

**ESTRATÉGIA DE GESTÃO EM SAÚDE**

**SANCLER MIRANDA COSTA**

**Projecto de Mestrado  
em Gestão de Empresas**

Orientador(a):

Prof. Prof Doutor Luis Martins, Prof Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento  
de Gestão

Co-orientador(a):

Dr. Victor Hugo, ISCTE Business School, Departamento de Gestão

Setembro 2010

**GESTÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE**

**SANCLER MIRANDA COSTA**

## DECLARAÇÃO

Nome

Endereço electrónico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número do Bilhete de Identidade: \_\_\_\_\_

Doutoramento

Mestrado

Título dissertação? / Tese?

Orientador (es):

Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

Designação do 'mestrado' ou do 'ramo de conhecimento do doutoramento':

Declaro sob compromisso de honra que a tese/dissertação agora entregue corresponde à versão final. Caso contrário, será posteriormente apresentada a que venha a ser aprovada pelo júri.

Declaro que concedo ao ISCTE e aos seus agentes uma licença não-exclusiva para arquivar e tornar acessível, através do seu repositório institucional, nas condições abaixo indicadas, a minha tese ou dissertação, no todo ou em parte, em suporte digital.

Sim  Não

Concordo que a minha tese ou dissertação seja colocada no repositório do ISCTE com o seguinte estatuto (assinale um):

- Disponibilização imediata do conjunto do trabalho para acesso mundial;
- Disponibilização do conjunto do trabalho para acesso exclusivo no ISCTE durante o período de  1 ano,  2 anos ou  3 anos, sendo que após o tempo assinalado autorizo o acesso mundial.
- Disponibilização do conjunto do trabalho para acesso exclusivo ao ISCTE.

Retenho todos os direitos de autor relativos à tese ou dissertação, e o direito de a usar em trabalhos futuros (como artigos ou livros).

ISCTE, \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Não só este trabalho, mas toda minha vida,  
dedico a DEUS, que me segura pela mão ao  
subir cada degrau da vida.*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à Deus por ter me dado a vida, aos meus pais pelo amor, dedicação e investimento em minha criação, tornando-me um homem preparado para vencer.

Agradeço à minha irmã Alessandra, exemplo do valor do conhecimento. Agradeço à minha esposa Marília, sem ela não chegaria até aqui.

Agradeço à todos da empresa Costa & Minczuk, grande conquista concretizada através deste Mestrado e à equipe dos Hospitais SEMIU e Rio Laranjeiras, que me abriram as portas para extrair toda experiência que foi fundamental para a realização desta tese.

Meu agradecimento especial aos orientadores Victor Hugo, Luís Martins e Rui Menezes, pela dedicação no período de desenvolvimento deste trabalho.

*Obrigada Senhor.....toda glória seja dada a Ti!*

## **RESUMO**

Com tantas possibilidades de escolhas, o brasileiro com seu “jeitinho” adotou a medida de que a ação vem antes do pensar, diminuindo a capacidade de planejar e decidir, lembrando que decidir significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções, com vistas a alcançar o resultado desejado. A pesquisa a seguir procura mostrar a cultura predominante nos hospitais de pequeno porte do estado do rio de janeiro, demonstrando que através do planejamento, processos condizentes, auditorias, fontes de informações corretas, estas empresa podem em longo prazo passar da estrutura simples para a burocracia profissional, não tendendo a desaparecer do mercado, compradas por outras empresas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hospital, Planejamento, Cultura Organizacional.

## **ABSTRACT**

With so many possibilities of choice, the Brazilian with his "knack" adopted the measure that comes before the action of thinking, reducing the ability to plan and decide, remembering that decision necessarily means choosing between one or more alternatives or options, in order to achieve the desired result. The following research seeks to demonstrate the predominant culture in small hospitals in the state of rio de janeiro, demonstrating that through planning, consistent processes, audits, sources of correct information, these firms may in the long term through the simple structure for the bureaucracy professional, not tending to disappear from the market and bought by other companies.

**KEY-WORDS:** Hospital, Planning, Organizational Culture.

## ÍNDICE

RESUMO.....	vi
ABSTRATC.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE TABELAS.....	x
INTRODUÇÃO.....	11
1.2. Objetivos do Trabalho.....	13
1.2.1. Objetivo Geral.....	13
1.2.2. Objetivo Específicos.....	13
2. ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA DE MUDANÇAS .....	14
2.1. As Transformações nas Organizações.....	15
2.1.1. As Estruturas de Mintzberg.....	18
2.2. Planejamento Estratégico.....	22
2.3. Gestão por Processos.....	25
2.3.1. Gestão da Informação.....	32
3. DISCUSSÃO PRELIMINAR: ESTUDO DE CASO.....	37
3.1. O Destino dos Ideais e do Coletivo: Um Diálogo.....	38
3.2. Gestão Interna Voltada para a Ação.....	41
4. RESULTADOS PRELIMINARES.....	48
4.1. Modelo Proposto.....	49
CONCLUSÃO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1: Modelos de Tomadas de Decisão.....</b>	<b>16</b>
<b>FIGURA 2: Modelos de Tomadas de Decisões Estratégicas.....</b>	<b>17</b>
<b>FIGURA 3: Orientação Estratégica.....</b>	<b>17</b>
<b>FIGURA 4: Atitudes Empresariais.....</b>	<b>18</b>
<b>FIGURA 5: Estrutura do Balanced Scorecard.....</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 6: Categorias Básicas de Processos.....</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA 7: Macrofluxo do Processo.....</b>	<b>27</b>
<b>FIGURA 8: A Gestão da Informação.....</b>	<b>33</b>
<b>FIGURA 9: Tipos de Fontes de Informação na Tomada de Decisão.....</b>	<b>34</b>
<b>FIGURA 10: Síntese dos procedimentos em Gestão da Informação.....</b>	<b>35</b>
<b>FIGURA 11: Relacionamento dos Sistemas de Informação com os Níveis Hierárquicos.....</b>	<b>36</b>
<b>FIGURA 12: Organograma Hospital A.....</b>	<b>38</b>
<b>FIGURA 13: Organograma Hospital B.....</b>	<b>39</b>
<b>FIGURA 14: Níveis de Planejamento.....</b>	<b>40</b>
<b>FIGURA 15: Fluxo Sistema.....</b>	<b>44</b>
<b>FIGURA 16: Atuação na Cadeia de Suprimentos.....</b>	<b>45</b>
<b>FIGURA 17: Processo Administrativo.....</b>	<b>49</b>
<b>FIGURA 18: Locais de Estoque Hospital B.....</b>	<b>55</b>
<b>FIGURA 19: Entrada Almoxarifado Central.....</b>	<b>55</b>
<b>FIGURA 20: Visão Geral Almoxarifado Central.....</b>	<b>56</b>
<b>FIGURA 21: Visão Geral Farmácia.....</b>	<b>57</b>
<b>FIGURA 22: Visão Geral Nutrição.....</b>	<b>57</b>
<b>FIGURA 23: Fluxo Atual Cadeia de Suprimentos Hospital B.....</b>	<b>58</b>
<b>FIGURA 24: Fluxo de Aquisição de Produtos Proposto pelo Sistema ASA.....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 25: Recebimento de Produtos.....</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 26: Distribuição de Produtos.....</b>	<b>61</b>
<b>FIGURA 27: Novo Fluxo Sistema.....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 28: Reposição por Cota: Sub-Estoque.....</b>	<b>63</b>
<b>FIGURA 29: Fases do Projeto.....</b>	<b>65</b>
<b>FIGURA 30: Revisão Cadastros de Produtos (Sistema).....</b>	<b>66</b>
<b>FIGURA 31: Cotas (Sistema).....</b>	<b>66</b>
<b>FIGURA 32: Inventário (Lógico X Sistema).....</b>	<b>67</b>
<b>FIGURA 33: Auditoria.....</b>	<b>67</b>

**ÍNDICE DE TABELAS**

**TABELA 1: Resumo das Estruturas.....20**



## INTRODUÇÃO

Temáticas como a globalização, flexibilização, competitividade e novas formas de organização do trabalho têm lugar garantido nas análises daqueles que atuam ou estudam as organizações.

Uma das possibilidades para a compreensão e embasamento para intervenções se constrói a partir da cultura organizacional. Ela é um dos pontos-chave na compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir.

Segundo Mintzberg e colaboradores (2000), a cultura organizacional é a base da organização. São as crenças comuns que se refletem nas tradições e nos hábitos, bem como em manifestações mais tangíveis — histórias, símbolos, ou mesmo edifícios e produtos.

Para Damatta (1997), o Brasil é uma sociedade *sui generis*, no sentido de que apresenta múltiplos eixos ideológicos, como a hierarquia e o individualismo, sem que sejam hegemônicos e competitivos, mas complementares. Nesse ambiente se desenrola o dilema brasileiro, ou seja, a tensão permanente entre as categorias de indivíduo e pessoa.

Freitas (1997) desenvolveu um estudo com o objetivo de levantar traço brasileiro presentes nas organizações, que viriam a auxiliar no processo de análise organizacional, e salientou cinco deles como representantes mais marcantes: “o primeiro seria a hierarquia, que se traduz através de uma tendência à centralização do poder dentro dos grupos sociais; o segundo seria o personalismo, que se traduz através de passividade e aceitação dos grupos inferiores; o terceiro traço seria a malandragem, que se traduz através da flexibilidade e adaptabilidade como meio de navegação social e do” jeitinho “; o quarto seria o sensualismo e o quinto traço seria o do aventureiro, que se traduz em pessoas mais sonhadoras do que disciplinadas e com uma tendência à aversão ao trabalho manual ou metódico”.

Em consequência do modo de funcionamento das organizações brasileiras, o trabalhador também desenvolveu uma forma particular de lidar com o trabalho. Lodi (1993), a partir de uma pesquisa realizada, relata que encontrou alguns traços do tipo social do brasileiro como trabalhador: bondade e hospitalidade; culto da

personalidade; dificuldade de obediência; falta de coesão social; aventura e imprevidência; falta de culto ao trabalho; falta de controle e acompanhamento; cultura ornamental, cordialidade, afetividade e irracionalidade; falta de objetividade; religiosidade intimista, docilidade e resignação; sobriedade diante da riqueza; individualismo e respeito pelas chefias carismáticas.

Com tantas possibilidades de escolhas, o brasileiro com seu “jeitinho” adotou a medida de que a ação vem antes do pensar, diminuindo a capacidade de planejar e decidir, lembrando que decidir significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções, com vistas a alcançar o resultado desejado.

É nesse escopo vivenciado atualmente no Brasil, que o domínio de atitudes altamente pessoais e únicas, em especial nos hospitais de pequeno porte administrados por famílias no estado do Rio de Janeiro, faz com que estes vivam cada vez mais o que chamamos de momento pós-moderno, mostrando uma transição que causa cegueira na grande maioria, onde as organizações e os administradores, quando percebem que a “coisa” é mais difícil do que parecia para definir estratégias, reformular, reordenar, reorganizar, desistem, tomando como fator principal do conhecimento a simplicidade nascida da ignorância, já que se busca “apagar fogo” ao planejar, deixando as percepções e os resultados a cargo de escolhas sem fundamentação.

Este trabalho procura demonstrar através de análise e de estudo visando futuras modificações, que com a utilização adequada das informações e de planejamento estratégico a Instituição terá a disposição meios concretos e aplicáveis para a efetiva redução nos custos.

No decorrer do mesmo, será analisada a estrutura de dois hospitais, no qual chamaremos de A e B que se encontram em transição do desenho organizacional apresentado por Mintzberg de estrutura simples, que possui como características: pouco elaborada baixa complexidade e reduzida centralização, tecnoestrutura ou é inexistente ou então reduzida, sendo quase inexistente o planejamento, bem como o apoio logístico, a linha hierárquica intermédia é também insignificante para a estrutura intitulada burocracia profissional, que se caracteriza: por tecnoestrutura reduzida e presença avantajada da assessoria de apoio, os profissionais assumem papel de destaque e são altamente qualificados normalmente no ambiente externo a corporação; padronização de habilidades com treinamento e doutrinação; trabalho especializado na dimensão horizontal e ampliado na vertical; coordenação obtida

pelo delineamento e padrões que determinam a priori o tipo de atuação; linha intermediária restrita; autoridade de natureza profissional e perícia; ênfase nas operações finalísticas. Sendo que o estágio do A se encontra mais avançado que o B.

O estudo está dividido em 4 (quatro) partes além desta Introdução. No primeiro momento, faremos o levantamento bibliográfico que fará luz aos conceitos de organização e estrutura, planejamento estratégico e tecnologia da informação.

Em seguida vamos definir o estudo de caso, os processos existentes através da análise de causa raiz (Root Cause Analysis). Finalizando com a proposta objeto de estudo da terceira parte, ou seja, o objetivo e as formas propostas.

Por fim, na quarta parte, concluí-se o trabalho ressaltando a importância do estudo do processo para a viabilização do projeto.

## **1.2 Objetivos do trabalho**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Propor a reformulação dos processos através da técnica de mapeamento de macroprocessos com enfoque sistêmico para a gestão, através de um modelo que permita o correto planejamento dos macroprocessos nos estágios iniciais do ciclo de vida de uma estratégia em operações.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Identificação dos processos nos hospitais;
- Identificação dos disfuncionamentos e causas e respectivas consequências;
- Propor a reformulação dos processos junto a tecnologia de informação.

## 2. ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA DE MUDANÇAS

Até poucas décadas atrás, a maioria das organizações focava suas atenções sobre as atividades de produção, marketing e finanças, considerando a importância da venda para dar continuidade à produção.

Porém, conforme Rodrigues (2000) e considerando os aspectos de mudanças organizacionais, com o aumento dos custos de distribuição nos anos 70, a revolução tecnológica e o barateamento dos sistemas informatizados nos anos 80, o processo de globalização da economia e o conseqüente acirramento do ambiente competitivo, combinado com os rápidos avanços nas telecomunicações nos anos 90, fizeram com que a flexibilidade tomasse, gradualmente, um papel cada vez mais importante dentro das organizações.

A melhoria do ambiente, o enfrentamento da concorrência, os desafios constantes em todos os ramos da atividade humana, chamam o administrador a mergulhar na Era do Conhecimento, como o mundo mergulhou profundamente. Maximizar resultados e minimizar desperdícios é a tarefa. Utilizar-se de fragmentos, de fatos isolados (dados) para tomada de decisão deixou de ser o modelo.

A flexibilidade passou a ser uma exigência para o gestor devido às profundas alterações na forma de administrar, determinadas por mudanças velozes e intensas na ordem econômica e social e no ambiente cultural e tecnológico das organizações.

Essas transformações geram um ambiente complexo, marcado pelos avanços tecnológicos e científicos, mudanças de conceito, de valores e quebra de paradigmas que norteiam todos os segmentos da sociedade.

No ambiente globalizado, turbulento, onde as interações sociais ocorrem entre pessoas de diferentes regiões e países, a palavra cultura emerge como uma das variáveis fundamentais para a compreensão do fenômeno organizacional.

Segundo Guimarães (2004), na área da saúde algumas tentativas vêm sendo implementadas no sentido de buscar modelos de gerências alternativos aos modelos tradicionais de administração e é neste contexto que a pesquisa irá seguir, onde a gestão por processos tomará a forma estratégica de se obter informações para a tomada de decisões do gestor, já que, a Gestão de Processos analisa informações,

identifica oportunidades de melhorias e propõe soluções para os problemas ou necessidades encontrados, abrangendo a Instituição como um todo.

## **2.1 AS TRANSFORMAÇÕES NAS ORGANIZAÇÕES**

O crescimento do porte das organizações e o incremento da sua complexidade estrutural, associado à aceleração do ritmo das mudanças ambientais, têm exigido das organizações uma maior capacidade de formular e implementar estratégias que possibilitem superar os crescentes desafios de mercado e atingir os seus objetivos tanto de curto como de médio e longo prazos.

Segundo Cabral (1998), por sua abrangência, o conceito de estratégia apresenta um paradoxo, pois exige a integração de uma série de teorias e enfoques, o que impede o completo registro de seus conceitos e abordagens. Dependendo do contexto no qual é empregada, a estratégia pode ter o significado de políticas, objetivos, táticas, metas, programas, entre outros, numa tentativa de exprimir os conceitos necessários para defini-la (Mintzberg e Quinn, 1991).

Segundo Camargos e Dias (2003), inicialmente, o planejamento estratégico (AE) restringia-se à análise dos pontos fortes e fracos de uma organização, passando depois a se preocupar também com o planejamento e a administração de eventuais mudanças no ambiente organizacional.

Entrou em crise em razão da imprevisibilidade cada vez maior do ambiente de negócios, que exigia uma postura mais dinâmica e integrada ao ambiente. Foi nesse contexto que a Administração Estratégica ganhou espaço, por ser a responsável pelo desenvolvimento e implantação da estratégia (Bertero, 1995).

Cronologicamente, a AE evoluiu do planejamento financeiro, materializado no orçamento, para o planejamento de longo prazo, passando desse para o planejamento estratégico. Este último foi incorporado pela Administração Estratégica, que uniu, em um mesmo processo, planejamento e administração, adicionando-lhes a preocupação com sua implementação e com o planejamento de potencialidades (Meirelles, 1995).

Cabral (1998) vê a evolução da AE a partir dos três estilos de estratégia que prevaleceram nos últimos 30 anos: estilo de planejamento (anos 70), no qual a previsibilidade do futuro baseava-se na análise do provável; estilo de visão (anos 80),

no qual a imprevisibilidade do futuro baseava-se na imaginação do possível; e estilo de aprendizagem (anos 90), no qual o futuro passou a ser mapeado e enfrentado por meio da compreensão do momento atual.

Qualquer organização, conscientemente ou não, adota uma estratégia, considerando-se que a não adoção deliberada de estratégia por uma organização pode ser entendida como uma estratégia. Além disso, a importância maior da AE está no fato de se constituir em um conjunto de ações administrativas que possibilitam aos gestores de uma organização mantê-la integrada ao seu ambiente e no curso correto de desenvolvimento, assegurando-lhe atingir seus objetivos e sua missão. A estratégia, nesse contexto, assim como a organização e o seu ambiente, não é algo estático, acabado; ao contrário, está em contínua mudança, desempenhando a função crucial de integrar estratégia, organização e ambiente em um todo coeso, rentável e sinérgico para os agentes que estão diretamente envolvidos ou indiretamente influenciados (Camargos e Dias, 2003).

Ainda conforme Camargos e Dias (2003), a partir do modelo de tomada de decisões estratégicas elaborado por Ansoff (1977) – um dos precursores do pensamento estratégico –, reproduzido na Figura 1, a Administração Estratégica evoluiu para um modelo mais amplo, como o proposto por Wright, Kroll e Parnell (2000), o qual é baseado em uma série de passos inter-relacionados, de forma que uma mudança em algum estágio do processo pode afetar os demais. Esses passos estão descritos na Figura 2.

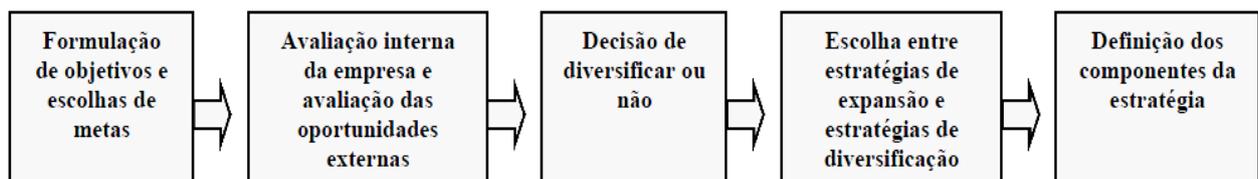


Figura 1 – Modelos de Tomadas de Decisão  
Fonte: Camargos e Dias (2003) apud Ansoff (1977)

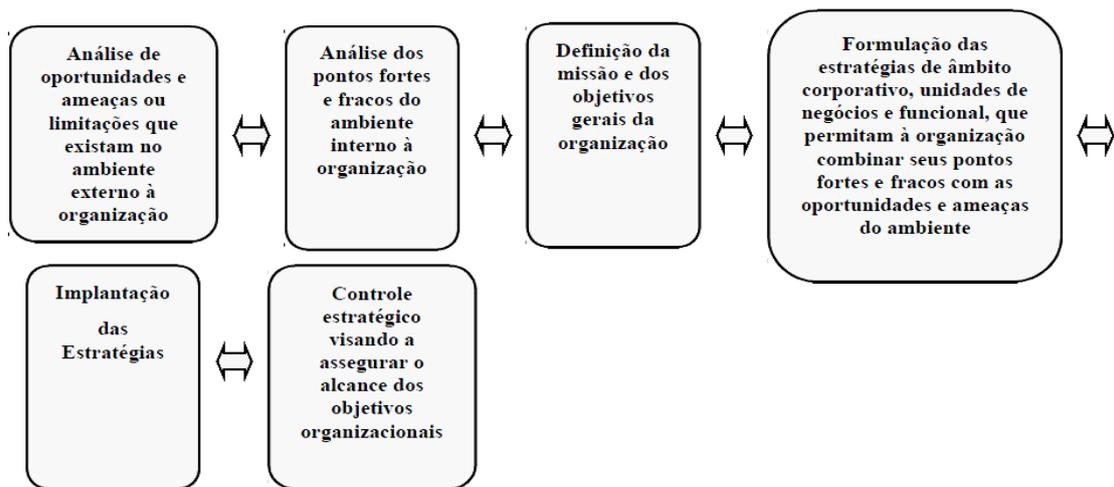


Figura 2 – Modelos de Tomadas de Decisões Estratégicas  
 Fonte: Camargos e Dias (2003) apud Wright, Kroll e Parnell (2000)

No entanto, para que a estratégia seja possível, é necessário que a estrutura organizacional seja revista, pois conforme Chandler (1972) a estrutura constitui um elemento chave da estratégia em que a evolução desta exige mudanças estruturais, sem o que a eficácia empresarial é fortemente penalizada. Por outro lado, as mudanças estruturais influenciam a cultura organizacional e são condicionado por ela, o que significa que as três variáveis se encontram interligadas.

Sendo assim, a partir de Pumpin (1984), e em concordância com os modelos organizacionais que permitem uma abordagem predominantemente interna ou externa (relações humanas, processos internos, objetivos racionais e sistema aberto), consideram-se quatro eixos de orientação estratégica (Figura 3):

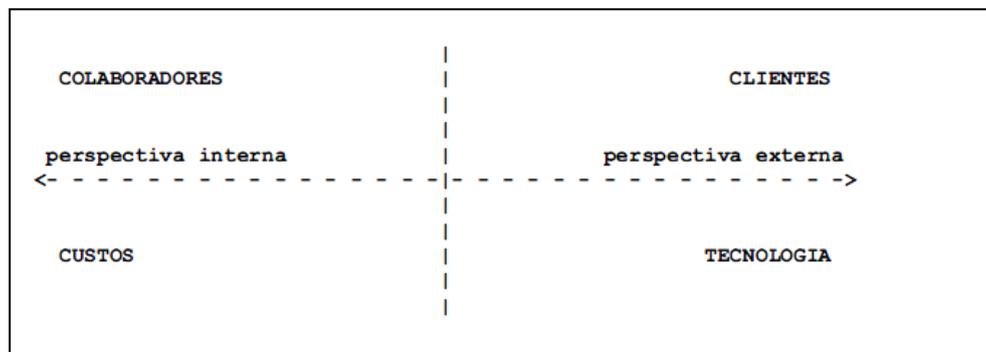


Figura 3: Orientação Estratégica  
 Fonte: Adaptado Moura (2008) apud Pumpin (1984)

O quadrante “colaboradores” caracteriza-se por potenciar a iniciativa e o empenhamento dos indivíduos, podendo negligenciar os objetivos econômicos da empresa. O quadrante “custos” caracteriza-se por uma estratégia baseada essencialmente nos mercados muito competitivos e de fraca intensidade tecnológica, podendo degradar o meio interno. O quadrante “tecnologia” caracteriza-se por uma preocupação essencial com a qualidade, sobretudo na procura de produtos diferenciais, assentando no gosto pelo trabalho, podendo facilitar a intervenção financeira no caso da relação qualidade/preço se tornar menos competitiva. O quadrante “clientes” caracteriza-se pela satisfação do cliente em mercados abertos, exigindo muita organização, dinamismo permanente e intensa colaboração dos indivíduos (Moura, 2008).

Conforme Moura (2008), face ao modelo de análise escolhido, pode-se classificar (Godet, 1993) as atitudes empresariais (Figura 4) do seguinte modo:

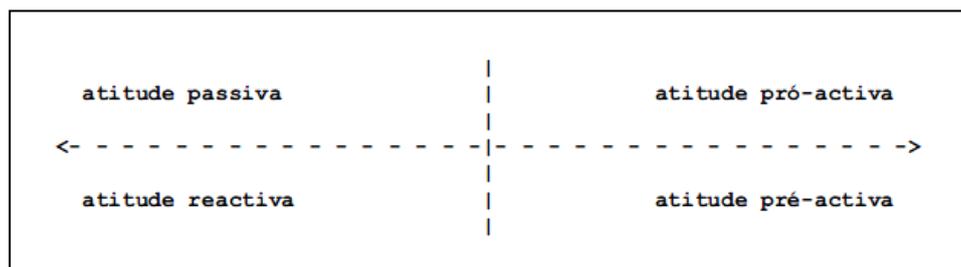


Figura 4: Atitudes Empresariais

Fonte: Adaptado Moura (2008) apud Godet (1993)

Tal classificação adequar-se às estratégias definidas, na medida em que: A estratégia “colaboradores” pode negligenciar os objetivos econômicos das empresas. A estratégia “custos” tende à compressão sempre que a envolvente muda. A estratégia “tecnologia” tende a desenvolver produtos diferenciais e a qualificar os colaboradores. A estratégia “clientes” tende a preparar e antecipar as mudanças do meio envolvente. Tendo em conta a realidade conhecida admite-se que as estratégias se centrem mais na empresa do que nas exigências de um meio envolvente cada vez mais complexo, revelando atitudes empresariais não ativas (Moura, 2008).

### 2.1.1. As Estruturas de Mintzberg

Segundo Duarte (2006), os estudos desenvolvidos por Mintzberg referem uma classificação que identifica seis configurações tipo. Cada configuração é

constituída por seis componentes básicas que se encontram combinadas internamente e em permanente interligação, daqui resultam seis tipos de configurações e um outro que não apresenta nenhuma das componentes em especial relevo. O aparecimento de organizações com configurações semelhantes surge da combinação dos elementos:

- Seleção do produto ou serviço prestado;
- Consistência interna das organizações;
- A configuração da moda.

Os seis tipos de elementos básicos, seis forças, segundo, que se encontram em constante comunicação são:

1. Vértice Estratégico – constituído pelos gestores de topo, onde se incluem, os conselhos de administração, de gerência e o seu pessoal de apoio. Tendo como objetivo proporcionar a todos os colaboradores as necessidades necessárias para que a organização atinja os seus objetivos.

2. Linha Hierárquica Média – constituída pelos gestores intermédios, diretores funcionais e operacionais, chefes de serviço, etc., que têm como principal função fazer a ligação entre o vértice estratégico e o centro operacional, através de uma hierarquia.

3. Centro Operacional – constituído por todos os operacionais que executam os trabalhos de base relacionados com a produção de bens ou serviços. Dos quais se incluem a transformação de input`s (entradas) em output`s (saídas), a respectiva distribuição e venda de output`s, e ainda, o controle de estoques.

4. Tecnoestrutura – constituída por analistas, engenheiros, contabilistas, responsáveis pelo planeamento e pela organização de métodos, os quais visam obter sistemas de trabalho que permitam a standardização da organização.

5. Logística – constituída por pessoas que têm a seu cargo serviços de apoio, serviços jurídicos, relações públicas e laborais, investigação, etc.

6. Ideologia – que engloba os valores, as crenças e as tradições que distinguem as diferentes organizações e originam uma certa vida no esqueleto da sua estrutura.

Com o intuito de resumir os principais parâmetros das estruturas de Mintzberg segue um quadro que aborda os principais mecanismos de coordenação, a

força que os pratica e o nível de centralização da estrutura (Tabela 1), para focalizarmos em dois tipos de estrutura a Simples e a Burocracia Profissional.

<b>Tipo de Estrutura</b>	<b>Principal Mecanismo de Coordenação</b>	<b>Parte – chave da Organização</b>	<b>Tipo de centralização</b>
<b>Estrutura Simples</b>	Supervisão directa	Vértice Estratégico	Centralização vertical e horizontal
<b>Burocracia Mecânica</b>	Estandardização dos processos de trabalho	Tecnoestrutura	Descentralização horizontal limitada
<b>Burocracia Profissional</b>	Estandardização das qualificações	Centro Operacional	Descentralização horizontal
<b>Estrutura Divisionalizada</b>	Estandardização os resultados	Linha Hierárquica Intermédia	Descentralização vertical limitada
<b>Estrutura Adhocrática</b>	Ajuste mútuo	Logística	Descentralização selectiva
<b>Estrutura Missionária</b>	Estandardização de normas	Ideologia	Descentralização
<b>Estrutura Política</b>	Nenhum	Nenhuma	Varia

Tabela 1: Resumo das Estruturas

Fonte: Duarte, 2006

### **Estrutura Simples**

A Estrutura Simples ocorre geralmente em micro e pequenas empresas com cerca de uma vintena de trabalhadores no máximo, resulta em muitos dos casos de uma “gestão doméstica”. A Estrutura Simples é pouco elaborada, apresenta uma baixa complexidade e reduzida centralização. A tecnoestrutura ou é inexistente ou então reduzida, sendo quase inexistente o planeamento, bem como o apoio logístico. A linha hierárquica intermédia é também insignificante (Duarte, 2006).

Este tipo de estrutura tem como principal mecanismo de coordenação a supervisão direta. Usualmente, a administração é constituída unicamente pelo proprietário que acompanhado por pessoas de confiança na área de administração/gestão corrente e, muitas vezes alguém de confiança para a área de produção que efetua uma supervisão direta.

O vértice estratégico é preponderante na dinâmica da organização, pois a direção centraliza todas as funções principais com o apoio das funções administrativas. Isto é, as maiorias das decisões são tomadas pelo proprietário ou

diretor-geral e daqui resulta o vértice estratégico como elemento chave da estrutura (Duarte, 2006).

A centralização apresenta a vantagem de as respostas estratégicas refletirem o conhecimento completo do centro operacional, favorecendo a flexibilidade e a adaptabilidade da resposta estratégica, visto que apenas uma pessoa precisa de atuar. Por outro lado este tipo de estrutura pode trazer uma grande confusão entre as questões estratégicas e as questões operacionais e a organização andar ao sabor das ocorrências externas, acabando por ceder às mudanças para as quais geralmente não se encontra preparada por falta de sentido estratégico ou de profissionalização.

### **Burocracia Profissional**

A Burocracia Profissional opõe-se à Burocracia Mecânica, pois substitui a autoridade da posição fundada na autoridade hierárquica pela autoridade de competência que se baseia no profissionalismo. Passou-se da padronização dos processos de trabalho à padronização das qualificações dos intervenientes (Duarte, 2006).

No entanto, a burocracia profissional seguiu traços da chamada burocracia mecanizada que conforme Mintzberb (1995 apud Braverman, 1974) reproduz que “O Taylorismo dominou o mundo da produção. Os executores das ‘relações humanas’ e os da ‘psicologia industrial’ formam a equipe mantenedora da mecanização humana”, ou seja, “semelhante à Burocracia Mecanizada (montadoras de automóveis, seguradoras, serviço nacional de correios), a burocracia Profissional (hospitais, universidades, empresas de consultoria ou assessoria) é uma estrutura inflexível, bem adequada para produzir resultados padronizados, mas inadequada para se adaptar à produção de novos”.

Esta configuração encontra-se sobretudo nos hospitais, nas universidades e escolas, gabinetes de advocacia, hospitais, funciona através das qualificações e competências dos profissionais que ali operam.

O surgimento deste tipo de organizações deveu-se à procura de uma estrutura que pudesse valorizar profissionais altamente qualificados e especializados em detrimento da especialização funcional. Pretendeu-se dar mais relevo à especialização das qualificações individuais do que na divisão de trabalho.

O principal mecanismo de coordenação deste tipo de estrutura é a padronização das qualificações. O centro operacional adquire uma importância fundamental e o peso da tecnoestrutura que elabora os procedimentos burocráticos dá lugar aos serviços de apoio ao centro operacional. Isto implica que a burocracia profissional se torne uma estrutura descentralizada quer na horizontal quer na vertical, originando uma maior autonomia individual. Esta autonomia assenta essencialmente na formação dos profissionais, permitindo-lhes uma grande liberdade de controlo do seu trabalho.

Segundo Duarte (2006), como no nome indica, este tipo de estrutura é burocrática, pois apresenta elevada formalização interna, com muitos regulamentos e regras a cumprir. Descentralizada pois os profissionais têm amplo poder de controlo. A principal vantagem deste tipo de estrutura resulta das competências e qualificações dos seus profissionais que possibilita um elevado desempenho em tarefas especializadas onde estes intervêm. A elevada autonomia possibilita também aos profissionais um eficiente desempenho das suas tarefas.

Contrapondo, este tipo de estrutura tem como desvantagem o surgimento de conflitos entre unidades lideradas por diferentes profissionais, pois cada departamento tem os seus objetivos e pretende atingi-los, mesmo que para isso tenha que entrar em ruptura com outros departamentos. Esta situação pode por vezes levar à queda da organização, apresentando a mesma desvantagem da burocracia mecânica (Duarte, 2006).

## **2.2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO**

Segundo Mintzberg (1998), as estratégias podem se formar como podem ser formuladas. Uma estratégia pode emergir como resposta a uma situação em evolução ou pode ser introduzida deliberadamente, por meio de um processo de formulação seguido de implementação. A adoção de uma estratégia formal ou emergente está diretamente relacionada à aprendizagem e controle. Uma estratégia puramente deliberada bloqueia a aprendizagem, uma vez que a estratégia já está formulada, enquanto uma estratégia emergente acaba favorecendo-a.

Embora não haja consenso com relação à definição de estratégia, segundo Brito (2008) apud Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), a compreensão desta pode

ser elucidada por uma série de cinco definições, os cinco Ps:

- Plano: As estratégias são intencionadas, ou seja, são criadas antes das ações às quais vão se aplicar e são desenvolvidas consciente e propositalmente;
- Pretexto: Uma estratégia pode ser uma manobra que almeja driblar os oponentes, muitas vezes atuando como uma ameaça;
- Padrão: A estratégia como padrão pode ser entendida como a consistência no comportamento pretendida ou não, um padrão numa corrente de ações ou, simplesmente é aquela estratégia que foi realizada;
- Posição: A estratégia como posição pode ser entendida como um meio de localizar uma organização no ambiente ou como mediação entre a organização e o seu contexto;
- Perspectiva: A estratégia como perspectiva pode ser entendida como o olhar do estrategista para dentro da organização, ou seja, a estratégia é para a organização aquilo que a personalidade é para o indivíduo.

Dentre os cinco Ps, a crise de percepção dos administradores de hospitais é a característica mais importante pela dificuldade dos mesmos em estabelecer relação entre os problemas e suas causas.

Primeiro, encontramos a estratégia que é “conectar os pontos”, precisamos agora planejar, sabendo que estratégia se diferencia de planejamento, que nada mais é, segundo afirma Albuquerque (2004), que um exercício de reflexão sobre o que a empresa faz, está fazendo e pretende realizar, conhecendo suas potencialidade e dificuldades, bem como o comportamento das forças ambientais e sua influência positiva e negativa no futuro da empresa.

Como se pode perceber se a estratégia é conectar os pontos através da percepção, o exercício da previsão se torna o planejamento, pois neste caso adivinhação não adianta.

Sendo assim, o planejamento estratégico se torna a ferramenta gerencial de maior importância, que levará este “presidente” a uma reflexão sobre sua realidade atual e sobre suas possibilidades futuras, permitindo formular estratégias para planejar e transformar o futuro e reduzir as incertezas, para obter uma situação melhor e mais “previsível” do que a encontrada no presente.

Para Porter (1996), o planejamento estratégico envolve uma seqüência de atividades vitais para o sucesso de uma organização como um todo e incluem:

- Uma avaliação cuidadosa do ambiente em que a organização está inserida;
- Uma análise das mudanças nesse ambiente, com uma projeção para o futuro;
- Uma avaliação da própria organização em relação à missão, recursos e suas competências administrativas.

Não existe uma distinção absoluta entre o Planejamento estratégico e o tático. O estratégico está voltado para os objetivos da empresa e a sua eficácia, tendo um alcance temporal elevado e alto grau de impacto e irreversibilidade. Por sua vez, o tático está voltado para os meios para se alcançarem os objetivos, isto é, refere-se aos componentes da empresa e a sua eficiência. Os três níveis (estratégico, tático e operacional) só funcionam se não houver uma linha divisória entre eles, pois os mesmos devem ser operados continuamente e em conjunto para se ter o resultado esperado.

Diante da necessidade de se integrar os três níveis de planejamento e de se ter instrumentos gerenciais opta-se por utilizar o modelo desenvolvido em 1992, segundo Sentanin (2004) por Kaplan e Norton, o instrumento *Balanced Scorecard*, que conforme Kaplan e Norton (1997) viabiliza processos gerenciais críticos, esclarece e traduz a visão e a estratégia, comunica e associa objetivos e medidas estratégicas, planeja, estabelece metas e alinha iniciativas estratégicas, melhora o *feedback* e o aprendizado estratégico (figura 5).

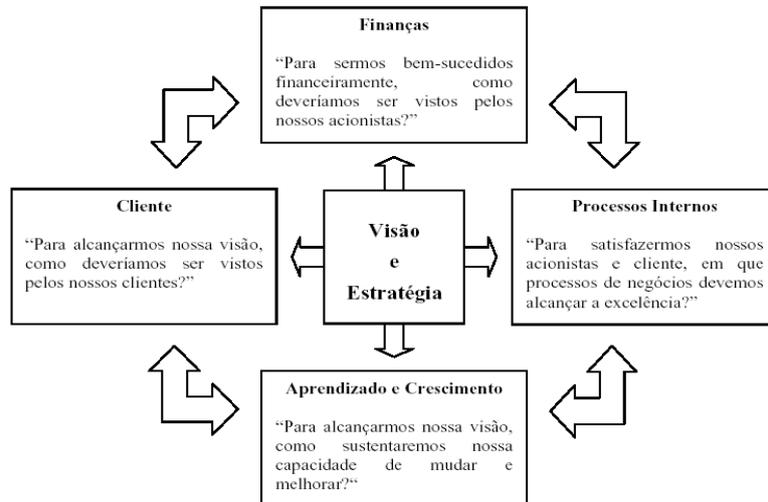


Figura 5: Estrutura do Balanced Scorecard  
 Fonte: Kaplan e Norton (1997)

O Balanced Scorecard “traduz a missão e a estratégia das empresas em um conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica” (Kaplan E Norton, 1997).

### 2.3. GESTÃO POR PROCESSOS

Independente de porte, de especialidade de negocio, toda empresa possui processo, que segundo Ferreira (1986), este tem origem na palavra latina ‘processu’, que significa “ato de proceder, de ir diante; maneira pela qual se realiza uma operação, segundo determinadas normas; método, técnica”.

Para Hammer e Stanton (1999), a mudança para uma empresa por processos deve estar ligada com uma iniciativa estratégica.

A mudança para processos é muito difícil (Hammer, 1998), pois as pessoas têm que aprender a pensar de forma diferente; têm que aprender a compreender o negócio, a assumir mais responsabilidades, a trabalhar em equipe, pois um processo nada mais é que uma série de tarefas ou funções executadas seqüencialmente para produzir um produto final, ou uma série de tarefas ou etapas que recebem insumos (materiais, informações, pessoas, equipamentos, métodos, etc.) e geram produtos (produto físico, informação, serviço), usados para fins específicos por seu receptor.

Sarrubo (2009), diz que didaticamente podemos dividir a área de gestão de processos em: Gestão de processos estratégicos, relativos à área de Estratégia de Negócios que são os processos relativos à estruturação e implementação do

planejamento estratégico e de toda a estrutura organizacional da Instituição (Figura 6). A gestão de processos primários que são os processos relativos à prestação de serviços, projetos de novos produtos ou serviços e relacionamento com clientes. E a gestão de processos de apoio que são os processos executados pelas equipes de suporte para a obtenção do produto final e aqueles realizados pelos fornecedores e parceiros.

	PROCESSOS DE NEGÓCIO	PROCESSOS ORGANIZACIONAIS	PROCESSOS GERENCIAIS
Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligados à essência do funcionamento da organização;</li> <li>• Típicos da empresa em que operam;</li> <li>• Variam de organização para organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Produzem resultados imperceptíveis para os clientes externos;</li> <li>• São essenciais para a gestão efetiva dos negócios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações realizadas pelos gerentes para dar suporte aos demais processos de negócio.</li> </ul>
Exemplos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vendas;</li> <li>• Desenvolvimento de produtos;</li> <li>• Distribuição;</li> <li>• Cobrança;</li> <li>• Atendimento de pedidos;</li> <li>• Atendimento de garantia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento estratégico;</li> <li>• Orçamento empresarial;</li> <li>• Recrutamento e seleção;</li> <li>• Compras;</li> <li>• Treinamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixação de metas;</li> <li>• Avaliação do resultado da empresa;</li> <li>• Gestão das interfaces;</li> <li>• Alocação de recursos.</li> </ul>
	Processos primários	Processos de suporte	

Figura 6: Categorias básicas de processos  
 Fonte: Gonçalves (2000b)

Sarrubo (2009) ainda diz que os clientes internos são afetados pelo produto e também são membros da empresa que fabrica o produto. A caracterização de “cliente interno” é no sentido de nos alertar para dois pontos importantes:

- Os empregados também são afetados pelo produto que fabricam ou ajudam a fabricar. Se também forem consumidores, serão afetados duplamente; se não forem, no mínimo os seus empregos dependerão do sucesso do produto que está sendo disponibilizado para o mercado;
- Dentro das Organizações, cada trabalhador é “fornecedor” e “cliente” ao mesmo tempo, ou seja, o trabalho individual é parte de um processo interligado que deve sempre resultar num produto final concebido coletivamente. Assim, mesmo quando executamos nossas tarefas mais simples, temos a responsabilidade de entregar um serviço que atenda as necessidades da pessoa que vai dar seqüência ao trabalho que, definimos como nosso cliente interno.

O cliente é, portanto o foco mais importante dentro da gestão por processos. Tudo o que a empresa faz, os formulários que utiliza, os prazos a que se compromete, as técnicas que aplica, são um conjunto de ferramentas cujo único

objetivo é viabilizar o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes, sejam eles internos ou externos, em conformidade com a vocação da Instituição.

Cruz (2003) apresenta uma seqüência de 15 (quinze) elementos que compõem um processo de negócio, conforme figura 7, à qual denomina Macrofluxo do processo. São elas: objetivo do processo; clientes do processo; entradas físicas; entradas lógicas; saídas físicas; saídas lógicas; diretrizes; programa de melhoria contínua; *benchmarking*; metas; alocação de recursos; mão-de-obra; medição de desempenho; tecnologia da informação; gerente do processo.

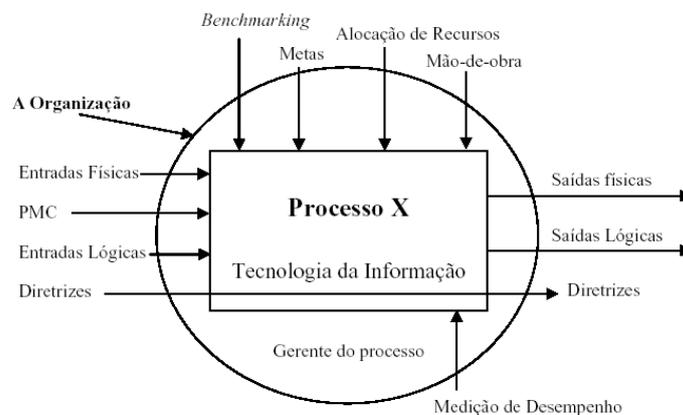


Figura 7: Macrofluxo do processo  
Fonte: Cruz (2003)

Como podemos analisar até o momento para se modelar um processo é necessário que se tenham algumas informações sobre o mesmo, por isso a necessidade de a consultoria fazer uma análise crítica do local, observando, questionando o que acontece em cada local da instituição.

Com as informações dos elementos que compõe o processo em mãos é hora de organizar uma breve descrição do mesmo, que deve incluir os principais estágios, os fornecedores, os clientes, as entradas, as saídas e as variáveis a serem medidas.

Assim, a partir disto, desenvolver uma representação gráfica do mesmo, mapeando o processo, pois, conforme Sarrubbo (2009), a utilização de um mapa de processo ajuda a definir o trabalho que está sendo realizado e a identificar possíveis áreas de melhoria.

Na maioria dos casos, as causas de um problema e suas soluções se baseiam em como o trabalho é realizado e em como poderia ser feito no futuro para que fique ainda melhor.

Uma vez escolhido o processo piloto, o próximo passo é a seleção da equipe de melhoria que irá trabalhar em sua melhoria contínua, a começar pelo gestor do processo, que deve possuir características como, por exemplo, autoridade para fazer mudanças.

Nenhuma organização pode se dar ao luxo de excluir seus gerentes, supervisores funcionários, seus peões, das atividades de melhoria, de negar-lhes a oportunidade de participar da análise e solução dos problemas que eles enfrentam a cada dia. É inadmissível fazer com que milhares de colegas, ao baterem o ponto de entrada, pendurem seus cérebros junto com os cartões de ponto. Entre para o trabalho apenas com seus braços e pernas, fiquem oito horas fazendo só que o “seu” mestre mandou, sem ao menos saberem por que estão fazendo aquilo daquela forma, e sem terem a menor noção dos problemas que advirão, caso façam algo errado (ALMEIDA, 2002).

Escolhida a equipe de melhoria, é necessário treiná-la nos conceitos, definições e ferramentas de trabalho relativas aos processos, bem como seu gerenciamento.

### 2.3.1 Ferramentas para Gestão de Processos

O mercado competitivo atual exige uma abordagem mais criativa para a solução de problemas. A criatividade é uma habilidade natural, que todos possuem desde que disponham das ferramentas certas e do ambiente certo para trabalhar. Solucionar problemas de maneira criativa também envolve trabalhar com outras pessoas.

Para a gestão de processos, são utilizadas ferramentas gerenciais, basicamente com suas origens nos programas de qualidade, para identificação dos fatos, análise das condutas, proposta de soluções para melhoria e mensuração de resultados obtidos.

Estas ferramentas devem ser disseminadas, assimiladas e utilizadas por todos na Instituição, de acordo com a complexidade de atuação e dos resultados esperados de cada um dos profissionais, a Costa & Miczuk se utiliza seis destas ferramentas, sendo:

#### 1. Questionário

O questionário é uma ferramenta possível de utilização para, principalmente, revelar diagnóstico situacional.

## 2. Formulário de Coleta de Dados

Segundo Sarrubo (2009), o Formulário de Coletas de Dados é usado quando se deseja um detalhamento maior dos fatos. Em muitos casos, a ausência de informações não nos possibilita encontrar soluções para os problemas. Para que possamos buscar informações úteis para o problema que desejamos resolver, precisamos:

- Formular precisamente a questão que desejamos responder;
- Coletar dados e fatos relacionados ao problema;
- Analisar os dados para encontrar as respostas do problema;
- Comunicar os dados de maneira clara.

Podem-se elaborar diversos tipos de Formulários de Coleta de dados em função do problema que estamos interessados em estudar.

## 3. Diagrama de Fluxo - Fluxograma

O diagrama de fluxos ou fluxograma é a representação gráfica que representa a seqüência de um trabalho de forma analítica, caracterizando as operações, os responsáveis e/ou unidades envolvidas no processo. (Sarrubo, 2009).

O Diagrama de Fluxo é muito utilizado para a compreensão de qualquer tipo de processo, seja ele de prestação de serviço, manufatura ou da área administrativa. Esta ferramenta constitui-se em um dos primeiros e fundamentais passos para a solução de problemas e melhoria de processos.

Pode-se destacar dentre os principais benefícios obtidos com o uso de fluxogramas:

- As pessoas que trabalham em um processo, passam a compreendê-lo e controlá-lo, em vez de se tornarem vítimas dele;
- Os funcionários passam a observar como seu trabalho afeta e é afetado pelo processo, percebendo quem são seus clientes e fornecedores internos, melhorando a comunicação entre as áreas;

- As pessoas que participam da construção de um processo e têm uma boa compreensão dele, tornam-se mais entusiasmadas e envolvidas com a sua melhoria.

Os objetivos desta representação gráfica em forma de fluxograma são:

- Padronizar a representação de métodos e procedimentos;
- Maior rapidez na descrição de métodos e procedimentos
- Facilitar a leitura e o entendimento;
- Facilitar a identificação dos aspectos mais importantes no processo;
- Aumentar o grau de análise.

#### 4. Brainstorm;

Segundo Sarrubo (2009), uma das ferramentas da qualidade, o brainstorm, é que uma técnica de grupo empregada para incentivar o pensamento criativo e pode ajudar um grupo de pessoas a gerar soluções criativas para um problema.

Embora existam muitas variações de brainstorm, todas seguem as mesmas etapas gerais:

- Seleção de um tópico.
- Obtenção de idéias de todos os membros do grupo, sem julgamentos ou comentários, e desenvolvimento a partir das idéias dos demais.
- Esclarecimento e priorização de idéias.

#### 5. PDCA - Método para a Análise e Melhoria de Processos

Conforme Sarrubo (2009), PDCA vem do inglês: Plan; Do; Check; Action.

A primeira etapa consiste em Planejar as ações a serem executadas, para atingir determinado objetivo. Destina a descrever os objetivos específicos de cada ciclo.

As perguntas básicas a serem feitas são:

- Qual a dúvida básica que o grupo quer esclarecer neste ciclo?
- Quais questões podem ser formuladas para esclarecer essa dúvida?
- Qual é a previsão do grupo para estas questões?
- Quais ferramentas serão usadas neste ciclo?
- Que dados você deveria coletar para responder as questões?

- Quem coletará os dados e como?
- Como os dados serão analisados (gráficos, tabelas...)?

Na Segunda etapa, Fazer: Agir; executa-se o plano e se observa quaisquer eventos não previstos que possam afetar a interpretação dos dados.

Esta etapa também dá início ao processo de análise dos dados e onde poderá se começar a responder as questões anteriormente formuladas.

Em seguida, na terceira etapa, devemos Controlar as ações realizadas por meio dos resultados alcançados; exige que seja dedicado um tempo para a análise dos dados. As ferramentas de análise podem ajudá-lo nesse processo, com vários gráficos e métodos.

Concluída a análise dos dados, torna-se possível comparar a análise e as previsões. A diferença entre os resultados do teste e as previsões é o novo conhecimento adquirido.

A quarta etapa consiste em Avaliar os resultados, frente ao que foi planejado, revendo a adequação do planejamento ou sua readaptação a novas situações ou necessidades. Leva à decisão do que fazer a seguir, com base em seu novo aprendizado. Quais novas dúvidas foram levantadas? Qual será o objetivo de seu próximo ciclo de PDCA? E assim por diante, o modelo se repete, realimentando as ações, criando novos ciclos.

## 6. Implantação das Soluções - 5W e 2H

A ferramenta 5W e 1H ( what, when, who, why, where, how much e how) ou 4Q e 1POC (o quê, quando, quem, por que, onde e como) pode ser utilizado tanto na identificação de um problema, como na sua implementação. Na identificação do problema, a técnica objetiva diagnosticar a abrangência do mesmo, as áreas e pessoas envolvidas, local, data, como e porque o problema surgiu, entre outras . Já no caso da implantação das soluções geradas, esta ferramenta é útil para definir (Sarrubo, 2009):

- Qual a ação que será desenvolvida;
- Quando será feita;
- Quem será o responsável por sua implementação;
- Quanto custará e/ou quanto tempo levará?
- Por que foi definida esta solução;
- Onde será implementada e

- Como vai ser implementada.

Segundo Hammer (1997), esse novo modelo de gestão, orientado para processos, compreende o planejamento, o acompanhamento e o monitoramento das atividades, de forma sistêmica e integrada, onde o trabalho é dividido e organizado por processos, resultando em um modelo organizacional que possibilite a qualquer dos membros da organização envolvidos nos processos, uma visão global e integrada do fluxo de trabalho, bem como seu total entendimento, independentemente do local onde são executadas as diversas atividades.

Percebe-se que as pessoas têm papel fundamental na mudança de uma organização para processos. Pelo fato de as organizações por processos exigirem que as pessoas trabalhem de maneira tão diferente, é freqüente perceber que faltam as ferramentas e modelos sociais, psicológicos e humanos para ajustar os grupos internos às novas condições (GONÇALVES, 2000b).

## **2.4. GESTÃO DA INFORMAÇÃO**

Conforme Guimarães (2004), a tomada de decisão é considerada a função que caracteriza o desempenho da gerência. Independente da natureza da decisão, esta atitude deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Avin (1998) entende que a informação é capaz de fornecer os subsídios a uma tomada de decisão eficaz e que pode também ser uma arma poderosa de criação, formulação e implementação estratégica de uma organização. Segundo Brito (2008), diante de afirmações como esta, é que a Gestão da Informação vem se tornando peça-chave para as empresas de um modo geral.

Na figura 9, a Gestão da Informação se estabelece como o processo que faz a diferença entre dados e informação e entre informação e a sua utilização na tomada de decisão. (Brito, 2008).



Figura 8: A Gestão da Informação

Fonte: Brito (2008)

Simpson (2003) alerta que o problema nem sempre é a estratégia adotada, mas as fontes de informações que as alimentam.

Segundo Opromolla (2007), a palavra informação trás idéia de ordenação, de um processo que organiza a ação, da formatação de organização para dar a conhecer, de tornar publico, alcançando assim significado. A informação, em conjunto com o conhecimento e/ou gerando-o, é a necessidade principal para uma tomada de decisão eficaz (Alwis; Higgins, 2001; Cohen, 2002; Kast; Rosenzweig, 1980; Kielgast; Hubbard, 1997; Mintzberg, 1975). No entanto, o enorme número de informações produzidas diariamente colabora com a incapacidade de assimilação total dessas informações pelos gestores empresariais. “O processo de tomada de decisão sugere a perspectiva da escolha. As escolhas se ajustam entre oportunidades (externas e objetivas) e desejos (internos e subjetivos), isto é, o que as pessoas podem fazer e o que elas querem fazer” (Fernandes; Sampaio, 2006).

Para Smeltzer, Fann e Nikolaisen (1988), os tomadores de decisão utilizam mais as fontes de informação informais do que as formais e consultam mais as fontes pessoais do que as impessoais. Ou seja, conforme Brito (2008), os tomadores de decisão consideram mais o quesito confiança. Os exemplos de tipos de fontes de informação estão representados na figura 9.

FONTES PESSOAIS		FONTES IMPESSOAIS	
<b>Informal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Família</li> <li>• Clientes</li> <li>• Amigos</li> <li>• Vendedores</li> <li>• Funcionários</li> <li>• Concorrentes</li> <li>• Contatos sociais</li> </ul>	<b>Formal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contador</li> <li>• Bancos</li> <li>• Advogados</li> </ul>	<b>Escrita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revistas</li> <li>• Jornais</li> <li>• Periódicos</li> <li>• Catálogos</li> <li>• Folders</li> <li>• Internet</li> </ul>	<b>Oral</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminários</li> <li>• <i>Worshops</i></li> <li>• Entidades de classe</li> <li>• Fornecedores</li> <li>• Eventos da área</li> </ul>

Figura 9: Tipos de Fontes de Informação na tomada de decisão  
 Fonte: Brito, 2008 apud Smeltzer, Fann, Nikolaisen (1988)

Segundo Sapiro (1993), “fofocas ou boatos, informações boca a boca em feiras comerciais, entrevistas de executivos da concorrência, indiscrições de funcionários ou secretárias, anúncios classificados, comentários em elevador ou em salas de espera dos escritórios” são fontes comuns entre os tomadores de decisão na obtenção de informações.

Para Taylor, 1980 apud Brito (2008), por meio de um processo composto por quatro atividades principais, a informação deve e pode agregar valor:

- **Organização da informação:** A principal importância constitui no tempo poupado em procurar a informação necessária; nessa etapa utilizam-se as técnicas de representação descritiva da informação para que estas possam ser facilmente recuperadas;
- **Análise:** Pode ser voltada para os dados, cujo objetivo é demonstrar legitimidade, qualidade e a precisão deles, mas também pode ser voltada para a resolução de um determinado problema, ou seja, ajudar o usuário a esclarecer uma situação ou tomar uma decisão;
- **Síntese:** Reunião da informação de forma significativa e ponderada, nesse momento a classificação da informação torna-se bastante pertinente e, não obstante, deve-se atingir uma determinada padronização;
- **Julgamento:** Esse passo cabe ao tomador de decisão ao utilizar as informações já tratadas dentro de um sistema.

Entende-se que a organização da informação seja a atividade que exija mais técnica, já as atividades de análise, síntese e julgamento estão mais voltadas para um aspecto cognitivo do realizador do processo de Gestão em Informação. (Brito, 2008).

No geral, a gestão da Informação é definida, segundo Brito (2008), por meio de sete procedimentos: sensibilidade, coleta, organização, processamento,

manutenção, distribuição e utilização, conforme figura 10.

AUTORES PROCEDIMENTOS	<i>Taylor apud Kielgast e Hubbard (1997)</i>	<i>McGee; Prusak (1994)</i>	<i>Davenport; Prusak (2002)</i>	<i>Choo (2003)</i>	<i>Kundu (2004)</i>
<b>SENSIBILIDADE</b>		IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES E REQUISITOS DE INFORMAÇÃO	DETERMINAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DA INFORMAÇÃO	NECESSIDADES	SENSIBILIDADE
<b>COLETA</b>	SÍNTESE		OBTENÇÃO OU COLETA DA INFORMAÇÃO	AQUISIÇÃO	COLETA
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO E ARMAZENAMENTO DE INFORMAÇÃO	DISTRIBUIÇÃO	ORGANIZAÇÃO E ARMAZENAGEM	ORGANIZAÇÃO
<b>PROCESSAMENTO</b>	ANÁLISE	TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DA INFORMAÇÃO		COMPORTAMENTO ADAPTATIVO	PROCESSAMENTO
<b>MANUTENÇÃO</b>		DESENVOLVIMENTO DE PRODUTOS E SERVIÇOS		PRODUTOS / SERVIÇOS	MANUTENÇÃO
<b>DISTRIBUIÇÃO</b>		DISTRIBUIÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÃO		DISTRIBUIÇÃO	
<b>UTILIZAÇÃO</b>	JULGAMENTO	ANÁLISE E USO DA INFORMAÇÃO	UTILIZAÇÃO	UTILIZAÇÃO	

Figura 10: Síntese dos procedimentos em Gestão da Informação  
Fonte: Brito, 2008

Segundo Rossini; Palmisano (2003), Os procedimentos da Gestão da Informação estão incorporados nos sistemas de informação, podendo ser informatizados ou não. “O conceito básico de sistema estabelece que todo sistema é um conjunto de elementos interdependentes em interação, visando atingir um objetivo comum”.

Os sistemas de informação e as organizações podem ser divididos dentro dos níveis operacionais, do conhecimento, tático e estratégico (Laudon; Laudon, 2004). Esses níveis possuem relação com a hierarquia dos cargos estabelecidos pela empresa, embora, atualmente, essa linha da divisão hierárquica esteja sendo transformada pelo conceito e prática de processos de negócio. (Brito, 2008).

A figura 11 apresenta a relação dos sistemas de informação com os níveis hierárquicos.

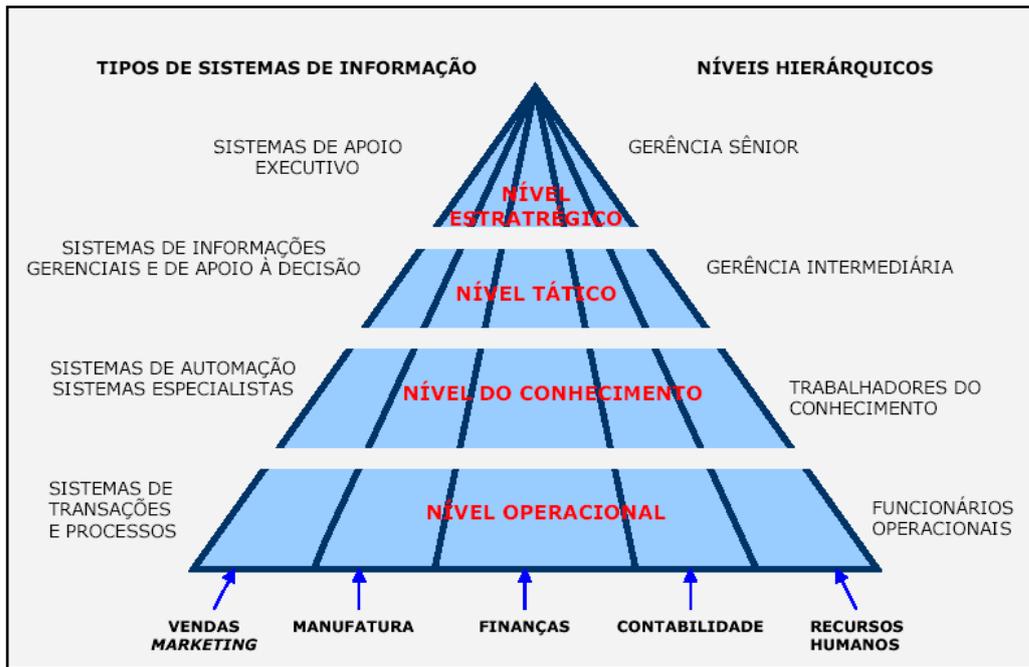


Figura 11: Relacionamento dos sistemas de informação com os níveis hierárquicos  
 Fonte: Laudon e Laudon, 2004 apud Brito 2008

O verdadeiro objetivo de um sistema de informação é atender às necessidades das várias unidades que constituem a organização, atravessando as fronteiras departamentais e inter-relacionando diversas áreas do fluxo de informações, favorecendo uma maior disseminação e compartilhamento das informações.

Laudon e Laudon (2004) ressaltam que nenhum sistema será capaz de, sozinho, suprir todas as necessidades de informação de uma empresa. E é neste ponto que os administradores pecam, implantando sistemas integrados sem saber gerir suas informações, sem conhecer o fluxo do mesmo, sem ter idéia de onde se pretende chegar. É aqui que se gasta dinheiro sem ver resultados.

### 3. DISCUSSÃO PRELIMINAR: ESTUDO DE CASO

Temos dois hospitais privados de pequeno porte, que chamaremos de A e B, que serão o estudo de caso desta pesquisa, a situação dos mesmos é parecida, são administrados em família.

O Hospital A é um serviço com 27 anos de existência, que passou de maternidade para hospital pediátrico e atualmente é um Hospital Geral com diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. A estrutura possui 81 leitos divididos em unidades de internação, Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (23 leitos), Unidade Pós Operatória e leitos de Emergência, e é administrado em família, esposo e esposa, localizado na zona sul do estado do rio de janeiro.

O Hospital B é um Hospital Geral com diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. A estrutura possui 46 leitos divididos em unidades de internação, Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (11 leitos), Unidade Coronariana, Unidade Pós Operatória e leitos de Emergência, distribuída em 500 m<sup>2</sup> de área construída e é administrado em família, pais e filhos, localizado na zona norte do estado do rio de janeiro.

O que vemos nestas duas organizações hospitalares é o domínio do não planejamento, mas sim da sobrevivência, não do crescimento.

A Urgência passou a reger a administração, não existe um planejamento das operações, a maioria está focada na filosofia da satisfação, a mais simples apresentada por ACKOFF<sup>1</sup> (1974), que designa os esforços para atingir um “mínimo necessário” de satisfação, tendo como características: objetivos factíveis, em pequenos números e aceitáveis, com menor resistência à sua implementação, resultantes de consensos políticos. Os planos são tímidos e as oportunidades ou alternativas interessantes deixam de ser exploradas.

Identificamos com essa realidade a falta de informação, vista pelos gestores como verdadeiros “fantasmas”, já que o “planejador” não se afasta das práticas correntes da instituição, tendo sua atenção voltada apenas ao aspecto financeiro.

Pensar que está tudo bem é se acomodar a uma situação, afinal a palavra

---

<sup>1</sup> Segundo ACKOFF (1974), existem três tipos de filosofias de planejamento: Filosofia da Satisfação, da Otimização e da Adaptação.

significa estabilidade, equilíbrio, repouso.

### 3.1 O DESTINO DOS IDEAIS E DO COLETIVO: UM DIÁLOGO

O Hospital A, contratou um Gestor, que deu uma nova visão ao negócio, o mesmo não se acomodou, mas se adaptou. Este vive em constantes mudanças, trabalha com um sistema de ponta (MV 2000i), tem hierarquias definidas (Figura 12) que possibilita fazer as coisas certas, ou seja, acertar as ações da empresa em relação às necessidades atuais e futuras, pois a administração estratégica exerce papel fundamental.

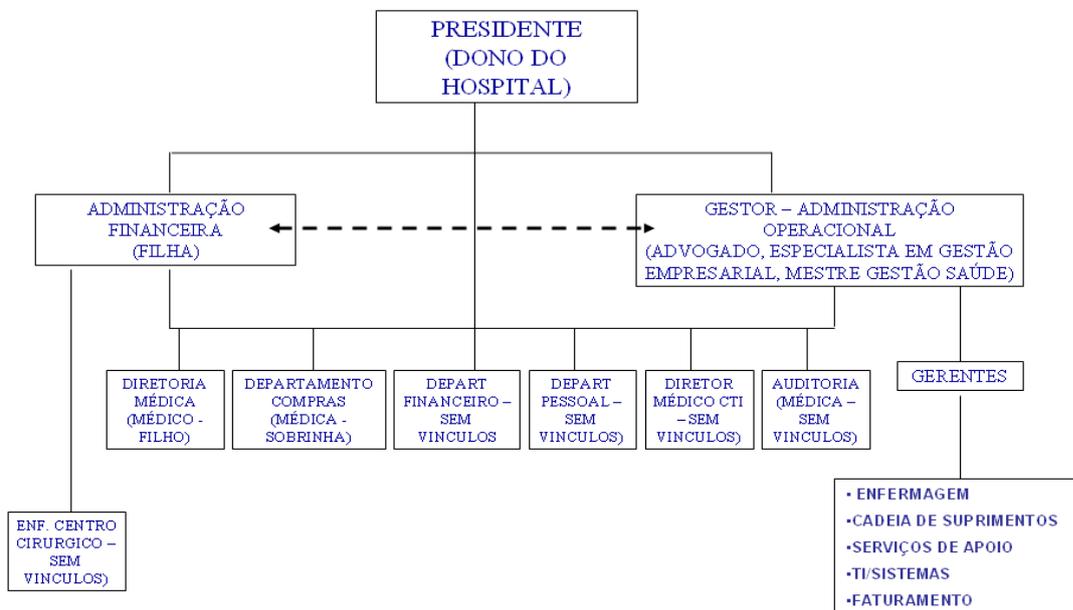


Figura 12 - Organograma Hospital A  
Fonte: Autor, 2009

O organograma do hospital A, ainda não é o ideal, portanto, comparado aos Hospitais B (Figura 13) percebe-se a evolução do centro da administração, que passa da eficiência para a eficácia.

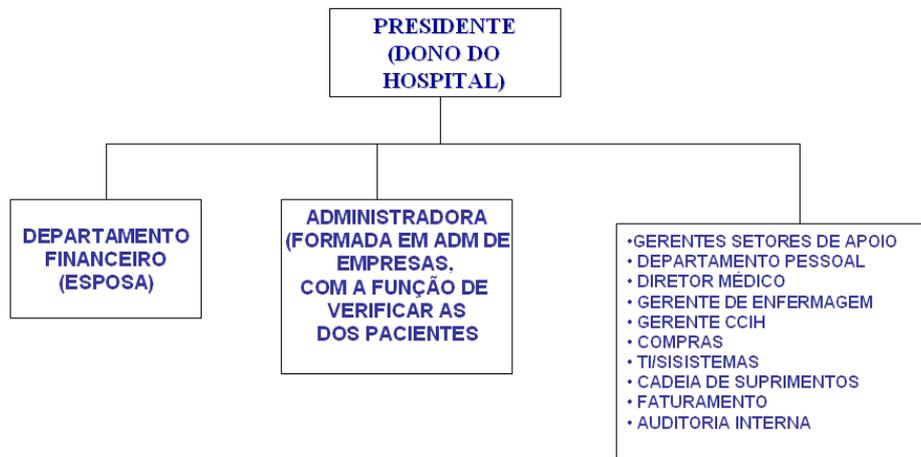


Figura 13 - Organograma Hospital B  
Fonte: Autor, 2009

Esta busca instaurada no Hospital A pela eficácia traduzida como o “fazer as coisas certas” com eficiência, ou seja “da melhor forma possível”, levou o gestor deste a aliar a esses dois indicadores (eficiência/eficácia), um terceiro, que segundo Sentanin (2004), não menos importante, talvez até o principal – a efetividade, que avaliará, além “do fazer as coisas certas” e “da melhor forma possível”, se o objetivo proposto foi atingido, ou seja, se os clientes estão satisfeitos com a utilização dos produtos ou serviços resultantes do processo.

Com esse incentivo adicional, começou-se um estudo relacionado à que estratégia seguir, lembre-se que o conceito de estratégia foi absorvido pela teoria das organizações em decorrência da explicação da Teoria Geral dos Sistemas (Farhat, 1999 apud Nishioka, 1979) e trata-se de determinar como o sistema vai se adaptar ao ambiente e com que recursos ira enfrentar a concorrência e impor a sua ação ao meio.

E é desta forma que a pesquisa em questão adquire meios para montagem de planos que agreguem ao gestor a efetividade. Para traduzir essa estratégia em medidas operacionais levaram-se em consideração os três níveis do planejamento (figura 14):

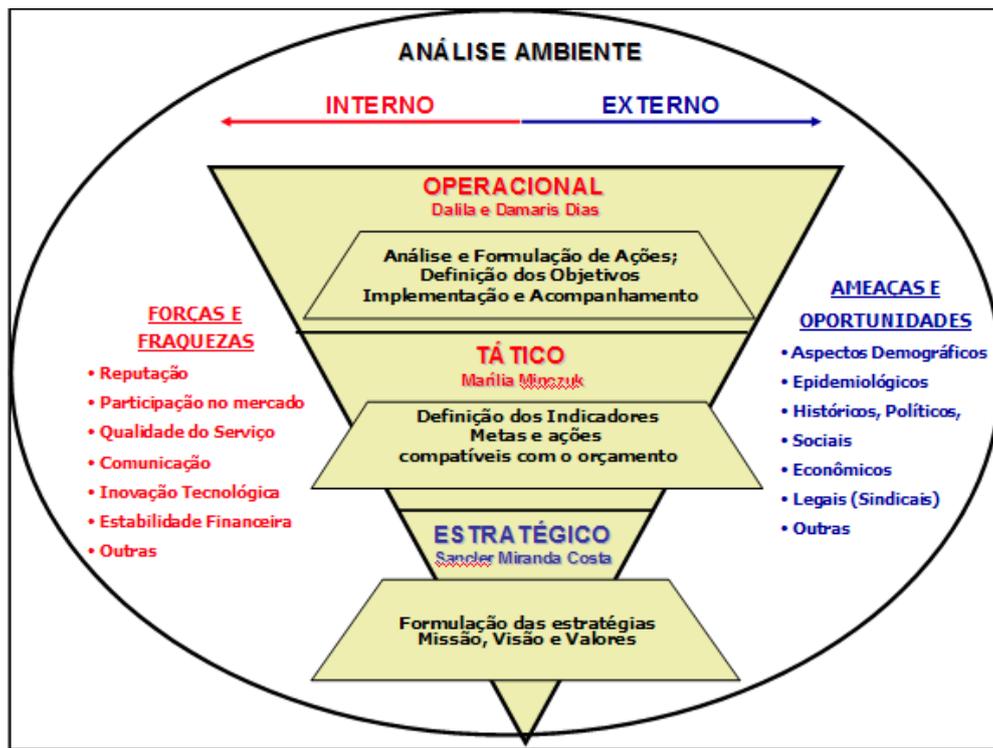


Figura 14: Níveis de Planejamento

Fonte: Autor, 2009

1. Planejamento Estratégico que é de responsabilidade da alta administração da empresa, sendo um processo gerencial que possibilita ao executivo estabelecer o rumo a ser seguido pela empresa para se atingir um nível ótimo, levando em conta as condições internas e externas da empresa e sua evolução esperada.
2. Planejamento Tático que tem por objetivo otimizar o resultado de determinada área e não a empresa como um todo. Portanto, trabalha com a decomposição de objetivos, estratégias e política do planejamento estratégico. É de responsabilidade dos níveis gerenciais inferiores, que busca a utilização eficiente dos recursos disponíveis para se atingir os objetivos fixados.
3. Planejamento Operacional corresponde a um conjunto de partes homogêneas do planejamento tático. São os documentos escritos, estabelecendo os planos operacionais (ação) e contendo: Recursos necessários para o desenvolvimento e implantação, Procedimentos

básicos a serem adotados, Produtos ou resultados finais esperados, Prazos estabelecidos e Responsáveis pela execução e implementação.

Talvez o principal problema dos “presidentes” dos hospitais A e B é confrontar-se com a realidade de que lhes falta Planejamento Estratégico, é olhar o futuro com clareza, ou seja, entender que não é suficiente ter informações, Faturamento X Financeiro, sem se saber o que se deseja, que preço se está disposto a pagar, qual o seu conjunto de valores para vislumbrar as opções, habilidade para separar as melhores e assim se ter coragem para decidir.

### **3.2 GESTÃO INTERNA VOLTADA PARA A AÇÃO**

O Hospital A tornou-se a vitrine da pesquisa pois seu Gestor aceitou a aplicação do modelo de reestruturação do Hospital através de um programa de Melhoria de Gestão que abrangeria todas as áreas, da alta administração aos setores de apoio.

Nasce o projeto, onde se procura dar ênfase as estratégias, com diretrizes amplas, integrando estes conceitos, diretrizes e resultados ao Plano Estratégico (Ações/Estratégias), e a partir deste elaborando o Plano de Ação (Desdobramento de Ações) detalhado.

Como a visão do presidente é o faturamento, o projeto inicial se baseou no mesmo, com as seguintes ações/estratégias.

Ações / Estratégias

<b>EIXO:</b> Gestão Administrativa						
<b>Foco Estratégico:</b> Sustentabilidade Econômica						
<b>Nº</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações - Estratégias</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazos</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Metas</b>
1	Melhorar o desempenho de faturamento de convênios	<p>1.1. Renegociar "taxas" com alguns convênios;</p> <p>1.2. Definir com convênios, pacotes para procedimentos específicos, fixando materiais a serem utilizados e valores de cobertura;</p> <p>1.3. Capacitar profissionais de assistência para a correta anotação em prontuários, lançamentos no sistema e guias de autorização;</p>	<p>Administração Faturamento</p> <p>Faturamento, Gerência e Supervisão de Enfermagem, Equipes Médicas</p> <p>Faturamento, Gerência e Supervisão de Enfermagem</p>	<p>Início: FEV Final: ABR</p> <p>Início: FEV Final: JUL</p> <p>Início: FEV Final: MAI Reciclagem Permanente</p>	<p>* Percentuais de Reajuste</p> <p>* Queda nos índices de glosas e rejeições</p> <p>* Eliminação de perdas por erros em procedimentos ou em anotações</p> <p>* Aumento no valor médio da conta faturada</p>	<p>Glosas Limitadas a 4% do total de cada fatura</p> <p>Aumentar taxas no equivalente a inflação acumulada no período em que não houve reajuste por parte do convênio</p> <p>Crescimento de 5% no valor médio das contas</p> <p>Crescimento de 8% no faturamento de convênios 100% dos colaboradores capacitados</p>

Desdobramento de ações

<p><b>Objetivo:</b> Melhorar desempenho de faturamento de contas de convênio</p> <p><b>Ação / Estratégia:</b> 1.1. Renegociar Taxas com alguns convênios</p> <p><b>Responsável:</b> Encarregado de Faturamento</p>						
<i>O QUE</i>	<i>POR QUE</i>	<i>QUEM</i>	<i>QUANDO</i>	<i>ONDE</i>	<i>COMO</i>	<i>QUANTO</i>
a) Identificar convênios que não reajustaram valores nos últimos 12 meses.	São os mais prováveis de se obter sucesso na negociação.	Encarregado do faturamento de convênios	Primeira semana de fevereiro	no próprio hospital	Revisão dos contratos e aditivos de reajustes	Sem custo
b) Relacionar os convênios identificados e alvo da ação	Estabelecer lista de controle	Encarregado do faturamento de convênios	Final da primeira semana de fevereiro	no próprio hospital	Lista simples, constando o nome do convênio, pessoa de contato e forma de contato	Sem custo
c) Manter contato com os convênios, agendando reunião de negociação de tabela.	Definir cronograma de reuniões.	Encarregado de faturamento de convênios, com prévio ajuste de agenda com a administração.	Segunda semana de fevereiro.	Os contatos serão mantidos no próprio hospital, através de telefonemas ou envio de e-mail.	Contatos telefônicos e por e-mail.	Custo de ligações telefônicas. <b>Obs.</b> Eventualmente alguns convênios solicitarão que a reunião ocorra na em sua sede regional, neste caso, haverá custo de deslocamento.
d) Realizar reuniões para negociação de reajuste equivalente a no mínimo a inflação acumulada no período em que não houve reajuste por parte do convênio.	Demonstrar a necessidade de alinhamento de valores no hospital	Administrador + Financeiro + Encarregado de faturamento e representante do convênio.	Todas as reuniões e negociações deverão estar finalizadas até Abril/2009.	As reuniões deverão acontecer preferencialmente no hospital (Sala de reuniões).	Apresentar publicações com índices oficiais de inflação (índices aceitos e definidos nos respectivos contratos) bem como indicadores de reajustes nos insumos hospitalares.	Não há previsão de ocorrência de custos para a realização das reuniões.

No entanto, a execução do mesmo esbarrou nas impossibilidades de controle, pois a cadeia de suprimentos não integrava ao todo, dando gargalos operacionais consideráveis, impactando negativamente no resultado financeiro e de faturamento.

Entra assim duas profissionais de Logística para integrar as atividades com o propósito de que será considerado um setor de apoio, não estando diretamente ligada a administração de materiais, mais sim, apoiando e interligando os mesmos aos departamentos meios e fins para que as informações se completem.

Inicia-se a reestruturação, tomando como base a cadeia de suprimentos já que a mesma está constituída genericamente de fornecedor, produtor e consumidor.

É no trabalho com a rede de distribuição (Almoxarifado, Farmácias e Sub-Estoques) que será possível obter informações coerentes para a implantação de bases sólidas para renegociações com convênios, assim como para um sistema adequado de custos que tem como objetivo fornecer dados para tomada de decisão gerencial em nível local, pelas necessidades da administração quanto ao controle das operações, tomadas de decisões e fixação de preços.

O Hospital A, por possuir um ERP de ponta, conseguirá fazer a separação entre custos fixos e variáveis para a realização da Análise Custo-Volume-Lucro, através da Margem de Contribuição de cada departamento.

As informações deste sistema deverão fluir da contabilidade para o sistema de custos. Para esclarecer, o funcionamento ocorre da seguinte forma (figura 15):

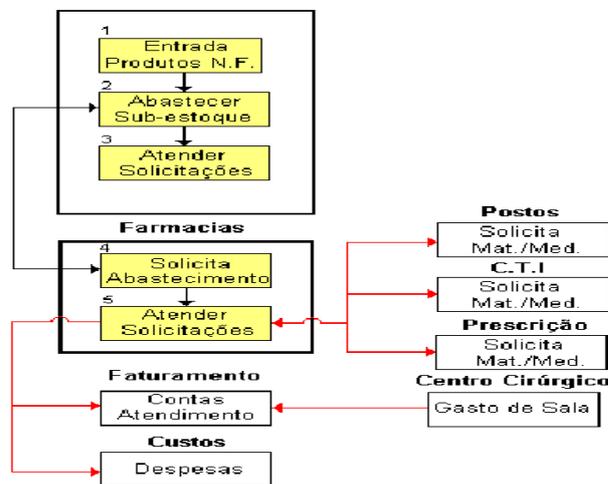


Figura 15: Fluxo Sistema

Fonte: MV 2000i, 2004

O gerenciamento das solicitações de materiais e medicamentos ao estoque, permite a identificação dos setores solicitantes, determinação dos estoques mínimos, máximos e pontos de pedido de forma individualizada.

Por ser um sistema integrado, a lista de produtos prescritos é impressa ou recebida eletronicamente na farmácia. Depois de aprovadas pelo farmacêutico, as prescrições são dispensadas para os pacientes através de leitoras de código de barras ou registro manual, que geram também o débito automático dos produtos do estoque e atualização dos dados na conta do paciente.

Algumas ações deverão ser tomadas no sentido de viabilizar o SAC (Sistema de Apuração de Custos). No hospital A, a primeira ação foi à conscientização dos

colaboradores, o levantamento das prioridades, pois no início da implantação (como de qualquer uma) houve resistência, num segundo momento, treinamentos aos setores que precisavam repassar as informações, neste caso almoxarifado, TI-Sistemas e Unidades de Internação, para gerar o fluxo (figura 14), num terceiro, a construção de documentos e planilhas e num quarto, a correta utilização do software, como mecanismo de gerenciamento.

O projeto, portanto, muda o foco, a reestruturação se inicia no Operacional, o planejamento ficará a segundo estágio, quando as atividades estiverem de acordo e as informações coerentes, remodelando os setores de apoio (Plano de Ação: anexo 1), de início os da Cadeia de Suprimentos, para posteriormente focalizar em setores de Limpeza, Hotelaria, Lavanderia e outros.

O projeto de ação no Hospital A atua com o FOCUS EM PDCA<sup>2</sup>, agindo conforme necessidades, alinhando prioridades conforme figura 16, tomando como base o setor de Logística da Fundação Amaral Carvalho (a mais antiga entidade filantrópica<sup>3</sup> de assistência à saúde e de promoção do bem-estar do Brasil).



Figura 16: Atuação na Cadeia de Suprimentos

Fonte: Adaptado Autor (2010) apud Piragino (2009)

Todas estas atividades devem, igualmente, ser pensadas e executadas com o menor número de recursos e custos (eficientes) de forma a produzirem os melhores

<sup>2</sup> O Ciclo PDCA (em inglês Plan, Do, Check e Action) é uma ferramenta gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização, sendo composto das seguintes etapas: Planejamento, Execução, Verificar/Checkar e Agir Corretivamente.

<sup>3</sup> Hospital Filantrópico presta serviços para a população carente, por intermédio Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a legislação em vigor. a Organização mantém formalmente nove Entidades diferentes, dedicadas ao trabalho de assistência à saúde, assistência social, ensino e pesquisa, ação cultural e gestão do conhecimento, entre elas o Hospital Amaral Carvalho. Além de coordenar, a maior rede voluntária de prevenção ao câncer do país.

resultados (eficácia), afinal o Hospital não quer mais um custo, portanto a efetividade se faz a chave do processo. Inicia-se a gestão por processos, através do escopo:

#### Missão do processo

- Propósito, função e/ou incumbências do processo.

#### Onde o processo começa

- Qual é o limitador do processo, limites de sua abrangência.

#### O que ele contém

- Quais as atividades principais desenvolvidas pelo processo.

#### Onde termina o seu processo

- O que determina o final do seu processo, limites de sua abrangência.

#### O que ele não contém

- Atividades fora de seus limites de abrangência, mesmo sendo relacionadas e/ou compatíveis com o processo.

#### Quais são os objetivos do processo

- Alvo ou fim que se quer atingir com a missão do processo
  1. Níveis de qualidade de serviço
  2. Índices de satisfação de Clientes
  3. Atendendo as necessidades do negócio
  4. Competitividade e Custos

#### Quais os fatores críticos de sucesso (F.C. S)

#### Áreas onde o negócio não pode falhar

- Atividades dentro do processo que têm que dar certo ou todo processo falha.

#### Pontos chaves do processo

- São os pontos do processo que asseguram o sucesso dos F.C.S.

#### Quais são os suportes críticos ao processo

- Todas as atividades de suporte ao processo (inspeção, informática, limpeza, outros processos secundários, etc).

O Hospital passa então da Urgência para a previsão do futuro. Re-allocando profissionais, transformando sua visão.

Passam a trabalhar com causas, meios e ações, gera vantagem competitiva através das divergências de opiniões, começa a sair da acomodação para a adaptação. Gera a crise, se reinventa, cria seu futuro.

O mesmo procurou ser feito com o Hospital B mas a falta de “braços” fez com que o projeto tomasse um rumo ainda mais diferenciado para se chegar a Informação, é o que veremos no próximo capítulo Proposta e Resultados Preliminares.

#### 4. RESULTADOS PRELIMINARES

Ao tirar o hospital da zona de estabilidade, de equilíbrio e voltando sua gestão para a ação, passamos a trabalhar com o conhecimento, que conforme Dean Hubbard apud LEE (2009), existe três níveis do mesmo:

1. A simplicidade nascida da ignorância, como quando alguém diz que alguma coisa é fácil, mas não tem a mínima idéia do assunto em questão;
2. A complexidade resultante do entendimento, quando alguém percebe que o assunto é muito mais complexo do que parecia inicialmente;
3. A simplicidade gerada pelo profundo conhecimento. Poucos alcançam esse nível elevado.

É hora de entender a organização, de conhecer ou passar a vez para quem conhece, pois a falta de conhecimento leva os administradores há não perceberem que possuem estoques elevados, sem controle, sem qualidade, estando passíveis de funcionários corruptos que recebem propinas de fornecedores. Seus líderes não percebem, ou fazem de conta que não percebem, quais os verdadeiros problemas da instituição.

Com um devido cronograma e apresentação de resultados, conhecimento para verificar se os dados estão de acordo, ordenando as ações, os mesmos criam o que se chama de processo administrativo, já que possuem plena consciência que atualmente o ambiente seguro que era visualizado antigamente passou a ser um ambiente cada vez mais instável e complexo, em uma civilização em contínua e acelerada mudança que os obriga a se modernizarem e se organizarem para que os objetivos planejados sejam alcançados, através de atividades adequadamente agrupadas e com autoridade convenientemente distribuída, junto a um sistema de informação (comunicação) estruturado, conforme figura 17.

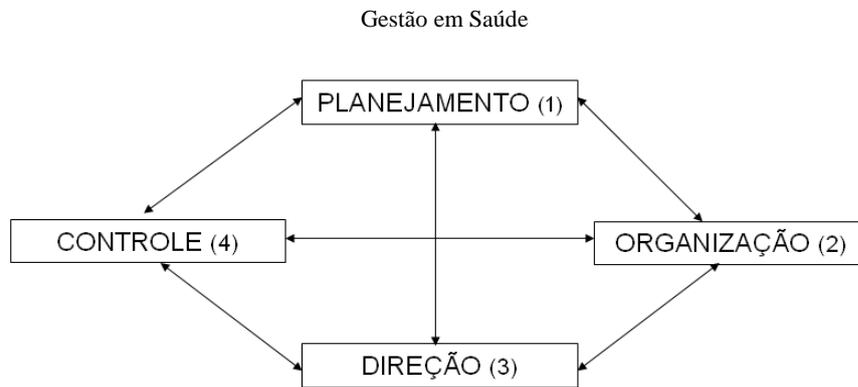


Figura 17: Processo Administrativo

Fonte: Adaptado pelo Autor (2010)

O processo administrativo se compõe de:

- Planejamento: que significa visualizar o futuro e traçar um programa de ação;
- Organização: que constitui o organismo social e material da empresa;
- Direção: significa conduzir e orientar o pessoal;
- Controle: significa verificar se o que foi planejado e organizado foi executado (feedback).

#### 4.1. MODELO PROPOSTO

##### 1. Identificar a configuração estrutural do Hospital B.

Conforme Moura (2008), na perspectiva de uma abordagem contingencial, o ambiente tem um efeito significativo sobre a escolha das estruturas. Contudo, como não parece ser essa a abordagem empresarial mais freqüente, importa verificar a variabilidade das configurações estruturais face à tendência centralização/descentralização e os níveis de comportamento segundo a situação do meio envolvente numa perspectiva contingencial.

Assim a pesquisa procurou responder questões junto a direção, aos responsáveis pelos departamentos e aos trabalhadores do hospital do tipo: existe formalidade dentro da instituição ao apresentar-se ao “chefe”? Os responsáveis por áreas de maior importância são profissionais capacitados ou pessoas de confiança do “presidente/administrador”? Há centralização de poder? Há hierarquias devidamente definidas?

Através das respostas chega-se a conclusão que o Hospital B se encontra numa estrutura simples, que corresponde a um ambiente simples e dinâmico, centralizador, com pouca formalidade e orgânico, mesmo sendo uma empresa com aproximadamente 200 funcionários.

## 2. Identificar os processos<sup>4</sup> (Cadeia de Suprimentos e Sistema ERP)

Análise do processo para se desenhar uma ação a ser tomada.

	Áreas	Pontos Abordados
1	<b>Gestão de Estoque</b>	<p>Hoje, a gestão de estoque é gerenciada por 1 (uma) chefia que responde pelo Almoxarifado, Farmácia e Compras (envolvendo a Fundação Bela Lopes).</p> <p>Os departamentos possuem durante o período diurno a quantidade de 3 (três) colaboradores, sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 auxiliares que respondem a Farmácia e Almoxarifado;</li> </ul> <p>No período noturno existe 1 (um) colaborador que fica responsável pelas movimentações.</p> <p>A chefia tem como funções principais e responsabilidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrada de Notas Fiscais (alimentar estoques);</li> <li>2. Compras;</li> <li>3. Prezar pelo funcionamento dos Departamentos;</li> <li>4. Resolver “pepinos” de dispensação;</li> <li>5. Organização e Abastecimento dos departamentos de sua responsabilidade (interno) e dos excedentes (externos).</li> </ol> <p>PS1: As atividades se misturam por ser uma única chefia para todos os departamentos (Almoxarifado, Farmácia e Compras), além de responder pelos materiais médico hospitalares e medicamentos que compõem os estoques das unidades de internação, CTI e Emergência (não existe separação dos mesmos);</p> <p>PS2: As gestões de estoques de produtos de Nutrição e de Limpeza ficam sob responsabilidade de outras pessoas, salvo as compras dos produtos.</p>
2	<b>Compras</b>	<p>As atividades são controladas por uma pessoa, a mesma que faz a administração da gestão de estoque. Possui uma assistente que efetua as entradas de NF, de forma não coordenadas (tendo um prazo de uma semana para enviar ao financeiro antes do vencimento) e o sistema não é on-line.</p> <p>Ao efetuar a compra não é possível verificar quando o produto chega ao hospital, pois, o que chegou é exatamente a transcrição do que vem em NF para o sistema e gera-se assim a Ordem de Compra. As entradas de NF acabam acumulando e tornando impossível a verificação do sistema.</p> <p>Observando verificamos que não existe uma cotação em si, existe sim um</p>

<sup>4</sup> Foi escolhido apenas um dos processos: Cadeia de Suprimentos para que a pesquisa não se tornasse extensa, no entanto, diferentemente do Hospital A, todos os processos do Hospital B estão passando por reformulação devido a sua estrutura simples.

	Áreas	Pontos Abordados
		<p>apanhado de pacotes já fechados, no entanto, segundo a Sra. Nalva o processo de compras segue os trâmites de 3 ou mais cotações, informação esta que se torna mal interpretada quando a mesma afirma que 50% das compras que efetua quem entra em contato com a mesma é fornecedor tornando o processo de compras mais simples. Não existe um acordo pré-estabelecido em relação a chegada de materiais, os mesmos chegam a qualquer hora do dia ou da noite.</p> <p>Em relação a contratos com fornecedores o hospital possui dois, um relação as Bombas de Infusão (Haartmann) e quanto aos Aparelhos de HGT (Roche). Tem-se também um convênio com a Farmácia Cristal para o caso de "faltinhas" e prescrições médicas fora do padrão.</p> <p>O processo de Perdas é controlado pela Sra. Nalva, quando há a verificação de algum item os mesmos entregam a mesma para procurar fazer a troca com o fornecedor.</p> <p>No entanto, em pré-auditoria na Farmácia não foi possível verificar este processo em funcionamento, pois, dentro do setor existia itens vencidos nas prateleiras e itens sem movimentação que questionei a Farmacêutica e a mesma ficou de conversar com a equipe médica.</p> <p><u>Exemplo Perdas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neocaína 0,5% C/V – 20 ml – vencimento 12/09</li> <li>• Leponex (Clozapina Comp - vencimento 10/09 (20 comp)</li> <li>• Melleril 10 mg Comp - vencimento 10/09 (100 comp)</li> <li>• Azul de Patente (Metileno) - vencimento 11/09 (4 amp)</li> <li>• Anti-Séptico (Cicatrizante Secativo) Pó Cutisanol 150mg - vencimento 11/09 (1 frasco)</li> </ul> <p><u>Exemplo Itens Sem Uso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Genuxal 200mg (Ciclofosfamida) – 30 frascos</li> <li>• Cefazima 1g (Ceftazidima Sódica) – 50 frascos</li> </ul> <p>Outro processo controlado pela Sra. Nalva é em relação a NF's que chegam não conformes, segundo a mesma ela orienta os funcionários a não liberarem o canhoto para o Fornecedor/Transportadora, no entanto, em alguns casos, no qual foi verificado in loco, acontece de não saberem como agir o que torna o processo falho.</p> <p>Este processo é efetuado tanto para o Hospital Rio Laranjeiras como para a Fundação Bela Lopes.</p>
2	<b>Farmácia Central</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Na FC os três colaboradores e o colaborador do noturno possuem as mesmas funções, atendem mediante solicitação da enfermagem em nome do paciente, os mesmos efetuam a separação do pedido e o atendimento (que em sua maioria é via "processamento" – dando a baixa diretamente no sistema, antes da separação do pedido);</li> <li>2. A armazenagem do departamento é feita de acordo com as movimentações, os itens mais movimentados ficam mais próximos da saída e conseqüentemente dos separadores;</li> <li>3. O fracionamento de comprimidos é feito no ato da separação da prescrição (se prescrito uma unidade é feito o corte com tesoura da unidade ou destaque da embalagem quando assim é possível), os demais itens restantes na cartela são novamente armazenados em sua maioria não é possível a identificação nem mesmo dos não movimentados de prazos de validade e/ou lote, o que traz insegurança na dispensação</li> </ol>

	Áreas	Pontos Abordados
		<p>principalmente quando se trata de itens de baixo giro onde não existe certeza de prazos vencidos ou não;</p> <p>4. Os entorpecentes ficam em armário fechado, a entrega dos mesmos é controlada através de receituário médico (só entregam mediante apresentação do mesmo, quando falta algum para fechamento do mês é solicitado ao médico);</p> <p>PS 1.: Há dentro da organização uma farmacêutica, que segundo a mesma controla a compra de entorpecentes, faz um trabalho junto a equipe médica de produtos padronizados e controla o livro de registro de entorpecentes.</p> <p>PS 2.: O colaborador responsável por verificar e informar a Sra. Nalva e a Farmacêutica das "faltinhas" é o Sr. Willian (único colaborador diarista da instituição).</p>
3	<b>Almoxarifado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fazem recebimento de material, comparando Físico X Nota Fiscal;</li> <li>2. Efetuam separação de itens administrativos aos departamentos;</li> <li>3. Junto à Farmácia, existe apenas separação e recebimento, os mesmos colaboradores da FC controlam o departamento em questão, quando há material em falta na Farmácia, vão ao almoxarifado para reabastecer.</li> </ol> <p>PS 1.: No geral o Almoxarifado não possui função, pois, trabalha-se apenas para recebimento e posterior separação de alguns itens e reposição da Farmácia.</p> <p>PS 2.: Os itens de Limpeza é controlado por um estoque em separado, assim como, os de Nutrição.</p>
4	<b>Enfermagem</b>	<p>Por andar tem-se de 2 a 3 técnicos (horário 12h), o banho é efetuado por volta das 10:00h, que acaba sendo o horário de maior pico nas enfermarias.</p> <p>Todos os dias pela manhã os técnicos de enfermagem efetuam uma transcrição da prescrição médica transformando a mesma em solicitação em nome do paciente.</p> <p>As doses não são unitárias por esse motivo não é trabalhado o esquema de horários de medicação. A Farmácia faz o atendimento, separando em sacos plásticos entregando no departamento. Algumas vezes é verificado se há prescrição de algum item, em especial fralda.</p> <p>As devoluções são efetuadas via sistema, segundo os técnicos, no entanto, ao que pode ser verificado, não há devoluções contínuas e sobram materiais e medicamentos nas caselas dos pacientes.</p> <p>PS.: Existe um carrinho de parada lacrado em um dos 3 andares (3/4/5). Os itens que constam no mesmo está no estoque da Farmácia.</p>
5	<b>CTI</b>	<p>A CTI possui 18 leitos, tendo 6 técnicos (12 h), 2 enfermeiros e 1 coordenador. O médico passa visita verificando os pacientes efetuando prescrição para 24h. A enfermagem transcreve a prescrição médica transformando a mesma em solicitação em nome do paciente.</p> <p>A Farmácia faz o atendimento, separando em sacos plásticos entregando no departamento.</p> <p>Os técnicos efetuam a separação por horários e colocam nas "caselas" dos pacientes.</p> <p>As devoluções são efetuadas via sistema, no entanto, foi verificado que há acúmulo de materiais no departamento.</p>

Áreas		Pontos Abordados
		PS.: Existe dentro do departamento dois carrinhos de parada lacrados, assim como, um sub-estoque de entorpecentes também lacrado. Ambos estão no controle da Farmácia.
6	<b>Emergência</b>	Recepção envia a ficha do paciente, que passa pelo atendimento médico. Os mesmos possuem um sub-estoque no qual efetuam o lançamento do material utilizado na Folha de Débito – Emergência, via solicitação para Farmácia. O atendimento destas solicitações é efetuado duas vezes ao dia pela Farmácia. Os mesmos “processam” as solicitações e separam em caixas de papelão efetuando a entrega no departamento. É raro ter devoluções neste departamento, pois, os mesmos possuem sub-estoque e o movimentam por solicitação.  PS.: Pacientes particulares o consumo dos gastos são debitados para setor.
7	<b>Centro Cirúrgico</b>	Existe uma farmácia dentro do Centro Cirúrgico. Não existe controle pois quem controla é quem compra, quem solicita, quem efetua a baixa. Não tem computador no local. Existe dentro do departamento uma caixa de medicação (anestesista). Todo controle é através da Folha de Gasto, Ficha de Anestesia e do Resumo do Ato Cirúrgico. Não é possível verificar se as informações são de acordo, pois, não existe confirmação de saída da Farmácia.
8	<b>Nutrição/ Cozinha</b>	A nutricionista passa visita duas vezes ao dia (Kátia e Juliana) verificando os pacientes efetuando mapa (prescrição) do tipo de alimentação que os mesmos estão tomando para 12h/12h. Este mapa vai para cozinha onde é feita a preparação da refeição.  Quanto à alimentação de funcionário é servida em média 120 refeições/dia, sendo que não há registro das mesmas, pode-se repetir e há Café da Manhã, Almoço e Ceia (às 18h é servido um lanche para funcionários que ficam + de 12h).
9	<b>Limpeza</b>	Controlado por uma pessoa específica que faz as dispensações para os colaboradores da limpeza.
10	<b>Gesso</b>	Não existe apontamento, o controle é efetuado por Tabelas. A solicitação de materiais é feito para Farmácia/Almoxarifado.
11	<b>Raio X Tomografia</b>	Não existe apontamento, o controle é efetuado por Tabelas. A solicitação de materiais é feito para Farmácia/Almoxarifado.
12	<b>CME</b>	Não controlam materiais dispensados, apenas fazem o processo de uma central de material que é a desinfecção e esterelização de produtos.
13	<b>Faturamento (Emergência/ Ambulatório)</b>	Emergência: Ficha e Guia do Paciente + Ficha Terapêutica e Enfermagem (que nada mais é que uma cópia da enfermagem do que o médico prescreveu na ficha do paciente). Observando, não existe apontamentos de seringas utilizadas, agulhas, diluentes, etc, apenas medicação.  Os demais é pela prescrição de Exames, Raio X/Tomo, Ortopedia (+ taxa de sala).

Áreas		Pontos Abordados
1 4	<b>Faturamento</b> (Enfermaria/ Centro Cirúrgico/ UTI)	A maior dificuldade é não confiar no que está apontado, em especial Centro Cirúrgico, principalmente fios (que são caros) e os apontamentos são escassos.
1 5	<b>CPD</b>	<p>O Sistema não é complexo e se torna simples não possuindo travas que possibilitem uma melhor gestão.</p> <p>O mesmo entende o departamento de compras como o gerenciador de estoque. Quem aprova as compras é o próprio comprador.</p> <p>Os relatórios são em sua maioria sem uma formatação básica do qual se dê para entender.</p> <p>Pode-se entrar qualquer valor em divergências de NFXOC.</p> <p>O cadastro de prescrições não são por horários, tem-se 2x ao dia e etc, o que torna o processo passível de erros.</p> <p>O aprazamento não aparece na Farmácia, sendo uma atividade impossível se houver interesse de doses unitárias.</p> <p>Outros aspectos estão sendo observados e discutidos, algumas alterações já foram efetuadas no próprio dia 06.01.10, como: Entrada e Saída de Empréstimo. Dúvidas em relação a Ressuprimento foram tiradas, assim como cadastros e componentes de prescrição.</p>

## ESTRUTURA

Ao analisarmos os locais de estoque verificamos a necessidade de uma ação administrativa estratégica e operacional, contemplando uma totalidade.

A área pode ser observada mediante figura 18.

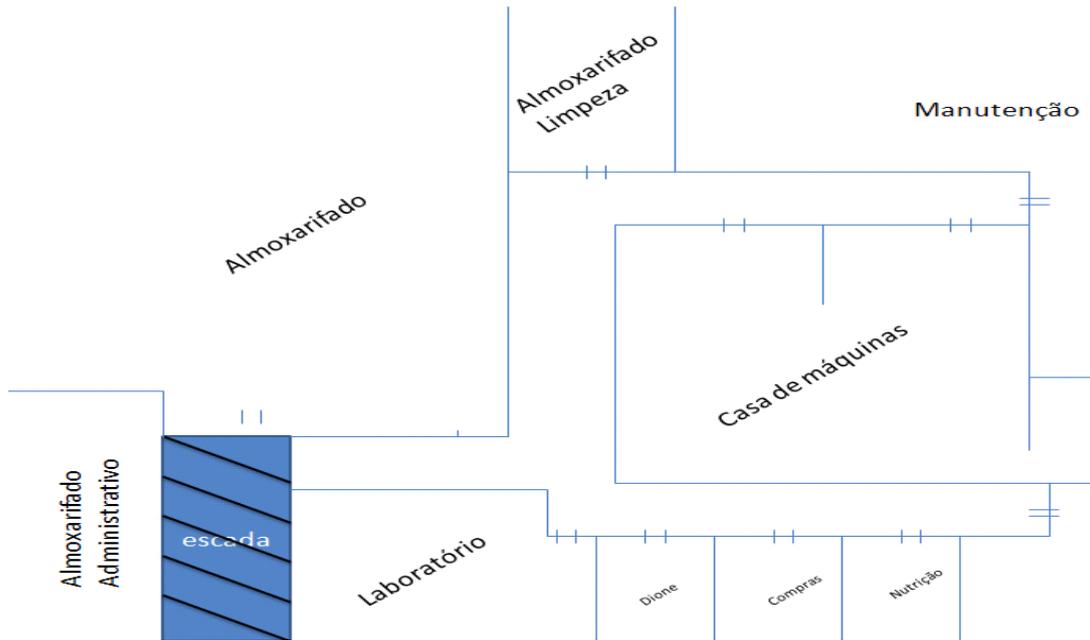


Figura 18: Locais de Estoque Hospital B  
Fonte: Autor (2010)

O Almoxarifado possui uma estrutura física escassa, como é possível observar já na figura 19, de entrada ao departamento.

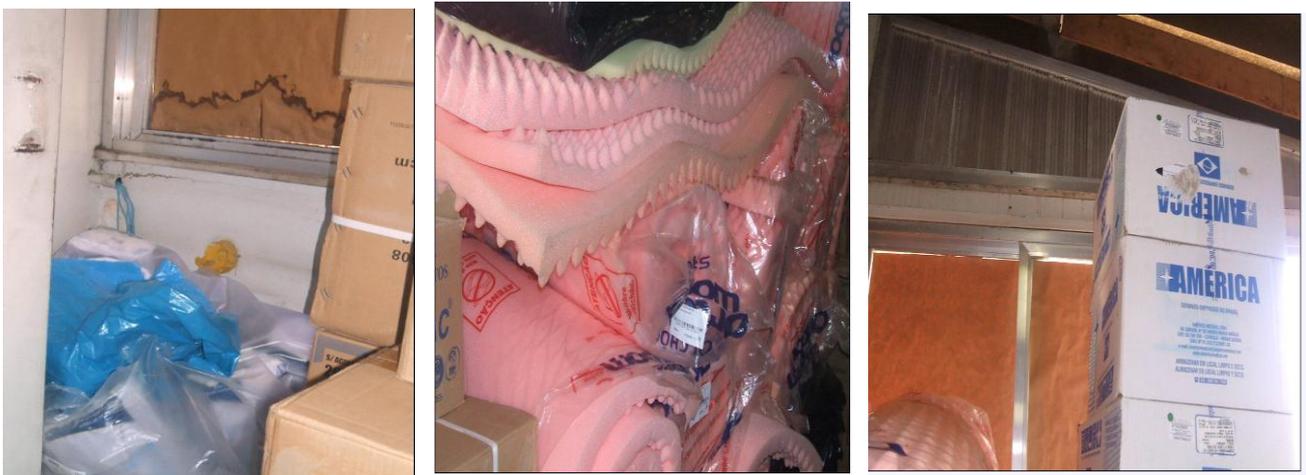


Figura 19 – Entrada Almoxarifado Central  
Fonte: Autor (2010)

O mesmo armazena materiais médico-hospitalares e medicamentos, os pontos de estocagem aparentam não possuir uma administração, nem seguir uma política de controle como é possível observar na figura 20.



Figura 20 – Visão Geral Almoxarifado Central  
Fonte: Autor (2010)

A farmácia hospitalar deve seguir as normas das autoridades competentes. A resolução RDC n. 50 de 21/02/2002 é um instrumento normativo que consolida num regulamento técnico diversas normas voltadas para orientar o planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

O que verificamos nas instalações foi à falta de uma rotina específica, de um controle, de instalações adequadas, de equipamentos, conforme é possível verificar nas figuras 21.



Figura 21 – Visão Geral Farmácia  
Fonte: Autor (2010)

Assim como o almoxarifado e a Farmácia o estoque da Nutrição sofre com a estrutura conforme podemos verificar na figura 22.



Figura 22 – Visão Geral Nutrição  
Fonte: Autor (2010)

**PROCESSOS**

Podemos observar no Hospital B uma necessidade de consensualização, o que nos mostra a figura 23 é uma idéia de impossibilidade, processos contraditórios, transformando tudo em mais simples e menos explicativo, o que faz com que não haja necessidade de criação de objetivos, nem trabalhos de fronteira entre os departamentos.

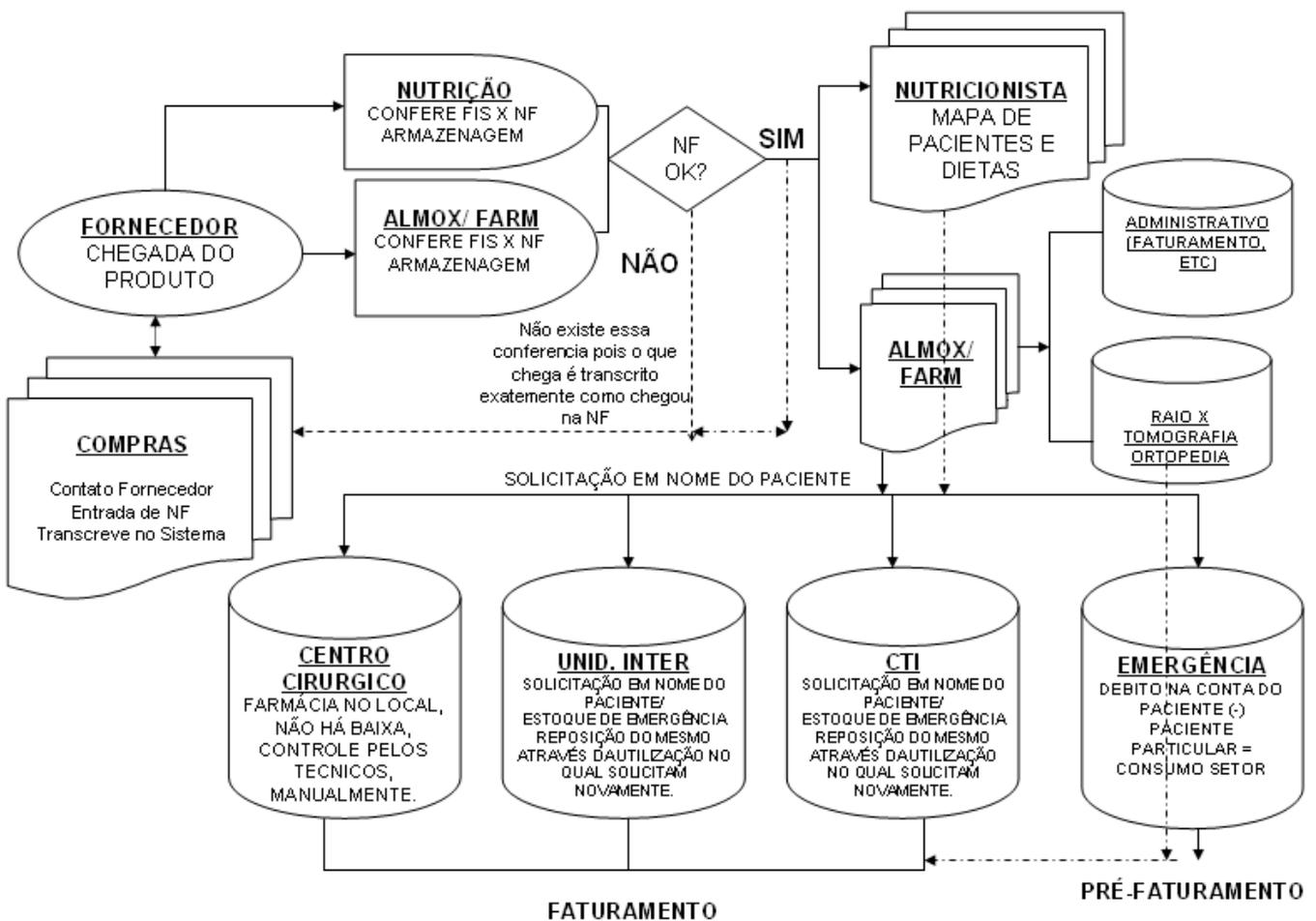


Figura 23: Fluxo Atual Cadeia de Suprimentos Hospital B  
 Fonte: Autor (2010)

A aquisição de produtos atualmente não segue um fluxo condizente, conforme especificado acima o departamento se mistura ao almoxarifado, farmácia e outras funções tornando o processo operacional cheio de falhas operacionais.

O Sistema ERP ASA dá opções para melhoria, no entanto, o mesmo não trava a operação, conforme podemos observar na figura 24.

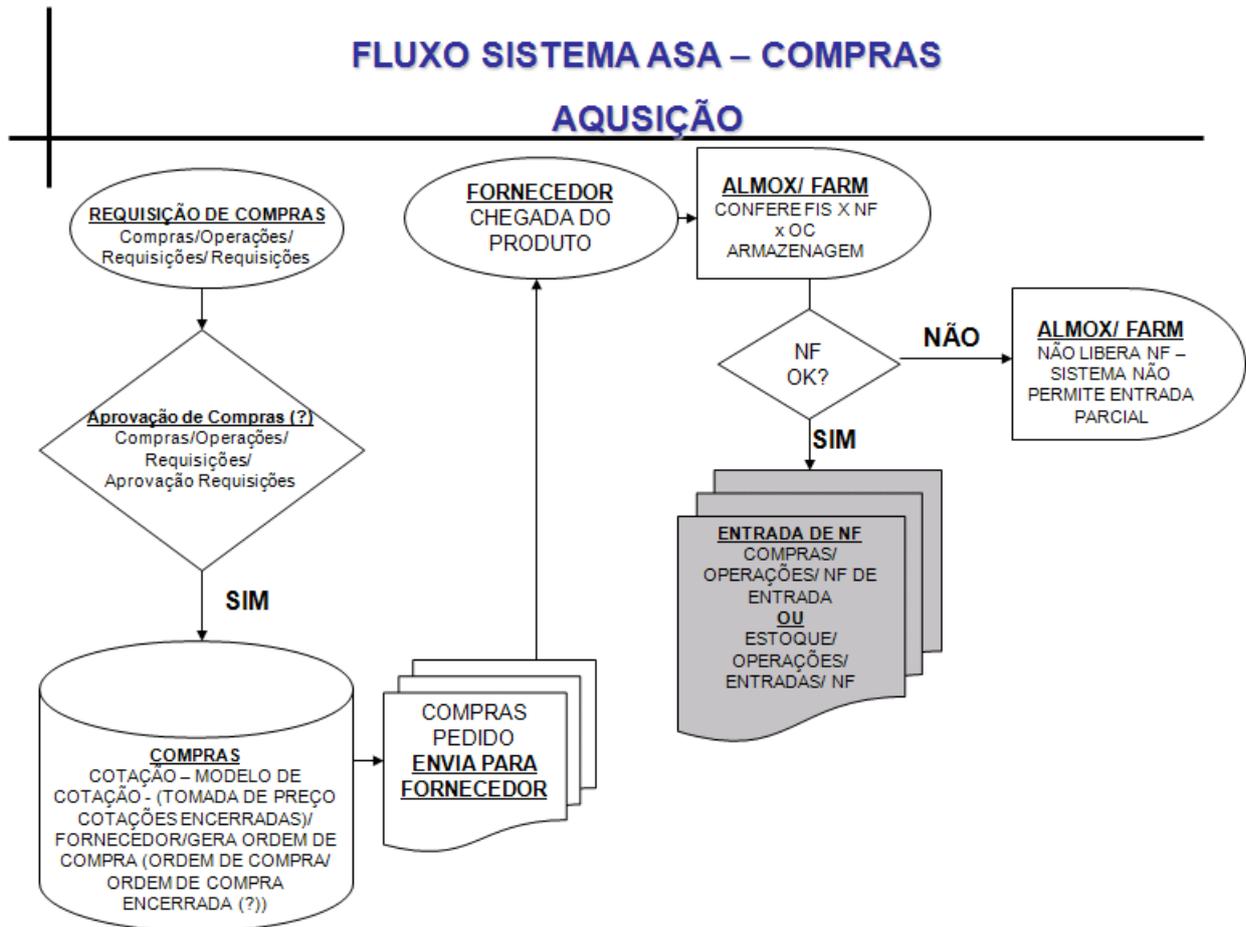


Figura 24: Fluxo de Aquisição de Produtos Proposto pelo Sistema ASA  
Fonte: Autor (2010)

A reposição de materiais é efetuada conforme figura 22. A Emergência possui um sub-estoque, no entanto, o controle está para a Farmácia, pois, a mesma movimenta o mesmo mediante solicitação na conta do paciente (quem atende é Farmácia) repondo o sub-estoque da mesma. Da mesma maneira ocorre com CTI (carrinhos de parada, entorpecentes) e Enfermarias (carrinho de parada).

Quanto às prescrições médicas, atualmente o sistema funciona de forma restrita. O médico passa visita, imprime uma prescrição (já pronta – via outro sistema), no qual posteriormente os técnicos transcrevem para Farmácia.

A prescrição não cai na Farmácia, o que cai é uma solicitação com todos os itens para 24 horas. A Farmácia separa a mesma e faz a entrega. A dose unitária é

preparada pela enfermagem. Esse processo se perde pela falta de controle, pois a transcrição da prescrição (solicitação) é feita pela técnicos em enfermagem.

O Centro Cirúrgico tem uma Farmácia dentro do local, onde o controle é efetuado de forma desorganizada. A reposição é feita no “olho” quando o enfermeiro faz as contagens, existem muitas solicitações avulsas.

As devoluções não têm regras, tendo uma opção no sistema de genérica (que a enfermagem se utiliza quando esquece de fazer devolução no nome do paciente).

As perdas, as saídas e entradas de empréstimos não são controladas corretamente. Os processos são manuais. Não existe uma política de cadastro de novos produtos, nem de itens de prescrição.

### **3. Análise da Causa Raíz**

Se um processo é muito complexo ou tem um grande número de fatores que o influencia, há sempre uma maior oportunidade de que o mesmo apresente falhas. Nestas situações, para que seja possível resolver os problemas de forma definitiva, torna-se essencial identificar as causas que mais contribuem para os referidos problemas. Estas causas são conhecidas como causas raiz, ou seja, a origem das não conformidades, falhas ou problemas, após a identificação dos processos é necessário esmiuçá-los para analisar as causas concretas dos problemas, conforme figura 25 e 26.

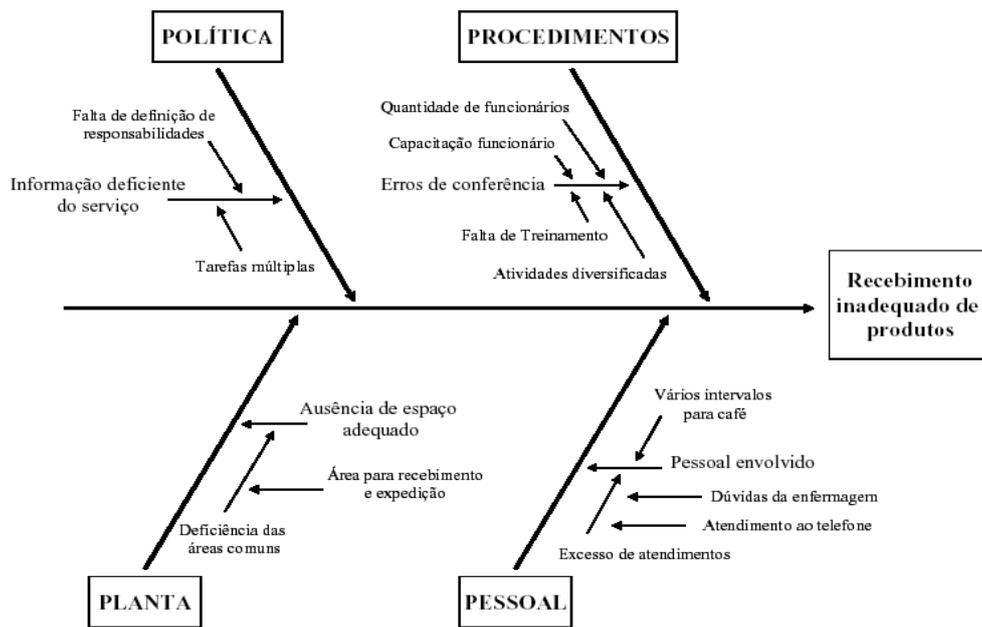


Figura 25: Recebimento de Produtos  
 Fonte: Adaptado Autor (2010)

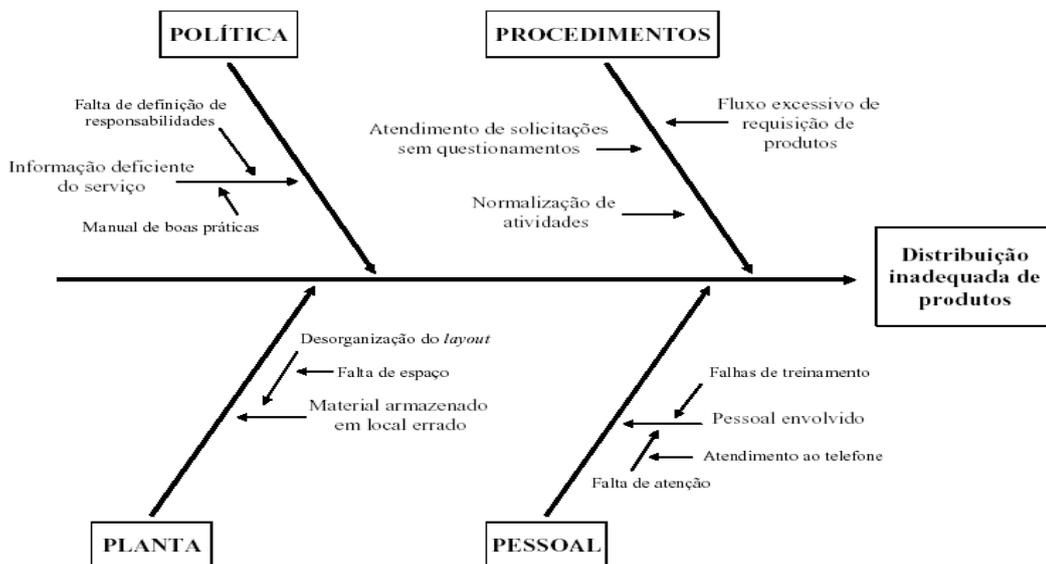


Figura 26: Distribuição de Produtos  
 Fonte: Adaptado Autor (2010)

Na análise de causa raiz, se gasta um tempo extra na investigação das causas de não conformidades. Porém, ao se atuar na causa raiz do problema, se ganha tempo e dinheiro em longo prazo, uma vez que se monitora as causas dos problemas encontrados no processo e são realizadas as ações preventivas.

#### **4. Planejamento das Ações**

A análise dada no exemplo foi a partir de dois exemplos de processos o de Recebimento de Produtos e o de Distribuição dos mesmos.

No entanto, o planejamento se deu através da escolha de pessoas chaves que colocariam o planejamento em ação. Houve a necessidade de primeiro rever a estrutura simples, transformando os processos de Almoxarifado e Farmácia em independentes, ou seja, para o Almoxarifado nomeou-se uma pessoa responsável e a Farmacêutica passou a responder pelo mesmo apenas tecnicamente, focando suas atividades no departamento de Farmácia.

O processo de recebimento de produtos necessitou da equipe do sistema ERP ASA para que pudesse ser formado o planejamento, tendo como requisitos aos mesmos, melhorias como:

- 1) Retirar a aprovação de requisição de compra do processo do sistema;
- 2) Criar aprovação de ordem de compra no sistema e;
- 3) Criar um bloqueio de entrada de nota fiscal correlacionada a ordem de compra caso o valor na nota se diferencie ao da ordem, tendo um limite percentual para essa diferença.

Com essas solicitações o fluxo sugerido ao novo processo está demonstrado na figura 27.

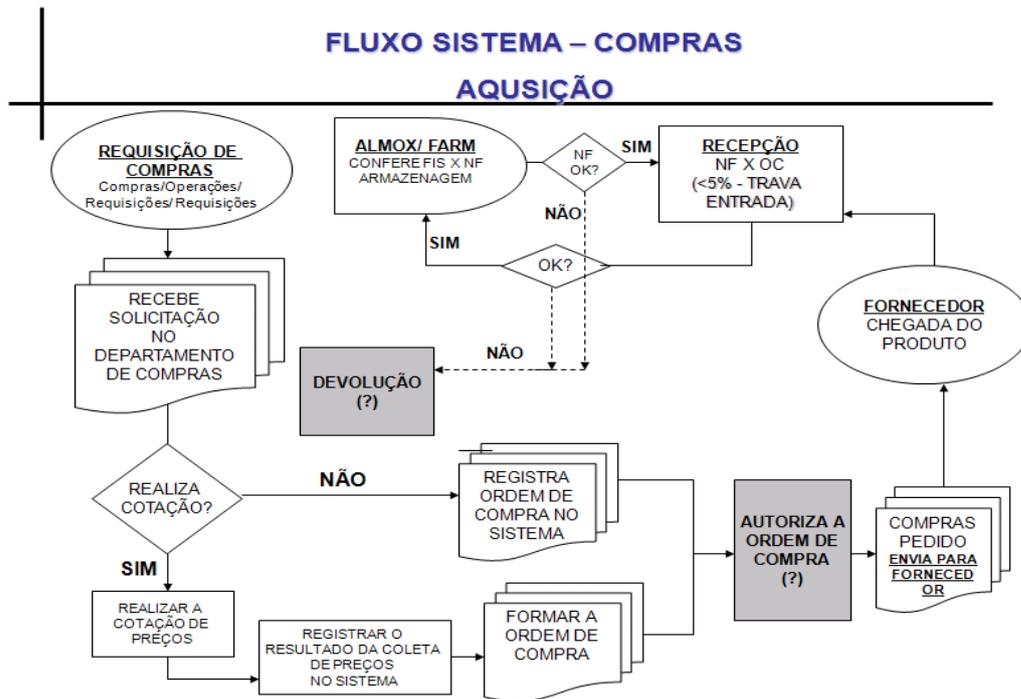


Figura 27: Novo Fluxo Sistema ASA  
 Fonte: Autor (2010)

Já para o processo de distribuição, o que propomos é mudança de cultura, implantando cotas<sup>5</sup> e criando sub-estoques para os departamentos (Emergência CTI e Enfermarias), deixando o processo conforme figura 28.

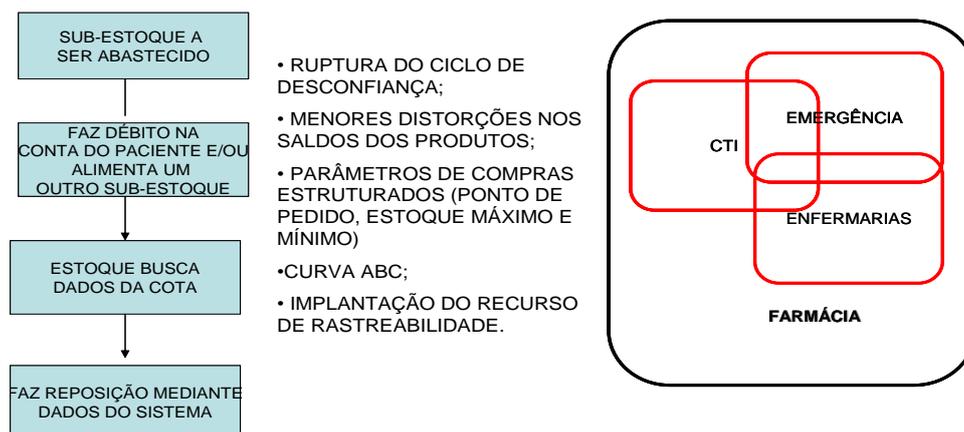


Figura 28: Reposição por Cota – Sub-Estoques  
 Fonte: Dias (2009)

<sup>5</sup> As cotas correspondem ao agrupamento de produtos cadastrados para um determinado setor ou estoque, para fins de consumo dos mesmos. O usuário deverá definir a quantidade do produto, o tempo para reposição do mesmo e o setor para o qual está sendo estabelecida a cota.

Esse processo tem como função delegar responsabilidades a todos os colaboradores envolvidos na cadeia de suprimentos, mostrando aos mesmos a integração que deve haver entre farmácia e enfermarias.

O Sistema ASA nos possibilita trabalhar com cotas através do que chamam de Ressuprimento, onde se pode cadastrar o estoque ideal que cada estoque deve ter para cada item, no entanto, não possui travas quanto a dispensação o que será conversado posteriormente com os responsáveis. Essa opção elimina gastos de impressão na Farmácia.

Para que o fluxo siga um curso adequado é necessária à implantação da Prescrição Médica que atualmente não funciona na Instituição.

O sistema permite utilizar a prescrição no sistema ASA, no entanto, verificando o mesmo não permitiria a separação por dose unitária, pois, o que o mesmo gera de solicitação não aparece para aprazamento. Nas prescrições foi observada a falta de horários fixados, tendo 2x ao dia etc, para que a farmácia possa trabalhar de maneira correta, precisaríamos de horários pré-fixados, exemplo, 4 em 4 horas, 6 em 6 horas, com intervalos de 2 horas para a separação das solicitações.

## **5. Resultados Preliminares**

Para a execução do proposto separou-se o projeto em fases, como demonstrado na figura 29.

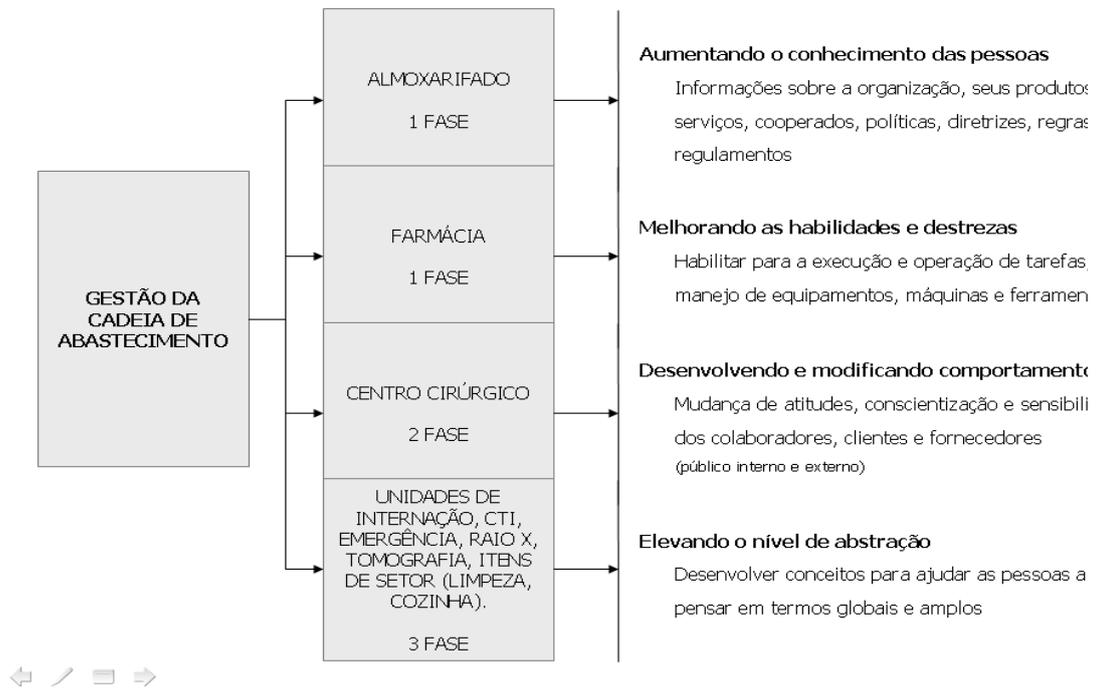


Figura 29: Fases do Projeto  
Fonte: Autor (2010)

Com as fases, definem os objetivos, os indicadores, as ações estratégicas e metas (anexo 2). Em paralelo monta-se um plano de ação para ajustar o Sistema ASA, fazendo uma revisão minuciosa nos cadastros de produtos, conforme figura 30.

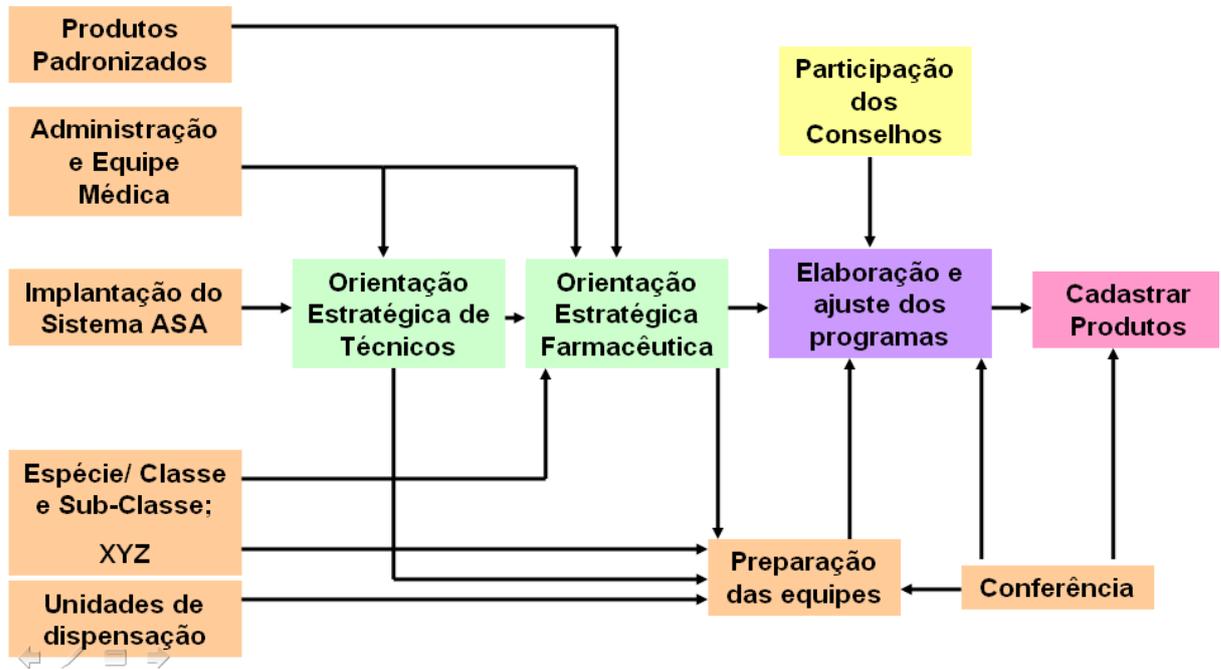


Figura 30: Revisão Cadastros de Produtos (Sistema)  
 Fonte: Autor (2010)

No decorrer, pretende-se alcançar os processos de ressurgimento onde teremos o levantamento das cotas e seu cadastro no sistema informatizado (Figura 31).



Figura 31: Cotas (Sistema)  
 Fonte: Autor (2010)

Com os cadastros, as cotas devidamente ajustadas no sistema propõem-se um inventário para que se inicie a atividade de modo coordenado (Figura 32), ao passo em que cada fase seja implantada.



Figura 32: Inventário (Lógico X Sistema)  
 Fonte: Autor (2010)

Com o inventário é possível a realização de auditorias (figura 33) em cada processo modificado.



Figura 33: Auditoria  
 Fonte: Autor (2010)

## 5. CONCLUSÃO

Pelo perfil dos Hospitais pesquisados reconhecemos que muitos processos operacionais eram danosos às instituições e proporcionava maior sangramento ao caixa destes hospitais, as mudanças vivenciadas por estas organizações, dependendo da forma escolhida para divulgação e implantação das mudanças, bem como de seus efeitos práticos na rotina diária da equipe, poderiam se dar de modo mais ou menos áspero.

O poder, termo que vem ganhando um estranho viés de perversidade ao longo dos anos, é o principal fator. A falta de organogramas, de atividades pré-definidas e do domínio da urgência, faz com que as mudanças demorem a aparecer e não se veja resultados na prática de controles.

Foi possível observar ao longo da pesquisa que não é necessário para os hospitais A e B contratar uma empresa de consultoria para alterar processos, se não existir uma nova política, um novo pensamento, quebrando os paradigmas atuais, em especial “o poder”, que segundo Robbins (2004) “quem o detêm [o poder] tenta negar isso, os que o desejam tentam não demonstrar e aqueles que o conseguem não gostam de falar sobre como conseguiram”.

Na figura 13 (Organograma Hospital B) é possível olhar de forma clara o poder existente na atual administração em questão de sua estrutura. Temos portanto poder através de pessoas, não processos, “amigos”, não profissionais, exemplo, tudo tem que se passar pelo presidente do hospital, ele é quem toma todas as decisões apoiado no que suas fontes de informação, informais lhe ditam, e se esquece que “o processo de tomada de decisão sugere a perspectiva da escolha e estas escolhas se ajustam entre oportunidades (externas e objetivas) e desejos (internos e subjetivos), isto é, o que as pessoas podem fazer e o que elas querem fazer”.

Foi analisando a sistemática de trabalho, que foi possível causar o desconforto aos “Presidentes” destes hospitais fazendo-os perceberem que a Cadeia de Suprimentos (Almoxarifado, Farmácias e Sub-Estoques), é atualmente local sem praticamente nenhum controle de dispensação de medicamentos, material médico-hospitalar, de higiene e limpeza, descartáveis, impressos e outros, que ficava à disposição de qualquer profissional que ali atuavam, e até mesmo de médicos ou membros do corpo de enfermagem. Não há, nestes locais, preocupação com registros de retiradas, prescrições médicas com acurácia de detalhes, isenção completa de

controle de estoque, incluindo-se aí as reposições de cotas sem justificativas ou identificações de uso. Além disto, os materiais médicos de uso nos pacientes ficam dentro de armários e ou caixas plásticas nos postos de enfermagem, com dispensações 24 horas sem controle à disposição de qualquer profissional que ali atua não havendo critério de registro de uso, pois a cultura geral de todos ao longo do tempo que independentemente do que se usa é: - “Os convênios pagam pelo pacote e o faturamento é quem dá seu jeito”, inchando contas “, isto é, usa-se o que for, a mais ou a menos, recebe-se o mesmo. Então, não vale a pena o controle”.

Em suma, a cultura predominante detectada aponta para que os Quadros estão ainda muito virados para o interior das empresas e que predomina um organicismo típico da estrutura simples, mas que com processos condizentes, auditorias, fontes de informações corretas, esta empresa pode em longo prazo passar para a burocracia profissional, não tendendo a desaparecer do mercado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANSOFF, H. I. *Estratégia empresarial*. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.
- BARBIERE, J. C; MACHLINE C. **Logística Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BERTERO, C. O. **Rumos da estratégia empresarial**. *RAE Light*, São Paulo: FGV, v. 2, n. 2, p. 20-25, 1995.
- BITTAR, OJNV. **Produtividade em Hospitais**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.
- BORNIA, Antonio Cezar. **Ingenieria de costos**, 1997. Apostila da disciplina de custos industriais. PPGEP/UFSC. Florianópolis, 1997.
- BRITO, Aline Graciele Cardoso de. **Gestão Estratégica da Informação nas Pequenas Empresas: Um Estudo Comparativo com as Médias e Grandes Empresas do Setor de Serviços (Hotelaria)**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2008.
- CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. **Gestão Hospitalar – um desafio para o Hospital Brasileiro**. Éditions École Nationale de la Santé Publique. Versão Brasileira, 1995.
- CARVALHO, J, C.; RAMOS, T. **Logística na Saúde**. 1 ed. Lisboa: Silabo, 2009.
- CAVALLINI, M.E.; BISSON, M.P. **Farmácia Hospitalar**. Um Enfoque em Sistemas de Saúde. 1. ed. Barueri SP: Manole, 2002.
- CABRAL, A. C. A. **A evolução da estratégia: em busca de um enfoque realista**. In: XXII ENANPAD, 22º, *Anais...*, Foz do Iguaçu: ANPAD, set. 1998. 14 p.
- CAMARGOS, Marcos Antônio de; DIAS, Alexandre Teixeira. **ESTRATÉGIA, ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA E ESTRATÉGIA CORPORATIVA: UMA SÍNTESE TEÓRICA**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 10, nº 1, janeiro/março 2003.
- CHANDLER, A. **Stratégies et structures de l'entreprise**, Editions d'Organisation, 1972.
- DIAS, Damaris. **Análise do Sistema de Dispensação de Medicamentos: O Caso da Fundação Amaral Carvalho**. Monografia – Faculdade de Tecnologia em Logística e Transportes. Jaú, 2007.
- DIAS, Dalila. **A Logística nos Processos Hospitalares**. Palestra Faculdade de Tecnologia de Jaú. Departamento de Logística Fundação Amaral Carvalho, 2009.
- DUARTE, N. F. dos Santos. **Mintzberg e o Desenho Organizacional**. Departamento de Engenharia Civil. Instituto Politécnico de Coimbra, 2006.
- PIRAGINO, Eduardo Tadeu Guedes. **“Impactos da implantação de uma Central de Kits Cirúrgicos nos resultados econômicos, operacionais e de controles, do centro cirúrgico do**

**Hospital Amaral Carvalho**". Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Campinas, 2009.

FREITAS, A. B. **Traços brasileiros para uma análise organizacional**. In: MOTTA, F. C. P.;

———. **Traços brasileiros para uma análise organizacional**. In: MOTTA, F. C. P. (Org.). *Cultura organizacional e cultura brasileira*. São Paulo: Atlas, 1997.

FREITAS, M. E. de. *Cultura organizacional: formação, tipologias e impactos*. São Paulo: Makron Books, 1991.

GODET, Michel. **Manual de Prospectiva Estratégica**, Lisboa, Publicações D. Quixote, 1993.

LODI, J. B. **Estratégia de negócios: planejamento a longo prazo**. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro: FGV, v. 9, n. 1, p. 5- 32, mar. 1969.

MEIRELLES, A. M. **O planejamento estratégico no Banco Central do Brasil e a viabilidade estratégica em uma unidade descentralizada da autarquia: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Administração) – CEPEAD/FACE/UFMG, Belo Horizonte: UFMG, 1995. 229 p.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. *The StrategyProcess: Concepts, Contexts and Cases*. 2. ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall International, Inc. 1991.

MINTZBERG, H.; LAMPEL J.; AHLSTRAND, B. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOURA, Rui. **ESTRATÉGIA, ESTRUTURA E CULTURA: Uma Trilogia de Gestão em 20 Empresas Portuguesas. III Congresso Português de Sociologia**. file:///E:/b/b205.htm (1 of 10) [17-10-2008 16:42:05].

PORTER, M. E. *Competição: estratégias competitivas essenciais*. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

THOMPSON JR., A.; STRICKLAND III, A. *Planejamento estratégico: elaboração, implementação e execução*. São Paulo: Pioneira, 2000.