pois há a

²⁸ Entende-se auto-sustentação no contexto do HMCC como a não dependência de recursos provenientes da mantenedora.

necessidade de estabelecer um limite de subsídio para o atendimento, de forma a não inviabilizar todo o hospital.

A discussão sobre a missão e todo o debate em torno do direcionamento estratégico do hospital realizado no início de 2006 consolidou uma visão unificada do futuro do HMCC e isto é um elemento fundamental para a integração entre as unidades. A intenção estratégica bem como os eixos principais deste planejamento estão apresentados no Apêndice D.

5.3.2.3 Tecnologia de informação

Outra ênfase para a melhoria da integração entre as unidades foi a consolidação da utilização intensiva de tecnologia de informação. Em agosto de 2005 foi iniciada a implantação de um sistema de gestão hospitalar, englobando não apenas as áreas administrativas e financeiras, mas sim todas as áreas assistenciais.

O ponto importante é que o sistema adotado é uma ferramenta de gerenciamento hospitalar completo. Isso possibilita adequar os processos de forma automatizada em todas as unidades.

A informatização permitirá o uso intensivo de tecnologia na enfermagem e corpo clínico, desde prescrição eletrônica, até o uso de prontuário eletrônico e protocolos. Outro ponto fundamental será a sistematização do acompanhamento de desempenho através de indicadores, tanto financeiros e de processos quanto assistenciais. Isto permite claramente a criação de mecanismos formais de avaliação da satisfação dos usuários, através da melhoria da qualidade e segurança da assistência.

Para esta consolidação do acompanhamento de desempenho nas unidades organizacionais, será necessário ainda educar continuamente os colaboradores para a sistematização da resolução de conflitos, através de investimento em capacitação e desenvolvimento, buscando a ênfase do fluxo do trabalho nas equipes e profissionalização dos gerentes.

5.3.3 Definição dos modos de solução de conflitos

Não há uma resposta mágica de estrutura organizacional que permitirá a integração, estrutura esta compatível com a realidade atual do HMCC. O importante aqui é a soma de elementos e ações, permitindo primeiro a participação de todos e segundo a integração decorrente desta participação. Todas as ações estão direcionadas para o deslocamento do poder para as unidades organizacionais, ficando a direção atuante nos casos de desvio do foco estratégico.

Este modelo descentralizado não está totalmente consolidado, pois nitidamente algumas áreas, ou porque não dizer gerentes, não compraram o novo modelo. Pode-se dizer que será necessário uma mudança gerencial em várias unidades.

No estudo foi verificado que a grande área de conflito está entre a enfermagem e o corpo clínico. O que vem sendo buscado nestes últimos três anos, pela nova direção, é transformar o médico de sujeito ausente e que não participa das questões estratégicas, bem como não tem preocupação com a saúde financeira do hospital em agente de transformação, incentivando e apoiando a participação nos processos de gestão.

O rompimento da lógica que o hospital tem apenas que fornecer a estrutura, sendo o médico o principal cliente²⁹ necessita ser substituída por um trabalho em parceria. Esta mudança cultural levará certo tempo e talvez nem se consolide em todas as áreas médicas. Se os processos assistenciais estiverem alinhados com a qualidade, o médico participar é uma decorrência natural, ou pelo menos tem sido em outras áreas.

Nitidamente os protocolos clínicos e indicadores podem fortalecer os conceitos de parceria. Neste ponto percebe-se uma reação contrária muito maior da enfermagem do que propriamente do corpo clínico. Tem pelo menos duas áreas médicas bastante desenvolvidas, a oncologia e a cardiologia. O problema está em ampliar o uso, visto que essa lógica de protocolos nestas áreas está relacionada

²⁹ Nas falas dos médicos entrevistados a visão de que o médico é o principal cliente do hospital é bastante presente.

muito à própria escola. Novamente aí voltamos ao conceito de padronização de habilidades e a dependência a entidades externas à organização.

Mesmo com essas ações, ainda é média a integração do corpo clínico com a organização, de um lado a racionalização do uso de recursos e do outro lado o médico obedecendo ao princípio de sua profissão, focando apenas o usuário. Parece claro que quanto melhor a estrutura a disposição do médico, e melhor a assistência prestada, melhor o relacionamento com as outras unidades, principalmente as áreas de apoio.

Sendo assim a idéia básica é sistematizar a solução de problemas, criando um espaço coletivo de discussão aberta e focada no problema e nas soluções impostas aos processos. Aqui surge um dos problemas relacionados ao perfil da direção anterior, que utilizava a solução de conflitos de maneira punitiva. A ruptura com esse modelo anterior ainda não foi conseguida em algumas unidades e provavelmente a substituição de alguns gerentes venha a ser necessária, para consolidação do modelo atual.

Na solução de conflitos, a grande aposta está no uso da comunicação lateral, através dos coordenadores e destes com os coordenadores do corpo clínico, como forma rápida de resolução de conflitos entre unidades. Esta comunicação associada à ênfase da autonomia dada aos gerentes forma a base do novo modelo.

Como dito anteriormente, tem se conseguido adesão do corpo clínico em algumas áreas, como oncologia, cardiologia e obstetrícia. Em outras áreas ainda há a necessidade de romper com a não participação. Há nestas áreas citadas um uso efetivo de protocolos, bem como comissões de discussão de caso são realidades já presentes.

O desafio será levar este modelo para outras áreas menos organizadas, com forte zelo pela autonomia médica e, sobretudo convencer o médico de que o protocolo não retira dele a autonomia, mas estabelece algumas condutas padronizadas e que a tecnologia de informação não engessa, e sim apóia a melhoria da qualidade na assistência.

5.4 REFLEXÃO SOBRE AS ALTERAÇÕES

Buscou-se nestas mudanças estabelecer a estrutura organizacional e delimitar a autoridade e responsabilidade atribuída a cada unidade organizacional. Evidente que por trás dessa estrutura está o saber do médico, de difícil regulação. Sendo assim, estabelecemos primeiro a estrutura, para posterior atuação em outras perspectivas. Poder-se-ia ter buscado um desenho mais horizontalizado ou mesmo matricial, mas nesse momento optamos pelo tradicional, com uma série de programas paralelos que podem preparar a organização para um outro passo no futuro. Uma justificativa para essa postura está apresentada nas palavras de Cecílio (1999, p. 321):

Os modelos de gestão que preconizam substituição da direção hierarquizada e verticalizada das corporações profissionais por formas mais colegiadas de gestão, ao nível das unidades de trabalho podem estar subestimando os circuitos de poder e de controle que existem nesse nível local e que não seriam modificados apenas com a quebra das linhas verticais de comando.

Pode-se afirmar que a resistência maior em toda essa mudança está vindo da área de enfermagem, principalmente resistência à informatização e à sistematização da assistência. Nitidamente se percebe que o corpo clínico, apesar de não ser muito participativo, no momento da percepção de melhorias associadas ao hospital, vem de encontro das ações. Claramente o médico deseja que estejam à disposição dele os meios necessários às suas ações para cura do usuário, e no momento que isso ocorre, e ele confia na direção, cede à direção a tarefa de gestão.

Percebem-se, pelas próprias relações de poder, que as enfermeiras controlam na base do medo os auxiliares e técnicos de enfermagem, porém não aceitam nenhum tipo de controle da direção. Por trás disso há ainda uma guerra de vaidades com o corpo clínico. Elas não aceitam a autonomia que o médico necessita para suas ações no hospital e com isso elas tentam, de alguma forma, minar os médicos ou a própria direção. Talvez seja necessária a mudança do perfil de liderança nesta unidade, e colocando claramente que a sistematização e a informatização não são opcionais.

Ressalta-se também a dificuldade de se entrar na área de enfermagem. Há um nítido boicote quando áreas de apoio resolvem entender os processos e como eles contribuem na assistência ao usuário. O discurso parece apoiar a idéia de que a enfermagem busca o mesmo *status quo* do médico na organização. Porém quando se trata de informatização, os médicos estão aderindo com bastante facilidade, pelo menos neste momento inicial, onde há nítidas melhorias nos processos de faturamento e repasse, que propiciam ao médico maior transparência em relação à gestão financeira. Também nesta fase inicial a prescrição eletrônica vem sendo vista com bons olhos. Nas unidades de tratamento intensivo já se utilizava um sistema de prescrição rudimentar, e a troca foi aceita com facilidade. Há que se avaliar se o prontuário eletrônico terá a mesma aceitação.

Outro aspecto é a participação efetiva dos coordenadores e supervisores do corpo clínico. Estes ainda necessitam serem integrados na gestão das unidades assistenciais, visto que boa parte das ações ainda foca apenas no trabalho do próprio médico. Deveria ser ampliado e discutido abertamente os fluxos de processos com as demais unidades organizacionais, de forma mais colegiada.

Óbvio que a participação dos médicos em algumas áreas ainda é de ausência. A discussão aberta com todo corpo clínico talvez seja o caminho, ou seja, utilizar as áreas onde o processo está fluindo de forma natural; que estas áreas sejam o elo para a “venda” da necessidade de integração, afim do corpo clínico ser visto pelas demais áreas como parte integrante da equipe.

Essas barreiras talvez sejam os maiores desafios. Mas sem dúvida é o caminho para melhoria tanto da qualidade da assistência dada ao usuário, como para os próprios clientes internos da organização. Porém é difícil avaliar até que ponto os médicos e enfermeiros abrirão mão de seu poder para compartilhá-lo com as demais equipes de profissionais e mesmo se estas mudanças serão aculturadas³⁰, pois as práticas anteriores podem facilmente voltar ao cenário da organização, visto que vários gerentes ainda não assimilaram as mudanças.

³⁰ Mintzberg (2003) utiliza como parâmetro de *design* organizacional o conceito de doutrinação, ou seja, a forma como a organização socializa seus membros através da transmissão dos valores, normas e padrões de comportamento, sendo boa parte desenvolvida em grupos informais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho é de contribuir para o desenvolvimento da integração entre as unidades organizacionais do Hospital Ministro Costa Cavalcanti, apoiando a eficácia de seus processos. Dentro deste norte, procurou-se identificar a estrutura organizacional e os principais processos, para sintetizar as principais interfaces existentes.

Entendida estas interfaces e agrupando os principais agentes em quatro grandes grupos – direção, corpo clínico, enfermagem e unidades de apoio – foi levantado e analisado o estado de diferenciação e integração, para posterior definição do estado de integração desejado e os mecanismos para operacionalizar este estado.

Nesta sistematização, o autor propõe um modelo de integração apoiado em um eixo principal, que abrange os vários aspectos de estrutura organizacional, apoiados na base teórica já apresentada³¹. Claramente este eixo está relacionado aos parâmetros de especialização da tarefa, agrupamento em unidades e tamanho das unidades, sendo o primeiro ligado ao *design* das posições e os dois últimos ligados ao *design* da superestrutura. Ainda neste eixo é apresentado conceitos das coordenadorias, fortemente relacionados com instrumentos de interligação (*design* dos vínculos laterais).

No decorrer do trabalho, outros dois eixos acabaram por aparecer, um relacionado à tecnologia de informação e outro relacionado à qualidade da assistência.

Apesar destes eixos não estarem englobados diretamente dentro do eixo central, eles são fundamentais para a operacionalização de alguns parâmetros de *design* propostos por Mintzberg (2003). A tecnologia de informação como suporte das atividades assistenciais permite a formalização do comportamento, bem como o

³¹ Maiores detalhes na Figura 11 – Parâmetros de design, apresentadas por Mintzberg (2003).

treinamento e a doutrinação, parâmetros ligados ao *design* das posições. Estes parâmetros estão aliados ao uso principalmente de protocolos, bem como a sistematização da assistência através do uso intensivo do sistema de informação. Evidente ainda que, no momento que se integram, através de um sistema informatizado de gestão hospitalar, vários processos administrativos, financeiros e assistenciais, a integração entre as unidades tende a melhorar. Ainda nesta linha a tecnologia permite que sistemas de planejamento e controle (*design* dos vínculos laterais) sejam estabelecidos através do uso intensivo de indicadores, inclusive nas áreas assistenciais.

No terceiro eixo, de qualidade da assistência, novamente há uma relação com o *design* das posições, sobretudo quanto ao treinamento e doutrinação. Também aparecem relações com o *design* do sistema de tomada de decisão, pois a qualificação dos colaboradores tende a melhorar e atuar na resolução de conflitos através dos parâmetros de descentralização vertical e horizontal.

Os hospitais são uma das organizações mais complexas em termos de gestão. O novo modelo do HMCC abre duas estruturas: a estrutura organizacional do hospital e a estrutura do corpo clínico. Claro que as ações vão de encontro ao apoio as atividades assistenciais, cabendo a direção o papel de integração de várias unidades para dar suporte no atendimento ao usuário.

Apesar da necessidade de estruturação (divisão do trabalho e coordenação), o hospital depende de outros mecanismos mais complexos de integração. Nesta linha, não há uma estrutura ideal que garanta a integração e resulte na eficácia dos processos, ou seja, devem-se adaptar mecanismos específicos à realidade de cada hospital. Claramente após a pesquisa surgiu outro problema: o alto grau de autonomia de médicos e enfermeiros na estrutura anterior em contrapartida com a necessidade de coordenação das ações para recuperação da saúde do usuário.

Quanto à solução de conflitos, a criação de espaços de discussão³² traz a tona até onde os problemas são efetivamente discutidos e declarados dentro da organização, ou omitidos para o bem estar das unidades organizacionais ou da manutenção do *status quo* dos próprios gerentes. Logo foram utilizados os coordenadores como elemento um pouco mais distante do conflito para viabilizar a

³² Entende-se que, no momento em que a direção promove a descentralização e busca uma comunicação mais efetiva, espaços naturais de discussão vão sendo abertos.

necessária mobilização em torno do problema, até o ponto em que não atua sobre os interesses dos próprios coordenadores.

Cabe reconhecer que o hospital convive com muitos atores com interesses completamente distintos. Os médicos participam pouco, não legitimando os processos, por outro lado a enfermagem monopoliza o controle dentro destes, como forma de reforçar ou ampliar seu poder no hospital, inclusive para o confronto com o próprio médico através da direção.

Este uso do controle pela enfermagem busca a ampliação de poder e confronto com o poder dos médicos. Percebe-se ainda que essa disputa se faz muito pela forma como a gestão no interior da enfermagem está sendo conduzida.

Nas entrevistas a voz do corpo clínico ainda foca no médico como principal “cliente” do hospital. Sendo assim ele passa a ver todas as áreas, inclusive a enfermagem, como fornecedores de cuidados, que giram ao redor do seu conhecimento médico. Como as áreas assistenciais, principalmente a coordenadoria de enfermagem, gerenciam o dia-a-dia e assumem a gerência efetiva, surgem conflitos fortes.

O problema recai novamente na não participação do corpo clínico de forma mais efetiva nos colegiados e comissões, com exceção de algumas áreas citadas anteriormente. E como cobrar esta participação, visto que a relação médico hospital é de prestação de serviço, e não de subordinação? Sendo assim a autonomia médica é mal vista pela enfermagem, sobretudo por que a direção cobra ações da enfermagem, e não entendem o porquê da não cobrança sobre o corpo clínico.

Na verdade há um relacionamento nos bastidores entre direção e corpo clínico bastante aberto, porém totalmente realizado através de constantes trocas e concessões. Em contrapartida o corpo clínico atrai cada vez mais usuários ao hospital. Há aí uma relação de dependência. A localização e o perfil de alta complexidade do hospital ajudaram nisso, pois não há, pelo menos por enquanto, concorrência de mesmo nível, ficando o corpo clínico também dependente do hospital.

Outra questão que surge é até que ponto os médicos vão querer conversar abertamente com os demais profissionais, principalmente de enfermagem. Em algumas áreas médicas, a visão ainda é de dominação do médico sobre as demais

profissões. Onde existem protocolos esta relação flui melhor. Porém até onde os protocolos do médico e de enfermagem, vistos separadamente, contribuirão para a efetiva saúde do usuário? Inclusive passam os protocolos pela necessidade de equilibrar a gestão administrativa financeira com a gestão da assistência e neste ponto há um longo caminho a percorrer.

Torna-se claro que no modelo proposto o corpo clínico mantém grande autonomia. O maior conflito está focado na enfermagem e sua relação com este corpo clínico. Foram inseridos diversos mecanismos para quebrar este conflito, mas isso está muito mais relacionado à capacidade da enfermagem de interagir com o corpo clínico de forma dialogada e conseguir seu espaço e respeito, pela qualidade da assistência prestada.

A qualificação da área de enfermagem surge como principal diferenciador para o alcance desta qualidade desejada. Foi constatado durante o estudo que a baixa qualificação é apontada como um dos principais dificultadores da integração. Isto tem historicamente relação com o crescimento muito rápido da organização em um curto espaço de tempo.

Por se tratar de um hospital localizado fora dos grandes centros, profissionais especializados e com experiência são de difícil atração. Logo a área foi formada basicamente com profissionais de outras cidades, ou seja, provenientes de diversas “escolas” e em boa parte sem experiência hospitalar.

Sendo assim a necessidade de investimento maciço em treinamento e desenvolvimento é um dos pilares presentes neste estudo, alicerçado principalmente na sistematização da enfermagem e na educação continuada, já descritos anteriormente.

Neste momento inicial o foco foi estruturar a organização, estabelecendo claramente as linhas de autoridade e fixando as atribuições de cada unidade organizacional. Esta estruturação é importante, mas não soluciona o conflito. Surgem aí outros mecanismos citados neste trabalho, que visam mudar a organização até o ponto em que possamos estabelecer outras formas de estruturar os serviços. Pelo visto vários mecanismos foram instituídos para quebrar um pouco as relações de poder existentes. Logo não se partiu de uma gestão centralizadora e

paternalista para um modelo colegiado ou mesmo matricial, e sim se pensou em modificações graduais.

Cecílio (1999) salienta que a gestão hospitalar trata de reconhecer que há muitos atores envolvidos, com múltiplos interesses e que trabalhar em equipe pode ser no limite, uma idealização. Logo promover mudanças no sentido da integração implica na problemática da distribuição de poder na organização. Tudo acaba tendo que ser construído, nunca imposto. E qual seria o elemento de integração? Cecílio (1999, p. 327) responde:

Recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental. Este seria o cimento simbólico da organização. O resto seria uma construção social precária, permanentemente negociada e renegociada entre os vários atores.

Acredito que o ponto de integração seja a colaboração focada na assistência ao usuário. Porém a pergunta é até que ponto essa assistência pode ser focada no usuário, sem inviabilizar a organização. Partindo deste ponto cabe ressaltar alguns trabalhos que podem ser desenvolvidos como pesquisa futura. Um deles está relacionado à sistematização da assistência e até que ponto corpo clínico e enfermagem agindo de forma desintegrada influenciam no tratamento ao usuário. Outro estudo é a influência específica da implantação de um sistema de gestão integrada na qualidade da assistência e na própria integração das unidades organizacionais e dos processos.

Outra pergunta intrigante é o quanto a assistência focada na ótica do médico e enfermagem podem inviabilizar a organização, principalmente em termos financeiros. Apesar da melhoria da integração apresentada neste estudo, este será um ponto de constante atrito, principalmente das organizações que atendem ao SUS, visto que a política atual de remuneração do sistema inviabiliza em parte a qualidade desta assistência.

O modelo proposto abrangendo os três eixos já citados é sustentado pela base teórica dos parâmetros de *design* organizacional propostos por Mintzberg (2003), bem como conceitos de diferenciação e integração de Lawrence e Lorsch (1973). Na figura a seguir busca-se resumir as propostas em relação à base conceitual.

EIXO	AÇÃO	PARÂMETRO DE DESIGN	GRUPO DE PARÂMETROS
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	Agrupamento funcional	Especialização da tarefa	<i>Design das posições</i>
	Coordenadorias (gerente integrador)	Agrupamento em unidades	<i>Design da superestrutura</i>
	Comitês permanentes	Tamanho das unidades	
	Definição de atribuições e relações hierárquicas	Instrumentos de vínculo	<i>Design dos vínculos laterais</i>
TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	Manuais, regulamentos e demais documentações institucionais		
	Sistema de informações gerenciais	Formalização do comportamento	<i>Design das posições</i>
	Sistema de acompanhamento de desempenho	Treinamento e doutrinação	
	Protocolos clínicos e de enfermagem	Sistema de planejamento e controle	<i>Design dos vínculos laterais</i>
Comunicação			
DA QUALIDADE ASSISTÊNCIA	Sistematização da assistência	Descentralização horizontal	<i>Design do sistema de tomada de decisão</i>
	Humanização		
Educação continuada	Descentralização vertical		
Ênfase no trabalho em equipe			
Profissionalização das gerências			
Assessorias de planejamento e de mercado			
Planejamento estratégico			

Figura 37 – Relação dos mecanismos de integração com a base conceitual

Vislumbra-se essa base conceitual adequada à questão das ações presentes na pesquisa. Faz-se necessário a aplicação do modelo conforme descrito no capítulo 5 – Descrição e análise dos dados, em suas três fases (diagnóstico da organização, atributos das unidades organizacionais e modelo de integração), buscando com isso que esse modelo possa ser testado em outras organizações de saúde, sobretudo hospitais. Claro que dependente do estado de diferenciação e integração, o modelo de integração será totalmente vinculado a estes estados, porém relacionados à base conceitual apresentada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. A. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. São Paulo: Atlas, 1997.

BERTERO, Carlos Osmar. Nota técnica: teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. v. 1. São Paulo: Atlas, 1999. p. 134-136.

BOWDITCH, J. L.; BUONO, A. F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.315-329, 1999.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, Mar/Abr, 2005.

_____. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensus. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 4-26, Jun 2000. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/pensandonovosmodelos.htm> Acesso em: 13 mar. 2006.

CRUZ, T. **Sistemas, Organização e Métodos**: estudo integrado das novas tecnologias de informações. São Paulo: Atlas, 1997.

CURY, Luiz César G. de. **Organização e métodos**: integrando comportamento, estrutura, tecnologia e estratégia. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

DENIS, Jean-Louis et al. The struggle to redefine boundaries in health care systems. In: POWELL, Michael J.; BROCK, David M.; HININGS, C. R. **Restructuring the professional organization**. London: Routledge, 1999. p. 105-130.

DONALDSON, Lex. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter. **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. v. 1. São Paulo: Atlas, 1999. p. 105-133.

FAYOL, Henry. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1950.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Ernesto L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 8, n.1, p. 80-90, Jan/Mar 1998.

HALL, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice/Hall do Brasil, 1984.

HARRINGTON, H. James **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

HINNINGS, Bob. Organizations and their structures. In WESTWOOD, Robert; CLEGG, Stewart. **Debating organization: point-counterpoint in organizations studies**. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2003. p. 273-283.

HRONEC, S. M. **Sinais Vitais**. São Paulo: Makron Books, 1994.

LAWRENCE, Paul R.; LORSCH, Fay W. **As empresas e o ambiente: diferenciação e integração administrativas**. Petrópolis: Vozes, 1973.

_____. Differentiation and integration in complex organizations. **Administrative Science Quarterly**, New York, v. 12, n. 1, p. 1-47, Jun1967. Disponível em: <<http://web20.epnet.com>>. Acesso em: 13 jun. 2005.

LONGEST, Beaufort; KLINGENSMITH, James. Coordination and communication. In: SHORTELL, Stephen; KALUZNY, Arnold. **Health care management: organization desing and behavior**. 3. ed. Delmar Publishers Inc., 1993. p. 182-211.

McNULTY, Terry; FERLIE, Ewan. Process transformation: limitations to radical organizational change within public service organizations. **Organization Studies**, v. 25, n. 8, p. 1389-1412, 2004. Disponível em: <<http://egosnet.org/os>>. Acesso em: 20 nov. 2004.

MENEGHETTI, A. R. **Validação externa da metodologia análise focada na decisão**: o caso do Hospital de Santo Ângelo. 2000. 161 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative data analysis**: an expanded sourcebook. California: Sage Publications, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**: estruturas em cinco configurações. 2.ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2003.

_____. Toward healthier hospitals. **Health care management review**, Aspen Publishers Inc., v. 22, n. 4, p. 9-18, Fall 1997. Disponível em: <<http://search.epnet.com>>. Acesso em: 17 jan. 2005.

POWELL, Michael J.; BROCK, David M.; HININGS, C. R. **Restructuring the professional organization**. London: Routledge, 1999.

PUGH et al. Dimensions of organization structure. **Administrative science quarterly**, New York, v. 13, n. 1, p. 65-105, Jun 1968. Disponível em: <<http://web4.epnet.com>> Acesso em: 27 jan. 2005.

_____. The context of organization structures. **Administrative science quarterly**, New York, v. 14, n. 1, p. 91-114, Mar 1969. Disponível em: <<http://web4.epnet.com>> Acesso em: 27 jan. 2005.

RANSON, S.; HINNINGS, B.; GREENWOOD, R. The structuring of organizational structures. **Administrative science quarterly**, New York, v.25, n. 1, p. 1-17, Mar 1980. Disponível em: <<http://web4.epnet.com>>. Acesso em: 18 fev. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUMMLER, G. A.; BRACHE, A. P. **Melhores desempenhos das empresas**. 2. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

SHORTELL, Stephen M.; KALUZNY, Arnold D. **Health care management**: Organization design and behavior. 3.ed. New York: Delmar publishers inc., 1993.

TEIXEIRA, J. M. C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua organização. In GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

THIOLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ATRIBUTOS DE DIFERENCIAÇÃO E INTEGRAÇÃO

Mecanismos de coordenação

Como é realizada a coordenação na sua área?

Como você define o alcance do controle da supervisão? Qual o tamanho médio da unidade organizacional?

Qual a importância das regras formais?

Orientação à tarefa ou relações

As tarefas são certas ou incertas? Você preza o relacionamento ou a tarefa?

Visão de curto, médio ou longo prazo

Como você dividiria seu tempo em ações de curto, médio ou longo prazo em relação ao desempenho de sua unidade organizacional?

Foco na organização, controle, cura ou assistência

Quais os objetivos principais de sua unidade organizacional? Como é medido o desempenho?

Modo de solução de conflitos

Como são tomadas as decisões?

Na busca por solução de problemas, com que frequência há desacordos? Qual natureza desses desacordos e quais posições tomadas pelos atores?

Se há problemas de difícil solução, a discussão continua até a solução ou busca-se auxílio à direção? Imposição ou confronto?

Grau de integração atual

Com quantas áreas você se relaciona?

Como você classifica a integração atual entre as unidades organizacionais? Que integração seria necessária para obter ações eficientes nos processos?

Que mecanismos são usados para aperfeiçoar a coordenação entre sua unidade e as demais? Quais forças e limitações destes mecanismos?

Tendo como ponto dominante a assistência ao paciente, como você vê a integração entre as áreas?

Após todo esse papo, como você vê o ambiente hospitalar?

APÊNDICE B – PROJETOS DO BIÊNIO 2003 E 2004

a) Projetos em andamento (7) – são projetos que já se encontravam em andamento ou que, durante a elaboração do planejamento, foram iniciados por envolver pouco investimento e apresentar retorno financeiro ou social.

- Hospital Amigo da Criança

Justificativa: Redução da Morbi-mortalidade perinatal.

Objetivos: Adequar procedimentos para a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.

- Banco de Leite Humano

Justificativa: Alta morbi-mortalidade de recém-nascidos e contribuição para a certificação de Hospital Amigo da Criança.

Objetivos: Diminuição da morbi-mortalidade de RN internados.

- Programa multidisciplinar de atendimento ao diabético tipo I e tipo II

Justificativa: Elevado índice de Diabetes na região e Falta de atendimento multidisciplinar.

Objetivos: Criação de um programa de atendimento multidisciplinar ao portador de diabetes.

- Programa de atendimento à mulher vítima de violência sexual

Justificativa: Alto índice de violência sexual contra a mulher.

Objetivos: Atender a mulher vitimizada com procedimentos médico-hospitalares e equipe multi-profissional especializada.

- Transplante renal

Justificativa: Reduzir o número de pacientes que aguardam transplante de órgãos na fila de espera.

Objetivos: Melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

- Reconhecimento da Fundação como Entidade Filantrópica

Justificativa: Redução significativa de impostos.

Objetivos: Transformar o HMCC em Hospital Filantrópico.

- Capacitação continuada de pessoas

Justificativa: Manutenção e ampliação da qualidade técnica, gerencial e relacional das equipes de trabalho do HMCC.

Objetivos: Capacitação de 100% do quadro funcional do HMCC (aproximadamente 50 horas/ano de capacitação para cada funcionário).

b) Projetos de expansão física iniciados em 2003 (2) – são projetos que necessitavam investimentos significativos, que já tinham recebido a aprovação da Itaipu Binacional para sua execução, sendo iniciados em 2003.

- Unidade Materno-infantil

Justificativa: graves deficiências no atendimento materno infantil (principal causa de internação); não existindo unidades credenciadas junto ao SUS para os casos de Terapia Intensiva neonatal.

Objetivos: Redução das taxas de morbi-mortalidade materna e do recém-nascido e atendimento qualificado e humanizado aos diferentes níveis de assistência materno infantil.

- U.T.I Cardiológica

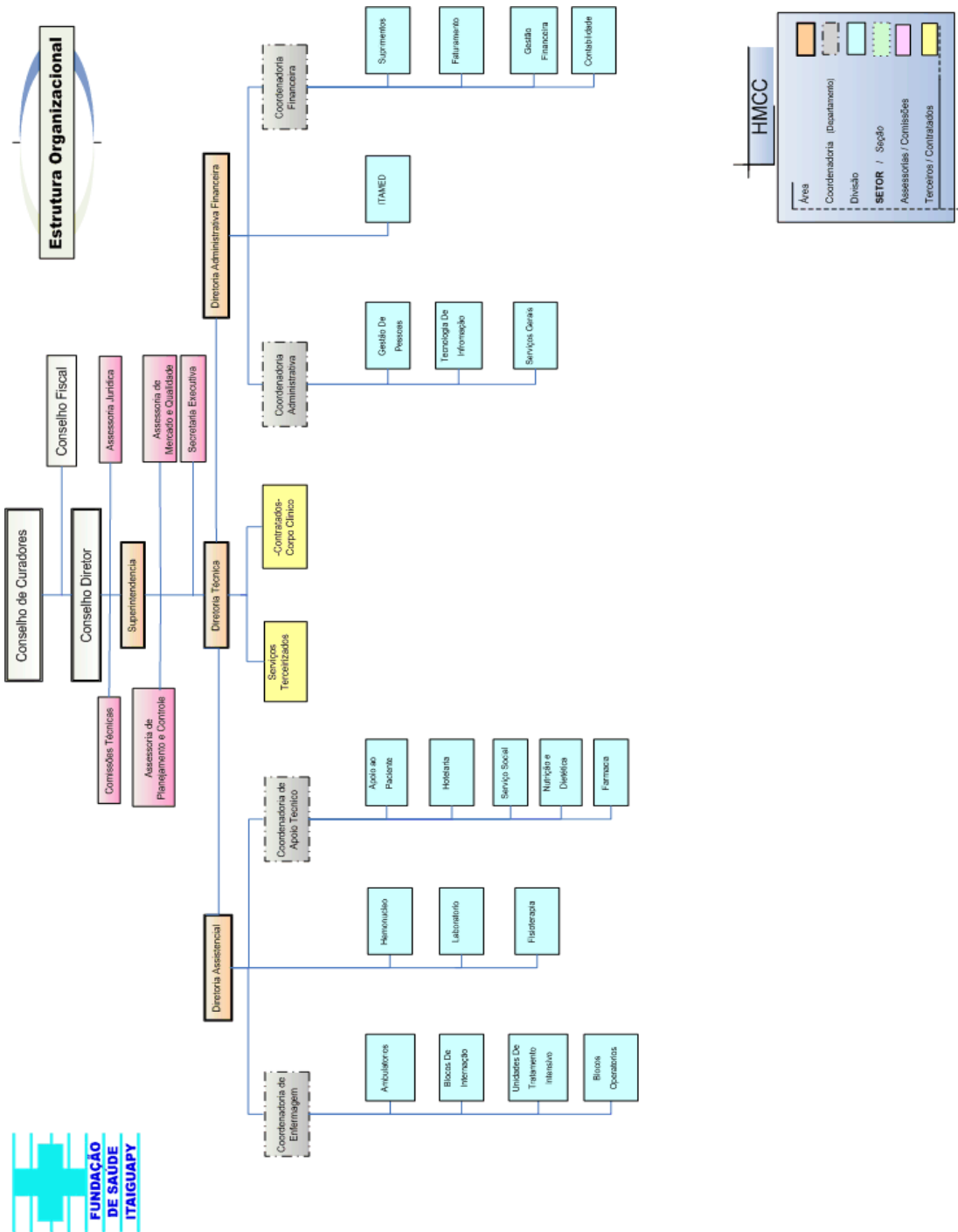
Justificativa: aumento das doenças crônico-degenerativas, em especial as cardiovasculares (segunda causa de mortalidade na região).

- *Objetivos:* atendimento, qualidade e humanização aos diferentes níveis de assistência cardiovasculares.

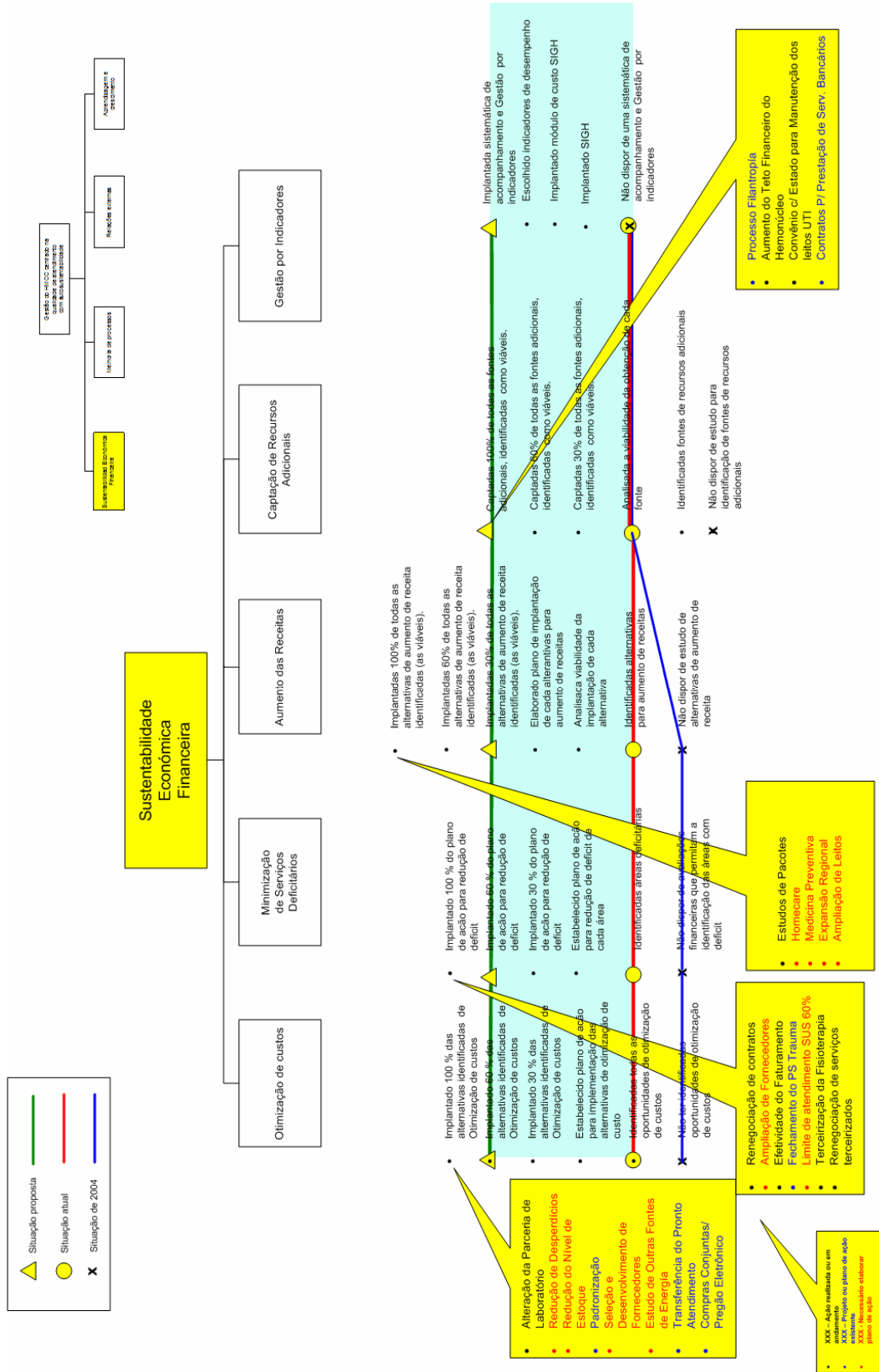
c) Projetos a serem executados no futuro (7) – são projetos de ampliação, reforma ou construção de estruturas que requerem investimentos significativos, porém a Fundação ainda não possui fonte de financiamento. Somente serão executados após haver definição de fontes de financiamento:

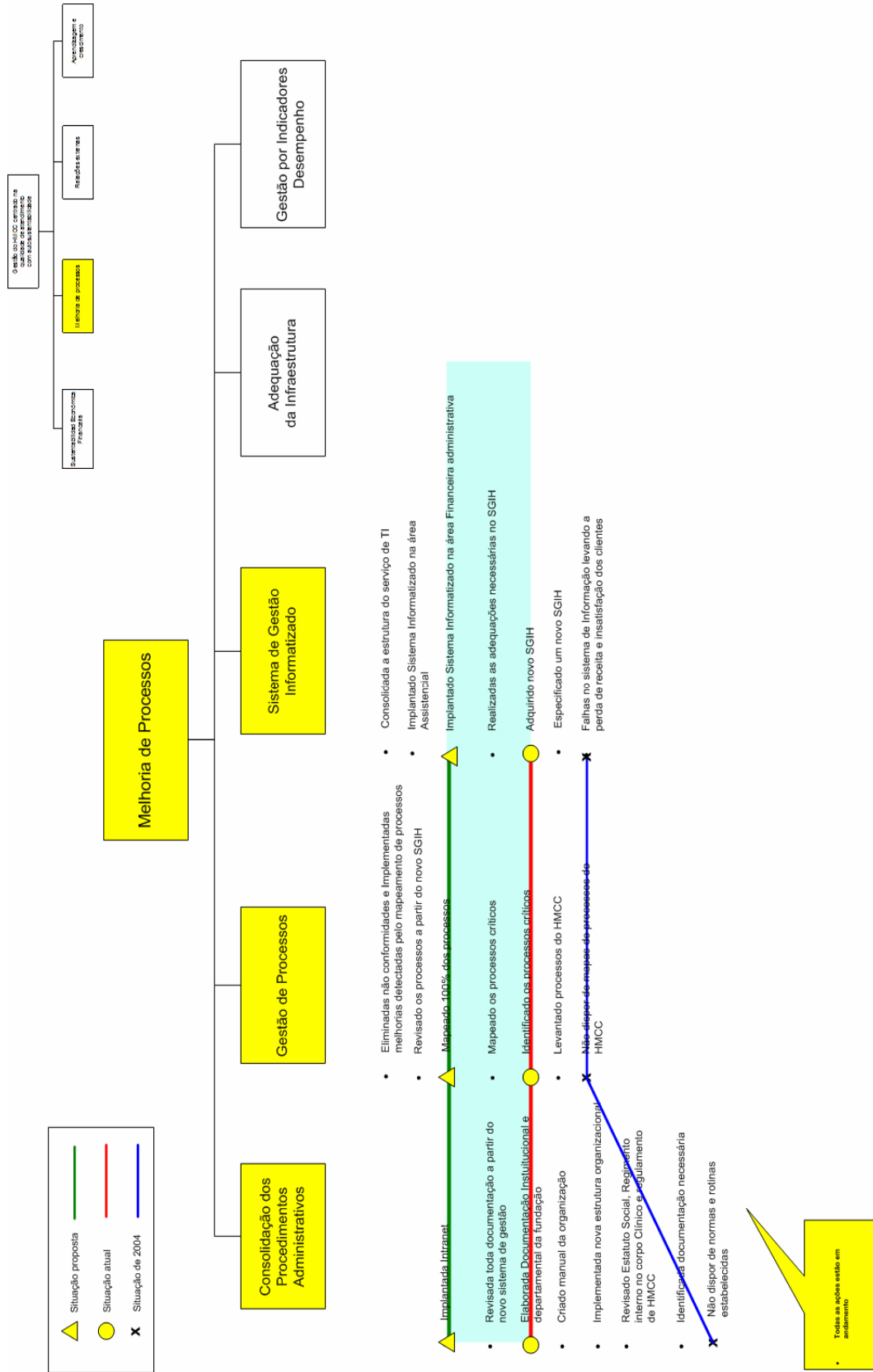
- a) ampliação e reforma do centro cirúrgico;
- b) unificação do pronto socorro, pronto atendimento e ambulatório SUS;
- c) construção da farmácia central;
- d) ampliação da central de material esterilizado;
- e) reestruturação da tecnologia de informação;
- f) ampliação dos serviços de laboratório de análises clínicas;
- g) estruturação do serviço de nutrição.

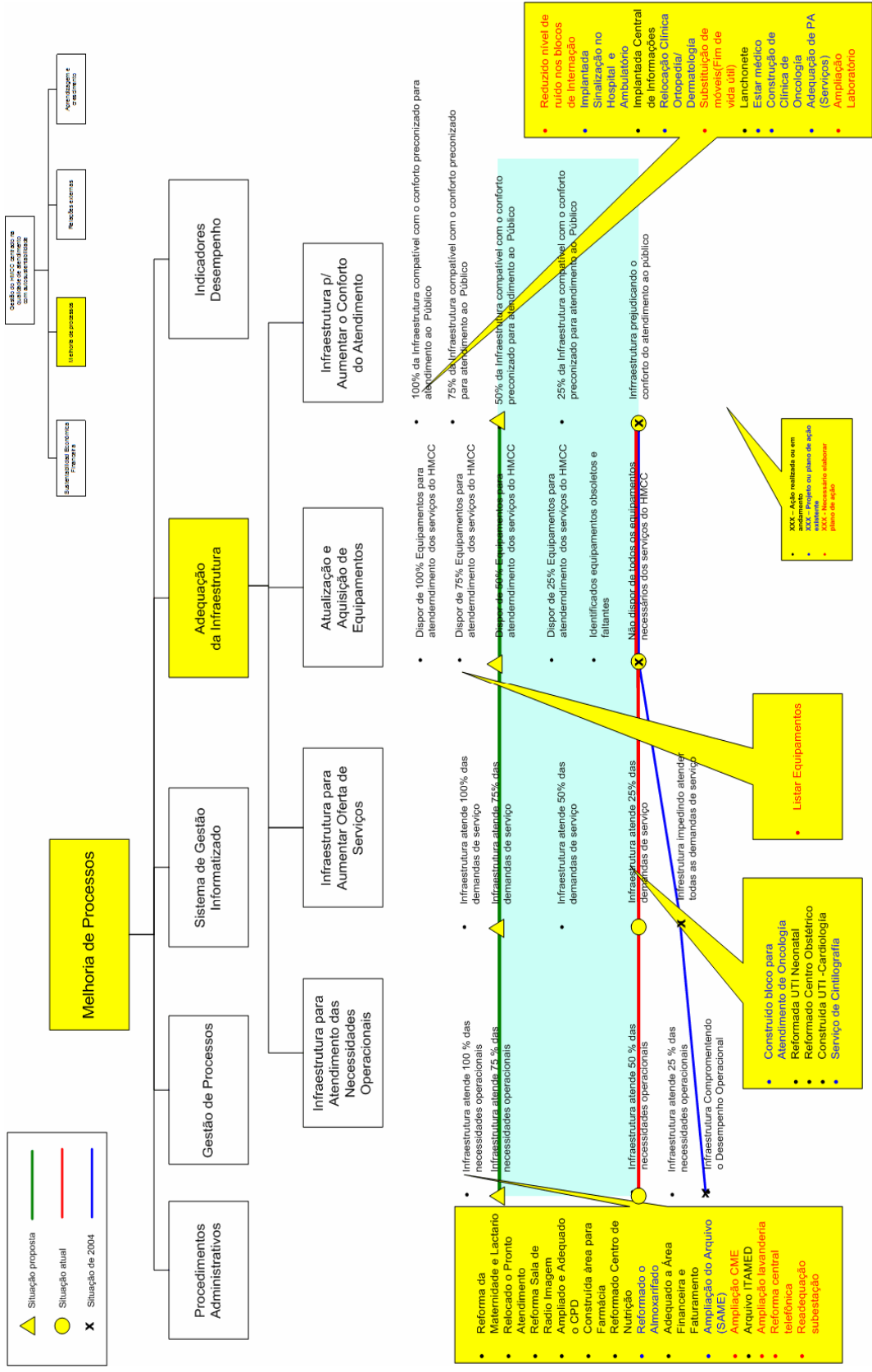
APÊNDICE C – NOVA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

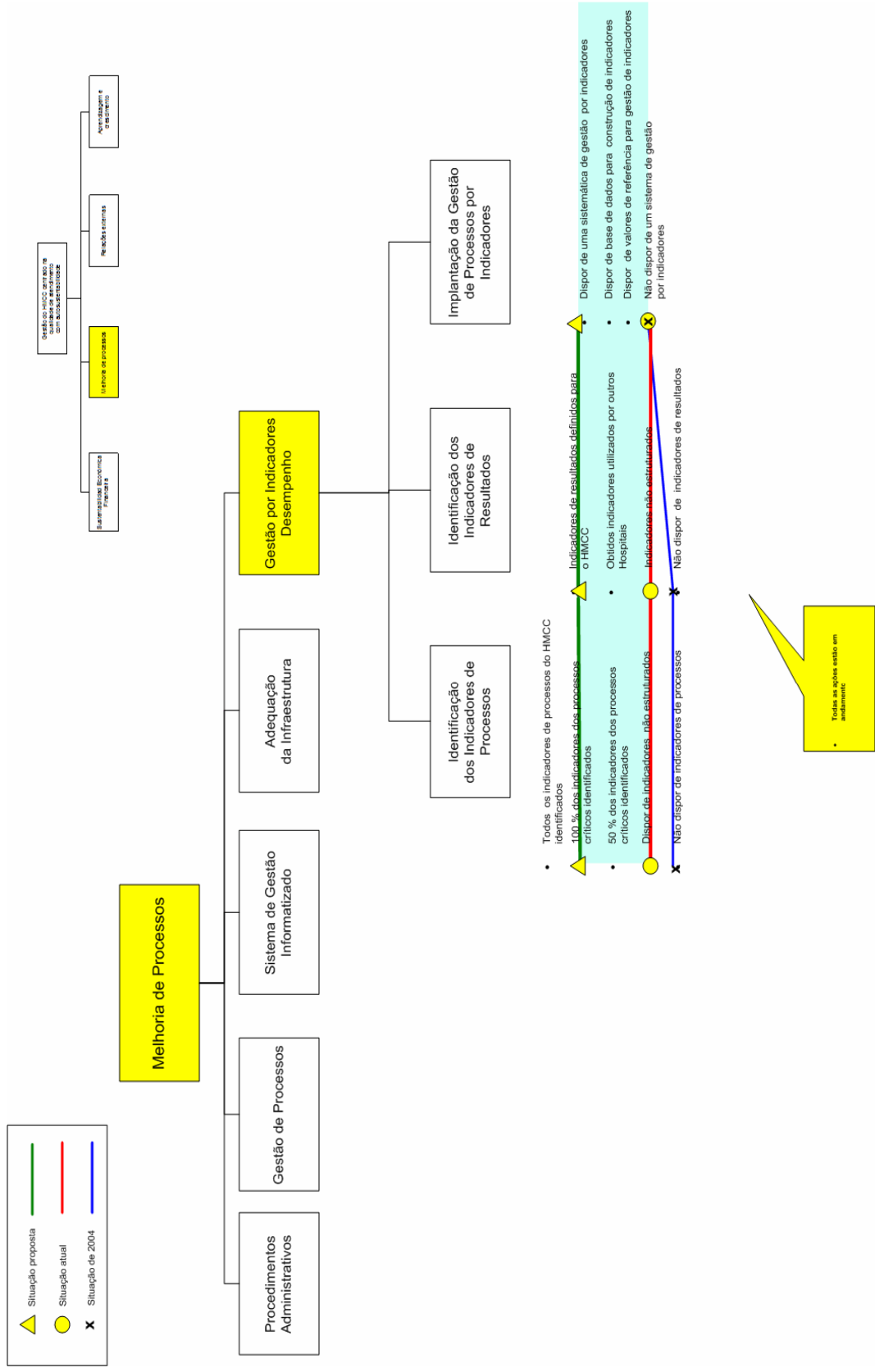


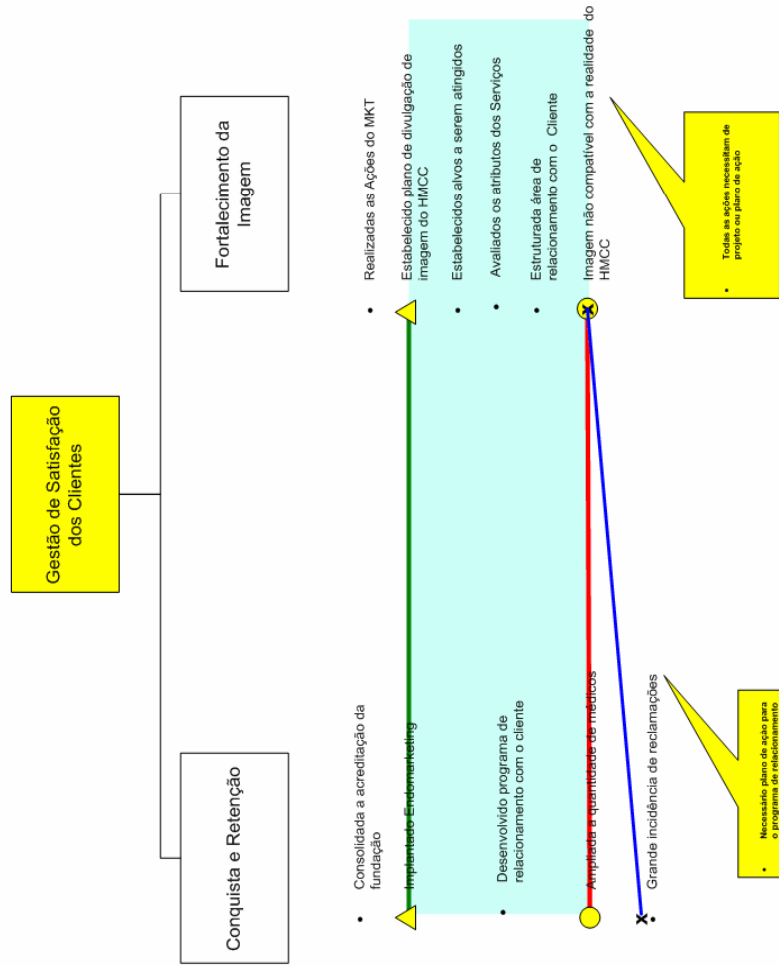
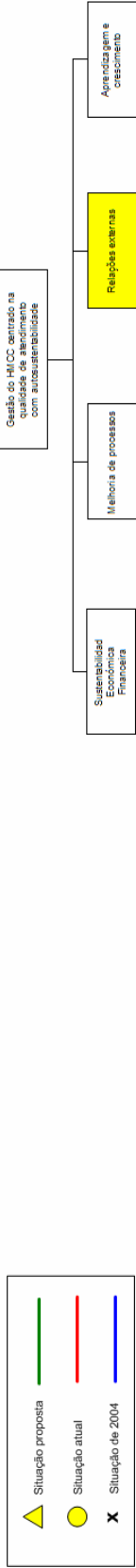
APÊNDICE D – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO 2006











• Consolidada a acreditação da fundação

▲ **Implantado Endomarketing**

• Desenvolvido programa de relacionamento com o cliente

● **Ampliada a quantidade de médicos**

✘ Grande incidência de reclamações

• Realizadas as Ações do MKT

▲ Estabelecido plano de divulgação de imagem do HMCC

• Estabelecidos alvos a serem atingidos

• Avaliados os atributos dos Serviços

• Estruturada área de relacionamento com o Cliente

● Imagem não compatível com a realidade do HMCC

• Todas as ações necessitam de planos de ação de apoio

• Necessário plano de ação para o programa de relacionamento
• Endomarketing e acreditação com planos já elaborados

