

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EXECUTIVO

**ARQUITETURA ORGANIZACIONAL – UMA
PROPOSTA PARA O HOSPITAL GERAL DE
IPANEMA**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO
PÚBLICA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

MARIA ELISA BASTOS MACIEIRA

Rio de Janeiro - 2001

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EXECUTIVO**

**ARQUITETURA ORGANIZACIONAL – UMA
PROPOSTA PARA O HOSPITAL GERAL DE
IPANEMA**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA À ESCOLA BRASILEIRA DE
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE**

MARIA ELISA BASTOS MACIEIRA

Rio de Janeiro - 2001

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA

CURSO DE MESTRADO EXECUTIVO

ARQUITETURA ORGANIZACIONAL – UMA PROPOSTA PARA O HOSPITAL
GERAL DE IPANEMA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO E APRESENTADA POR:

MARIA ELISA BASTOS MACIEIRA

E APROVADO EM 28 / 03 / 2001.



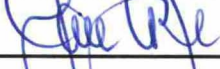
PAULO REIS VIEIRA

PhD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA

PhD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA



DARC ANTONIO DA LUZ COSTA

D.Sc. EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

ESCOLA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CENTRO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA E PESQUISA

CURSO DE MESTRADO EXECUTIVO

**ARQUITETURA ORGANIZACIONAL – UMA PROPOSTA PARA O HOSPITAL
GERAL DE IPANEMA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO E APRESENTADA POR:

MARIA ELISA BASTOS MACIEIRA

E APROVADO EM ____ / ____ / ____.

PAULO REIS VIEIRA

PhD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

PAULO ROBERTO DE MENDONÇA MOTTA

PhD EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

DARC ANTONIO DA LUZ COSTA

D.Sc. EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO

**“Um administrador é o melhor
Quando as pessoas não notam que ele existe
Não é muito bom quando as pessoas obedecem e aclamam
É péssimo quando as pessoas o desprezam
Deixa de respeitar as pessoas e elas não o respeitam
Mas de um administrador, que fala pouco,
Quando seu trabalho está terminado, seu objetivo foi atingido
Todas as pessoas dirão: ‘nós fizemos isso sozinhos’.”**

LAO TZU (600 anos a.C.)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Joaquim e Maria do Carmo, que como educadores, sempre acreditaram na educação como instrumento indispensável para o desenvolvimento humano, não dispensaram esforços para viabilizar meus estudos.

Às minhas filhas, Patrícia e Priscila, motivos de orgulho e realização, pela paciência nos últimos anos, por incentivarem e se orgulharem do meu crescimento profissional

Na EBAP, uma referência especial aos Professores Paulo Reis e Paulo Motta pelos exemplos de conhecimento, clareza e oportunidade de seus textos e aulas.

Aos dirigentes do Hospital Geral de Ipanema, em especial Dra. Eliane Gonçalves, Dr. Octávio Vaz e Dr. Bismarck Heitmann que confiaram em mim e dividiram o desafio de mudar.

A todos aqueles que de certa forma me incentivaram e ajudaram com seus conhecimentos, esforços e oportunidades profissionais, em especial aos amigos Luiz Lourenço de Mello Filho, Ronaldo Foresti Werneck e Newton Fleury.

Ao Prof. Ayrton Luiz Gonçalves que, com seus comentários e sugestões sempre positivos e inteligentes, contribuiu para a conclusão deste trabalho.

Ao Mauriti Maranhão, exemplo de profissional capaz e ético, que propiciou um direcionamento seguro e objetivo às minhas idéias e, cuja convivência só tem me tornado uma pessoa melhor.

A todos, minha eterna gratidão.

RESUMO

A complexidade das organizações hospitalares, sejam públicas ou privadas, tem exigido esforços contínuos de seus dirigentes na busca de melhorias nos métodos de gestão adotados. O presente trabalho tem como objetivo realizar uma análise do atual modelo de gestão de um hospital público, no caso o **Hospital Geral de Ipanema**. Analisa as características da estrutura organizacional e o seu impacto no desenvolvimento das atividades do Hospital. Como referencial teórico são apresentados os conceitos e ferramentas da teoria das organizações, com foco em estrutura organizacional, que dão sustentação ao estudo. Finalmente, considera que o processo de desenvolvimento gerencial das organizações públicas hospitalares, em função da experiência demonstrada, deve ser analisado considerando a necessidade de melhorias contínuas na sua estrutura organizacional e nos seus métodos de gestão.

ABSTRACT

The complexity of either public or private hospital organizations has been demanding continuous efforts from their heads in the search for improvements in the adopted administration methods. The present work has as purpose to accomplish a review of the current administration model of a public hospital, in this case, the **Hospital Geral de Ipanema**. It analyzes the characteristics of the organizational structure and their impact in the development of the Hospital activities. As a theoretical reference, the concepts and tools of the theory of organizations will be presented, with focus in organizational structure, which provides support to the present study. Finally, it considers that the process of managerial development of the public hospital organizations, as a result of proven experience, should be analyzed taking into account the need of continuous improvements in its organizational structure and administration methods.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO 8

- 1.1. Apresentação 8
- 1.2. Justificativas e Objetivos 13
- 1.3. Metodologia 15

2. MODELO USUAL DE GESTÃO DE HOSPITAIS 17

- 2.1. Apresentação 17
- 2.2. Aspectos Históricos 18
- 2.3. As Funções Hospitalares 19
- 2.4. A Forma de Organização Hospitalar 21
- 2.5. A Estrutura Organizacional do Hospital 24

3. O MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA 27

- 3.1. Apresentação 27
- 3.2. Evolução Histórica do Hospital Geral de Ipanema 30
- 3.3. Modelo de Gestão no Início da Consultoria 32
 - 3.3.1. Apresentação 32
 - 3.3.2. Estrutura Organizacional 37
 - 3.3.3. Principais Problemas Encontrados 39
- 3.4. Modelo de Gestão ao Final da Consultoria 45
 - 3.4.1. Conceituação da Visão do Negócio e Macroprocessos 45
 - 3.4.2. Desenvolvimento da Visão do Negócio 50
 - 3.4.3. Identificação dos Macroprocessos de Trabalho 57
 - 3.4.4. Definição da Nova Estrutura Organizacional 60
 - 3.4.5. Conclusão 65

4. CONCEITOS SOBRE ARQUITETURA ORGANIZACIONAL 66

- 4.1. Apresentação 66
- 4.2. Arquitetura Organizacional 67

4.2.1. Breve Histórico sobre Estruturas Organizacionais	67
4.2.2. Arquitetura Organizacional: o porquê das mudanças	71
4.2.3. Compreendendo a Nova Arquitetura Organizacional	75
4.3. A Abordagem por Processos	77
4.3.1. Por que Adotar uma Visão de Processos?	77
4.3.2. Definindo Processos	80
4.3.3. Estrutura Organizacional e Processos	85

5. ARQUITETURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA PARA O HOSPITAL GERAL DE IPANEMA 90

5.1. Apresentação	90
5.2. Uma Nova Proposta	93
5.3. Estratégia para Implementação da Nova Arquitetura Organizacional	100
5.4. Passos Básicos para Implementação da Nova Arquitetura Organizacional	103
5.5. Simulação da Nova Arquitetura Organizacional do HGI	105

6. CONCLUSÃO 107

7. BIBLIOGRAFIA 111

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

A importância de um hospital é inquestionável, fundamentalmente quando se avalia o grau de relações que é desenvolvido não só com o indivíduo, mas também, com a coletividade, em função do seu papel em todos os momentos cruciais da vida das pessoas, o nascimento, a doença e a morte.

"Em relação à comunidade, é fundamental lembrar que é no hospital que se encontram disponíveis, para uso de todos quantos o procuram, não só os conhecimentos profissionais de todas as categorias de integrantes da Equipe de Saúde - médicos, enfermeiros, psicólogos, ... - mas também, os recursos instrumentais com que a moderna tecnologia enriqueceu o exercício da medicina" (Gonçalves, 1998, p.81).

Como consequência das demandas crescentes e desordenadas da sociedade, os hospitais vêm se tornando organizações complexas nas quais deveria existir, cada vez mais, empenho de esforços contínuos de profissionalização de suas administrações para assegurar a eficácia do que deveria ser seu objetivo: atender a população.

Por força da natureza da atividade, os hospitais públicos não se distanciaram desta realidade no que tange à complexidade de seus problemas, mas se mantiveram praticamente inalterados, ou em alguns casos até retrocederam e não raro evidenciam uma realidade traumática e degradada, no que se refere aos esforços para melhoria de sua gestão.

Vecina Neto e Malik (1991), propõem uma análise desta crise a partir de três dimensões¹. A primeira no nível estrutural, mais associada à importância política que é conferida ao setor e que se expressa na baixa prioridade como área de governo. Isso pode ser evidenciado pelos limitados recursos destinados à área e, sobretudo, pelos baixos salários, pela qualidade dos serviços prestados, pelo reduzido controle social, pelos critérios clientelistas para ocupação de cargos de gerência, para mencionar os principais. A segunda dimensão é explicada por causas organizacionais, naturalmente condicionadas pela primeira. Entre elas, destaca-se a inexistência de objetivos claramente definidos, os gerentes sem compromisso com a profissionalização, a escassez de recursos financeiros, a limitada utilização de instrumentos de gestão, tais como planejamento, controle etc. Além disso, a completa ausência de padrões de trabalho, que limita a busca da eficiência e da eficácia. Na terceira dimensão de análise, situam-se as causas de caráter individual, das quais faz parte a limitação profissional dos gerentes, que se sentem inseguros em suas funções, tanto por serem instáveis, sujeitos a mudanças repentinas, mas também pela falta de capacitação. Para os demais funcionários o clima é de desmotivação e descompromisso, estando o gerente incapaz de lidar com essa

*“desmotivação generalizada..., no sentido de oferecer-lhes, ao menos, objetivos organizacionais claros a atingir, no mínimo como forma de garantir algum grau de compromisso, se não com a organização, ao menos com suas tarefas”.*²

O presente trabalho trata da segunda dimensão de análise – causas organizacionais -, sem perder de vista a necessidade de compreensão da primeira e terceira dimensões. No nível que será estudado os focos de atenção são o sistema de gestão e a estrutura organizacional do hospital.

¹ MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. Desenhando Caminhos Alternativos para a Gerência de Serviços de Saúde, São Paulo, mimeo, 1991.pp.1-3.

² MALIK, Ana Maria e VECINA NETO, Gonzalo. op.cit. p.2.

Observa-se que é possível promover a substituição do atual modelo de gestão por outros mais “gerenciais”. Tais modelos significam a adoção de estruturas organizacionais mais ágeis, com menos níveis decisórios e voltadas para os principais processos de trabalho. Adicionalmente é necessária a transferência de autonomia para os dirigentes hospitalares, no que diz respeito ao gerenciamento dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Outra questão relevante, no que tange à adoção de uma gestão mais eficiente³ e eficaz⁴ é a necessidade de estabelecer o foco no atendimento prestado aos clientes, com “a criação de canais permanentes de aferição da satisfação da clientela, seja através da aplicação de questionários de avaliação, seja através do fortalecimento dos conselhos gestores dos hospitais” (Cecilio, 1999, p.30).

Tal como em qualquer organização, a informação também é essencial para o gerenciamento dos serviços de saúde. Dessa forma, “gerenciar um serviço de saúde significa também cuidar dos aspectos organizacionais, como em qualquer empresa. A gerência de um sistema de saúde, no entanto, diz respeito a esses aspectos organizacionais, como controle de estoque, da gestão financeira, do controle dos recursos humanos, equipamentos etc. e também aos aspectos decorrentes da prática de saúde, que relacionam, como processo, saúde/doença” (Eduardo, 1990, p.71).

A presente dissertação tem como proposta analisar alguns fatores relevantes e, certamente, estratégicos que, uma vez implementados, possibilitarão efetiva melhoria do desempenho dos hospitais públicos brasileiros, melhor justificando, inclusive, maior aporte de recursos.

Como melhor forma de organização do trabalho, optou-se pela elaboração de uma referência inicial que expressasse uma dada realidade de gestão hospitalar.

³ Relação entre o resultado alcançado e os recursos usados (ISO 9000:2000).

⁴ Extensão na qual as atividades planejadas são realizadas e os resultados planejados são atingidos (Normas ISO 9000:2000).

Para tanto, foram utilizados os resultados obtidos num período de consultoria realizado entre 1998 e 1999 junto ao **Hospital Geral de Ipanema (HGI)**.

Essa consultoria foi realizada **pela Fundação Getulio Vargas/Escola Brasileira de Administração Pública**, mediante convênio firmado com o **Ministério da Saúde** para “Aperfeiçoamento do Desempenho Gerencial dos Hospitais do Ministério da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”.

Na realidade, não se trata de um típico estudo de caso; o objetivo é utilizar um modelo de gestão para subsidiar o desenvolvimento teórico de uma estrutura organizacional voltada para processos.

No primeiro capítulo é realizada uma breve apresentação sobre a estrutura do trabalho, a justificativa e objetivos a serem atingidos e a metodologia a ser utilizada.

No segundo capítulo, é analisado o modelo de gestão dos hospitais de uma forma genérica, considerando os aspectos históricos, o conhecimento das principais funções hospitalares, a forma de organização e o modelo de estrutura organizacional mais utilizado.

No terceiro capítulo, são realizadas a descrição e análise de algumas dimensões da realidade de gestão do **Hospital Geral de Ipanema (HGI)**. Esse levantamento de dados foi possível, em função do trabalho de consultoria realizado pela FGV/EBAP do qual a mestranda participou.

No quarto capítulo, é realizada uma síntese do referencial teórico que sustenta a nova proposta de estrutura organizacional. São utilizadas formulações de alguns autores, para fundamentar a necessidade de adoção de um novo modelo de gestão.

No quinto capítulo, o enfoque recai sobre a nova proposta de estrutura organizacional para o **HGI**. Embora tal modelo ainda não se apresente como plenamente aplicável na realidade da Instituição, sua adoção é factível e de eficácia comprovada em diversas organizações complexas.

Finalmente o trabalho conclui com algumas considerações analíticas e propositivas, sobre a possibilidade de adoção da nova estrutura organizacional no **Hospital Geral de Ipanema (HGI)**. Alguns pontos complexos persistem e dizem respeito à compatibilidade entre a estrutura organizacional de uma instituição hospitalar e a nova visão apresentada, além das dificuldades de se implementar uma metodologia que altera a estrutura de poder e gera mudanças substanciais de gestão.

1.2. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

A consultoria realizada permitiu vivenciar o que, de certa forma, foi delineado na apresentação do trabalho, ou seja, o quadro de crise enfrentado pelas organizações hospitalares públicas.

Os chamados hospitais públicos, além de enfrentar seus problemas administrativos recebem demandas, cada vez mais acentuadas, por mais e melhores serviços; e necessitam adaptar-se a uma tecnologia sempre mais sofisticada, com especializações médicas que exigem conhecimentos interdisciplinares. Enfrenta, ainda, uma complexidade de demandas e dificuldades de apoio, fruto das condições sócio-econômicas de um país em desenvolvimento.

As demandas, necessidades e complexidade alcançadas pelas instituições de saúde já não comportam ações e decisões baseadas em experiências passadas e segmentadas do setor. É necessário desenvolver a capacidade administrativa, a visão estratégica, para buscar soluções alternativas para antigos e novos problemas; é preciso criar instituições fortes, o que exige habilidade administrativa mais complexa. Para tanto, requer-se uma atenção permanente para usar o conhecimento administrativo existente na melhoria da eficiência, da eficácia e do impacto na prestação de serviços.

O trabalho, portanto, justifica-se em função de que os hospitais precisam não só se preparar para melhor responder às demandas imediatas de serviço, como também serem capazes de ações gerenciais de grande alcance. A velocidade e a natureza de mudanças no mundo de hoje exige análise antecipatória e visão estratégica para direcionar o setor saúde e facilitar a adaptação e a inovação tecnológicas. Eficiência e eficácia são resultados da capacidade gerencial de responder aos desafios impostos pelas mudanças nos contextos social, econômico, político e tecnológico.

Não se pretende, com esse trabalho, esgotar o tema e responder à todas as questões envolvidas. Não há, também, a pretensão de se defender um modelo de gestão definitivo e sim, tendo como referência o **Hospital Geral de Ipanema** analisar suas características, para então propor alternativas para melhor solucionar a complexidade dessa organização hospitalar.

Algumas outras reflexões foram acrescentadas ao tema:

- ✓ análise do atual contexto organizacional do **Hospital Geral de Ipanema**;
- ✓ análise da atual estrutura organizacional, das atribuições e responsabilidades de cada área dessa estrutura;
- ✓ conhecimento e análise do referencial teórico que suporta a nova proposta;
- ✓ avaliação de alternativas para a atual estrutura organizacional, considerando a experiência de outras organizações.

1.3. METODOLOGIA

Para fins de classificação da pesquisa foi utilizado o método proposto por Vergara (1998), a saber:

- ✓ *quanto aos fins*: trata-se de uma pesquisa descritiva, pois expõe as características da gestão de um hospital público federal, sem “*compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação*”⁵
- ✓ *quanto aos meios*: trata-se de um estudo de caso a ser realizado no **Hospital Geral de Ipanema** associado a uma pesquisa de campo que permitirá o conhecimento da organização. Será utilizada, também, pesquisa bibliográfica e documental do material disponibilizado ao público em geral, além de relatórios e informações de uso restrito da organização.

As informações foram coletadas mediante:

- ✓ Pesquisa de campo, utilizando entrevistas com o corpo diretivo, ocupantes dos cargos de chefia e corpo funcional do **HGI**, para obtenção, dentre outras, de informações sobre os seguintes sistemas: estrutura organizacional, desempenho organizacional, processos de trabalho, informação e processo decisório e pessoas e recompensas.
- ✓ Pesquisa bibliográfica em livros, artigos, publicações, teses, dissertações relativos ao assunto e por meio eletrônico (*Internet*).

⁵ VERGARA, Sylvia C. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*, São Paulo, Atlas, 1998.

- ✓ Pesquisa documental nos arquivos e relatórios gerenciais, incluindo o Regimento Interno⁶, produzido pela Direção e pelos Departamentos Médico-Assistencial e Administrativo.

As pesquisas bibliográfica e documental respaldaram as conclusões advindas da coleta de dados da pesquisa de campo.

Os dados coletados nas pesquisas de campo foram organizados e tabulados para efeito de análise comparativa de desempenho. Além da análise quantitativa foi realizada uma análise qualitativa dos dados levantados, o que permitiu uma avaliação crítica da situação.

Em geral, todo método baseado em pesquisa bibliográfica apresenta limitações características do seu modelo, pois depende exclusivamente do nível de análise do pesquisador, que pode estar eivado de juízos de valor, ou até mesmo pela limitação de aplicabilidade prática do que está sendo estudado.

Além disso, a pesquisa de campo, também, apresenta dificuldades para análise, pois as informações fornecidas pelos sujeitos (ocupantes de cargos de chefia, diretores e corpo funcional do **HGI**) selecionados podem ter um grande índice de imprecisões e incorreções.

Apesar das naturais dificuldades esperadas o estudo poderá apresentar informações que poderão servir de subsídio à Direção do **HGI** na adoção de novas práticas e melhorias no seu processo de gestão.

⁶ Regimento Interno - documento normativo que estabelece: natureza, competência, estrutura organizacional e atribuições das diversas unidades organizacionais.

2. MODELO USUAL DE GESTÃO DE HOSPITAIS

2.1. Apresentação

A constituição atual dos hospitais evoluiu no decorrer dos anos. De um modelo, onde a finalidade era “hospedar” pessoas, passou a ser um local para a prestação de assistência ao doente, praticar o ensino e a pesquisa e promover a melhoria das condições de vida da comunidade onde atua.

As funções básicas do hospital estão relacionadas ao fornecimento de um local para prática médica, diagnóstico e tratamento dos pacientes. Outras funções têm uma relação direta com a atividade-fim que são àquelas destinadas ao apoio direto ao tratamento médico, onde se destacam os serviços de enfermagem.

Funções de apoio administrativo e operacional também são encontradas no hospital. Além dessas funções existem duas outras complementares, mas não menos importantes que são: servir como centro de saúde comunitário, onde se assume um papel ativo para melhoria da comunidade a que serve, e promover o crescimento e prestígio da instituição, mediante o desenvolvimento de seu pessoal.

A estrutura organizacional básica do hospital é composta das seguintes áreas: do Conselho Diretivo, da Direção, do Corpo Clínico, dos Serviços de Apoio Clínico, dos Serviços Técnicos e dos Serviços de Apoio Administrativo.

É comum observar que a diretoria do hospital delega ao administrador as atividades do dia-a-dia do hospital. O corpo clínico pode ou não estar subordinado ao diretor, dependendo do hospital. Os médicos exercem uma grande influência em todos os níveis da organização, possuindo, também, grande autonomia e autoridade sobre os membros do hospital. E, as demais áreas prestam um apoio direto, em função da especificidade, ou indireto à atividade de atendimento ao paciente.

2.2. Aspectos Históricos

O hospital, na forma genérica que se observa atualmente, é constituído por um grande número de especialistas, que oferecem serviços com alto grau de especialização e que exige habilidades técnicas diversificadas. Dessa forma, pode-se dizer que o “hospital moderno exhibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa” (Machline, 1983, p.20). No entanto, somente a partir do século XX que o hospital passou a ter a configuração atual, servindo a toda a comunidade.

A palavra hospital é originária do latim *hospitium* – que significa lugar onde se hospedam pessoas.

Na Grécia, Egito e Índia antigos os médicos aprendiam medicina em locais junto aos templos e exerciam a profissão no domicílio das pessoas enfermas. Na Idade Antiga, se tem notícia do aparecimento de construções do tipo hospitalares junto às estradas por onde passavam os exércitos do Império Romano.

Os primeiros hospitais que se tem registro datam do ano 400D.C. Neste ano, em Óstia, perto de Roma, Fabíola fundou um dos primeiros hospitais da Itália. Após a Idade Média, com o advento do Renascimento, surgem diversos hospitais. Em 1215, surge na Inglaterra o Hospital Saint Thomas, que se tornou famoso pela implantação da primeira Escola de Enfermagem.

No final do século XIX e início do século XX o hospital amplia sua fronteira, servindo a toda a comunidade, deixando de ser um local onde pobres e doentes eram levados para morrer. Transforma-se, então, na mais importante instituição para prestação de atenção médica à sociedade, enfocando não apenas a atenção a pacientes individuais, mas, também, através da abordagem de uma medicina integral, procurar soluções para os problemas de saúde da comunidade.

2.3. As Funções Hospitalares

As funções e as prioridades de um hospital variam segundo o tipo de hospital, que pode fazer parte de um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência médica, e se enquadrar como hospital primário, secundário ou terciário⁷

A **função principal** de um hospital é tratar um paciente doente. Porém outras funções podem ser destacadas, e que são consideradas tão importantes quanto a principal.

Uma delas é a função de “fornecer um local de trabalho para os médicos” (Johnson, 1979, p. 47). A relação conhecida e tradicional médico-paciente é ainda sagrada e sujeita somente à vigilância de médicos companheiros do corpo clínico, através de procedimentos de exames de seus atos. É o médico que pratica a medicina; o hospital oferece os recursos para proporcionar ao médico diagnosticar doenças e tratar os pacientes.

As **funções técnicas** são aquelas de atenção direta ao paciente, visando desde o diagnóstico até o tratamento de sua enfermidade. Dentre os subsistemas do hospital que atuam na atenção direta ao paciente destacam-se: o corpo clínico (com suas especialidades), a enfermagem, o serviço social, a nutrição, a farmácia, os serviços de apoio diagnóstico e tratamento (radiologia, laboratório etc.), o serviço de arquivo médico e estatística, a fisioterapia, a psicologia, controle de infecção hospitalar.

As **funções de apoio** que prestam atenção direta ao paciente são àquelas relacionadas às atividades-meio, como por exemplo: pessoal, almoxarifado, lavanderia, limpeza, manutenção etc.

⁷ Primário – pode não ter nenhuma especialidade, tendo apenas médicos generalistas
Secundário – atende a pacientes clínicos, cirúrgicos, obstétricos e de apoio clínico
Terciário – conta com maior número de especialidades.

Outra função destacada por Johnson (1979)⁸ é a de **centro de saúde comunitário**, onde se assume um papel ativo para melhoria de saúde da comunidade a que serve, e não apenas um papel reativo da atenção aguda.

Um objetivo que muitas vezes é esquecido e considerado, provavelmente, uma função marginal dos hospitais é “servir à própria instituição através da perpetuação, crescimento e prestígio para a instituição, seu pessoal e sua comunidade” (Johnson, 1979, p. 47).

⁸ JONHSON, Alton C., *Administração de Hospitais*, São Paulo, Pioneira, 1979

2.4. A Forma de Organização Hospitalar

O hospital é uma organização humanitária, com características peculiares, sendo até certo burocrática e autoritária, “com uma extensa divisão de trabalho especializado que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais ... para dar a pacientes individuais serviço personalizado; tendo para tanto necessidade de coordenação adequada” (Machline, 1983, p. 23).

O produto final do hospital, o cuidado e atenção ao paciente, é por si só mais individualizado que uniforme e, em função disso, não pode ser planejado com grande precisão, dependendo de ajustes diários impossíveis de serem previstos nas regras formais da instituição.

Paradoxalmente, o hospital é uma organização quase burocrática, com regras e regulamentos para controle do comportamento e trabalho de seus membros, o que lhe dá um caráter autoritário. Linhas de autoridade e responsabilidade são claramente definidas, a aceitação da autoridade é assegurada e a disciplina é observada.

A eficiência do hospital é alcançada em função da racionalização de tarefas e da introdução de controles mais rígidos, o que contribui para manter a característica de autoritarismo do hospital. Outros fatores, tais como coordenação organizacional e profissionalização, também, contribuem para o alcance da eficiência.

O elevado grau de profissionalização determina o surgimento de valores, normas e atitudes comuns aos membros dos grupos. Por outro lado, a necessidade de especialização e profissionalização coloca em evidência diferenças de hierarquia, podendo levar ao autoritarismo e à existência de mais de uma linha de autoridade.

Em tese, “o hospital tem quatro centros de poder, a diretoria superior, os médicos, a administração e os demais profissionais, entre os quais destaca-se a enfermagem. No hospital, a autoridade não emana de uma única linha de poder, não flui ao longo de uma única linha de comando como em muitas organizações formais” (Machline, 1983, p. 25).

A diretoria, em geral, delega ao administrador a execução das atividades do dia-a-dia do hospital. O corpo clínico, que pode ou não estar subordinado ao diretor, dependendo do hospital, se preocupa com a atenção médica. Os médicos exercem uma grande influência em todos os níveis da organização, possuindo, também, grande autonomia e autoridade sobre os membros do hospital.

Essa ausência de linha de comando único acarreta alguns conflitos na organização, gerando dificuldades na condução do hospital.

Segundo Machline⁹ o hospital possui algumas características importantes:

- ✓ Possui serviços de atenção e tratamento personalizados a pacientes individuais, em vez de uniforme.
- ✓ Depende das necessidades e demanda de seus clientes da comunidade.
- ✓ Ocorrência de situações de emergência – a organização tem definidas as responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros.
- ✓ O trabalho é diversificado e com baixo índice de padronização.
- ✓ O hospital tem pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes.
- ✓ O administrador no hospital tem menos autoridade e poder que em outras organizações, porque o hospital não pode ser organizado com base em uma

⁹ MACHLINE, Claude ... [et al.]; coordenador Ernesto Lima Gonçalves *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, São Paulo, Pioneira, 1983.

linha única de autoridade. A coexistência de linhas de autoridades legal, profissional e mista gera um sem-número de problemas administrativos.

- ✓ O hospital é uma organização formal, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, cuja operacionalidade situa-se no arranjo do trabalho convencionalmente hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. Porém, é uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada, que não pode funcionar efetivamente sem uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros. A coordenação de esforços e atividades é importante pela interdependência do trabalho que deve ser realizado.
- ✓ O hospital demonstra sua eficiência e o desempenho previsto na efetividade (benefício social).
- ✓ O hospital é uma importante organização social que está aumentando sua influência. A tecnologia incorporada e a confiança da população no hospital aumentam e determinam a busca de melhor qualidade.

2.5. A Estrutura Organizacional do Hospital

De uma forma geral, os hospitais utilizam o **modelo funcional de estrutura organizacional**, onde se observam as seguintes características: a divisão de trabalho baseada na especialização; a hierarquia de autoridade bem definida; normas e regras estabelecidas; os direitos e deveres conhecidos; e a impessoalidade das relações interpessoais.

Nesse tipo de estrutura organizacional aparecem conflitos entre a autoridade hierárquica e os valores profissionais dos membros da organização e entre o conhecimento e autoridade administrativa.

Ainda que se observe um paradoxo entre o elevado nível de especialização em algumas áreas e a necessidade de integração para se operacionalizar um hospital, observa-se de uma forma geral que se encontra no “hospital a seguinte departamentalização: o conselho diretivo, a direção, o corpo clínico (serviços clínicos), os serviços de apoio clínico, os serviços técnicos, os serviços de apoio administrativos” (Machline, 1983, p. 25).

Para Machline¹⁰ cada unidade dessas realiza os seguintes papéis:

- ✓ *Conselho Diretivo*: é formado pelas autoridades superiores que representam o hospital junto à sociedade e é o responsável para que a instituição proporcione o maior rendimento científico e social à comunidade que serve.
- ✓ *Direção do Hospital*: é responsável pelo perfeito funcionamento de todas as atividades técnicas e administrativas do hospital.
- ✓ *Corpo Clínico*: é composto pelo conjunto de profissionais de medicina que realizam a atenção médica no hospital. Esse órgão pode ser aberto (qualquer

¹⁰ MACHLINE, Claude ... [et al.]; coordenador Ernesto Lima Gonçalves *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, São Paulo, Pioneira, 1983.

profissional habilitado pode ingressar após análise do *curriculum vitae*) ou fechado (restrito a um determinado grupo de profissionais, com vínculo autônomo ou de um contrato empregatício com o hospital). Pode existir, também, um corpo de médicos residentes que participam de um programa docente transitório em tempo integral, recebendo bolsas de estudos e sendo supervisionados. O corpo clínico pode ser responsável pela formação de comissões de controle da prática profissional, com por exemplo: Comissão de Auditoria, de Arquivo e Documentação, de Farmácia, de Ensino, Científica, de Histopatologia e de Credenciamento e Desempenho, de Controle de Infecção Hospitalar.

- ✓ *Serviços de Apoio Clínico (Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento):* não são serviços de atenção primária e servem para auxiliar o clínico no trabalho hospitalar, como serviços de diagnóstico (anatomia, laboratório, radiologia, audiometria, eletroencefalografia etc.), e serviços de diagnóstico e tratamento (anestesia, banco de sangue, radioterapia, medicina física etc.).
- ✓ *Serviços Técnicos:* são serviços compostos de profissionais para-médicos e que desempenham diferentes atividades diretamente ao paciente como apoio para as atividades-fim. O Serviço de Enfermagem destaca-se entre esses serviços, pois congrega um grande número de profissionais e se faz presente em todos o hospital e em todos os seus turnos de funcionamento. Outros serviços, também, se enquadram nessa categoria: Serviço Social Médico, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviços de Farmácia, Odontologia, Psicologia, Fisioterapia, Arquivo Médico, Estatística e Biblioteca.
- ✓ *Serviços de Apoio Administrativo:* responsável pela infra-estrutura hospitalar, incluindo a coordenação das atividades de recursos humanos, materiais, finanças, contabilidade, manutenção, lavanderia, zeladoria, transporte, serviços gerais, comunicações etc.. Podem ser incluídos nessa categoria os serviços jurídicos, relações públicas e sistemas e métodos que seriam enquadrados como assessoria à Direção.

A representação gráfica da estrutura organizacional é denominada organograma. Considerando a departamentalização, acima descrita, para o hospital um organograma padrão pode ser representado da seguinte forma:



3. O MODELO DE GESTÃO DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA

3.1. Apresentação

A saúde é um direito dos cidadãos e dever do Estado, como garante a Constituição de 1988. No entanto, este mesmo “Estado é péssimo gerente de serviços” (Cecilio, 1999, p.25), com exagerado apego aos regulamentos, formalismos, resistência às mudanças e dificuldades no atendimento a clientes e conflitos com o público. Além disso o rodízio de poder impede a manutenção e continuidade de projetos, proporcionando grandes desperdícios de dinheiro.

O “Estado é péssimo patrão, na medida em que tem uma (anti) política de recursos humanos... com excesso de pessoal em algumas áreas e escassez em outras. O pessoal do Estado é desqualificado, improdutivo e desmotivado, o que dificulta imensamente qualquer proposta de mudança” (Cecilio, 1999, p.25).

O “Estado é perdulário: usa mal ou desperdiça o pouco que tem ou o que é mais grave, gasta mais do que pode, vivendo em eterno conflito com seus fornecedores” (Cecilio, 1999, p.25).

Da mesma forma que o hospital público “não tem dono”, o seu cliente “não tem rosto”, ou seja como os serviços não são pagos, o usuário vê tudo como um favor do governo e por isto é pouco exigente e nunca cobra seus direitos

O Ministério da Saúde vem promovendo uma série de ações para melhorar o desempenho das diversas unidades hospitalares, com grande ênfase na modernização da gestão, visando a melhoria dos instrumentos gerenciais, vitalização da assistência prestada, aperfeiçoamento dos recursos humanos e desenvolvimento organizacional.

Considerando os deveres do Estado estabelecidos pela Constituição de 1988, no que se refere à saúde foi implementada, a partir de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, sendo instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, que passou a ser o sistema integrado de atenção à saúde garantido pelo estado brasileiro.

A gestão federal do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, com a participação das Secretarias Estaduais e Municipais, além dos centros de pesquisa também integrantes do sistema.

A implementação do SUS vem sendo feita de forma parcial. A descentralização da gestão e do controle sob a responsabilidade do poder municipal pelo atendimento à saúde tem sido assimilada lentamente. O maior problema diz respeito à questão administrativa da assistência ambulatorial e hospitalar, já que em termos de política governamental em relação à saúde, suas linhas gerais já estão definidas no seu próprio modelo de regulamentação.

No que tange ao financiamento do sistema saúde, a questão está bem estruturada, pois o Ministério da Saúde passou a contar com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, para complementar seu orçamento anual.

Todo esforço do Governo, por intermédio do Ministério da Saúde, com o apoio técnico do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, tem sido no sentido de desenvolver uma proposta de reforma administrativa que proporcionará “uma nova vida e força aos propósitos de descentralização, integralidade, equidade e eficiência do SUS” (Cadernos do MARE, 1998, p.14).

A concepção da reforma administrativa é abranger a assistência ambulatorial e hospitalar, baseada em três idéias básicas:

- ✓ descentralizar a responsabilidade da Prefeitura, do Governo do Estado e do Governo Federal, com a definição clara para o cidadão da responsabilidade pelo atendimento de saúde que o SUS lhe garante;
- ✓ cada município deve montar um Sistema de Atendimento de Saúde, integrado, hierarquizado e regionalizado, a partir da base municipal;
- ✓ desenvolver um Sistema de Informações Gerenciais em Saúde que colocará à disposição das autoridades de saúde e dos usuários, relatórios referentes ao uso de verbas, aos dados epidemiológicos e de desempenho dos serviços de saúde, capazes de gerarem indicadores de custos, de demanda atendida e de resultados referentes aos dois subsistemas mencionados. O gerenciamento, no âmbito do SUS, caberá a DATASUS” (Cadernos do MARE, p. 15).

Dessa forma, o Governo evidencia a fragilidade do atual modelo de gestão das unidades hospitalares, tornando fundamental uma proposta que avalie as condições atuais e proponha alternativas efetivas para mudança no contexto organizacional.

O Hospital Geral de Ipanema (HGI) foi selecionado como objeto do estudo por ter sido contemplado no “Projeto de Aperfeiçoamento do Desempenho Gerencial dos Hospitais do Ministério da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro”. Este Projeto, como já explicitado, faz parte de um convênio firmado entre a Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getulio Vargas e o Ministério da Saúde.

3.2. Evolução Histórica do Hospital Geral de Ipanema

O **HGI** fundado em 30 de outubro de 1955 pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários - IAPC, mostrou, desde a sua inauguração, vocação para a Cirurgia Geral, tendo inclusive se destacado como pioneiro em diversas técnicas cirúrgicas e esquemas terapêuticos.

Em 1967, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, passou a ser denominado **Hospital Geral de Ipanema - HGI**, ficando diretamente subordinado à Assistência Médica do INPS.

Em 1973, foi inaugurada a Unidade de Pacientes Externos – UPE, com a finalidade de atender os pacientes ambulatoriais.

Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, o **Hospital Geral de Ipanema** passou a ser subordinado à Superintendência Regional do INAMPS – RJ.

A implementação, em 1983, das Ações Integradas de Saúde estabeleceu que o **Hospital Geral de Ipanema** passasse a atender toda a população que o procurasse, independentemente de filiação ou não ao sistema da Previdência Social.

A partir dessas Ações Integradas de Saúde, foi criado em 1990 o Sistema Unificado de Saúde – SUS e o **Hospital Geral de Ipanema** passou para a esfera administrativa do Estado do Rio de Janeiro. Com o SUS foram instituídos órgãos colegiados, denominados Grupos Executivos Locais (GEL), o que permitiu a participação da comunidade na gestão dos órgãos governamentais de suas respectivas áreas, as chamadas Áreas Programáticas.

O **Hospital Geral de Ipanema** está inserido na área Programática 2-Sul (AP2-Sul), que engloba os bairros da Zona Sul da Cidade do Rio de Janeiro.

Em março de 1994, o Hospital passou a ser subordinado ao **Ministério da Saúde**, por intermédio do **Núcleo Estadual do Rio de Janeiro (NERJ)**.

O **HGI** conta com instalações físicas que ocupam uma área estimada em 20.000 m², distribuídas em: UPI – Unidade de Pacientes Internos – com nove andares, abriga diversas Clínicas e Órgãos da Administração; UPE – Unidade de Pacientes Externos – com oito andares, que abrigam as diversas Clínicas; farmácia; zeladoria;; área destinada aos quartos dos médicos; oficina de refrigeração; local destinado à caldeira para geração de vapor e cantina.

3.3. Modelo de Gestão no Início da Consultoria

3.3.1. Apresentação

Os dados que serão apresentados nesse capítulo foram extraídos dos Relatórios de Progresso elaborados para o Convênio para prestação de Serviços Técnicos de Consultoria e Assistência Técnica firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Getulio Vargas (FGV), através da Escola Brasileira de Administração Pública (EBAP/FGV).

As informações foram coletadas mediante a realização de visitas, reuniões, aplicação de questionários, *workshpos*, pesquisa documental e bibliográfica realizadas pelas Equipes da EBAP/FGV junto ao **Hospital Geral de Ipanema - HGI**, com os representantes do Corpo Diretivo da Instituição.

A consultoria vislumbrou diversos cenários a serem alcançados, onde se considerou a conscientização e o comprometimento do corpo diretivo e funcional, a fim de se realizar uma proposta realista de intervenção organizacional

Disseminação Institucional da Visão-Missão-Objetivos

Cenários a Serem Alcançados

- Conscientização de todos as equipes quanto à Missão, Visão de Futuro e Objetivos de Desempenho Desejados, definidos para o **HGI**.
- Disseminação da Missão, Visão de Futuro e Objetivos de Desempenho para todos os usuários internos e externos.

- Incorporações da Missão, da Visão de Futuro e dos Objetivos de Desempenho às decisões, atividades, ao comportamento e à cultura da Unidade Hospitalar.
- Criação de um ambiente onde o “pensar estrategicamente a Instituição” esteja incorporado em todos os níveis, a médio prazo, havendo maior comprometimento dos quadros funcionais com os destinos da mesma.

Definição de Perfil das Unidades Hospitalares

Cenários a Serem Alcançados

- Promover ações que permitam atingir a integração entre as unidades hospitalares, bem como com as redes de saúde municipal e estadual, procurando alcançar a regionalização;
- Promover o atendimento da saúde de forma horizontalizada;
- Possibilitar um maior conhecimento sobre os problemas de saúde da população das áreas delimitadas;
- Favorecer ações de atenção ambulatorial e hospitalar, em todos os níveis de complexidade dentro do perfil estabelecido.

Definição do Modelo de Gestão

Cenário a Ser Alcançado

O resultados a serem alcançados visam a consolidação das políticas e princípios consubstanciados no Sistema de Atenção à Saúde, a seguir enunciados:

- **Universalidade** – que diz respeito ao atendimento sem distinção entre previdenciários e não previdenciários. De acordo com este princípio o indivíduo

passa a ter direito ao acesso a todos os serviços públicos de saúde, inclusive aqueles contratados pelo poder público.

- **Equidade** – consiste em assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, seja onde for que o cidadão resida, sem privilégios e sem barreiras.

- **Integralidade** – significa não fazer distinção entre ações preventivas e curativas, entendendo que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Por sua vez as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

- **Hierarquização** – consiste na modulação da rede de prestação de serviços nos seus vários níveis de complexidade, significando dizer que o acesso da população à rede, deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, os quais devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde.

- **Resolutibilidade** – significa dizer que o serviço – solicitado pelo cidadão ou em decorrência de um impacto coletivo sobre a saúde – deve estar capacitado a dar atendimento e resolvê-lo até o nível de sua competência.

- **Regionalização** – sugere um novo modelo de gestão do sistema de saúde de forma horizontalizada, além de permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

- **Descentralização** – deve ser entendida com uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as várias esferas de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de dar certo. Deve haver um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, e é a isto que se chama municipalização da saúde.

• **Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Esta participação deve se dar de forma paritária, com a representatividade de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e poder público.

Quanto à política de recursos humanos o que se espera alcançar é:

- a capacitação e o aperfeiçoamento,
- adequação e melhores níveis salariais,
- motivação e melhoria na qualidade de atendimento.

Nos aspectos referentes à gestão dos recursos financeiros e administrativos são destacados:

- melhor aproveitamento e aplicabilidade dos recursos públicos,
- facilidade de aquisição e gerenciamento de suprimentos,
- normatização e racionalização dos processos de trabalho,
- funcionamento da unidade hospitalar como empresa prestadora de serviço,
- política de desenvolvimento de política de qualidade total,
- implementação de sistema de informações gerenciais, para auxílio da gestão clínica, econômica e administrativa,
- implementação de um sistema de hotelaria e engenharia clínica.

Definição e Implantação de Estrutura Organizacional Básica

Cenário a Ser Alcançado

A Proposta de Estrutura Organizacional Básica considera as informações analisadas nos níveis estratégico e operacional e a adequação próxima a um novo modelo de gestão que deverá ser implementado pelo Ministério da Saúde nas suas Unidades no Rio de Janeiro.

O cenário a ser alcançado permite visualizar o seguinte desdobramento:

- Adaptação da Estrutura Básica ao perfil existente ou a ser proposto.
- Possibilidade de formalização e institucionalização do Regimento Interno.
- Definição de funções gratificadas, para cada nível gerencial.

Definição da Estrutura dos Indicadores de Desempenho

Cenário a Ser Alcançado

Disponibilização de um “Quadro de Bordo”, instrumento sistematizado para a gestão do seu desempenho.

Tal “Quadro” deve compor-se de um conjunto de Indicadores, que retrate de forma objetiva e confiável o desempenho do Hospital sob os aspectos de gestão, resultados sociais, qualidade assistencial e satisfação dos usuários dos serviços de saúde e dos profissionais envolvidos com os mesmos.

3.3.2. Estrutura Organizacional

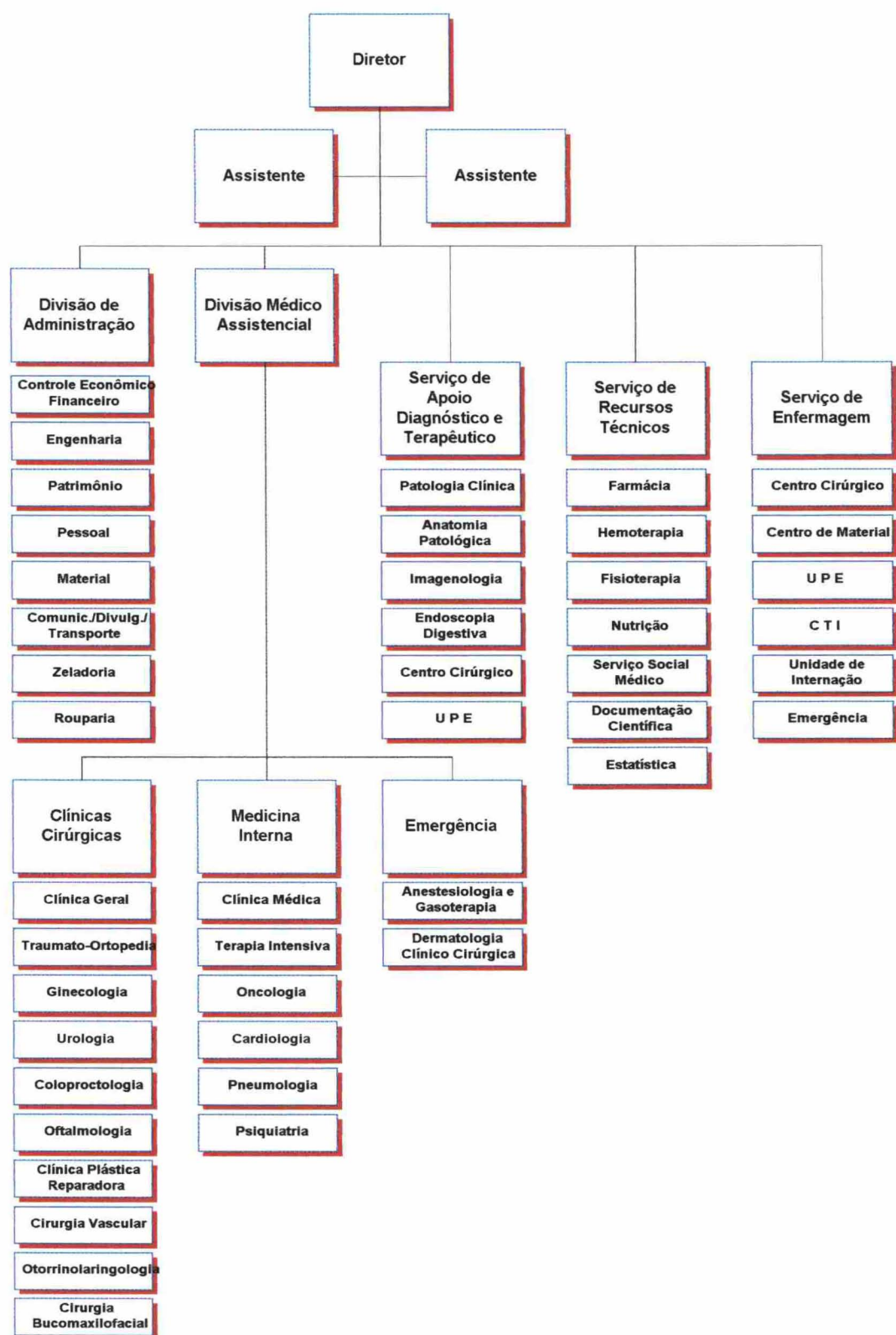
O modelo de gestão adotado no **HGI** era orientado por uma estrutura organizacional elaborada pela antiga gestão do Hospital. Essa estrutura não representava a realidade de gestão do **HGI**, pois em função das necessidades operacionais foram criadas áreas informais e relações de subordinações que existiam em paralelo à estrutura formal.

A estrutura sofreu alterações no final da consultoria, em função das necessidades identificadas, após um intenso trabalho de levantamento de dados com o Corpo Diretivo do **HGI**.

No entanto, a presente dissertação pretende apresentar uma nova alternativa de estrutura organizacional àquela apresentada ao final da consultoria.

A seguir é apresentado o Organograma do **HGI** no início da consultoria, em setembro de 1998.

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA – Setembro/1998



3.3.3. Principais Problemas Encontrados

A seguir são apresentados os principais problemas identificados no processo de levantamento de dados e diagnóstico do **HGI**, ocorridos no início da consultoria. Inúmeros outros problemas poderiam ser relacionados. No entanto, o estudo abordará apenas os aspectos que dizem respeito às informações e indicadores em saúde e a sua correlação com o atual modelo de gestão.

As informações coletadas foram estruturadas de forma a obedecer os níveis de gestão da unidade, sendo divididas em:

- *direcionamento estratégico;*
- *organização e gestão; e*
- *infra-estrutura tecnológica.*

Direcionamento Estratégico

- Falta de foco na atividade-fim.
- Mudança constante do Corpo Diretivo, acarretando falta de continuidade nos trabalhos.
- Reduzida preocupação com o cliente, provocando uma desumanização da assistência.
- Falta de definição do perfil assistencial da organização.
- Inexistência de clareza no estabelecimento da missão e visão da Instituição.
- O Hospital não possui uma estrutura para gerenciamento dos seus recursos orçamentários e de custos.
- Administração voltada para “apagar incêndio”. Estão sendo discutidos com o Corpo Diretivo as metas de trabalho para o Hospital no próximo ano.
- O Hospital está voltado para prestação de serviço de cirurgia eletiva, não possuindo atendimento emergencial.

Organização e Gestão

Estrutura Organizacional

- Excesso de burocratismo.
- Inexistência de estrutura organizacional formalizada e respectivo regimento interno.
- Processos de trabalho repetitivos, sem a necessária racionalização.
- Inexistência de normas dos processos de trabalho.
- Clima e cultura característicos e desfavoráveis para implementação de um processo de mudança.

Recursos Humanos

- A área de recursos humanos possuía anteriormente 1.800 funcionários e atualmente são 790.
- Não existe um relacionamento ideal entre as Equipes da área-fim e da área-meio da Unidade.
- A escala de pessoal é problemática, existindo conflitos entre os plantonistas e os diaristas.
- Em função dos diversos problemas da área de recursos humanos, como, por exemplo, a inadequação salarial e formação profissional, torna-se um desafio a capacitação do corpo técnico.
- Quadro de pessoal envelhecido, desatualizado, viciado, desmotivado e sem remuneração compatível.
- Tensões de natureza grupal e profissional.
- Divergências entre as áreas.
- Na área de recursos humanos o quadro não foi renovado, principalmente em relação às unidades de Laboratório, Serviço Social e Patologia.
- O **HGI** possui serviços reconhecidamente de ponta, principalmente na área de treinamento e residência do seu corpo médico.

- A qualidade de atendimento aos pacientes não é satisfatória devido à falta de comprometimento do corpo de funcionários.
- No Setor de Ambulatório foram observados os seguintes problemas:
 - Ausência de profissionais (a maioria das clínicas funciona somente no turno da manhã e/ou alguns dias do mês);
 - Negligência dos funcionários com a higienização de materiais esterilizáveis;
 - Marcação de consultas centralizada somente em um funcionário.
- Não há, por parte dos profissionais da Unidade de Internação, os cuidados necessários ao lidar com materiais contaminados.
- No Centro Cirúrgico, observou-se que a firma prestadora do serviço de limpeza não realiza treinamento adequado aos seus funcionários.
- Baixo nível de motivação da equipe da Unidade Hospitalar.
- Encaminhamento inadequado dos pacientes.
- Período de espera acima do desejado para atendimento de diagnóstico cirúrgico.
- Falta de profissionais adequados para os serviços de recepção ao paciente externo, área técnica e administrativa.
- Equipes de plantão no Setor de Emergência não possuem funcionários com todas as especialidades necessárias.
- Necessidade de alocação de farmacêutico responsável no Setor de Farmácia.

Apoio Operacional

- Falta de controle na gestão orçamentária e financeira.
- Problemas de desabastecimento ou de compras mal planejadas.
- Criação de um Centro de Exames que atendesse a todas as Unidades Hospitalares, considerando suas necessidades e peculiaridades e com objetivo de reduzir custos, diminuir perdas e eliminar desperdícios.
- Falta de higiene absoluta com relação aos materiais esterilizados na Unidade de Internação, além de reaproveitamento de materiais descartáveis (por

exemplo, reutilização de seringas descartáveis) e instalações em péssimo estado de conservação.

- Na Central de Esterilização de Material observou-se que não existem os cuidados necessários na esterilização de materiais.
- A Área de Lixo Hospitalar não possui critérios na separação do lixo.
- Os tanques de higienização na Área de Lixo Hospitalar se apresentam em péssimas condições de limpeza.
- No Setor de Laboratório foram observados os seguintes problemas:
 - Ausência de controle na apuração dos exames e na entrega dos resultados;
 - Utilização inadequada de materiais e equipamentos;
 - Frequentes suspensões de coletas por falta de insumos;
 - Ausência de manutenção dos equipamentos;
 - Instalações inadequadas e sem conservação para o funcionamento do setor;
 - Higienização inadequada dos materiais utilizados.
- Desconhecimento sobre os serviços oferecidos pelos diversos Hospitais. Necessidade de se criar uma Central de Informações com dados sobre todas as Unidade Hospitalar, a fim de:
 - melhorar o atendimento e encaminhamento dos pacientes ;
 - conhecer o que cada Hospital está fazendo em termos de exames ambulatoriais e hospitalares;
 - melhor aproveitamento de recursos disponíveis.
- Oneração do custo do Hospital pela não existência de equipamento para um determinado tratamento ou exame. Por exemplo, a falta de Tomógrafo acarreta o deslocamento do paciente para fazer exame em outra Unidade.
- Necessidade de criação de uma Central de Compras para melhor utilização dos recursos materiais de consumo.
- Necessidade de criação de sistemática de distribuição de medicamentos para tratamento domiciliar, pois o paciente não possui condições de comprar a medicação necessária ao seu tratamento.

- Avaliação de sistemática a ser adotada quanto à alocação de pacientes carentes que não podem contar com o apoio da família e que já receberam alta do Hospital.
- Marcação de consultas descentralizada.
- Ausência de fluxos racionais de atendimento nos diversos setores do Hospital, destacando-se o Ambulatório e a Emergência.
- Condições inadequadas de limpeza nos banheiros e falta de material de higiene.
- Quantidade de extintores insuficientes e inexistência de Plano de Contingência contra Sinistros e Incêndio.
- Necessidade de salas para drenagem de abscesso, sutura e pequenos procedimentos de reanimação no Setor de Emergência, que apresenta instalações inadequadas.
- Utilização inadequada de materiais e equipamentos no Setor de Emergência.
- O Setor de Ambulatório possui instalações para atendimento aos usuários inadequadas, instalações impróprias para o arquivamento de prontuários, além da inexistência de sala de espera para os usuários;
- Inexistência de manutenção dos equipamentos e utilização insuficiente do Mamógrafo e Tomógrafo foram observadas no Setor de Imagem.
- No Centro Cirúrgico foi observado que não são aproveitadas todas as salas existentes.
- O Setor de Farmácia não funciona com toda a sua capacidade e não dispõe de controle de qualidade satisfatório.

Infra-estrutura Tecnológica

- Os equipamentos de Raios X estão obsoletos, com uma idade média de 25 anos de uso.
- Inexistência de sistemática de gerenciamento de informações.
- Defasagem tecnológica dos equipamentos da atividade-fim e atividade-meio.
- Precariedade da estrutura de informática.

- Nível de informatização insuficiente e restrito às áreas de Almoxarifado, Farmácia, Pessoal e Licitações.
- Foi desenvolvido por prestador de serviço um Sistema para Marcação de Consultas, porém ainda não foi implantado.
- As processadoras do Setor de Imagem não possuem a manutenção necessária.
- Não há informatização para o controle de exames realizados no Setor de Laboratório .
- O CPD é terceirizado pela empresa JCS Informática, estando subordinado, em nível de assessoria, à Divisão Administrativa. Esta empresa é responsável pelos serviços de Desenvolvimento, Operação e Manutenção dos Sistemas por ela desenvolvidos, conforme parâmetros descritos por ato licitatório firmado em 1997. Os sistemas, a seguir detalhados, foram desenvolvidos pela JCS:

Sistema/Módulo	Aplicação	Área de Abrangência
Medicamentos	Estoque de Medicamentos	Farmácia
Materiais	Estoque de Materiais	Almoxarifado
Compras	Licitações e Compras – da sugestão de compra até o resultado de licitação	Compras
Pessoal	Departamento de Pessoal – lotação, especialidade, vale transporte etc.	DP
Rouparia	Entrada e saída de roupa limpa e suja nos setores do hospital	Rouparia
Patrimônio	Localização, tombamento, valor etc.	Patrimônio
Gerência Médica	Controle de todos os médicos, seus horários e suas consultas por especialidades	Divisão Médica
Marcação Consultas	Marcação de consulta com os referidos pacientes por clínica médica	
Internação e Alta	Controle de todos os pacientes desde a sua internação até a alta no hospital.	

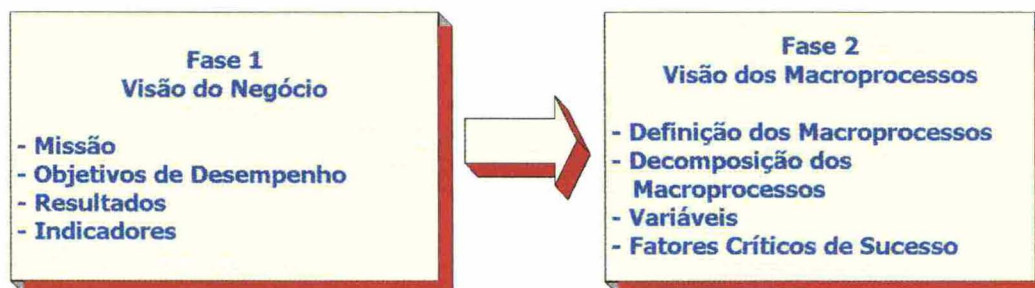
3.4. Modelo de Gestão ao Final da Consultoria

3.4.1. Conceituação da Visão do Negócio e Macroprocessos

Esse módulo pretendeu apresentar proposições para mudança no Cenário Organizacional e Identificação dos Processos Vitais, no que tange a Estrutura Organizacional, Modelos de Gestão e na forma de organização dos Processos de Negócio e de Apoio do **HGI**.

Os *workshops* foram realizados com o Corpo Diretivo do Hospital onde foram extraídas informações sobre:

- Visão do Negócio
- Visão dos Objetivos de Desempenho e Visão dos Macroprocessos



A metodologia de trabalho utilizou-se da técnica de *brain storming*, desenvolvida junto aos integrantes da Equipe de dirigentes de cada Unidade Hospitalar, sendo estabelecida como regra básica a realização de sessões objetivas, curtas, rápidas, com a participação de todos e inexistência de censura de qualquer espécie.

Os conceitos utilizados para desenvolvimento dos *workshops* foram os seguintes:

Conceito de Missão

A Missão do Negócio deve exprimir de forma precisa a razão de sua existência, servindo de balizamento para todas as ações da organização, da mais corriqueira até as de maior importância estratégica.

Conceito de Resultados Sociais

Os Resultados Sociais devem estabelecer os benefícios, efeitos ou impactos sociais, diretos ou indiretos, que a Instituição atinge ou pretende atingir, com a realização de sua Missão.

Conceito de Visão de Futuro

A Visão de Futuro tem o papel de guiar e inspirar. Estabelece os preceitos essenciais e permanentes de uma organização. Define o caráter da organização, transcendendo os ciclos de vida de produtos ou serviços, revoluções tecnológicas, modismos gerenciais ou lideranças individuais. Define onde a organização deverá estar no futuro, num prazo de cinco, 10 ou 20 anos.

Conceito de Objetivos de Desempenho

Os Objetivos de Desempenho devem declarar e definir precisamente quais requisitos são os mais relevantes para a realização da Missão com o máximo de qualidade.

Conceito de Resultados e Indicadores de Desempenho

Os Resultados e Indicadores de Desempenho são formulações precisas que expressam o atingimento dos Objetivos de Desempenho enunciados.

Conceito de Macroprocessos

Macroprocessos são as ações básicas através das quais a Missão do negócio se realiza. São atividades encadeadas que fazem uso dos recursos da organização, para gerar resultados definidos em consonância com a Missão e os Objetivos de Desempenho do negócio. Cada Macroprocesso possui fronteiras, delimitadas através da identificação de suas Atividades Inicial e Final.

Conceito de Atividade Inicial e Atividade Final

Atividade Inicial é aquela que inicializa a execução do Macroprocesso. Atividade Final é aquela que finaliza a execução do Macroprocesso.

Conceito de Atividades Reflexas

Atividades Reflexas são atividades Precedentes e Subseqüentes, respectivamente, às Atividades Inicial e Final dos Macroprocessos, embora fora do escopo de controle direto do Macroprocesso. Devem ser consideradas para efeito de análise, pois são suscetíveis de ações de mudança em programas de reengenharia organizacional.

Conceito de Fatores Críticos de Sucesso

São condições essenciais para que um Macroprocesso atinja de forma plena e satisfatória os Objetivos de Desempenho estabelecidos como estratégicos.

Conceito de Variáveis

São variáveis que contribuem ou não para o desempenho dos Macroprocessos e sobre as quais a Unidade Hospitalar tem poder ou não de ação e de decisão. Cada Variável deve ser identificada em termos de sua situação atual – Forças ou Pontos Fortes e Fraquezas ou Pontos Fracos – no sentido da contribuição para a consecução dos Objetivos de Desempenho estabelecidos.

Conceito de Forças – Pontos Fortes e Fraquezas – Pontos Fracos

Forças ou Pontos Fortes são características operacionais ou gerenciais relevantes que identificam aspectos positivos e facilitadores de cada variável no sentido da contribuição para a consecução dos objetivos de desempenho estabelecidos.

Fraquezas ou Pontos Fracos são características operacionais ou gerenciais relevantes que identificam aspectos dificultadores de cada variável para a consecução dos objetivos de desempenho estabelecidos.

Foi definido com os participantes da equipe qual seria a **Missão** do Hospital Geral de Ipanema. A seguir, foi sugerido que se agrupassem as opiniões dentro dos contextos da **Missão**, da **Visão do Futuro** e dos **Resultados Sociais**, conforme demonstrado a seguir:

PROPOSTAS DA EQUIPE DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA	MISSÃO	VISÃO DE FUTURO	RESULTADOS SOCIAIS
1 - Atender o paciente com qualidade	X		
2 - Atender o cliente interno e externo	X		
3 - Atender o Cidadão	X		
4 - Capacitar todos os servidores			X
5 - Criar mecanismo para diminuir custo de saúde			X
6 - Levantamento dos custos			X
7 - Disciplinar as informações geradas por cada unidade			X
8 - Principal finalidade: aspectos diagnóstico e terapêutico	X		
9 - Adequar e preparar o hospital com métodos e diagnósticos adequados e condições mínimas para o trabalho terapêutico			X
10 - Treinar e qualificar o profissional de saúde e administrativo			X
11 - Desenvolver atividades de ensino e pesquisa			X

A equipe definiu também o foco no cliente, onde apresentaram-se discordâncias quanto aos aspectos de diagnóstico e terapêutica relacionados ao cliente. O quadro, a seguir apresenta a visão da equipe sobre o cliente do **HGI**.

Integração do Hospital com o Sistema de Saúde
Cliente Interno engloba também o Paciente
Hospital como Repartição Pública e Assistencial

Foram destacados os Objetivos de Desempenho , considerados pela equipe, como genéricos para o **HGI**.

1- Qualificação dos Profissionais
2 - Equipamentos em Adequado Funcionamento
3 - Recursos de Material de Consumo Disponíveis
4 –Recursos Humanos adequados em termos Quantitativos
5 - Comprometimento dos Profissionais com a Missão
6 - Capacitação dos Profissionais de Saúde e Administrativos
7 - Recursos de Diagnósticos e Terapêuticos Adequados
8 - Recursos Adequados
9 - Recursos Financeiros

3.4.2. Desenvolvimento da Visão do Negócio

Quando esta ação do Projeto foi sugerida ao **HGI** tinha como propósito fundamental “incorporar a Missão, a Visão de Futuro e os Objetivos de Desempenho às decisões, às atividades, ao comportamento das pessoas e à cultura das Unidades Hospitalares”.

Tal proposição está embasada na crença de que o desenvolvimento de qualquer Instituição, pública ou privada, depende da criação de um ambiente onde o ato de “pensar estrategicamente a Instituição” não seja um privilégio da cúpula, devendo estar incorporado em todos os níveis, a médio prazo, havendo assim maior comprometimento dos quadros funcionais com os destinos da Instituição.

Tal ação, para ser bem-sucedida, deve partir de um pressuposto básico: o corpo funcional deve estar motivado e, a partir daí, deve envolver-se no projeto de forma que os resultados alcançados não sejam meramente institucionais, mas também individuais.

A proposta de disseminação do pensamento estratégico por meio de seminários de gestão participativa, complementados por ações instrumentais como a distribuição de *folders* e cartazes, é a maneira correta para viabilizar a ação com sucesso.

No entanto, os resultados desta ação somente se farão sentir na medida em que questões relativas à Estrutura Organizacional, ao Modelo de Gestão, ao Plano de Incentivos, ao Desempenho e Metas a atingir, à Informatização das Operações, entre outros aspectos, já estejam equacionadas.

A seguir estão detalhadas as definições, estabelecidas pelo Corpo Diretivo, para a visão do negócio:

MISSÃO DO HOSPITAL DE IPANEMA

Atender com qualidade o paciente internado e ambulatorial, nos aspectos diagnóstico e terapêutico.

VISÃO DE FUTURO

Hospital engajado num programa de qualidade total com eficiência máxima.

RESULTADOS SOCIAIS

Atendimento feito da forma mais eficiente, permitindo o retorno do indivíduo às suas atividades no menor tempo possível.

OBJETIVOS, RESULTADOS E INDICADORES DE DESEMPENHO

1 – Comprometimento

MOTIVAÇÃO E ENGAJAMENTO DOS PROFISSIONAIS COM A MISSÃO DA INSTITUIÇÃO.

Resultados	Indicadores de Desempenho
1.1 Redução do tempo médio de internação no pré-operatório	1.1.1 Tempo médio de internação pré-operatória
1.2 Racionalização do uso dos recursos disponíveis	1.2.1 Custo leito/dia
1.3 Melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente	1.3.1 Índice de satisfação do cliente com o atendimento (amostragem pós-atendimento) 1.3.2 Índices aferidores do desempenho técnico <ul style="list-style-type: none">• Sinais Vitais (TPR e PA) aferidos de acordo com a prescrição médica• Cumprimento da prescrição médica (administração dos medicamentos no horário determinado)
1.4 Melhoria do entrosamento entre as equipes	1.4.1 Indicador refletido através de 1.1.1 e 1.3.2
1.5 Sistematização das informações em todos os setores operacionais	A definir
1.6 Vontade própria de melhorar	1.6.1 Quantidade de revistas retiradas da biblioteca (total e por pessoa) 1.6.2 Frequência em cursos oferecidos 1.6.3 Quantidade de cursos internos ministrados
1.7 Vontade de minimizar o sofrimento do paciente	1.7.1 Índice de atendimento em relação ao comparecimento
1.8 Vontade de integrar o paciente ao processo de tratamento	A definir

2 – Capacitação

PREPARO TÉCNICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAL ADMINISTRATIVO PARA O DESEMPENHO DAS FUNÇÕES A ELES ATRIBUÍDAS.

Resultados	Indicadores
2.1 Redução do custo do atendimento do hospital	2.1.1 Custo leito/dia = 2.1
2.2 Diminuição das taxas de morbidade e de mortalidade	2.2.1 Indicador de morbidade <ul style="list-style-type: none">• Atendimento com complicações / atendimento total (curva no tempo) 2.2.2 Indicador de mortalidade <ul style="list-style-type: none">• Quantidade de óbitos após 48 horas de internação / total de internações (curva no tempo)

3 – Adequação

- **ALOCÇÃO DOS QUADROS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS A FUNÇÕES PARA AS QUAIS OS MESMOS ESTEJAM DEVIDAMENTE QUALIFICADOS;**
- **ALOCÇÃO DAS PESSOAS ÀS FUNÇÕES NA QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA ATENDER ADEQUADAMENTE À DEMANDA DE SERVIÇOS;**
- **ALOCÇÃO DE RECURSOS DE DIAGNÓSTICO (IMAGEM, LABORATÓRIO, MATERIAL) DE FORMA A ATENDER ÀS NECESSIDADES, EM TERMOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS;**
- **RECURSOS DE TERAPÊUTICA (MEDICAÇÃO E LOCAL DE ATENDIMENTO) APROPRIADOS.**

Resultados	Indicadores
3.1 Minimização dos desvios de função	3.1.1 Quantidade Pessoal adequadamente alocado/Quantidade total de pessoal (separar pessoal técnico e administrativo) (não incluir cargos comissionados)
3.2 Quantitativo de pessoal compatível com a demanda de atendimento	3.2.1 Total de pessoal / leitos ativos
3.3 Maximização da utilização dos recursos de diagnóstico	3.3.1 Indicadores setoriais por tipo de exame (a serem detalhados)
3.4 Uso dos recursos de diagnóstico com qualidade	3.4.1 Índice de aproveitamento do material consumido <ul style="list-style-type: none"> • Material utilizado / material total consumido (no Raio X, por exemplo) 3.4.2 Índice de aproveitamento dos exames <ul style="list-style-type: none"> • Resultados obtidos / Total de amostras colhidas

Infelizmente, na ocasião da divulgação do material alguns médicos, residentes e demais participantes dos diversos serviços informaram que, além das dificuldades de comunicação interna e de entrosamento, declararam ser difícil divulgar internamente conceitos institucionais sem que antes fossem resolvidas questões de vital importância para a normalização do funcionamento do Hospital, tais como:

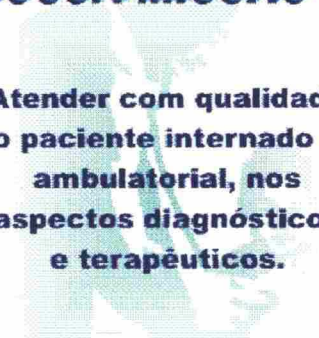
- ✓ regularização do abastecimento de insumos básicos;
- ✓ mudança do modelo de gestão, com o equacionamento de uma política de incentivo ao profissional da saúde.

Ainda assim, foi sugerido dar continuidade a disseminação do material desenvolvido, para todo o Corpo funcional, visando essencialmente a:

- ✓ validar ou rever as diretrizes estratégicas estabelecidas com a Direção;
- ✓ apresentar as ações em curso, conscientizando os quadros quanto à importância do seu envolvimento e participação nessas ações.

Considerando que são fundamentais o patrocínio e o envolvimento direto da Direção do Hospital e das Chefias diretas no processo, recomendou-se uma ação prévia de conscientização das mesmas, de forma a possibilitar a mobilização dos quadros funcionais.


MODELOS DO MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DA VISÃO DO NEGÓCIO DO HGI:



NOSSA MISSÃO É

**Atender com qualidade
o paciente internado e
ambulatorial, nos
aspectos diagnósticos
e terapêuticos.**

Hospital de Ipanema



**NOSSA
VISÃO DE FUTURO**

**Hospital engajado num
programa de qualidade
total com eficiência
máxima**


Hospital de Ipanema



RESULTADOS SOCIAIS

**Atendimento feito da
forma mais eficiente,
permitindo o retorno
do indivíduo às suas
atividades no menor
tempo possível.**

Hospital de Ipanema



3.4.3. Identificação dos Macroprocessos de Trabalho

Considerando o conceito estabelecido para macroprocesso, foram identificados quatro principais processos de trabalho para o **HGI**, sendo associados à cada um as atividades inicial e final; atividades precedentes e subseqüentes; fatores críticos de sucesso e principais variáveis.

MACROPROCESSOS:

1- REALIZAR ATENDIMENTO AMBULATORIAL
2 - REALIZAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA
3 – REALIZAR INTERNAÇÃO
4 – REALIZAR CIRURGIA

MACROPROCESSOS E SUAS ATIVIDADES INICIAL E FINAL:

Macroprocesso	Atividade Inicial	Atividade Final
1. Realizar atendimento ambulatorial	Marcação da consulta	Diagnóstico com definição
2. Realizar atendimento emergência	Atendimento inicial	Diagnóstico com definição
3. Realizar internação	Admissão do paciente	Alta do paciente
4. Realizar cirurgia	Programação cirúrgica	Conclusão

*Diagnóstico
com definição*

Alta

Conclusão

= orientação para tratamento domiciliar ou ambulatorial, internação para investigação – tratamento clínico ou cirúrgico, referenciamento para outras unidades hospitalares ou ambulatoriais, alta, óbito (nesta situação relacionado a atendimento emergencial).

= a pedido, por decisão médica, por óbito, administrativa

= cura, melhora, agravamento ou óbito

MACROPROCESSOS E SUAS ATIVIDADES PRECEDENTES E SUBSEQUENTES:

Macroprocesso	Atividade(s) Precedente(s)	Atividade(s) Subseqüente(s)
1. Realizar atendimento ambulatorial	Acesso do cliente à unidade (informações sobre disponibilidade de serviços; meio físico de marcação de consulta)	Apoio medicamentoso/alimentar; visita domiciliar;
2. Realizar atendimento emergencial	Referenciamento prévio	Destinação pós-emergência (liberação após 48 horas)
3. Realizar internação	Controle da disponibilidade de leitos; triagem de candidatos (em função da patologia e do quadro clínico)	Concretização da alta
4. Realizar cirurgia	Controle da disponibilidade de salas e material de consumo	Suporte pós-operatório

MACROPROCESSOS E SEUS FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO MAIS RELEVANTES:

Fatores Críticos de Sucesso	Macroprocesso	1	2	3	4
1. Triagem mais adequada à real vocação do hospital (uso da rede de saúde integrada)					
2. Adequação do quantitativo de recursos humanos à capacidade instalada do hospital					
3. Integração do hospital com Hemo-Rio					
4. Utilização plena dos recursos diagnóstico e terapêutico disponíveis na rede urodinâmica, angiografia digital, radioterapia, cintilografia etc.)					

1 = Realizar atendimento ambulatorial

3 = Realizar internação

2 = Realizar atendimento emergencial

4 = Realizar cirurgia

PRINCIPAIS VARIÁVEIS:

Variável	Forças	Fraquezas
Receita própria	Previsibilidade do valor disponível, e liberação dos recursos	Falta de autonomia para gerir receita orçada
Recursos humanos / talentos	Processo seletivo e pessoal qualificado	Falta de pessoal em funções específicas (auxiliar de enfermagem, enfermeira, técnico de Raio X), defasagem salarial em funções de nível superior, falta de plano de carreira
Informação / conhecimento	---	Falta de política de incentivo à aquisição de conhecimento, aproveitamento inadequado das informações disponíveis (restritas à direção, sem divulgação para todo o pessoal)
Tecnologia	Endoscopia digestiva, CTI, tomografia computadorizada, laboratório	Defasagem de equipamentos básicos em alguns setores (Raio X, anatomia patológica, fisioterapia)
Recursos materiais / patrimoniais	Recursos compatíveis com atendimento à obesidade mórbida	Má utilização do material disponível, falta de atualização tecnológica dos elevadores (pessoas e monta carga), sistema de expurgo interno e externo inadequado
Políticas / diretrizes internas	Convênios e programas em andamento	Falta de adequação da política de atendimento emergencial ao perfil do hospital
Organização do trabalho	Convênios e programas em andamento	Falta definição da estrutura formal (organograma, atribuições e responsabilidades)
Sistemas / práticas de gestão	---	Sistemas e práticas inadequados

3.4.4. Definição da Nova Estrutura Organizacional

Esta atividade teve como objetivo definir e implementar uma estrutura organizacional básica que viesse regulamentar as relações de autoridade e responsabilidade básicas no Hospital, em decorrência, particularmente, de problemas relacionados a:

- ✓ Dificuldades relativas às relações interpessoais e profissionais entre o Corpo Clínico e a Direção e entre os profissionais da Enfermagem e a Divisão Médica.
- ✓ Alto grau de funcionalidade e de especialização exigido pela Estrutura Organizacional existente.
- ✓ Existência de estruturas informais decorrentes da descontinuidade administrativa e da conseqüente alternância de responsáveis pelas decisões.

Foram consideradas as informações, fornecidas pelo Corpo Diretivo do **HGI**, sobre a estrutura organizacional vigente, as características e peculiaridades do Hospital, a visão e a experiência da Direção em gestão hospitalar e as soluções mais apropriadas de ordem técnica para o estabelecimento de uma estrutura organizacional.

A metodologia do trabalho consistiu em apresentar ao Corpo Diretivo a Estrutura Organizacional Básica proposta pelo Ministério da Saúde e adequá-la às características e peculiaridades do Hospital.

A busca de consenso para as propostas formuladas foi orientada levando em conta os seguintes aspectos:

- ✓ orientações e diretrizes estabelecidas pelo Corpo Diretivo;
- ✓ perfil atual, serviços prestados e peculiaridades do Hospital;
- ✓ remanejamento e readequação de áreas, para equilíbrio das funções desempenhadas; e
- ✓ criação de novas áreas visando a complementar as necessidades de atendimento do Hospital.

Cabe, entretanto, ressaltar que a estrutura organizacional proposta não difere significativamente das estruturas hospitalares tradicionais. As modificações sugeridas procuraram contribuir para o processo de mudança na cultura vigente, pela agregação de um novo estilo de gestão do **HGI**.

Além da estrutura organizacional apresentada, foi igualmente elaborado o respectivo **Regimento Interno**, com a descrição básica das atribuições e competências de cada área do Hospital, conjunto este que deverá ser, detalhado à medida que ocorra a aprovação do que ora se propõe.

Foi desenvolvido em complementação à estrutura organizacional o **Quadro de Profissionais do Hospital** que limitou-se à quantificação de pessoal por área e a respectiva alocação na estrutura organizacional proposta.

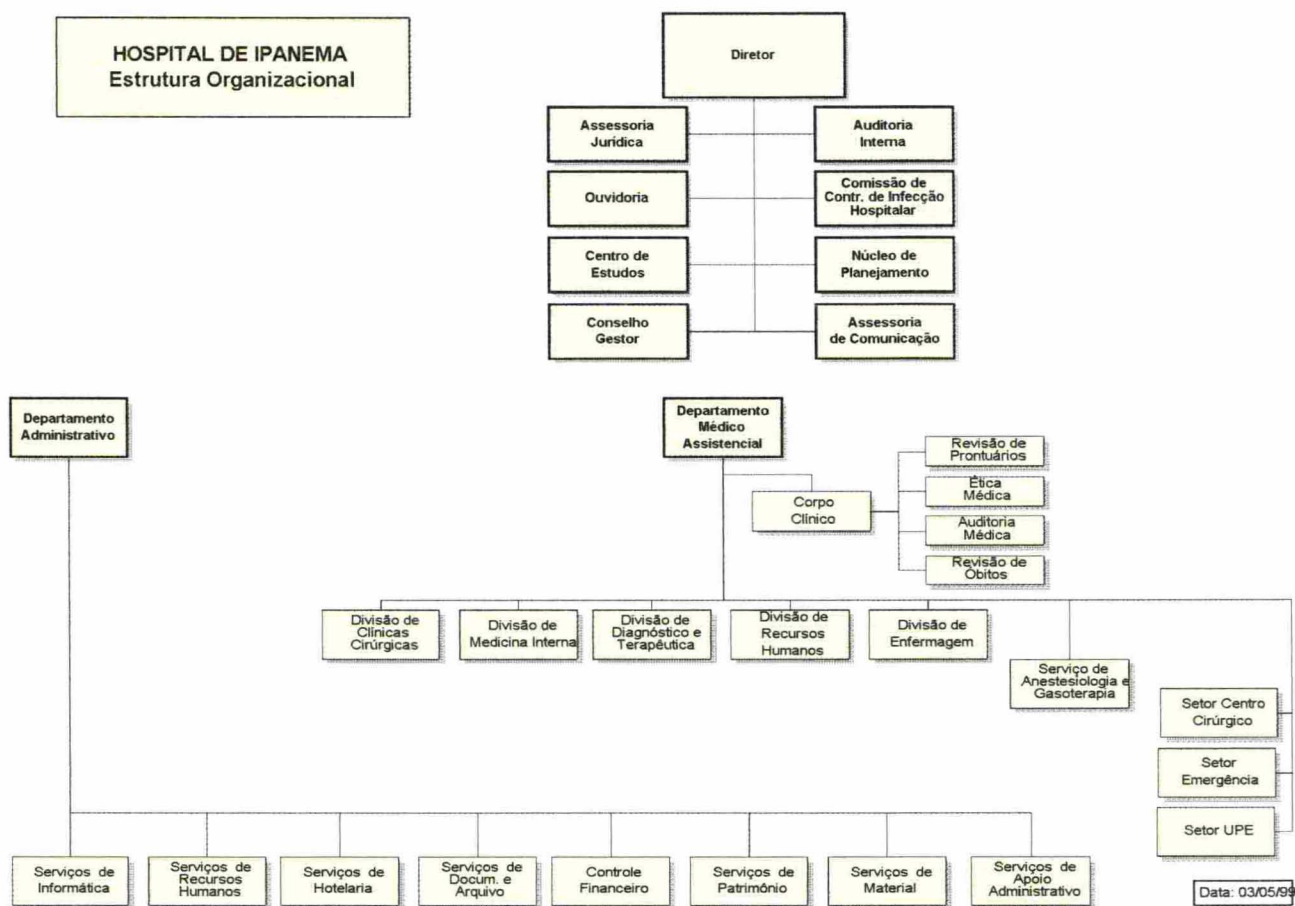
O Quadro de Pessoal proposto considerou as necessidades operacionais do Hospital, a plena utilização da sua capacidade de atendimento e a compatibilização com as atribuições constantes no Regimento Interno.

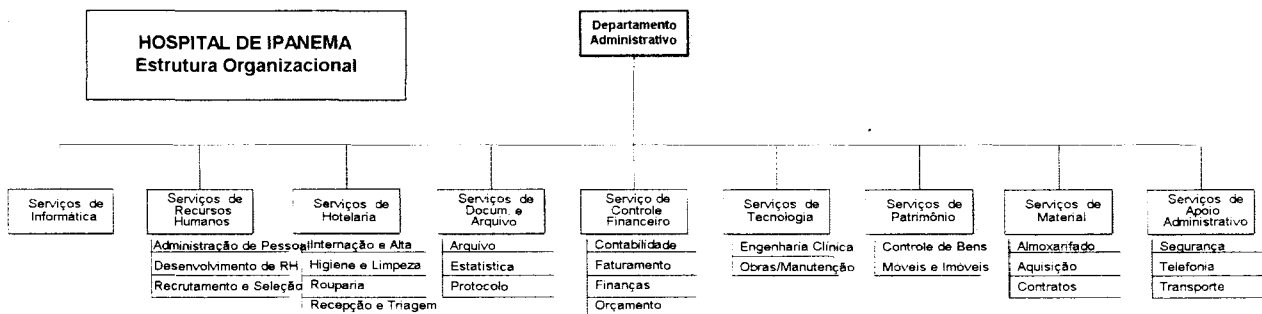
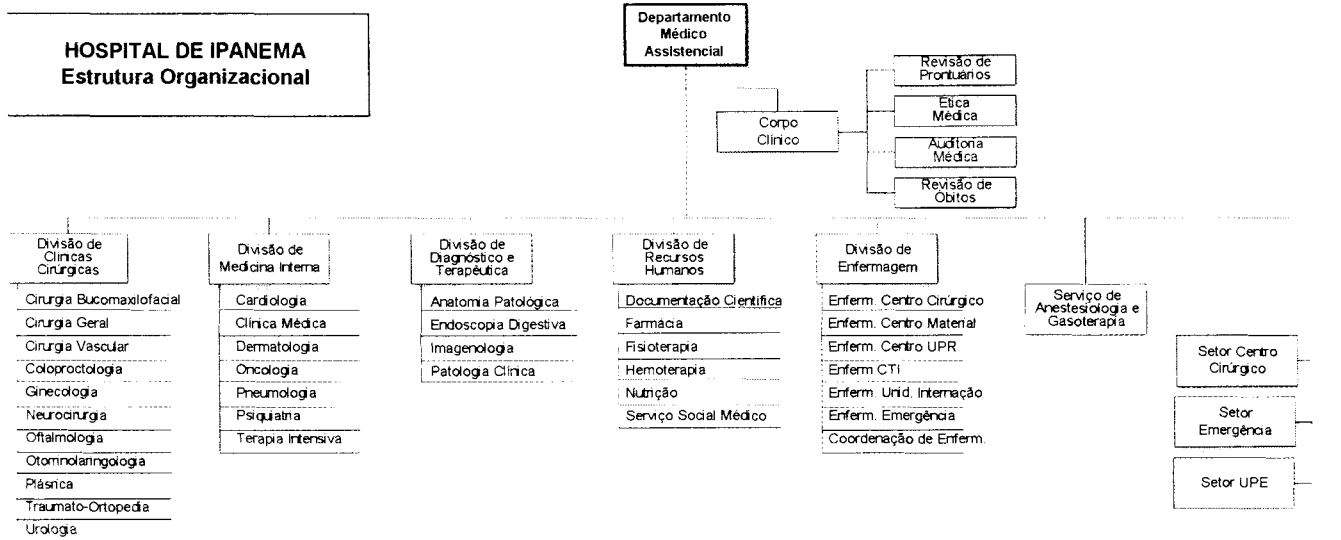
No caso específico da área de Enfermagem, foram utilizados dois métodos distintos para o seu dimensionamento: Método de Marinho e o Modelo

estabelecido pela Coordenadoria do INSS/1988, onde é considerado o número de leitos, salas e consultórios disponíveis.

No que se refere ao **Quadro de Funções Gratificadas**, a proposta baseou-se no Decreto nº 2.477/98, que estabelece a estrutura regimental do MS e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções gratificadas do Ministério. A partir desta análise, foi sugerido o aumento do quantitativo de funções gratificadas abrangendo os níveis de assessoria e todos aqueles responsáveis pelo gerenciamento das áreas.

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL GERAL DE IPANEMA – Maio/1999





3.4.5. Conclusão

Com a definição de missão, visão, objetivos de desempenho, valores e princípios, foi possível auxiliar o **Hospital Geral de Ipanema** no que diz respeito ao entendimento da sua competência e dos seus objetivos finais.

Pode-se dizer que após o trabalho da consultoria o Hospital está dotado de instrumentos básicos para um primeiro nível de organização e normalização, assim representados pela Estrutura Organizacional e pelo Regimento Interno.

Da mesma maneira foi possível identificar, preliminarmente, as necessidades de pessoal para atendimento da nova estrutura que deverá vigorar na Unidade.

Outras atividades foram desenvolvidas pela consultoria, que todavia fogem ao escopo da dissertação, mas que devem ser mencionadas:

- ✓ a elaboração do Quadro de Profissionais do Hospital, com a quantificação de pessoal por área e a distribuição na estrutura organizacional;
- ✓ modelos padronizados de documentos básicos de gestão e comunicação;
- ✓ formulários do Prontuário Médico, que são considerados estratégicos para a atividade-fim do Hospital, visto representarem a consolidação das informações que permeiam o atendimento e o tratamento dos pacientes;
- ✓ instrumentos de modernização dos meios de comunicação, tornados viáveis pela implementação da Internet e da intranet. Estes recursos, além de cumprirem a sua finalidade básica de difundir informações, deverão ter seu uso otimizado como instrumentos de interação a serviço da gestão do Hospital.

4. CONCEITOS SOBRE ARQUITETURA ORGANIZACIONAL

4.1. Apresentação

Considerando que existe um processo evolutivo no estudo das organizações, diversas teorias e técnicas surgiram e foram amplamente divulgadas. No entanto, numa visão tradicional o que as organizações buscam é a funcionalidade na aplicação de novos conceitos e, com isso, muitas técnicas são utilizadas sem sucesso porque não consideram os diversos fatores e influências que caracterizam uma organização.

Dessa forma, as organizações devem buscar a sua excelência através da aplicação de fundamentos e conceitos teóricos que digam respeito a cada situação vivenciada, considerando o gerenciamento das mudanças na própria estrutura da organização.

Como referencial teórico para entendimento do problema em estudo, é de fundamental importância que sejam conhecidas as bases das teorias organizacionais que dão sustentação ao modelo de gestão proposto para o **HGI**.

4.2. Arquitetura Organizacional

4.2.1. Breve Histórico sobre Estruturas Organizacionais

Apesar da grande maioria dos autores que escrevem sobre a arte de organizar iniciem seus comentários a partir de técnicas desenvolvidas no início do século XX, a verdade é que há comprovação de que, desde o começo da civilização, o homem se preocupou com as técnicas de administração.

Dessa forma, um estudo mesmo que superficial, revela que muito antes da chamada Revolução Industrial, já havia inequívocas demonstrações da aplicação prática de conceitos e normas administrativas.

Alguns exemplos são muito conhecidos, como a construção das pirâmides egípcias, onde se demonstrou grande capacidade de planejar, organizar, controlar e comandar o trabalho de milhares de escravos. Nos estaleiros navais em Veneza, desde 1436, já se aplicavam normas de contabilidade, controle de estoque, técnicas de montagem em cadeia, administração de pessoal etc.

“ Todavia, parece ser nos EUA que surge a visão de que a administração das empresas poderia ser estudada à luz de métodos racionais ou científicos” (Bergamini, 1982, p. 40) .

Inicialmente, Daniel Mac Callum, engenheiro ferroviário norte-americano já identificara, por volta de 1856, três princípios aplicáveis à administração ferroviária, isto é, organização, comunicação e informação, sendo que organização (ou adequada divisão do trabalho) era considerado por ele o mais fundamental dos três.

“Mac Callum foi, também, o primeiro empresário de quem se tem notícia de ter utilizado um organograma (desenhado como se fora uma árvore) para representar a estrutura de uma empresa” (Bergamini, 1982, p. 40).

O ponto central da teoria organizacional é, sem dúvida, a contribuição de Taylor e seus seguidores, que partiram da sistematização do trabalho para encontrar a “melhor maneira” (*the best way*) de administrar, válida para qualquer tipo de organização.

A Escola de Relações Humanas foi a primeira tentativa de se deslocar os conceitos da teoria das organizações do processo e dos aspectos técnicos para o grupo social e para o comportamento dos indivíduos nas organizações.

Com a Teoria Estruturalista, é desenvolvido o conceito de *sociedade das organizações*, onde se estudam a interação organização-ambiente e, também, a comparação das tipologias organizacionais. É com esta teoria que se passa a reconhecer pela primeira vez os conflitos inerentes às organizações.

A Teoria de Sistemas “interpreta as organizações como conjunto de elementos distintos, porém inter-relacionados, que controlam o seu próprio desempenho visando à realização de objetivos situados no meio ambiente” (Maximiano, 1990, p. 35).

Considerando que existe um processo evolutivo no estudo das organizações, outras teorias e técnicas surgiram e foram amplamente divulgadas. No entanto, numa visão tradicional, o que as organizações buscam é a funcionalidade na aplicação de novos conceitos e, com isso, muitas técnicas são utilizadas sem sucesso porque não consideram os diversos fatores e influências que caracterizam uma organização.

Para entendimento do problema em estudo, é de fundamental importância que sejam conhecidas as características das estruturas organizacionais que dão

sustentação ao modelo de gestão proposto para o **HGI**. O foco do trabalho, portanto, é o conhecimento das estruturas, não sendo abordada a evolução das teorias das organizações.

As empresas dão sinais claros quando estão vivenciando um processo de transformação estrutural. Ao longo das duas últimas décadas, as organizações pelo mundo responderam ao crescimento da competitividade no ambiente global dos negócios pelos movimentos coordenados das empresas. Como consequência, as estruturas organizacionais se tornaram mais flexíveis, paulatinamente substituindo as tradicionais pirâmides.

Segundo Miles & Snow¹¹, analisando a história dos negócios nos EUA, é possível destacar três formas principais de estrutura organizacional que emergiram no último século: a **estrutura funcional**, a **estrutura divisional** e a **estrutura matricial**.

A estrutura organizacional funcional surgiu nos fins do século dezenove e começo do século vinte. O que caracteriza, fundamentalmente, esta forma de estrutura é a especialização coordenada e centralizada. "Uma organização segue o critério funcional de departamentalização quando cada departamento corresponde a uma função principal" (Maximiano, 1990, p.205).

Este novo formato organizacional permitiu que diversas organizações alcançassem o tamanho necessário e a eficiência para produzir produtos e serviços em prol de um aumento de mercado interno. Um exemplo dessa organização funcional encontra-se nos hospitais.

A estrutura organizacional divisional aparece logo após o fim da Primeira Guerra Mundial e se consolida rapidamente no fim dos anos 1940 e início dos anos 1950. A principal característica dessa estrutura é a combinação da autonomia divisional com um controle central de desempenho e distribuição de recursos. "A

divisionalização é um processo de descentralização de atividades e de autoridade, pelo qual cada unidade de trabalho passa a desfrutar de grande autonomia ... e responsabilidade Essa descentralização torna-se uma necessidade quando a organização cresce, passando a atuar em grandes extensões geográficas, a atender mercados muito diferentes uns dos outros, ou a operar linhas muito diversificadas de produtos e serviços” (Maximiano, 1990, p.205).

A terceira forma de estrutura organizacional é a matricial, que evoluiu nos anos de 1960 a 1970, e combinou elementos de ambas as outras formas (funcional e divisional). “Em seu modelo ideal, este tipo de estrutura consiste em uma organização funcional estável combinada com uma estrutura horizontal de coordenação, que comanda e orienta os recursos humanos especializados para a execução de um ou mais projetos” (Maximiano, 1990, p.209).

“No entanto, a crise econômica dos anos 1970 sinalizou o esgotamento do sistema de produção em série... e o consumidor começou a demandar produtos com maior qualidade e quantidade, os mercados se diversificaram, o ritmo de mudanças tecnológicas cresceu muito e o sistema de produção em série se mostrou rígido e custoso para as características da nova economia. ...Começa um novo período, o pós-capitalista, no qual o emprego do conhecimento em si supera o controle do capital em importância” (Peci, 1999, p.10). Diversos autores passam, então, a apresentar alternativas mais eficientes e eficazes para o desenho de novas estruturas organizacionais.

¹¹ MILES, Raymonde E. & Snow, Charles C. *Causes of failure in network organizations*. California

4.2.2. Arquitetura Organizacional: o porquê das mudanças

A sobrevivência das organizações está associada à capacidade de adaptar-se ao ritmo acelerado que faz parte do cotidiano de quase todos os setores da vida das pessoas. Porém, “a maior parte das estruturas organizacionais e práticas gerencias não foram criadas com esse ritmo de mudança em mente; foram criadas para funcionar bem num mundo mais estável, mais previsível” (Galbraith, 1995, p.XIX). Ou seja, as estruturas antigas serviam para institucionalizar a estabilidade e as atuais devem servir para institucionalizar as mudanças.

“ A intensidade da presente revolução, tecnológica e administrativa, já não deixa alternativas senão a de segui-las com a própria rapidez que a caracteriza. A mudança alcança as pessoas e instituições todos os dias, de forma tão gradual e imperceptível quanto global e estrondosa...Mesmo assim, muitos ainda não se conscientizaram da ocorrência de mudanças fundamentais; vêem-nas apenas como variações de práticas passadas, cujo impacto será pequeno, e pensam poder continuar seus trabalhos da forma costumeira... Nenhuma empresa ou instituição pública pode se considerar atualizada, a não ser por alguns momentos: assim, todas deverão lutar contra parte de seu passado e contra o obsoletismo para inovar e se transformar” (Motta, 1999, p.xiii).

De uma outra forma, as empresas que sobreviverão serão aquelas que conseguirem prever as mudanças, desenvolver rapidamente e implementar eficazmente suas estratégias.

Diversos fatores têm contribuído para aumentar as pressões sobre as organizações. Segundo Nadler¹² e, acrescentando outros, podemos citar:

Management Review. California, 34(4):53-72, Summer 1992.

¹² NADLER, David. Arquitetura Organizacional: a chave para a mudança empresarial. Rio de Janeiro, Campus, 1993.

- ✓ Tecnologia – o crescente índice de adoção de novas tecnologias ameaçam as posições e investimentos existentes.
- ✓ Competição – um número crescente de competidores competentes, ameaçando as organizações.
- ✓ Excesso de oferta – a capacidade de ofertar a maioria dos produtos e serviços é superior à demanda.
- ✓ Globalismo – a competição atual ocorre hoje em escala global.
- ✓ Necessidades e expectativas do cliente – tendo mais escolhas, os clientes exigem maior valor, qualidade e serviço.
- ✓ Participação do governo – os governos passaram a apoiar mais às empresas de seus países; em outros, os governos são fortes elementos inibidores do desenvolvimento organizacional (p.ex.: pelo excesso de burocratismo).
- ✓ Propriedade – as modificações nos padrões de propriedade empresarial estão elevando as exigências dos proprietários.
- ✓ Dinâmica da força de trabalho – modificações na constituição da força de trabalho, inclusive sexo, raça, nível educacional e distribuição etária estão criando uma força de trabalho radicalmente diferente do passado.
- ✓ Necessidade de inovação – as empresas precisam manter um ritmo permanente de desenvolvimento de novos produtos ou serviços.
- ✓ Informática – os avanços da informática e da comunicação permitem a ligação em tempo real de diversas áreas da organização. Seu emprego mais favorável requer padrões e dados compartilhados de maneira uniforme na organização. Há uma verdadeira revolução nas comunicações!
- ✓ Valorização do aprendizado organizacional – com a evolução da economia global a vantagem competitiva só pode ser mantida através do pioneirismo, da melhor execução e da manutenção da liderança.

- ✓ Melhoria dos processos organizacionais – as abordagens da gerência da qualidade total, evidenciam que os processos de trabalho não respeitam as fronteiras organizacionais e sua otimização requer informações e mudanças contínuas.

O ritmo crescente das pressões é uma realidade comum a todos os tipos e tamanhos de organizações. Cada um dos fatores acima descritos tem representado desafios permanentes à geração de modelos organizacionais, cada vez mais eficientes e eficazes.

Algumas ações imediatas devem ser tomadas para minimizar o impacto das pressões e acompanhar as mudanças no ambiente interno e externo à organização:

- ✓ usar todos os instrumentos para criar e manter a eficiência e eficácia organizacional;
- ✓ prever mudanças e desenvolver, antecipadamente, suas estratégias e sua missão básica;
- ✓ usar intensivamente a tecnologia da informação
- ✓ criar flexibilidade para atender o mercado;
- ✓ aprimorar a inovação competitiva (comercialização, produtos/serviços, processos, desenvolvimento estratégico e desenho organizacional);
- ✓ desenvolver métodos de gerenciamento de (inevitáveis) conflitos internos;
- ✓ gerenciar eficazmente os talentos disponíveis na organização;
- ✓ buscar harmonia entre os comportamentos e valores das pessoas e as novas estruturas, processos e tecnologias;
- ✓ manter a coerência organizacional; e
- ✓ adaptar permanentemente a **estrutura organizacional**.

Historicamente, os modelos organizacionais significavam exclusivamente estrutura organizacional. Atualmente, o enfoque situa-se na necessidade de um **alinhamento** da estrutura, dos processos de gestão, dos sistemas e informação, de recompensa, pessoal e outros elementos da organização sempre com o foco na estratégia organizacional.

Segundo Galbraith¹³ existe, cada vez mais, uma convicção de que a estrutura organizacional será a base para se obter vantagens competitivas num futuro previsível. Ao longo dos anos 80, as organizações buscavam a vantagem competitiva através da introdução de iniciativas de produtividade, qualidade total e serviço ao cliente. O que era uma vantagem competitiva passou a ser uma necessidade competitiva. Hoje, a vantagem competitiva só é alcançada se a organização for pioneira na introdução de novas iniciativas estratégicas ou se for muito melhor que as outras na sua implementação.

A principal tarefa da **estrutura organizacional** passa, então, a ser um *continuum* para:

- ✓ a determinação da estratégia de diversificação da organização;
- ✓ alinhar os processos de trabalho e práticas; e
- ✓ compatibilizar a estrutura redesenhada com a estratégia.

¹³ GALBRAITH, Jay R, Edward E. Lawer III & Associados *Organizando para competir no futuro*, São Paulo, Makron Books, 1995.

4.2.3. Compreendendo a Nova Arquitetura Organizacional

O senso comum nos conduz a pensar sobre as organizações sempre em termos de estrutura formal, representada pelo organograma clássico. “Esse modelo vê as relações estáveis, formais, entre as tarefas e unidades de trabalho como fator mais importante numa organização. Essa visão, muito limitada, exclui o comportamento da liderança, o impacto do ambiente, as relações informais e a distribuição de poder. Tal modelo só pode captar uma fração do que realmente acontece nas organizações. Sua perspectiva é estreita e estática” (Nadler, 1993, p.31).

A experiência tem demonstrado que o trabalho realizado, em praticamente todos os projetos de modelagem organizacional, não se limita apenas à análise de problemas relacionados à estrutura organizacional, ou seja aquilo que simboliza graficamente a distribuição de tarefas e poder. O trabalho realizado se estende a um conceito mais abrangente chamado de **Arquitetura Organizacional**.

Conceitualmente, Nadler¹⁴ entende que a arquitetura organizacional considera um conjunto mais amplo de características organizacionais, onde estão incluídas a estrutura formal (organograma), o projeto de práticas de trabalho, a natureza da organização informal ou estilo de operação, e os processos de seleção, socialização e desenvolvimento de pessoal.

Esse conceito, seja para uma “nova construção” ou uma “reforma” deve ser criado através de um complexo processo de interação humana, onde o papel da liderança é fundamental.

¹⁴ NADLER, David. *Arquitetura Organizacional: a chave para a mudança empresarial*. Rio de Janeiro, Campus, 1993.

Partindo dessa visão, existem duas questões que devem ser consideradas no projeto de arquitetura organizacional. A primeira questão diz respeito em como a arquitetura permitirá à organização compatibilizar as diversas estratégias e realizar o trabalho exigido. A segunda questão relaciona-se em como a arquitetura se harmonizará com os indivíduos que trabalham para organização.

Ambas as questões são válidas e complementares. Um modelo de arquitetura organizacional que só tenha como foco estratégias certamente parecerá ser eficiente, mas projetará uma organização que de alguma forma não resolverá os problemas antigos. Por outro lado, um modelo que só tenha como objeto a questão social/cultural certamente projetará uma organização nas quais as pessoas se sentem satisfeitas, mas deixam de implementar as estratégias e realizar o trabalho.

A presente dissertação adota, portanto, como critério para proposição de uma nova arquitetura organizacional para o **HGI**, reforça a percepção de que, qualquer que seja a organização, a sua existência somente se justifica para atender as necessidades individuais, ajudar no exercício do poder e expressar valores individuais e coletivos.

4.3. A Abordagem por Processos

4.3.1. Por que adotar uma visão de processos?

A busca por melhorias estruturais e consistentes tem feito com que as organizações passem a rever a condução de suas atividades de uma forma mais abrangente, onde essas atividades passam a ser analisadas não em termos de funções, áreas ou produtos, mas de **processos de trabalho**.

Com a abordagem por processos o novo modelo de gestão da organização passa a permitir:

- ✓ o melhor atingimento das estratégias e sua permanente atualização;
- ✓ o conhecimento real do processo;
- ✓ a implementação de mudanças em todas as suas complexas dimensões tecnológica, humana e organizacional.

Bem antes das empresas ocidentais, os japoneses já utilizavam a administração de processos, em parte explicando o seu sucesso econômico mundial, particularmente nas décadas de 70 e 80. Segundo Davenport¹⁵ “a melhoria e administração de processos vêm caracterizando a cultura de algumas empresas japonesas há décadas, e permitiu a empresas de certo número de indústrias desenvolverem processos rápidos e eficientes em áreas-chave como desenvolvimento de produtos, logística, vendas e marketing. Em muitos casos, esses processos altamente refinados são adotados com reduzida utilização de tecnologia avançada ou abordagens radicais da administração dos recursos humanos. Eles são, simplesmente, lógicos, equilibrados e compactos”.

¹⁵ DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

No entanto, a abordagem por processo nas organizações ainda não foi totalmente compreendida. “Muitas empresas têm integrado seus processos principais, combinando atividades e eliminando aquelas que não agregam valor, mas apenas algumas modificaram essencialmente o modo pelo qual administram suas organizações. O poder na maioria das empresas ainda reside em unidades verticais – às vezes concentradas em regiões, por vezes em produtos, outras vezes em funções – e estes feudos ainda guardam com zelo o seu campo, seu pessoal e seus recursos” (Hammer, 1999, p. 108)

Quais seriam, então, as principais razões pelas quais a maioria das organizações não adotam a abordagem por processos? Dentre outras, pelo menos as assertivas abaixo respondem essa questão:

- ✓ mercado pouco competitivo e exigente, sendo possível conviver com processos com baixa eficiência;
- ✓ paradigma da visão hierárquica e funcional da estrutura organizacional;
- ✓ ausência de visão estratégica do negócio;
- ✓ desconhecimento de quem são os clientes dos processos e das suas respectivas necessidades;
- ✓ inexistência de uma cultura de processos, seja por desconhecimento ou por falta de convicção.

No entanto, essa abordagem por processos propicia uma série de benefícios, dos quais podem ser vislumbrados:

- ✓ alinhamento dos processos com a missão, visão e estratégias organizacionais;
- ✓ apoio às estratégias de redução/eliminação de custos em processos, considerados onerosos ou pouco lucrativos;
- ✓ atendimento das reais necessidades dos clientes;

- ✓ seleção de processos destinados à terceirização;
- ✓ melhoria da coordenação e comunicação entre as áreas;
- ✓ viabilização das necessidades de mudança;
- ✓ facilitação do desenho da arquitetura organizacional;
- ✓ identificação de processos em duplicidade, inconsistentes ou inexistentes;
- ✓ melhoria da visualização da ambiência externa; e
- ✓ identificação e solução de problemas e melhorias.

A abordagem por processo implica numa ênfase grande na melhoria da forma pela qual o trabalho é realizado, em contraste com enfoque nos produtos ou serviços oferecidos aos clientes. As organizações bem-sucedidas devem, oferecer tanto produtos como serviços de qualidade, empregando processos eficientes e efetivos para produzi-los e vendê-los.

O fundamental nessa abordagem é que o foco passa a ser a adoção do ponto de vista do cliente. “Os processos são a estrutura pela qual uma organização faz o necessário para produzir valor para os seus clientes. Em consequência, uma importante medida de um processo é a satisfação do cliente com o produto desse processo” (Davenport, 1994, p. 8).

4.3.2. Definindo processos

Segundo Davenport¹⁶ “um processo é ... uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, e *inputs* e *outputs* claramente identificados: uma estrutura para a ação”.

Uma outra conceituação para **processo** e, de certa forma mais estruturada é a definida pela metodologia IDEF0 (*Integration Definition for Function Modeling – Definição Integrada para Modelagem de Funções*).

Conforme descreve Maranhão¹⁷, essa metodologia foi desenvolvida pelo governo dos EUA para suportar as indústrias aeronáutica e aeroespacial americanas. Inicialmente, a Força Aérea (*United State Air Force – USAF*), patrocinou e coordenou nos anos 70 o projeto ICAM (*Integrated Computer Aided Manufacturing – Manufatura Integrada Assistida por Computador*). O objetivo do programa era o de estabelecer parametrização que pudesse assegurar a integração, alta confiabilidade e custo aceitável (por questões de competitividade da indústria americana) dos inúmeros e complexos produtos componentes de aviões, satélites, mísseis, foguetes, estações espaciais e outros artefatos e serviços de alta tecnologia.

Em 1983, a USAF melhorou o modelo de informações, transformando-o em um modelo mais amplo, redefinindo-o como IDEF1X (IDEF1, complementado com o **X** de **eX**tendido). Finalmente, em 1991, o Departamento de Defesa dos Estados Unidos (DoD) adotou e publicou as normas para as metodologias IDEF0 e IDEF1X, assim condicionando a adoção desta metodologia para fornecimento de materiais e serviços às forças armadas daquele País.

¹⁶ DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

¹⁷ MARANHÃO. Mauriti, *ISO série 9000: manual de implementação*, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

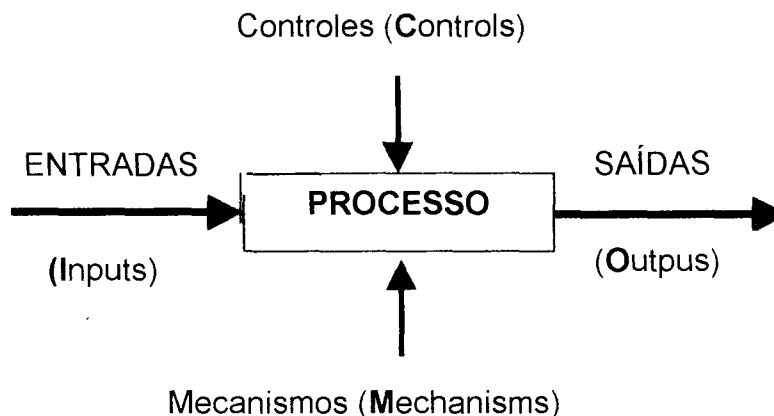
O poder da metodologia IDEF0 (Integration **DEF**inition language **0**) pode ser avaliado pelos seus **objetivos primários**:

- a) Prover um meio para modelar as funções (atividades, processos, operações) completa e consistentemente como requeridas por um sistema ou empresa, e as relações funcionais e dados (informação ou objetos) que suportam a integração destas funções;
- b) Prover uma técnica de mapeamento que seja independente dos métodos e das ferramentas CASE (Engenharia de *Software* Assistida por Computador), mas que possam ser usadas em conjunto com estes métodos e ferramentas;
- c) Prover uma técnica de mapeamento que tenha as seguintes características:
 - ♦ Generalidade (para análise de sistemas de variados propósitos, escopo e complexidade); rigor e precisão (para produção de modelos corretos e aplicáveis)
 - ♦ Concisão (para facilitar a compreensão, comunicação, consenso e validação);
 - ♦ Conceito (para representar requisitos funcionais com vantagens sobre as implementações físicas ou organizacionais)
 - ♦ Flexibilidade (para suportar várias fases do ciclo de vida de um projeto).

A metodologia IDEF0 pode ser aplicada tanto para novos sistemas (definição de requisitos e estabelecimento de funções) quanto para sistemas já existentes (análise de desempenho e documentação).

A metodologia IDEF0 define **processos** como a transformação de **entradas** (*inputs*), orientados por **controles** (*controls*), em **saídas** (*outputs*) , usando **recursos** (*mechanisms*), passando a ser denominados **ICOM**.

Esta definição introduz os conceitos de controles e de mecanismos, que na definição de Davenport¹⁸ poderiam ser considerados como entradas. Observemos a representação gráfica de processos, como padronizada na metodologia IDEF:



Segundo Maranhão¹⁹ é possível extrair as seguintes definições da metodologia IDEF:

Processo: Conjunto de atividades, funções ou tarefas identificadas, que ocorrem em um período de tempo e que produzem algum resultado.

Entradas (Inputs): um recurso modificado ou consumido pelo processo.

Controles (Controls): uma regra ou restrição na execução do processo (obrigatório e documentado)

Saídas (Outputs): resultado do processo (obrigatório)

Mecanismos (Mechanisms): algo que possibilita a execução do processo, mas não é consumido

¹⁸ DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

¹⁹ MARANHÃO. Mauriti, *ISO série 9000: manual de implementação*, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

Exemplos de **ICOMs** para um **processo de faturamento**:

TIPO DE ICOM	EXEMPLO DO ICOM
Entrada (<i>Input</i>)	Descrição da transação, quantidades, valores
Controles (<i>Controls</i>)	Legislação de impostos, normas de faturamento
Saída (<i>Output</i>)	Nota fiscal emitida
Mecanismos (<i>Mechanisms</i>)	Computador, sistema de faturamento, faturista

A abordagem por processos pressupõe conhecimento tanto dos grandes quanto dos pequenos processos de trabalho existentes na organização. Uma questão importante é o enfoque nos **processos amplos e mais abrangentes** da organização. “A maioria das empresas, até mesmo as muito grandes e complexas, podem ser decompostas em menos de 20 processos principais. A IBM identificou 18 processos,... a Xerox 14 processos..” (Davenport, 1994, p.9).

Além do conhecimento dos processos, a sua **padronização** oferece muitos benefícios. “Primeiramente, ela reduz o custeio, já que o processo requer apenas um responsável com um quadro de pessoal, somente um conjunto de documentação e materiais de treinamento, e somente um sistema de informações. Em segundo lugar, uma organização com processos padronizados apresenta uma face para seus fornecedores e clientes... Em terceiro lugar, e talvez de forma até intuitiva, a padronização dos processos pode aumentar a flexibilidade organizacional” (Hammer, 1999, p.114).

Outra questão relevante é que a abordagem por processos implica na utilização de instrumentos de mudança específicos e poderosos, como por exemplo a **tecnologia da informação**. A informação, segundo Davenport²⁰, “é a cola que mantém em pé a estrutura organizacional” e é usada para facilitar a integração entre os processos. No entanto, a tecnologia da informação não pode mudar, por

²⁰ DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

si mesma, os processos, nem constitui o único recurso poderoso. Outros fatores importantes como outros recursos técnicos e humanos devem ser considerados.

O conhecimento dos processos de trabalho permite que organização promova melhorias e mudanças em níveis mais significativos. No entanto, nenhuma organização implementa uma abordagem por processo em curto espaço de tempo. Sua implementação exige uma mudança não apenas cultural, mas também na estrutura de poder e controle organizacionais, na necessidade de se adquirir novos conhecimentos, nas relações de subordinação e nas práticas administrativas.

4.3.3. Estrutura Organizacional e Processos

Em geral, as organizações tendem a ser estruturadas baseadas em **funções** ou em **produtos/serviços**, com pouca ou nenhuma orientação para os processos de trabalho. Com isso, passa a existir uma maior dificuldade em se atender às necessidades do cliente sem atritos entre as diferentes funções, pois ninguém é “dono” do assunto.

Apesar de se reconhecer que as organizações funcionais são rígidas, a solução em abandonar esse tipo de estrutura é mais complicada do que se pode imaginar. **Não se propõe que o processo seja a única base da estrutura organizacional.** A estrutura organizacional é importante para uma orientação do processo, da mesma forma que o gerenciamento do produto/serviço e o funcionamento das unidades organizacionais estratégicas.

Como já visto, a abordagem por processos se distingue das versões hierarquizadas e verticalizadas da estrutura organizacional. A estrutura organizacional funcional possui uma visão fragmentada e estanque das responsabilidades e das relações de subordinação. Em contrapartida, a estrutura por processos permite uma visão dinâmica da forma pela qual a organização agrega valor ao seu negócio.

De uma forma geral, a adoção de uma estrutura baseada em processo significa menor ênfase na estrutura funcional da organização. A maioria das organizações se caracteriza pelo movimento das suas principais funções, que em geral consome tempo, é descoordenado, é oneroso e não atende adequadamente ao cliente.

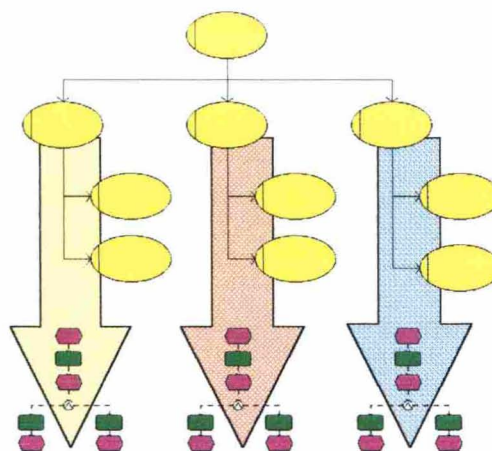
A abordagem por processo exige que as interfaces entre as áreas funcionais sejam melhoradas ou, até mesmo, eliminadas e que sempre que possível o

fluxo do trabalho ocorra através das funções por meio de movimentos rápidos e eficientes de informação.

Os quadros, a seguir apresentados, demonstram a diferença entre a abordagem funcional e a abordagem por processos:

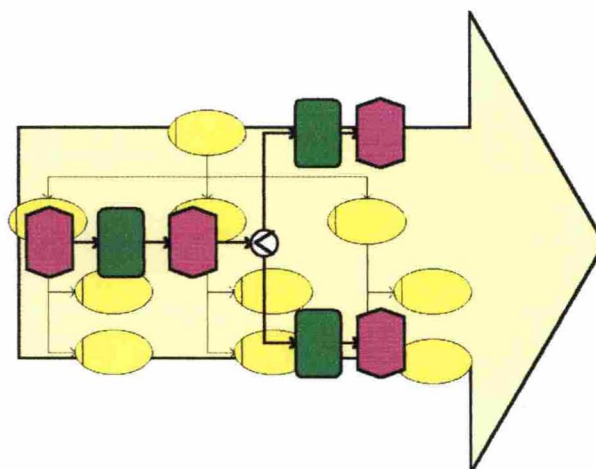
ABORDAGEM FUNCIONAL

*O foco se encontra nas **unidades organizacionais***

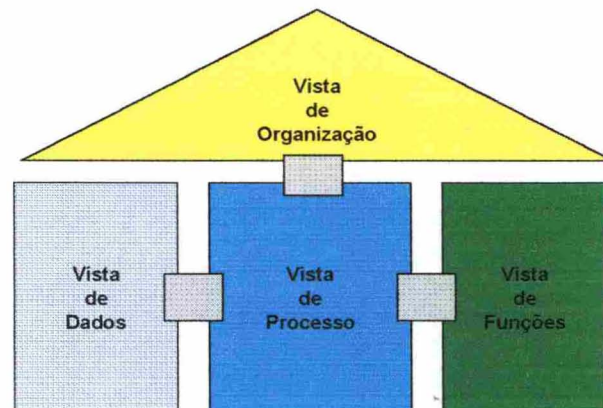


ABORDAGEM POR PROCESSOS

*O foco se encontra está nos **processos de trabalho***



Numa visão de alto nível, a abordagem por processos é o conhecimento e a análise dos processos e seu relacionamento com os dados estruturados em uma visão *top-down*, até um nível que permita sua perfeita compreensão.



“Como as estruturas das grandes empresas não refletem seus processos interfuncionais, apenas os que estão em posições que controlam funções múltiplas podem ser capazes de reconhecer as oportunidades de inovação. Um funcionário do departamento de entregas não tem probabilidade de imaginar uma reformulação radical de todo o processo de administração de pedidos. As idéias de trabalhadores e gerentes de níveis inferiores, embora devam ser solicitadas, provavelmente visam a melhorias graduais. Mas embora os trabalhadores e gerentes de níveis médio e inferior tenham tanta probabilidade de resistir a mudanças mais importantes quanto de sugeri-las, os implementadores da reengenharia de processos devem tentar conquistar a participação e aceitação em todos os níveis da organização” (Davenport, 1994, p.15).

Em geral, os programas de melhoria de processos, inclusive aqueles que são realizados em função de programas da qualidade, são aplicados nas estruturas organizacionais existentes e com isso envolvem mudanças nos processos funcionais. A abordagem por processos envolve o conhecimento dos processos,

independentemente das unidades funcionais, o que pode levar a melhores práticas e melhorias mais consistentes.

Uma organização que tenha interesse em trabalhar apenas por processo deve “estar preparada para tolerar os conhecidos problemas com estruturas de matrizes, inclusive a difusão da responsabilidade, relações hierárquicas pouco claras e gasto excessivo de tempo na coordenação de atividades e reuniões” (Davenport, 1994, p.188).

Uma estrutura organizacional baseada em processo é uma estrutura construída em torno do modo de fazer o trabalho, e não em torno de habilitações específicas. Vários teóricos do processo organizacional argumentam que as organizações necessitam reduzir seus níveis de hierarquia e adotar estruturas baseadas em ação, e não estruturas formais. Uma estrutura baseada em processos combina uma orientação para a ação com um certo grau de estrutura formal.

“Menos níveis, número menor de empregados, organizações distribuídas e descentralização estão reduzindo o poder na matriz. A redução nos pré-requisitos e nas posições estão reduzindo a distância social e as barreiras entre grupos que precisam cooperar, mas ainda há necessidade de empregar o processo hierárquico de decisão para reduzir as interfaces e resolver conflitos. Esses processos são um complemento útil de hierarquia; *status* e posição são cada vez menos componentes não-funcionais” (Galbraith, 1995, p.259).

A maioria das empresas que adotou melhorias estruturais impôs um gerenciamento por processo como dimensão adicional de uma estrutura – por cima das dimensões existentes – atribuindo a responsabilidade do processo a gerentes que também podem ter responsabilidades funcionais. “Em quase nenhuma dessas empresas a responsabilidade pelo processo recebeu legitimidade organizacional” (Davenport, 1994, p. 190).

Segundo Davenport ²¹, a hesitação em passar a estruturas baseadas em processos vai além do simples desconhecimento do processo como uma unidade organizacional. Quando lhes perguntaram por que relutavam em passar a estruturas baseadas em processos, os gerentes orientados para processos apresentaram, entre outras, as seguintes razões:

- ✓ preocupação com o fato de o nível de mudança organizacional já ser alto com a reengenharia; a conversão a uma organização baseada em processos pode constituir uma mudança excessiva.
- ✓ receio de que o fato de as funções já não constituírem a base primordial de organização pode fazer com que as habilidades funcionais se percam; e
- ✓ crença de que o processo se constitui numa base instável para a organização porque os processos mudam mais depressa do que as funções.

Todas as razões podem ter algum fundamento, porém uma organização que demonstre dinamismo e capacidade de mudança tem maior chance de sobrevivência no seu negócio.

A proposta não é o abandono, nem tampouco uma mudança radical na estrutura funcional convencional, mas sim conhecer e melhorar os processos de trabalho para que haja uma melhor aderência com a estrutura organizacional.

²¹ DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

5. ARQUITETURA ORGANIZACIONAL PROPOSTA PARA O HOSPITAL GERAL DE IPANEMA

5.1. Apresentação

Segundo Chandler²², não existe uma maneira “melhor” de se organizar. A forma organizacional é produto complexo da história, da estratégia e das circunstâncias ambientais.

No que diz respeito aos hospitais, todos esses fatores devem ser considerados, sendo necessário reforçar as demandas sociais geradas pela sociedade e que inclui as organizações hospitalares.

A complexidade atual das organizações hospitalares nos leva a crer que uma análise criteriosa deva ser feita quando se propõe um novo modelo para gestão de seus recursos. Dessa forma, é fundamental a análise da sua funcionalidade, considerando critérios absolutamente racionais que caracterizam a moderna administração das empresas.

Os hospitais em geral utilizam o modelo burocrático e funcional de estrutura organizacional, onde cada área possui um conjunto de responsabilidades diferenciadas e um elevado nível de fragmentação de tarefas. Nesses modelos existe uma divisão de trabalho baseada na especialização de seus profissionais, hierarquia de autoridade bem definida e regras estabelecidas, onde a organização formal é retratada pelo organograma convencional.

²² CHANDLER, A. *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1962.

Gonçalves²³ alerta para o cuidado que se deve ter ao analisar a estrutura de uma organização hospitalar. Pois além das áreas destinadas ao diagnóstico e tratamento de doenças existem os setores que em razão do desenvolvimento tecnológico necessitam de um tratamento especial, como por exemplo o setor de elementos diagnósticos e de recursos terapêuticos e os setores de apoio técnico (informática).

Além da necessidade de se estruturar racionalmente os diversos setores, é fundamental considerar na análise as relações que existem entre as pessoas e grupos que convivem na organização hospitalar, sendo essa questão de fundamental relevância na construção de um modelo de gestão.

Os conflitos, de natureza grupal ou profissional que existem num hospital podem ser por exemplo entre o corpo clínico e os médicos. “Trata-se de profissionais com os quais muitas vezes é difícil trabalhar, principalmente por serem formados – ou deformados – ao longo dos anos de sua preparação acadêmica para estar capacitados a exercer, a cada momento, decisões que envolvem a vida e a morte das pessoas. Daí sua dificuldade em repartir seu poder, em aceitar normas de disciplina coletiva, em ouvir sugestões ou recomendações” (Gonçalves, 1998, p.82).

“Outro contingente profissional que muitas vezes envolve dificuldades comportamentais é representado por integrantes do Serviço de Enfermagem” (Gonçalves, 1998, p.82). Sua contribuição no hospital durante 24 horas do dia é inquestionável. No entanto, ocorrem situações de conflito em função da confusão entre competência/dedicação com autonomia/insubordinação. Outras categorias, como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos etc., por serem consideradas de apoio, muitas vezes são relegadas a um segundo plano, o que gera uma acomodação no seu trabalho.

²³ GONÇALVES, Ernesto Lima, *Estrutura Organizacional do Hospital Moderno*, Revista de Administração de Empresas V. 38. n.1. p. 80-90, 1998.

Finalmente, numa proposta de estrutura para um hospital moderno, uma questão de fundamental importância é a utilização plena dos recursos de informática nos procedimentos relacionados ao doente e de suporte a todas às atividades de apoio operacional.

5.2. Uma Nova Proposta

A nova proposta de estrutura organizacional para o **HGI** tem como finalidade adequar a **estrutura funcional convencional** a uma **estrutura de processos de trabalho** integrados entre as diversas áreas funcionais, agregando os benefícios das ferramentas disponíveis.

Como já analisado, o organograma vigente no **HGI** apresenta elevada quantidade de níveis hierárquicos, com grande nível de especialização, o que dificulta o processo de tomada de decisão, dificulta a comunicação entre as áreas e emperra o fluxo de trabalho. Como consequência, a percepção é que não existem relações dinâmicas entre as áreas, acarretando morosidade e ineficiência na execução dos processos de trabalho e, conseqüentemente, descontentamento do cliente final.

A arquitetura organizacional proposta situa-se na **estrutura por processo associada a estrutura funcional**. Dessa forma, a missão das áreas funcionais passa a ser redefinida, não sendo mais responsáveis pelo trabalho. As áreas funcionais devem concentrar-se na formação da competência do pessoal. Passa a existir a função de *responsável pelo processo* que tem como responsabilidade a supervisão do processo de trabalho.

A nova proposta pressupõe uma mudança radical na arquitetura organizacional do **HGI**. No entanto, não significa que as áreas funcionais existentes seriam eliminadas; na verdade continuarão desempenhando papéis essenciais. Isso significa que as estruturas funcionais verticais e as de processo horizontais deveriam coexistir em perfeito sistema de parceria.

Cabe ao **HGI** “redistribuir a responsabilidade de gerenciamento ... e modificar seus sistemas básicos de gerenciamento e até mesmo sua cultura, para adequar-se a uma nova balança de poder” (Hammer, 1999, p.111).

Nessa proposta, os estilos tradicionais de administração passam a não ter mais lugar. Os gestores não podem comandar e controlar: eles têm que negociar e colaborar. Eles não podem exercer o poder e sim influenciar decisões. Com isso haverá uma forte mudança no quadro de pessoal e na atividade de capacitação.

Duas questões, já mencionadas, são relevantes nessa nova proposta. A primeira diz respeito à necessidade de um **modelo integrado de informações gerenciais**, pois é com ele que será possível que as informações atuem como a “cola” que manterá unida a estrutura e os processos de trabalho. Além disso, com um modelo de informações integrado será possível a plena utilização dos recursos materiais e humanos do hospital.

A outra questão é a reconhecida **redução de níveis hierárquicos** que esse tipo de modelo de gestão proporciona. Essa redução será realizada segundo critérios racionais, levando em consideração a cultura existente no **HGI**.

Do exposto, a **estrutura organizacional básica e processos** do **HGI** passarão a ter a seguinte configuração:

a) estrutura organizacional funcional:

ÁREAS	RESPONSABILIDADE
DIRETORIA	<ul style="list-style-type: none">- Realizar e promover a gestão do HGI, por meio de ações de planejamento, organização, direção e controle das atividades para atingir objetivos previamente fixados, em conformidade com o melhor interesse da comunidade da sua área de atuação;- Prestar contas da sua gestão para os níveis superiores, corpo diretivo, corpo funcional e sociedade;- Propor e atualizar as diretrizes do HGI, particularmente no que diz respeito ao atendimento médico-assistencial, ao ensino e pesquisa e ao melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais.

ÁREAS	RESPONSABILIDADE
CONSELHO GESTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Propor a política do HGI quanto ao ensino, à pesquisa e à assistência médica; - Autorizar as pesquisas e trabalhos científicos; - Propor ou opinar sobre modificações no regimento interno; - Propor acordos, contratos e convênios com entidades públicas e privadas; - Opinar sobre a concessão de bolsas de estudos e afastamento de servidores para participação em cursos de aperfeiçoamento e especialização; - Analisar a aplicação de recursos disponíveis para o HGI.
CORPO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Zelar pelo exercício ético da medicina; - Atuar visando a melhoria da qualidade dos processos assistenciais; - Organizar a participação dos serviços assistenciais e dos profissionais médicos no acompanhamento das atividades desenvolvidas no Hospital; - Contribuir na integração entre a direção da unidade e os médicos do HGI.
MÉDICO ASSISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Definir as diretrizes básicas das atividades de assistência médica-hospitalar, de pesquisa, de prestação de serviços médicos da comunidade; - Coordenar as atividades médico-assistenciais no diagnóstico e tratamento dos usuários do HGI; - Apoiar as atividades de ensino e pesquisa científicas; - Apoiar a elaboração e execução de planos de trabalho das diversas divisões, serviços e setores; - Acompanhar programas e campanhas médico-sociais;
APOIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar atendimento ao paciente ambulatorial, de emergência e internado; - Realizar exames anátomo-patológicos de peças cirúrgica e/ou biópsias de qualquer natureza e citopatologia; - Realizar necropsias, quando solicitado, para verificação de óbitos de pacientes falecidos no Hospital; - Estabelecer normas para coleta e adequado fixação e conservação de materiais a serem submetidos aos exames anatomopatológico; - Realizar procedimentos endoscópicos para diagnóstico e tratamento; - Realizar os procedimentos de diagnósticos e terapêuticos com aplicação de recursos de imagem.

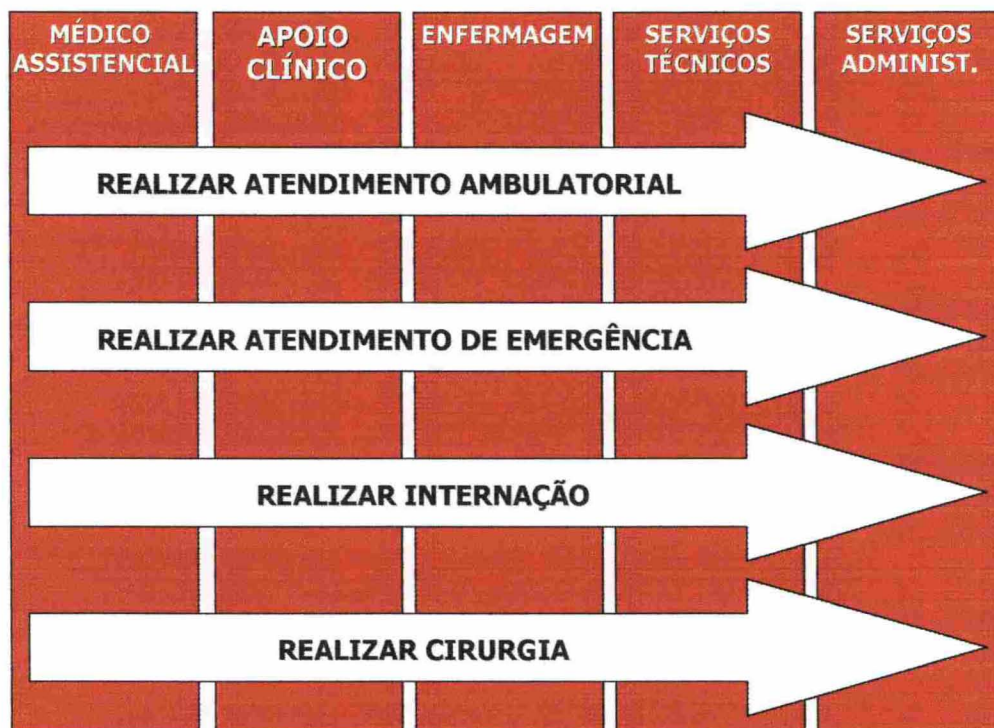
ÁREAS	RESPONSABILIDADE
ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar assistência aos pacientes em regime de internação ou ambulatório, de acordo com as normas técnicas preconizadas pelo COREN; - Estabelecer medidas necessárias ao desenvolvimento e manutenção do padrão de assistência; - Atuar junto com os médicos na execução do plano terapêutico estabelecido para os pacientes; - Participar da elaboração do histórico e prescrição de enfermagem aos pacientes.
SERVIÇOS TÉCNICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer sistemática de controle e distribuição de medicamentos seguro e eficiente para suprir as unidades de assistência com os medicamentos prescritos pelo corpo clínico; - Controlar os produtos químicos adquiridos para uso hospitalar; - Preparar soluções para nutrição parenteral; - Participar de programas de ensino e realizar pesquisa científica; - Armazenar sangue e seus derivados, de acordo com o estabelecido pelo Hemo-Rio; - Orientar a transfusão de sangue e de seus derivados; - Programar e controlar a alimentação adequada à saúde e bem-estar dos pacientes; - Padronizar e manter atualizada as dietas hospitalares; - Desenvolver programas e projetos na área de educação alimentar. - Promover o bem-estar social dos usuários e seus familiares, permitindo a sua inserção na comunidade hospitalar; - Promover e orientar o tratamento fisioterápico dos pacientes internados e ambulatoriais; - Gerenciar o arquivo de prontuários médicos ativo e inativo.

ÁREAS	RESPONSABILIDADE
SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Gerenciar as atividades relacionadas a: controle financeiro, informática, material, patrimônio, serviços de apoio administrativo e documentação e arquivo, recursos humanos, hotelaria e tecnologia; - Fornecer subsídios para o estabelecimento das políticas e gerenciamento de material, contratos de terceirização e patrimônio; - Controlar e prestar contas dos recursos orçamentários e financeiros; - Fornecer subsídios para o estabelecimento da política e gerenciamento de recursos humanos; - Fornecer subsídios para o estabelecimento da política e gerenciamento de recursos tecnológicos e de informações.

b) principais processos de trabalho (da atividade-fim):

1- REALIZAR ATENDIMENTO AMBULATORIAL
2 - REALIZAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA
3 – REALIZAR INTERNAÇÃO
4 – REALIZAR CIRURGIA

Independentemente da forma de subordinação hierárquica das áreas, a proposta é fazer com os processos permeiem a estrutura organizacional, conforme representado graficamente:



Estes principais processos foram selecionados pelo Corpo Diretivo do **HGI** e são relacionados à sua atividade-fim. Esses processos serão desdobrados em **subprocessos** de trabalho, até o perfeito nível de entendimento para a realização das tarefas. A **seleção de processos** é pré-requisito essencial para a mudança e melhoria da gestão organizacional.

Existem inúmeros outros **processos não relacionados** diretamente à atividade-fim que também são objeto de atenção, como por exemplo: aquisição de equipamentos e materiais, capacitação de pessoal, manutenção predial etc.

Porém, para efeito de condução da proposta da dissertação, o foco do trabalho se limitará aos principais processos destacados e seu relacionamento à estrutura organizacional.

A implementação da nova arquitetura organizacional deve obedecer alguns critérios e ser conduzida mediante a aplicação de uma metodologia específica, que será detalhada no próximo capítulo.

Um outro fator da abordagem por processos, tão importante quanto os descritos, é aquele relacionado ao **engajamento das pessoas**. É a motivação, potencializada na equipe, que criará o ambiente necessário para as mudanças na forma de atuação do **HGI**.

5.3. Estratégia para Implementação da Nova Arquitetura Organizacional

A realização da mudança da arquitetura organizacional de um hospital tipicamente hierarquizado para um hospital gerenciado por processos envolve muito mais do que simplesmente redesenhar o organograma. Esse caminho, em geral, não é fácil de ser empreendido.

O direcionamento do **HGI** para uma nova estrutura por processos deve estar ligado a um **plano estratégico** definido pela Direção. Associada à essa premissa devem ser designados como **responsáveis pelos processos** os gerentes respeitados e com perfil adequado à nova função. Na hipótese de não existir a competência exigida, é essencial que haja a devida preparação ou, alternativamente, contratação.

Em seguida é fundamental a necessidade de se **projetar os processos** de trabalho antes de se projetar a estrutura organizacional. Ao invés de construir uma arquitetura organizacional em torno da divisão do trabalho e da criação de uma hierarquia, devem ser analisadas as etapas no processo de trabalho e reprojetar, segundo a necessidade, cargos significativos para indivíduos e equipes.

É enfatizado que, a partir da definição dos processos de trabalho, devem ser identificados os **responsáveis pelos processos**. Esse é um grande diferencial entre uma organização tradicional e uma organização que trabalha por processos.

Tradicionalmente o gerente funcional supervisiona tanto o trabalho quanto as pessoas que o executam. Numa estrutura por processo as pessoas passam a ter múltiplos relacionamentos de responsabilidade. O responsável pelo processo realiza o controle sobre o trabalho e o gerente funcional gerencia as pessoas que executam o trabalho.

O quadro apresenta os principais **papéis** do Gerente Funcional e do Responsável pelo Processo:

GERENTE FUNCIONAL	RESPONSÁVEL PELO PROCESSO
Gerenciamento do que lhe cabe no processo	Gerenciamento total do processo
Viabiliza novos processos na unidade	Criação do processo
Treinamento nos conhecimentos técnicos gerais necessários ao processo	Treinamento específicos do processo
Implementa as melhorias do processo	Conduz a evolução global do processo
Autoridade restrita sobre o processo, limitada à sua função	Ampla autoridade global sobre o processo
Definição do desempenho limitada à sua função	Definição dos indicadores de desempenho e fatores críticos de sucesso do processo

Os **estilos de administração** também se diferenciam entre Gerente Funcional e o do Responsável pelo Processo, como pode ser observado:

GERENTE FUNCIONAL	RESPONSÁVEL PELO PROCESSO
Comanda e controla	Negocia e colabora
Exerce o poder	Influencia o poder
Enfatiza a especialização	Enfatiza o conhecimento e a responsabilidade
Preocupação com regras e normas	Preocupação com resultados
Fidelidade à organização	Vinculação à missão e à visão
Dependência hierárquica	Interdependência entre equipes
Participação e comprometimento com visão local do seu setor	Participação e comprometimento com visão global da organização

Após a identificação e responsabilização do processo são estabelecidos os **indicadores de desempenho** e os **fatores críticos de sucesso** para cada processo. “Os responsáveis pelo processo não-somente utilizam mensurações para monitorar a situação de um processo e guiar os esforços de aperfeiçoamento, como também os disseminam ao longo da organização para reforçar a conscientização das pessoas em relação ao processo e para convergir seus esforços na consecução dos mesmos. Uma vez que as mesmas medidas avaliadoras do processo sejam utilizadas para aferir a performance de todos aqueles envolvidos no processo, essa avaliação contribuirá também para reforçar o trabalho em equipe” (Hammer, 1999, p. 117).

É importante, também, a questão relacionada às **instalações da equipe** de processo. Como os processos permeiam as áreas funcionais, os funcionários dos processos necessitam ter liberdade organizacional para trabalharem nos processos, permitindo o trabalho em equipe.

A **capacitação** e o **planejamento da carreira** devem ser repensados numa estrutura por processo. A capacitação em si não é influenciada pela nova estrutura. O aspecto mais importante para o sucesso da equipe é o conhecimento e a capacitação sobre todas as etapas do processo e a internalização de como a contribuição individual interage com o todo.

No que diz respeito à carreira, o que se conhece é a promoção horizontal e vertical que a maioria das organizações adota. No entanto, numa estrutura por processos, as equipes passam a executar e supervisionar seu próprio trabalho, cumprindo metas e buscando sempre o atingimento dos melhores indicadores de desempenho. Nesse caso, é importante que um novo modelo de avaliação e promoção seja projetado para a organização, voltado fundamentalmente, para a análise de competências (educação, habilidades e experiência).

5.4. Passos Básicos para Implementação da Nova Arquitetura Organizacional

Com a finalidade de facilitar a implementação da nova arquitetura organizacional do **HGI** sugere-se a adoção de uma metodologia, que contemple algumas questões essenciais que permitirão uma mudança planejada e, em consequência, menos traumática.

Os passos básicos, a seguir apresentados, formalizam de forma sucinta essas questões essenciais:

- ✓ desenvolver o pensamento estratégico da organização (missão, visão, valores, clientes, pontos fortes e pontos fracos, cenários, estratégias objetivos e metas);
- ✓ identificar e analisar os processos de trabalho (principais e secundários): “o quê faz” e o “como faz”;
- ✓ analisar o sistema social: organização informal, valores, práticas de trabalho, cultura e clima organizacional;
- ✓ projetar a nova estrutura organizacional;
- ✓ desenvolver um plano de transição;
- ✓ participar o novo modelo de arquitetura organizacional aos funcionários;
- ✓ implementar a nova arquitetura organizacional;
- ✓ avaliar e introduzir melhorias.

Fluxograma para Implementação da Nova Arquitetura Organizacional



5.5. Simulação da Nova Arquitetura Organizacional do HGI

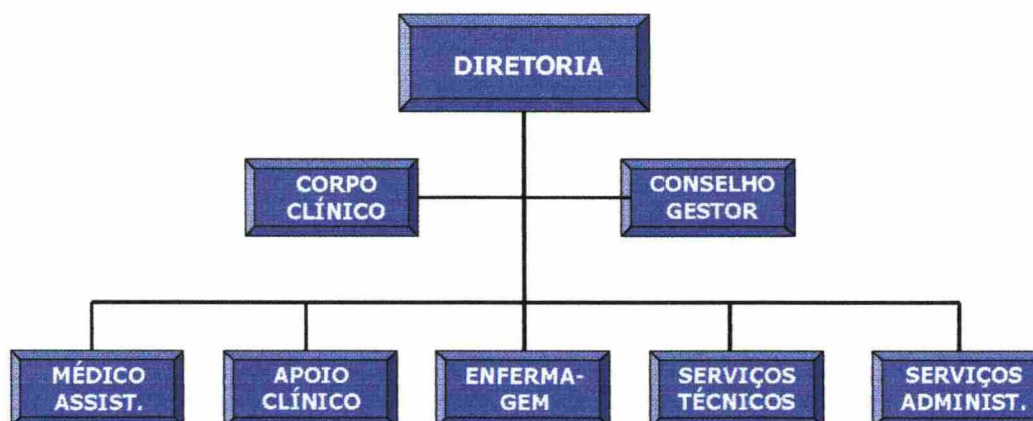
Nesse capítulo são feitas simulações para uma nova arquitetura organizacional do **HGI**, fazendo-se as interações propostas entre as três formas anteriormente estudadas: estrutura funcional, estrutura por processo e matriz de papéis, mostradas nas figuras.

A figura da **estrutura funcional** representa o modelo a ser adotado oficialmente pelo **HGI** e que servirá como base para a elaboração do **Regimento Interno** do Hospital. Essa estrutura mostra a forma usual de compreender o **HGI** visto externamente.

A figura da **estrutura por processos** representa os principais processos selecionados pela Direção. Essa estrutura mostra a forma real de funcionamento interno do **HGI**, isto é, quais e como as atividades principais são realizadas, permeando a estrutura funcional.

A quadro da **matriz de papéis** apresenta os papéis a serem desempenhados pelas áreas funcionais quando da realização dos processos de trabalho.

1. ESTRUTURA FUNCIONAL



2. ESTRUTURA POR PROCESSOS



3. MATRIZ DE PAPÉIS

Na Matriz de Papéis são informados nas colunas os **nomes das áreas** e nas linhas os **títulos dos processos**. Nas células representadas pelos cruzamentos entre linhas e colunas, colocam-se a responsabilidade e a autoridade da respectiva área pelo respectivo processo de trabalho.

	MÉDICO ASSISTENCIAL	APOIO CLÍNICO	ENFERMAGEM	SERVIÇOS TÉCNICOS	SERVIÇOS ADMINIST.
REALIZAR ATENDIMENTO AMBULATORIAL	A	B	B	C	C
REALIZAR ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	A	B	B	C	C
REALIZAR INTERNAÇÃO	A	B	B	B	C
REALIZAR CIRURGIA	A	B	B	B	C

LEGENDA:

A - Tomam decisões

B - Necessitam ser consultados e informados

C - Necessitam ser informados

6. CONCLUSÃO

“Há meio século, Peter Drucker alega que o setor que mais necessita da teoria da administração é o setor público... Contudo, para muitos – inclusive Drucker – a teoria da administração no setor público tornou-se uma frustração. Muitas de suas mais fáceis vitórias vieram de áreas privatizadas do setor público que nunca deveriam ter sido públicas. Quando a teoria da administração foi aplicada a áreas que precisavam continuar no setor público – especialmente saúde e educação – seus resultados freqüentemente foram inconsistentes. As circunstâncias peculiares do setor público apenas exageraram as contradições características da teoria da administração no setor privado, e não existe uma grande, nova e eficiente teoria da administração no setor público. As vitórias existem, mas freqüentemente são vitórias de Pirro”. (Micklerthwait, 1998, p.245).

Contudo, com todas as frustrações inevitáveis, a teoria da administração trouxe mais benefícios do que prejuízos ao setor público, mesmo no Brasil, onde são conhecidas as mazelas do setor público. O que se observa é que as organizações estão procurando se tornar mais enxutas, com linhas de autoridade mais transparentes e com objetivos mais claramente definidos

No entanto, o processo de mudança que as organizações necessitam passar é marcado por incertezas, ainda que seja desenvolvido sob uma ótica de modelos e estratégias bem formulados e, até mesmo, aqueles amplamente experimentados.

Segundo Motta²⁴ “estudar a mudança não é só procurar unidade e coerência entre modelos, mas enriquecer-se no conhecimento de suas variedades, superposições e complementações. Todos os modelos são parciais mesmo quando se apresentam como genericamente válidos; todos são necessários mesmo quando se proclamam suficientes”.

²⁴ MOTTA, Paulo Roberto. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*.

Não há um modelo único com pré-condição para a eficácia da mudança. O êxito depende menos da coerência de um modelo e mais da simultaneidade de perspectivas. Portanto, ser eficaz não é escravizar-se a um modelo, e sim construir na crítica e na experiência das variações.

Um processo de transformação organizacional na abrangência proposta para o **Hospital Geral de Ipanema (HGI)** traz à tona muitas inseguranças, riscos e incertezas. Os elementos que contribuem para esse quadro são de diversas naturezas.

O **HGI** é uma organização com 45 anos de existência, com cultura e valores cristalizados, em função das suas características de atendimento e especialidades. Além disso, a unidade foi palco de uma série de gestões mal sucedidas, onde são notórios e freqüentes descabros administrativos e técnicos, muitas vezes fruto da irresponsabilidade dos gestores.

Seus recursos humanos e materiais se ressentem desse estado de inoperância e baixa valorização do profissional. As dificuldades são de toda natureza, desde as de abastecimento e tecnológicos até, fundamentalmente, de gestão dos recursos humanos.

O trabalho de intervenção realizado pela **FGV/EBAP** proporcionou o desenvolvimento de algumas práticas gerenciais, onde foi possível iniciar um processo de mudança sustentado. Ainda assim, sua estrutura organizacional representa um modelo tradicional que pouco pode contribuir para adoção de melhorias significativas na gestão.

A proposta de uma nova arquitetura organizacional para o **HGI – implementar uma estrutura por processos** - ainda é uma experiência nova no mundo das organizações. “A razão é simples: a reengenharia de processos nas empresas exige o abandono de práticas antigas e cômodas na realização dos negócios. Exige uma reflexão sobre as organizações e limites organizacionais de uma

maneira totalmente nova que implicará uma mudança organizacional em grande escala. Em suma, a reengenharia de processos compreende uma mudança radical, e nem sempre se pode esperar que indivíduos e organizações se comprometam a realizá-la” (Davenport, 1994, p.195).

Existe ainda uma grande incógnita. **Seria a abordagem por processos a melhor maneira de se estruturar o HGI?** Certamente essa questão não poderá ser respondida com segurança nesse estudo. Mas algumas inferências podem ser realizadas, ainda que não se tenha implementado o modelo.

Inicialmente, deve ser considerada que a abordagem por processos é uma teoria contemporânea, havendo total convergência entre os diversos autores estudados sobre a necessidade de se aplicar essa teoria que representam novas formas de se organizar, proporcionando dinamismo e eficácia com as para enfrentar as pressões sofridas pelas organizações.

Em segundo lugar, conhecer os processos de trabalho que uma organização desenvolve é um fator vital de sobrevivência. Não se pode imaginar uma gestão que não tenha total conhecimento sobre aquilo que realiza, a quem serve, se seus resultados são satisfatórios e se sua missão agrega algum valor à sociedade.

Em terceiro lugar, ressalta-se a importância da plena utilização das pessoas na organização. São elas que conduzem o empreendimento ao sucesso ou ao insucesso. O sucesso só será alcançado na medida em que as tarefas e papéis das pessoas sejam definidos, seu desempenho avaliado, reconhecido e ser satisfatório. Dessa forma, o engajamento das pessoas no trabalho será tão natural quanto desejável.

Em resumo, a visão tradicional dos hospitais, com uma estrutura voltada para suas próprias atividades específicas está ultrapassada pelos novos estilos de gestão.

Existe a convicção fundamentada de que essa proposta é factível e trará resultados de forma que os esforços organizacionais sejam direccionados para a integração crescente, com a presença ativa dos integrantes da organização, proporcionando resultados altamente eficientes e eficazes no desempenho dessas instituições.

7. BIBLIOGRAFIA

BERGAMINI, A de Abreu. *Novas reflexões sobre a evolução a teoria administrativa: os quatro momentos cruciais no desenvolvimento da teoria organizacional*, Revista de Administração Pública, V. 16. p. 39-52, 1982.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. *O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não?*, Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 33(2): 23-37, março/abril 1999.

CHANDLER, A. *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1962.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*, São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983.

_____ *Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações*, Rio de Janeiro, Campus, 1999.

DAVENPORT, Thomas H. *Reengenharia de processos*, Rio de Janeiro, Campus, 1994.

DRUCKER, Peter. *Administrando em Tempos de Grandes Mudanças*, São Paulo, Pioneira, 1995.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. *A informação em Saúde no Processo de Tomada de Decisão*, Revista de Administração Pública, V. 24. p.70-78, 1990.

ETZIONI, Amitai. *Organizações Modernas*, São Paulo, Pioneira, 1976.

GALBRAITH, Jay R, Edward E. Lawer III & Associados, *Organizando para competir no futuro*, São Paulo, Makron Books, 1995.

- GONÇALVES, Ernesto Lima, *Estrutura Organizacional do Hospital Moderno*, Revista de Administração de Empresas V. 38. n.1. p. 80-90, 1998.
- HAMMER, Michael and Steven Santon, *How Process Enterprises Really Work*, Harvard Business Review, p. 108-118, november-december 1999.
- JONHSON, Alton C., *Administração de Hospitais*, São Paulo, Pioneira, 1979
- MACHLINE, Claude ... [et al.]; coordenador Ernesto Lima Gonçalves, *O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea*, São Paulo, Pioneira, 1983.
- MARANHÃO. Mauriti, *ISO série 9000: manual de implementação*, Rio de Janeiro, Qualitymark , 2001.
- MAXIMIANO, Antônio Cesar A. *Introdução à Administração*, São Paulo, Atlas, 1990.
- MICKLETHWAIT, John e WOOLDRIDGE, Adrian. *Os bruxos da Administração: como entender a Babel dos gurus empresarias*, Rio de Janeiro, Campus, 1998.
- MILES, Raymonde E. e SNOW, Charles C. *Causes of failure in network organizations*. California Management Review. California, 34(4):53-72, Summer 1992.
- MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Cadernos MARE da Reforma do Estado, *A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde*, Brasília, 1998. Disponível: <http://www.mare.gov.br> em [15/09/99].
- MOTTA, Paulo Roberto. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*, Rio de Janeiro, Qualitymark, 1999.
- NADLER, David. *Arquitetura Organizacional: a chave para a mudança empresarial*. Rio de Janeiro, Campus, 1993.

OLIVEIRA, Gercina Alves. *A Burocracia Weberiana e a Administração Federal Brasileira*, RAP, jul/dez , 1970.

PECI, Alketa. *Emergência e proliferação de redes organizacionais: marcando mudanças no mundo dos negócios*. Revista de Administração Pública. V. 33. n.6. p. 7-24. 1999.

RAMOS, Guerreiro. *A Nova Ciência das Organizações*, Rio de Janeiro, FGV, 1989.

REBOUÇAS, Djalma de Pinho. *Sistemas de Informações Gerenciais*, Rio de Janeiro, Atlas, 1998.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*, São Paulo, Atlas, 1998.