

UNIVERSIDADE FUMEC
FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES:
ESTUDO MULTICASO COMPARATIVO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES DE BELO HORIZONTE**

Área de concentração
Gestão estratégica de organizações
Linha de pesquisa
Estratégia em organizações e Comportamento Organizacional

SHIRLEY DABUS BERTI

BELO HORIZONTE – MG
2013

SHIRLEY DABUS BERTI

**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES:
ESTUDO MULTICASO COMPARATIVO EM ORGANIZAÇÕES
HOSPITALARES DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração da Universidade FUMEC, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão estratégica de organizações.

Linha de pesquisa: Estratégia em organizações e Comportamento Organizacional.

Orientador: Professor Dr. Alexandre Teixeira Dias

Coorientador: Professor Dr. Carlos Alberto Gonçalves

B543p Berti, Shirley Dabus.
Processo de tomada de decisões: estudo multicaso comparativo em organizações hospitalares de Belo Horizonte. / Shirley Dabus Berti. – Belo Horizonte, 2013.

76 f : il. ; 30 cm.

Orientador: Alexandre Teixeira Dias.
Coorientador: Carlos Alberto Gonçalves.
Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais.

Inclui bibliografia.

1. Processo decisório – Estudo de casos.
2. Hospitais - Administração – Belo Horizonte. I. Dias, Alexandre Teixeira. II. Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais. III. Título.

CDU: 65.012.4

Elaborada por Olívia Soares de Carvalho, CRB/6: 2070




Dissertação intitulada “**PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES: ESTUDO MULTICASO COMPARATIVO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES DE BELO HORIZONTE**”, de autoria da Mestranda *Shirley Dabus Berti* aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Dr. Alexandre Teixeira Dias - Universidade FUMEC
(Orientador)



Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves – Universidade FUMEC



Prof. Dr. Marcelo de Rezende Pinto – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais



Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho
Coordenador do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração
Universidade FACE/FUMEC

Belo Horizonte, 12 de dezembro de 2013.

Aos amores das minhas vidas: minha mãe, Zenith, e vovó Zélia.
Sempre vivas e eternizadas em meu espírito.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai.

À Vida (Guigui), pelo amor, estímulo, paciência e incentivo nesta caminhada.

Ao professor coorientador, Dr. Carlos Alberto Gonçalves, pelas pérolas em suas argumentações e intervenções sempre pertinentes.

Carinhosamente, ao meu mais que orientador, ao amigo que se fez presente nos momentos de aflição, sendo, **muitas vezes**, o meu porto seguro para seguir em frente: Prof. Alexandre Teixeira Dias.

As organizações podem ser entendidas em termos dos seus processos decisórios”.
Simon (1947)

RESUMO

Este estudo buscou esclarecer a influência da estrutura organizacional e do processo de tomada de decisão no desempenho de seis hospitais de grande porte, filantrópicos, sediados em Belo Horizonte - MG. O referencial teórico apoia-se em autores clássicos e contemporâneos da Administração, estudiosos da teoria das organizações, dos processos de tomada de decisão e do desempenho organizacional. A pesquisa é qualitativa, descritiva e de campo, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas, feitas com um dos tomadores de decisões estratégicas de cada hospital, com posterior análise de conteúdo, permitindo a retirada de dados para se atingirem os objetivos propostos. Os resultados encontrados indicaram que existem influências da configuração estrutural e do processo de tomada de decisão no desempenho organizacional e que todos são conservadores em seus investimentos, escolhendo o baixo risco, mas sem prejudicar a qualidade da assistência prestada ao paciente. Apesar das dificuldades por que passa uma entidade filantrópica para se manter autossustentável, mesmo com alguns hospitais atendendo exclusivamente o SUS, todos estão, de alguma forma, empenhados em melhorar seus processos internos a assistência que prestam e a certificação da gestão de qualidade. As especialidades em clínicas médicas, ortopedia, geriatria, cirurgia e obstetrícia, entre outras, são consideradas uma vantagem competitiva para cada um dos seis hospitais. As influências dos fatores coincidentes identificados entre a configuração estrutural, a tomada de decisão e o desempenho organizacional não seguem um padrão único, sendo que cada hospital pesquisado apresenta relação distinta com as referidas variáveis. Outras questões podem ser levantadas com base nos resultados apresentados. Portanto, este estudo não pretende esgotar a discussão sobre um tema tão amplo e complexo.

Palavras-chave: Hospitais. Hospitais filantrópicos. Tomada de decisão. Desempenho organizacional.

ABSTRACT

Through this study, we sought to understand the influence of the organizational structure and the process of decision making in the performance of six major hospitals philanthropic, based in Belo Horizonte - MG. Initially it was developed the theoretical basis of classical and contemporary authors of administration theorist's organizations and the processes of decision-making and organizational performance. The research is qualitative, descriptive and field, using semi-structured interviews, applied along a strategic decision maker at each hospital, with subsequent analysis of content, allowing the removal of data to achieve the proposed objectives. The results obtained indicate that there are influences of structural configuration and the process of decision making in organizational performance. Furthermore, it was found that all are conservative in their investments by choosing the low risk, but without thereby affecting the quality of patient care. We know the difficulties of maintaining self-sustaining a charity, yet, with some hospitals solely with SUS, all are somehow seeking improvement of their internal processes, improve care and certification of Quality Management. The specialty clinics, orthopedics, geriatrics, surgery, obstetrics and other are considered a competitive advantage for each of the five hospitals. Finally, the influences of the factors identified coincident between the structural configuration, decision making and organizational performance do not follow a single pattern and searched every hospital has a distinct relationship between those variables. Other questions can be raised based on the results presented. So this study does not intend to end the discussion on a broad and complex topic.

Keywords: Hospitals. Charity hospitals. Decision making. Organizational performance.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Vantagens da utilização da abordagem da análise de decisão	17
QUADRO 2 - Diferenças entre os processos racional e incremental de decisão estratégica.....	23
QUADRO 3 - Comparação dos modelos de Allison e Zelikow (1999)	28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - As cinco partes básicas da Organização	32
---	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Grau de organização e padronização do hospital.....	52
TABELA 2 - Descentralização das decisões entre os níveis hierárquicos do hospital	53
TABELA 3 - Recursos utilizados pelo hospital como indicadores na orientação dos processo decisórios.....	54
TABELA 4 - O ambiente de trabalho no hospital	55
TABELA 5 - Utilização das novas tecnologias para o exercício de suas atividades	55
TABELA 6 - Processos de treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos do hospital.....	56
TABELA 7 - Processos de treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos do hospital.....	57
TABELA 8 - Grau do participação dos níveis gerenciais intermediários nas decisões estratégicas	57
TABELA 9 - Utilização dos recursos nas tomadas de decisão estratégicas relativas aos novos investimentos	58
TABELA 10 - Enfoque dado pelo hospital quanto a prazo (curto, médio e longo) para obtenção de resultados de seus investimentos	59
TABELA 11 - Obtenção de vantagens competitivas em relação a seus concorrentes	60
TABELA 12 - O comportamento do hospital quanto à agilidade em tomar decisões estratégicas	61
TABELA 13 - Posição do hospital quanto à modificação das tecnologias de execução e produção com vistas ao incremento da produtividade.....	61
TABELA 14 - Tomada de decisão estratégica, o hospital valoriza mais o baixo risco ou alto retorno?	62
TABELA 15 - Resultado do exercício.....	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Problema de pesquisa	15
1.4 Objetivos	15
1.4.1 Objetivo geral.....	15
1.4.2 Objetivos específicos	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 A importância da tomada de decisão.....	16
2.1.1 Processo de tomada de decisão.....	17
2.1.2 Processo decisório estratégico	25
2.1.3 Processo decisório: principais paradigmas.....	27
3. O HOSPITAL E SUAS FUNÇÕES - PERSPECTIVA HISTÓRICA	29
3.1 As organizações hospitalares, segundo Mintzberg	31
3.2 Complexidade das organizações hospitalares	34
3.3 Desafios da gestão hospitalar.....	34
3.4 Conceituação e caracterização de entidade filantrópica	36
3.5 Estrutura das organizações hospitalares filantrópicas.....	39
4. METODOLOGIA.....	42
4.1 Escolha do tipo de pesquisa e de método	42
4.2 Técnica de coleta de dados	44
4.3 Campo e sujeitos de pesquisa	45
4.4 Análise de dados	46
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	48
5.1 Contextualização das empresas.....	48
5.2 Percepções sobre a estrutura.....	51
5.3 Percepções sobre a tomada de decisões estratégicas	57
5.4 Percepções sobre o desempenho organizacional	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERENCIAS	64
ANEXOS	72
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	72

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A complexidade dos negócios exige respostas rápidas dos indivíduos, ou grupos de indivíduos, responsáveis por algum tipo de organização. A todo tempo, eles são obrigados a tomar decisões. Esta pesquisa tem por objetivo analisar e esclarecer os processos decisórios estratégicos utilizados em organizações hospitalares filantrópicas em sua relação com o desempenho organizacional. Procedeu-se à reflexão teórica sobre a necessidade de considerar o estudo de modelos administrativos sobre tomada de decisões estratégicas em organizações hospitalares, em contraposição aos modelos teóricos sobre processo decisório. A pesquisa abordou as especificidades de métodos teóricos de tomada de decisão e a realidade praticada em organizações hospitalares filantrópicas de Belo Horizonte.

Os hospitais filantrópicos estão mudando. Para sobreviver, eles precisam romper barreiras que lhes assegurem a permanência de seus negócios em um mercado que tende a ser cada vez mais competitivo.

Difícilmente o trabalho dos ocupantes de cargos de responsabilidade estratégica pode ser dissociado do processo decisório. Quando se fala sobre processo decisório, devem-se analisar as influências a que se submete o agente decisor durante esse processo, uma vez que são diversos os fatores comportamentais que o influenciam. O processo decisório nos hospitais envolve procedimentos necessários à definição de problemas, avaliação de alternativas e escolha das melhores ações e soluções.

No setor da saúde, as condições de decisões são, muitas vezes, diferentes daquelas da maioria dos setores, pois, o decisor não tem acesso a todas as informações e existem muitas alternativas cujos resultados e consequências são totalmente incertos e imprevisíveis (JACOBSEN, 1994).

Sutherland *et al.* (1996) argumentam que o poder limitado do processamento das informações restringe a capacidade individual de tomar decisões. A forma pela qual as organizações hospitalares são conduzidas será responsável por seus resultados. Neste contexto, os responsáveis pela condução desse processo, representados, genericamente, pela figura dos ocupantes de cargos com responsabilidades estratégicas e gerenciais, assumem relevada importância.

A instituição hospitalar é uma estrutura de alto dinamismo operacional, com atividades caracteristicamente polimorfas, que envolvem uma gama diversificada de aspectos. Além das atividades de assistência médica e paramédica, funcionam ali setores que poderiam realizar-se isoladamente fora dele, como hotelaria, farmácia, lavanderia e restaurante, cada um dos quais, individualmente, já requer uma gestão eficiente. Os hospitais são fornecedores de um tipo de serviço caracterizado tanto pela sua variabilidade como pelo processo de atendimento e pelos resultados obtidos em cada caso (JACOBSEN, 1994).

A gestão de um hospital caracteriza-se, portanto, como um desafio, na medida em que deve colocar todos esses segmentos em funcionamento de forma simultânea, harmoniosa, eficiente e economicamente viável.

1.2 Justificativa

A evolução da gestão hospitalar está diretamente relacionada à história dos hospitais e da medicina. Os hospitais no Brasil, como em qualquer outro país, eram administrados em sua origem por religiosos, médicos, enfermeiros ou pessoas da comunidade, pelo fato de não serem vistos como uma empresa, mas como uma instituição de caridade.

Como nem sempre o gestor conhecia a prática hospitalar nem as técnicas de gerenciamento, as tomadas de decisão ocorriam de forma empírica. Não existia a figura do gestor, senão a função de manter a estrutura física e de cuidar das despesas com os poucos recursos de que dispunham.

A gestão hospitalar é fruto de um sistema que se expandiu por várias partes do mundo. Hoje o hospital é visto como uma empresa moderna, que deve contar com administradores hospitalares. Inicialmente, apenas existiam cursos em nível de especialização, que serviram de parâmetro para a realização do curso de graduação. Fajardo Ortiz (1972), Malagón-Londoño (1996) e Barquin (1992) afirmam que os cursos de Administração Hospitalar foram criados com o objetivo de preparar os profissionais para atuar nos serviços de saúde e de eliminar o empirismo nos processos de tomada de decisões.

Segundo Malik e Teles (2001), no Brasil a maioria dos dirigentes nos hospitais é constituída por médicos e enfermeiros que aprenderam a coordenar o hospital no dia a dia. As condições em que os indivíduos tomam as decisões numa determinada organização hospitalar refletem as forças ambientais (desenvolvimentos e acontecimentos) que não conseguem controlar, mas que podem, no futuro, vir a influenciar os resultados de suas decisões. Os impactos dessas decisões são sempre sentidos no futuro, mais cedo ou mais tarde. Tendo presente que os gestores hospitalares tomam, habitualmente, decisões numa grande variedade de situações, evidencia-se que não existe um único método de tomada de decisão. Tais condições proporcionam apenas um suporte compreensivo e dirigido à tomada de decisão.

As instituições hospitalares filantrópicas, para manter o status de filantropia e usufruir dos benefícios fiscais e seus objetivos institucionais, precisam observar a obrigação legal de atender pacientes patrocinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em pelo menos 60% de sua capacidade instalada. Entretanto, o fato de atender pacientes pelo SUS é um aspecto que pode acarretar prejuízos financeiros em face dos baixos valores impostos pelo convênio como ressarcimento pelos serviços prestados. Entre os hospitais filantrópicos, alguns conseguem transcender as dificuldades financeiras e manter uma situação equilibrada, mesmo continuando a atender os pacientes do SUS.

As estruturas de gerenciamento e de poder em hospitais filantrópicos estão, normalmente, divididas entre três atores organizacionais: os médicos, que detêm a téc-

nica necessária para a cura do paciente; os presidentes ou provedores da instituição (filantropos); e o administrador hospitalar, detentor da técnica administrativa. O foco desta pesquisa está na tomada de decisão dos presidentes ou provedores.

Existem no Brasil 716 hospitais filantrópicos ¹, sendo 127 em Minas Gerais ² e 8 em Belo Horizonte.³

Além de submeter-se a dificuldades financeiras, a gestão hospitalar no Brasil é pouco profissionalizada quanto à utilização de ferramentas de gestão e à tomada de decisões (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Em pesquisa solicitada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e realizada pelo Ministério da Saúde com uma amostra de mais de 100 hospitais filantrópicos, distribuídos por 14 estados e 84 municípios brasileiros, constatou-se que as organizações do setor hospitalar apresentam um padrão incipiente de gestão, com instrumentos e práticas gerenciais defasados em relação aos padrões gerenciais contemporâneos (REIS, 2004).

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009, p. 75), “são poucos os estudos empíricos sobre eficiência hospitalar no Brasil”. A maioria deles concentra-se na avaliação de índices de produtividade (taxa de produção por leito ou por funcionário). Ainda segundo os autores, esses estudos constataram que o hospital brasileiro médio opera com excesso de pessoal e produz abaixo de seu potencial. Na área de saúde o termo *humanização* é utilizado no sentido de contar com profissionais mais humanos. Todavia em situações em que é preciso tomar decisões estratégicas que podem afetar todo o rumo da organização hospitalar o diretor ou o provedor, terá que agir com a razão e, preferencialmente, fundamentado em teorias já estudadas.

1 http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Filantropico.asp?VEstado=00&VMun=00&VComp=

2 http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_hospitais_Filantropico.asp?VEstado=31

3 http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=6001&VListar=1&VEstado=31&VMun=310620&VComp=&VContador=8&

Esta dissertação tem o propósito de analisar os distintos modelos de tomada de decisões e a influência que eles têm nas organizações hospitalares estudadas. A pertinência e a importância deste estudo derivam também dessas dimensões.

1.3 Problema de pesquisa

Com base no contexto apresentado, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: Há diferenças entre os processos de tomada de decisão adotados por gestores hospitalares em instituições filantrópicas?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Identificar as diferenças entre os processos de tomada de decisão adotados por gestores hospitalares nas organizações hospitalares filantrópicas localizadas em Belo Horizonte.

1.4.2 Objetivos específicos

- a) Identificar e analisar o processo decisório de gestores hospitalares.
- b) Analisar, comparativamente, o processo decisório dos gestores hospitalares das organizações pesquisadas.
- c) Comparar os modelos de decisão adotados com os principais modelos de processo de decisão.
- d) Analisar as relações entre processos de tomada de decisão e o desempenho organizacional na perspectiva dos gestores.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A importância da tomada de decisão

A análise de um processo de tomada de decisão consiste em prover *insights* sobre qual a melhor decisão e o porquê dela em uma dada situação. O axioma de tal processo indica como analisar o problema da decisão, e não de onde a informação vem. Se o problema da decisão é enfrentado por um indivíduo ou por um grupo, os elementos de decisão serão os mesmos. Por isso, a análise de decisão tem o potencial de conduzir o *insight* tanto para a decisão tanto de um grupo quanto de um indivíduo (KEENEY, 2004).

Gregory *et al.* (2005) consideram que sistemas multipartidos, para a tomada de decisão, vêm se tornando populares e aumentando a participação da população na tomada de decisão. Ressalvam, no entanto, que sua legitimidade depende da habilidade dos participantes, do entendimento das questões por eles enfrentadas e da forma como expressam suas posições..

Yu e Prado (2003) expõem que a literatura apresenta diversos modelos de tomada de decisão, os quais apresentam grande semelhança. Apontam que o campo da análise de decisão pode ser classificado, de maneira simples, em: a) modelos prescritivos - os pesquisadores que atuam neste campo estão preocupados em prescrever métodos para se tomar uma decisão ótima; e b) modelos descritivos - os pesquisadores deste campo estão preocupados com as limitações com que as decisões são tomadas.

Clemen e Reilly (2001), que atuam com modelos prescritivos, apontam que existem quatro fontes básicas de dificuldades em que a abordagem da análise de decisão pode ajudar: complexidade, incerteza, múltiplos objetivos e diferentes perspectivas (Quadro 1).

QUADRO 1 - Vantagens da utilização da abordagem da análise de decisão

Dificuldade na Tomada de decisão	Auxílio dado pela abordagem da análise de decisão
Complexidade	Provê métodos eficazes para organizar problemas complexos dentro de uma estrutura que pode ser analisada.
Incerteza	Identifica importantes fontes de incerteza e representa essa incerteza de uma forma sistemática e útil.
Múltiplos objetivos	Provê um quadro de referência e ferramentas específicas para lidar com múltiplos objetivos.
Diferentes perspectivas	Ordena e resolve as diferenças considerando o tomador de decisão como um indivíduo ou grupo de interesse com diversas opiniões.

Fonte: Adaptado de Clemen e Reilly (2001).

2.1.1 Processo de tomada de decisão

Uma das funções mais importantes que o gerente desempenha é a tomada de decisão, ou a participação em sua construção (SIMON, 1987, p. 57), sobretudo perante a dinâmica do ambiente.

Fredrickson (1984, p. 446) enfatiza que o processo de tomada de decisão gerencial se compõe de decisões individuais direcionadas a promover maior integração destas com a formulação da estratégia global. Para o autor, há um padrão de comportamento no processo estratégico de tomada de decisões e decisões tendem a ser consistentes quando percebidas como sendo claramente estratégicas. “Esta coerência torna possível estudar questões mais críticas do processo estratégico, tais como sua amplitude, sem ter que considerar um número infundável de decisões [...]” (FREDRICKSON, 1984, p. 446).

Estudiosos têm se empenhado, ao longo dos anos, em melhor entender os mecanismos do processo de tomada de decisões nas organizações, sejam elas públicas ou privadas.

Para Tiergarten e Alves (2008, p. 70), visões baseadas em recursos evidenciam que toda empresa é uma organização singular em seus recursos e competências, e que a forma de utilizar sua capacidade produtiva depende da visão de seus administradores, que, muitas vezes, não têm a percepção e o conhecimento adequados em relação ao ambiente em que atuam.

Segundo Gontijo e Maia (2004, p.14), embora qualquer atividade prática envolva tanto decidir quanto fazer, não se costuma reconhecer, em geral, que uma teoria de administração deve ocupar-se, simultaneamente, dos processos de ação.

A evolução das ciências sociais, em paralelo às práticas gerenciais, caminha em descompasso com estas, já que os fatos (passados) e suas diversas correlações são indicadores de como proceder (futuro), no sentido de minimizar distorções em um contexto previsto, mas não determinista ou completamente racionalizado. E ações gerenciais são, por consequência, embasadas, então, pelo processo administrativo.

Gontijo e Maia (2004) esclarecem que o processo administrativo é decisório e que toda ação é precedida por uma tomada de decisão. Contudo, as teorias da administração costumam separar as duas, talvez pela ideia de que a tomada de decisão se limite ao processo de escolhas da organização.

A escolha, mesmo considerada como sendo do grupo, é fruto de escolhas individuais. Segundo Gontijo e Maia (2004, p. 14), a escolha individual ocorre num ambiente de pressupostos – premissas que são aceitas pelo indivíduo como bases para a escolha – e o comportamento é flexível apenas dentro dos limites fixados por esses pressupostos”.

Para Simon (1965), o processo racional de tomada de decisão está relacionado a três tipos de elementos: objetivos; suas alternativas e consequências; e escolha da melhor alternativa.

Ao se estabelecerem os fins (objetivos) organizacionais, os meios (processos) deverão ser criados para sua consecução. A integração de uns e outros é fundamental para o processo administrativo.

“A hierarquização de meios e fins é uma característica comum ao comportamento da organização e dos indivíduos” (SIMON, 1965). De acordo com Simon (1965), essa hierarquização e sua relação integrativa se enfraquecem à medida que se aproxima do topo da hierarquia dos erros de escolha dos meios, dos comportamentos inadequados dos tomadores de decisão e avaliações malfeitas, levando a problemas que dificultam a eficácia organizacional. No processo decisório, escolhas por alternativas geram ações, e estas levam a consequências que podem ser irreversíveis, pois criam situações que, por sua vez, geram modificações no meio, de forma a influenciar as decisões subsequentes.

Ao abordar o segundo tipo de elemento - alternativas e consequências - Simon (1965, p. 79) coloca a decisão como um processo de escolha alternativa de comportamento, que é selecionado e realizado.

Ao conjunto dessas decisões, durante determinado período de tempo, denomina-se estratégia. A decisão racional procura selecionar as estratégias que contenham um conjunto adequado de consequências futuras. No processo decisório, o conhecimento das variáveis dependentes e independentes em relação à estratégia tem por finalidade antecipar as consequências de cada escolha. A complexidade das decisões aumenta à proporção que aumenta também o número de pessoas envolvidas nesse processo. A integração se torna ainda mais necessária para viabilizar o alcance dos objetivos.

Simon (1965, p. 85) vê a “cooperação” como a atividade de compartilhamento de objetivos entre participantes e a “coordenação” como o processo de informar os participantes a respeito de uma situação desejada de comportamento planejado por outros. A cooperação não leva ao alcance dos objetivos sem uma efetiva coordenação. Em um sistema cooperativo, os participantes compartilham os mesmos objetivos. Já em um sistema competitivo o resultado ótimo obtido por um participante não é ótimo para outro.

O último elemento, conforme Simon (1965, p. 86), é a avaliação de que o comportamento racional determina a ordem de preferência e a escolha da melhor alternativa estratégica. A escolha individual ocorre num ambiente de 'pressupostos' e o comportamento é flexível apenas dentro dos limites fixados por esses 'pressupostos'" (SIMON, 1965, p. 93).

Na visão de Simon (1965, p. 100-105), as decisões devem ser planejadas e racionalizadas, levando-se em consideração algumas características psicológicas da escolha:

- a) aptidão para aprender e adaptar decisões e suas consequências diante dos propósitos desejados;
- b) retenção dos conhecimentos adquiridos, de forma que estes possam ser aproveitados quando da ocorrência de situações de uso semelhante;
- c) fortalecimento do hábito, isto é, eliminação pelo pensamento consciente daquelas situações de natureza repetitivas e de grande visibilidade;
- d) estímulo do pensamento consciente quando da escolha do que é ou não é relevante no processo de escolhas.

Para Fredrickson (1984, p. 447), um ambiente instável é a maior fonte de incertezas para a decisão racional, pois há dificuldades para se entender as causas e os efeitos de relacionamentos entre suas variáveis. Um ambiente estável aumenta a probabilidade de que as variáveis críticas no processo de tomada de decisão possam ser identificadas e permite, posteriormente, o desenvolvimento de uma teoria sobre as relações entre elas.

Portanto, há duas causas que levam a falhas quando se dá atenção ao futuro, segundo Simon (1987, p. 63):

- a) Interrupção por problemas atuais mais urgentes.
- b) Incapacidade de captar no ambiente indicação que possam ser importantes para a organização no futuro.

Gontijo e Maia (2004) se referem às instituições sociais, ou organizações, como o enquadramento de indivíduos às regras e aos comportamentos impostos por essas instituições, uma vez que os recursos sociais e econômicos gerados têm bastante influência sobre o futuro das pessoas. Alguns desses indivíduos devem ter o dever de tomar decisões. Mas é preciso considerar que a capacidade gerencial nem sempre é desenvolvida apenas com a formação técnica. Além disso, os problemas de gerenciamento são cada vez mais amplos, complexos e ambíguos. O tomador de decisão precisa ser racional e analítico, considerar suas experiências vividas e ter capacidade adaptativa, considerando as circunstâncias que se apresentam. As decisões estratégicas, segundo Schoemaker (1993), são analisadas levando-se em consideração quatro modelos: racionalidade unitária; organizacional; política e visão contextual.

- Racionalidade unitária - o indivíduo age com base em um conjunto de objetivos e estratégias claras e racionais, com uma visão clara e certa quanto ao futuro (alta congruência de objetivos e alta eficiência coordenativa).
- Organizacional - vários participantes seguem os mesmos objetivos. Existem independências entre os vários departamentos com relação às percepções, restrições e limitações, mas espera-se que todos dividam objetivos em comum (alta congruência de objetivos e baixa eficiência coordenativa).
- Político - presume-se que os objetivos individuais e departamentais superem os objetivos organizacionais, em benefício da obtenção de maior poder. Baseia-se no comportamento de grupo para compreender as tomadas de decisão (baixa congruência de objetivos e alta eficiência coordenativa). A recompensa organizacional ajuda a equilibrar as divergências de objetivos.
- Visão contextual - a complexidade organizacional é tão grande e os interesses individuais tão variados que cada contexto decisório tem sua própria realidade e uma visão limitada de situações e objetivos (baixa congruência de objetivos e baixa eficiência coordenativa),

A abordagem incremental complementa e questiona a visão racional de decisão. Ela inclui pressupostos da abordagem comportamental. Os incrementalistas consideram que valores e políticas são interdependentes, podendo colocar uma política classificada como adequada ou não, ao contrário do que ocorre no modelo racional.

Segundo Etzioni (1967), as decisões tomadas refletem na composição de forças dentro do organismo social, tendendo para os interesses dos grupos mais poderosos e bem articulados. A opção pelas variáveis marginais (aquelas que se distanciam menos da política adotada) pelo modelo incremental é intencional, e não ocasional ou acidental, como pressupõe o modelo racional. Conforme Lindblom (1959), apesar de o tomador de decisão ter à sua disposição valores ou objetivos preestabelecidos, ele tende a dar maior atenção aos valores marginais. Além disso, para Etzioni (1967), deve-se levar em consideração que decisões se refletem na formação das forças dentro da organização e, com isso, tendem aos interesses dos mais influentes e poderosos. Segundo Gontijo e Maia (2004), Lindblom minimiza as decisões fundamentais e valoriza as incrementais, apesar de as fundamentais terem maior importância, mesmo que as decisões incrementais sejam em maior número.

Conforme Fredrickson (1984, p. 446), os modelos racionais e incrementalistas são os dois tipos mais comuns na literatura quanto à formulação de estratégia. Enquanto o modelo racional se baseia em modelos sinóticos, o modelo incremental pretende fornecer uma descrição mais precisa de como as organizações realmente tomam decisões estratégicas. Além disso, para Fredrickson (1984, p. 446) a característica mais fundamental da formulação de modelos sinóticos de estratégia é a ênfase colocada: de ser abrangente na tomada de decisões individuais e de integrar as decisões em uma estratégia global.

Fredrickson e Mitchell (1984, p. 440) ensinam:

O processo de decisões estratégicas são padrões de comportamento que se desenvolvem nas organizações [...] e como um padrão de comportamento organizacional, o processo estratégico de uma empresa é visível para os seus membros no nível executivo e as características dessa claramente estratégica.

Fredrickson elaborou uma comparação entre as abordagens racional e incremental (FREDRICKSON; MITCHELL, 1984, p. 402).

Importante ressaltar que o processo racional e o processo incremental não são modelos mutuamente excludentes e podem ser modelos situacionais e complementares (Quadro 2).

QUADRO 2 - Diferenças entre os processos racional e incremental de decisão estratégica

CARACTERÍSTICA	PROCESSO RACIONAL	PROCESSO INCREMENTAL
Motivo para a iniciação	O processo é iniciado em resposta a problemas ou oportunidades que aparecem durante a vigilância constante.	O processo é iniciado em resposta a um problema ou insatisfação com o estado atual.
Conceito de meta	Visa atingir um objetivo específico ou estado futuro.	Visa a atingir uma modificação do estado atual. O processo é “reparação”.
Relação entre os meios (alternativas) e fins (objetivos)	O objetivo é identificar antes e independente da análise de alternativas. “Tomada de decisão é um ‘fim-meio’ do processo”.	Alterar o resultado de reparação é considerado ao mesmo tempo como meio para alcançá-lo e analisá-lo. Os processos são interligados e simultâneos.
Conceito de escolha	A escolha final da alternativa depende de como ela contribui para a consecução do objetivo. A qualidade da decisão é conhecida somente quando for demonstrado que essa decisão é a melhor maneira para a meta especificada.	A escolha final de uma alternativa é feita pela combinação das alternativas consideradas (meios) e suas possíveis consequências (fins) e, simultaneamente, selecionado o que produz o resultado mais desejado. Qualidade de decisão é julgada pelo acordo alcançado na escolha de uma alternativa (do meio para o fim).
Abrangência analítica	A tomada de decisões individuais tenta ser exaustiva na identificação e seleção dos objetivos e da geração e avaliação das alternativas. Todos os fatores são considerados.	A tomada de decisões individuais considera apenas algumas alternativas para o estatuto de ações alternativas e apenas uma gama limitada de consequências na sua avaliação. Todos os possíveis fatores não são considerados.
Abrangência integradora	Tentativas conscientes são feitas para integrar as decisões que compõem a estratégia global para assegurar que elas se reforçam mutuamente. A estratégia é vista, conscientemente, como desenvolvida e integrada.	Pequena tentativa é feita para integrar conscientemente as decisões individuais que pudessem afetar mutuamente. A estratégia é vista como um grupo frouxamente ligado por decisões que são tratadas individualmente.

Fonte: FREDRICKSON; MITCHELL, 1984, p. 402.

Obs.: Desenvolvido por Fredrickson, a partir de resumos similares apresentados por vários colaboradores, principalmente por Lindblom (1959) e Mintzberg (1973).

Na perspectiva de Gontijo e Maia (2004), a abordagem racional tem uma visão de longo prazo e mais ampla da realidade em análise. Por sua vez, o modelo incremental se volta à análise pormenorizada de pequenos segmentos.

Fredrickson e Mitchell (1984, p. 403) argumentam que em um ambiente estável as variáveis críticas podem ser mais bem e mais facilmente identificáveis, permitindo o desenvolvimento de teorias sobre as relações entre as variáveis e a organização. Isso favorece a aplicação de modelos racionais de tomada de decisões estratégicas. De outro lado, um ambiente bastante instável dificulta a obtenção de números satisfatórios de variáveis, proporcionando a utilização de modelos incrementais.

Para compreender o processo de tomada de decisão estratégica, Fredrickson (1984, p. 448) dividiu o estudo em quatro etapas:

- a) Diagnóstico da situação
- b) Geração de alternativas
- c) Avaliação de alternativas
- d) Decisão integrada

Quando se fala de tomada de decisão, deve-se lembrar de que existem recursos gerenciais que auxiliam esse processo. O Sistema de Informação Gerencial (SIG) é de grande valia no processo decisório das organizações, mas também tem, potencialmente, seus problemas nesse tipo de estrutura. Por ser uma estrutura com tendências para a especialização vertical, as informações contidas e geradas no SIG podem se perder ao longo dos vários níveis pelos quais terão de tramitar até chegar ao nível decisório, por exemplo, serem manipuladas intencionalmente por aqueles que queiram encobrir deficiências pessoais ou operacionais em suas áreas assistenciais ou administrativas do hospital.

2.1.2 Processo decisório estratégico

O processo decisório estratégico é bem definido como sendo a arte, o discurso usado pela organização durante a formulação e a implementação da estratégia (SNYMAN; DREW, 2003, p. 293). Por envolver uma sequência de passos, ou fases, que se sucedem, é definido como processo decisório estratégico.

Moron (1998) define decisão estratégica como aquela que engloba a definição de objetivos, políticas e critérios gerais para planejar o curso da organização. Seu propósito é desenvolver estratégias para que a organização seja capaz de atingir seus macro-objetivos. As atividades desse nível não possuem um período com ciclo uniforme: podem ser irregulares, ainda que alguns planos estratégicos se façam dentro de planejamentos anuais ou em períodos preestabelecidos.

Acerca da literatura sobre processo decisório, Fredrickson (1985) observa que ela é dominada por dois modelos básicos: o *synoptic*, que usa um método sistemático para resolver um problema por inteiro, caracterizado pelo processo altamente racional, próativo, que estabelece objetivos, formas de avaliação e planos de implantação, abordado por autores como Andrews, Steiner e Thompson; outros e um grupo de autores cujos estudos contrastam com esse modelo (Mintzberg, Quinn, Lindblom), defendendo o chamado “processo incremental” e tentando oferecer uma caracterização mais acurada de como realmente se faz a tomada de decisão nas organizações.

Para Fredrickson (1983), o processo decisório tende a ser racional quando o ambiente é estável e incremental quando o ambiente é instável. A grande maioria da literatura sobre gestão estratégica lida com a formulação da estratégia e grande parte dela apresenta os modelos deste processo. A maioria dos modelos, salvo raras exceções, baseia-se nos princípios da tomada de decisão racional e assume que propósito e integração são essenciais para o sucesso da organização no longo prazo (FREDRICKSON, 1983).

Também Stein (1980) ratifica essa posição de escolha entre dois modelos: como os decisores realmente lidam com problemas estratégicos (modelos descritivos) e o conjunto de procedimentos que os gestores devem seguir para tomar importantes decisões (modelos normativos). O autor pondera que uma perspectiva diferente para entender os modelos é que cada um deles provê uma representação adequada de algum subconjunto das decisões estratégicas.

Simon (1987) aborda a tomada de decisão em dois tipos: processo lógico; e processo não lógico. O autor define o processo lógico como aquele de pensamento consciencioso, passível de expressão por palavras ou outros símbolos, isto é, pela razão e por processo não lógico, aquele que não é capaz de ser expresso por palavras ou pela razão, que é conhecido pelo julgamento, pela decisão e pela ação. A fonte do processo não lógico são os fatores e as condições psicológicas ou, do ponto de vista psíquico e social, o que é representado pela ausência de esforços conscientes por parte do indivíduo.

Stein (1980) considera que a literatura está polarizada em torno do modelo dito racional ou em alternativas a ele. Segundo o autor, no modelo racional (e em suas variações) os decisores não consideram apenas um objetivo em sua seleção de curso de ação, mas também as relações entre os vários objetivos estratégicos a serem perseguidos. A busca é por atingir o total de objetivos a partir do tratamento dado a uma decisão.

Já nos modelos alternativos, como incrementalismo, abordado por Charles Lindblom, em 1959, e seu modelo incrementalista, os decisores não têm claros os valores e os objetivos. Escolhem diretamente entre opções conjugadas entre valores, objetivos e diferentes caminhos.

2.1.3 Processo decisório: principais paradigmas

Allison e Zelikow (1999), no livro *Essência da Decisão*, sobre a crise dos mísseis em Cuba, em que se trata do papel do Estado no processo decisório, apresentam três modelos que podem servir de base para pesquisa sobre decisão estratégica, em estudos para se medir a tendência de organizações brasileiras, especialmente as públicas, para a adoção de um ou outro modelo quando da tomada de decisão.

O primeiro modelo diz respeito à racionalidade na decisão, consideradas as seguintes características:

- a) Não trata da maximização de custos e benefícios.
- b) Pressupõe a existência de um ator racional, países e governos, que podem ser tratados como indivíduos.
- c) O ator racional é estratégico: avalia seus objetivos e as ações dos oponentes.

O segundo modelo, chamado “Modelo do Processo Organizacional”, aceita a racionalidade, mas considera que as informações são incompletas, que existe incerteza, que a racionalidade é limitada e que não se conhecem todas as alternativas. Além disso, os atores se utilizam de Heurística, atalhos da decisão, que poupam atividade mental, como artifícios que auxiliam a tomada de decisão.

O terceiro modelo, o da Política Burocrática, vai de encontro ao racional, pois não existem estratégias claramente definidas e o plano pode ser ignorado. O processo é de conflito, mas quem determina são “atores em posição”, pessoas e indivíduos que, em dado momento e arena, encontram-se numa posição privilegiada.

Quadro 3 apresenta um resumo dos modelos, como propostos por Allison e Zelikow (1999).

QUADRO 3 - Comparação dos Modelos de Allison e Zelikow (1999)

	Racional	Organizacional
Problemas	Percepção dos problemas estratégicos.	São divididos e fracionados entre as organizações do Governo.
Escolhas e Decisões	Conjunto relativamente fixa de alternativas, Incerteza controlada.	Atenção sequencial ao objetivo. Procedimentos operacionais. Solução de problemas, aprendizado.
Padrão de Inferência dominante	Otimização versus restrições.	Componentes organizacionais, Governo como conglomerado de organizações.
Proposições Gerais	Objetivos, valores, curso de ação, análise de alternativas. Valor atribuído a cada consequência.	Rotinas operacionais padronizadas. Repertório definido. Mudança incremental.

Fonte: Baseado em Allison e Zelikow (1999).

Allison e Zelikow (1999) atestam a adoção de múltiplos modelos para decisões únicas quando mais de um modelo pode ser usado para construir uma única decisão. Analisando a crise dos mísseis em Cuba, no ano de 1962, na perspectiva dos modelos racional, comportamental e político, os autores concluíram que um modelo observa o episódio de um ângulo diferente, gerando uma explicação diferenciada para o processo decisório. A discussão de Allison e Zelikow indica que a adoção de múltiplos modelos quando da análise decisória só faz enriquecer o estudo, trazendo diferentes abordagens que podem explicar os resultados encontrados.

É perfeitamente possível que mais de um modelo possa constituir-se na explicação para um único processo decisório; em parte, devido ao complexo processo de formulação de indicadores, não raro, composto de aspecto subjetivos (STEIN, 1980). O autor considera que esse tipo de “redundância” na avaliação deve ser encorajado e sistematizado em pesquisas sobre processo decisório, uma vez que cada um dos modelos traz fortes representações que podem explicar o processo decisório estratégico.

Zanela (1999) destaca os seguintes modelos como os principais do campo decisório: o Decisão racional (decisão vista como um cálculo), Decisório da racionalidade limitada, de Simon (1957), o Político de processo decisório (que coloca a decisão como um jogo de poder) e modelo da Lixeira, de March que, de alguma forma, resolve o problema da decisão, pautando-a pela razão, pela intuição e pela desordem.

3. O HOSPITAL E SUAS FUNÇÕES - PERSPECTIVA HISTÓRICA

O hospital, através dos tempos, segundo Cherubin (1998), apresenta três funções essenciais:

- a) Segregadora - até 1500
- b) Curativa - até 1910
- c) Profilática e curativa - até os dias de hoje

A palavra *hospital* vem do latim *hospitium*, que significa “lugar onde se hospedam pessoas” mas não se identifica, historicamente, um significado unívoco e preciso a ela. As funções vitais do hospital baseavam-se nas necessidades concretas do momento histórico e geográfico.

Os médicos, da antiga Grécia, Egito e Índia atendiam os enfermos em casa e aprendiam medicina nos templos. Na Grécia, muitos séculos antes da Era Cristã encontraram-se construções, junto aos templos, dedicados a Esculápio, o deus da medicina. Pessoas enfermas eram colocadas diante de sua estátua para que a ação dos sonhos, associada a medicamentos empíricos, preparados pelos sacerdotes, pudesse curar os doentes (TEIXEIRA, 1983).

Os primeiros hospitais de que se têm notícias datam de 400 a. C., quando em Óstia, perto de Roma, Fabíola fundou um dos primeiros hospitais da Itália. Após a Idade Média, com o Renascimento, surgiram diversos hospitais. Em agosto de 1496, em Lisboa, Portugal, a rainha Leonor de Lencastre fundou a primeira Santa Casa de

Misericórdia do mundo (*miserere e cordis*, do latim, significando doar seu coração a outrem), cuja a finalidade era recolher e curar os enfermos (PEREIRA, 1994).

No Brasil, em 1 de novembro de 1543, Brás Cubas fundou a primeira Santa Casa em Santos, antes, portanto, da constituição e organização do Estado brasileiro (PEREIRA, 1994).

Na Antiguidade, os hospitais, inicialmente, deram abrigo aos pobres; depois, começaram a hospedar os peregrinos e, finalmente, passaram a atender os acometidos de peste. Suas condições de conforto e higiene eram precárias e só os pobres a eles recorriam. Os mais abastados tratavam-se em casa, onde eram feitas, inclusive, as cirurgias.

Em um primeiro momento histórico, os doentes eram afastados da sociedade, por questões de segurança dela, o que constituía uma forma de segregação. Pouco ou quase nada se conhecia sobre esterilização, desinfecção e assepsia. Num segundo momento, não tendo qualquer preocupação com a profilaxia, o ensino ou a pesquisa, o hospital limitava-se a uma medicina puramente curativa. Com isso, firmou-se o conceito de ser o hospital uma instituição dedicada ao tratamento de pessoas enfermas.

As mudanças e os progressos por que passaram os serviços de saúde nos últimos tempos, a descoberta de seres microscópicos e o surgimento da bacteriologia (a partir de experiências de Pasteur e Lister, no fim do século XIX e início do século XX), a evolução da medicina, o surgimento de especializações médicas, a especialização de serviços hospitalares, o avanço tecnológico e o próprio desenvolvimento da medicina preventiva e social conferiram significativas mudanças à organização e às atividades do hospital, tornando sua gestão mais complexa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua “Série de Informes Técnicos n 112” (1957), define o hospital como:

[...] parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda

em centro de formação para os que trabalham no campo da saúde para as pesquisas biossociais.

As funções essenciais do hospital moderno são, conforme definição da OMS, as seguintes:

- a) prevenir a doença (profilaxia);
- b) restaurar a saúde (cura);
- c) exercer funções educativas (ensino) e
- d) promover a pesquisa (pesquisa).

O hospital, ao concentrar uma infraestrutura de serviços e tecnologia, de instalações e de recursos humanos imprescindíveis ao diagnóstico e ao tratamento de inúmeras patologias, acaba por: ampliar suas funções essenciais: de prevenir, curar, ensinar, pesquisar e reabilitar; aumentar significativamente o volume de relacionamentos interpessoais, pela presença de uma equipe multiprofissional de saúde; e ampliar a interação com a comunidade. Assim, tem sua gestão revestida de singular complexidade, quer pelos conflitos emergentes em sua intimidade, quer pelos desafios oriundos do ecossistema em que se insere.

3.1 As organizações hospitalares, segundo Mintzberg

Mintzberg (1995), ao estudar as organizações, propôs o delineamento da estrutura de uma organização eficaz, considerando cinco configurações básicas: São elas: estrutura simples, burocracia mecanizada, burocracia profissional, forma divisionalizada e adhocracia. Cada configuração reflete um mecanismo de coordenação, isto é, as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam suas tarefas.

Os respectivos mecanismos de coordenação, para cada configuração, são: supervisão direta, padronização dos processos de trabalho, padronização de habilidades, padronização de resultados e ajustamento mútuo. A organização foi ainda decom-

posta em cinco partes básicas: cúpula estratégica, linha intermediária, tecnoestrutura, assessoria de apoio e núcleo operacional.

A figura 1 ilustra as cinco partes básicas da organização segundo Mintzberg.



FIGURA 1 - As cinco partes básicas da Organização

Fonte: MINTZBERG, 1995, p. 19.

- a) Núcleo operacional - engloba aqueles participantes (os operadores) que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens e serviços.
- b) Cúpula estratégica - onde se situam as pessoas detentoras de cargos com total responsabilidade pela organização, encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de maneira eficaz e satisfaça as exigências de quem a controla.
- c) Linha intermediária - composta por gerentes, que ligam o Núcleo operacional à Cúpula estratégica.
- d) Tecnoestrutura - envolve os analistas de controle, incumbidos de efetuar certas formas de padronizar na organização.

e) Assessoria de apoio - composta por várias unidades especializadas, criadas com o fim de dar apoio à organização fora de seu fluxo de trabalho operacional.

Os hospitais, na tipologia organizacional de Mintzberg, são burocracias profissionais, também denominadas “organizacionais profissionais”. No dizer de Etzioni (1967), são “organizações especializadas”. A parte chave da organização é o Núcleo operacional, responsável pela prestação de serviços diretamente aos pacientes, por meio, principalmente, de profissionais médicos e enfermeiras, cujo mecanismo principal de coordenação é a padronização de habilidades. Os principais parâmetros para delinear a organização são: treinamento e doutrinação. Os fatores situacionais são: ambiente estável e complexo sistema técnico não regulado e não sofisticado. Assim, o bom funcionamento da organização hospitalar depende, principalmente, de seus operadores, que requerem autonomia na execução de seus trabalhos, complexos e controlados tecnicamente por eles mesmos.

Um dos problemas desse tipo de organização relaciona-se com a autonomia na tomada de decisão, que, como enfatiza Mintzberg (1995, p. 207):

[...] não somente permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes, como também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização. Os principais profissionais nessas estruturas geralmente não se consideram partes de uma equipe. Para muitos, a organização é quase um incidente, apenas um lugar conveniente para exercer suas habilidades. Com isso, são leais para com sua profissão e não com o local onde ocorre praticá-la.

Integrar essa dupla estrutura – gestor hospitalar e tomada de decisão – é o desafio que se apresenta nas organizações hospitalares. Esse desafio se caracteriza pelo processo de decisão dos gestores hospitalares. Decorrem dessa efetiva harmonização os melhores resultados que a organização hospitalar pode ostentar.

3.2 Complexidade das organizações hospitalares

As organizações hospitalares são significativamente diferentes, complexas e únicas se comparadas a outros tipos de organização, em particular as industriais, o que traz consequências diretas para as decisões estratégicas.

Para Glouberman & Mintzberg (1995), os sistemas de saúde são um dos mais complexos sistemas conhecidos na sociedade contemporânea. Os hospitais, em particular, são considerados como organizações extraordinariamente complexas. Mintzberg (1997, p. 9) observa que ele tem “significativa suspeita de que administrar a mais complicada corporação deve ser quase brincadeira de criança quando comparada à administração hospitalar de qualquer hospital”.

3.3 Desafios da gestão hospitalar

O hospital se constitui em um centro de serviços para o qual são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão, realizados por diferentes tipos de profissionais. Dessa forma, a gestão de tais instituições possui papel fundamental, cabendo-lhe a disponibilização de recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os adequadamente e coordenando ações e resultados. Assim, tal gestor deve ter como principal objetivo promover a melhoria contínua da qualidade, considerando que todos os serviços ali oferecidos são igualmente essenciais, devendo coordená-los, equilibrada e harmoniosamente, a fim de obter sucesso em seus resultados (MALÁGON-LODOÑO, 2000).

Como acontece com as organizações em geral, informações adequadas são cada vez mais importantes para a gestão de instituições hospitalares, considerando o papel social que elas representam. Assim, é essencial que aproveitem da melhor forma possível os recursos de que dispõem, promovendo atendimento de alta qualidade a preços competitivos (PAVIA, 2001).

Buscar aperfeiçoar os padrões de eficiência no uso dos recursos alocados às atividades operacionais dos hospitais é consequência das condições impostas pelo mercado. No entanto, uma significativa parcela das organizações hospitalares ainda utiliza métodos contábeis tradicionais, não dispondo de sistema de gerenciamento de custos que ofereça informações necessárias para o controle de suas atividades ou para a tomada de decisões administrativas e de investimentos (ABBAS, 2001).

No Brasil, os hospitais ainda precisam trilhar um longo caminho em busca da modernização de sua gestão, pois ainda empregam métodos contábeis tradicionais e ultrapassados e desconhecem seus custos, por não utilizarem qualquer tipo de sistema que oriente e proporcione parâmetros para decisões administrativas, investimentos e controle de atividades (ABBAS, 2001).

Segundo Tognon (2000, p. 7), as ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais essenciais à gestão hospitalar, que não pode mais abrir mão da capacidade técnica em favor do empirismo. Assim, é comum se tratar de planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio hospitalar, incluindo-se aí a questão dos custos.

Outro ponto essencial a ser tratado se refere às diferenças entre as organizações hospitalares e os demais tipos de organização, sendo relevante destacar: a) dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar; b) frequente existência de dupla autoridade, gerando conflitos; c) preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização, d) dependência de diferentes grupos profissionais, tendo em vista a alta variabilidade e complexidade do trabalho, extremamente especializado; e) dado o acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo; f) muitas das inovações tecnológicas não implicam mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas na introdução de um novo serviço, que se soma aos anteriores e que exige pessoal adicional para sua prestação; g) produtividade do trabalho depende, sobretudo, de uma combinação adequada entre os vários tipos de profissionais; h) ao pessoal de nível superior, e, principalmente, aos médicos são atribuídas às funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão; i) funções mais simples a cargo do pessoal auxiliar, que as executa em

cumprimento das normas de trabalho e j) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitadas a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (RODRIGUES FILHO, 1990).

Apenas as organizações de saúde abarcam todas estas características simultaneamente. Por isso, a integração organizacional se constitui em um desafio para tais empresas. Os critérios que conduzem a uma nova gestão hospitalar, considerados pilares essenciais da nova missão hospitalar, são: orientação ao usuário, avanço contínuo pela procura por excelência e autoridade responsável no contexto de coordenação e integração em redes, acompanhados por elementos estratégicos, tais como participação social, transparência e responsabilidade no desenvolvimento das políticas públicas (SCARPI, 2004).

Sejam públicos ou privados, é necessário que os hospitais possuam um perfil com postura empreendedora, baseada no entendimento das organizações como conjuntos de elementos que interagem entre si para a realização de um objetivo comum, mantendo inter-relação com o ambiente (CATELLI *et al.*, 2001).

3.4 Conceituação e caracterização de entidade filantrópica

A legislação pertinente às entidades filantrópicas, peculiarmente a que ordena o alcance de imunidades e isenções tributárias, contempla normas impeditivas à realização de investimentos e à distribuição de renda fora da área da saúde.

A Constituição Federal do Brasil tem como uma de suas finalidades assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais ao povo brasileiro. Em relação aos hospitais filantrópicos, determina a imunidade de impostos e a isenção de contribuições sociais sobre essas instituições em todos os níveis de governo e, ainda, as fontes de financiamento da seguridade social.

A Constituição brasileira assim se refere a entidades filantrópicas:

“Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

VI - instituir impostos sobre: c) patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei;

§ 4º - As vedações expressas no inciso VI, alíneas "b" e "c", compreendem somente o patrimônio, a renda e os serviços, relacionados com as finalidades essenciais das entidades nelas mencionadas.

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

§ 7º - São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei” (BRASIL, 1988).

As instituições filantrópicas são obrigadas a prestar contas ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão vinculado ao Ministério da Previdência Social o que ocorre no momento em que solicitam a concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS), nos termos do Decreto 2.536/98, conhecido como “Regulamento da Filantropia” (BRASIL, 1998).

A seguir, destacam-se os principais artigos do decreto a serem observados pela instituição hospitalar filantrópica, a fim de minimizar os riscos de perda do certificado.

Art. 2º - Considera-se entidade beneficente de assistência social, para os fins deste Decreto, a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue no sentido de: [...]

IV - promover, gratuitamente, assistência educacional ou de saúde; [...]

Art. 3º. Faz jus ao Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a entidade beneficente de assistência social que demonstre, cumulativamente: (Redação dada pelo Decreto no 4.499, de 4 dez. 2002) I - estar legalmente constituída no País e em efetivo funcionamento nos três anos anteriores à solicitação do Certificado; (Redação dada pelo Decreto no 4.499, de 4 dez. 2002) II - estar previamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social do município de sua sede se houver, ou no Conselho Estadual de Assistência Social, ou Conselho de Assistência Social do Distrito Federal; III - estar previamente registrada no CNAS; IV - aplicar suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional e manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais; V - aplicar as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas; VI - aplicar anualmente, em gratuidade, pelo menos vinte por cento da receita bruta proveniente da venda de serviços, acrescida da receita decorrente de aplicações financeira, de locação de bens, de venda de bens não integrantes do ativo imobilizado e de doações particulares, cujo montante nunca será inferior à isenção de

contribuições sociais usufruída; VII - não distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto; VIII - não perceberem seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalente remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos; IX - destinar, em seus atos constitutivos, em caso de dissolução ou extinção, o eventual patrimônio remanescente a entidades congêneres registradas no CNAS ou a entidade pública; X - não constituir patrimônio de indivíduo ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social, XI - seja declarada de utilidade pública federal, (Inciso incluído pelo Dec. 3.504, de 13 jun. 2000) [...] § 2º O Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos terá validade de três anos, a contar da data da publicação no Diário Oficial da União da resolução de deferimento de sua concessão, permitida sua renovação, sempre por igual período, exceto quando cancelado em virtude de transgressão de norma que regulamenta a sua concessão.

§ 3º Desde que tempestivamente requerida a renovação, a validade do Certificado contará da data do termo final do Certificado anterior.

§ 4º A instituição de saúde deverá, em substituição ao requisito do inciso VI, ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar, anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia. (Redação dada pelo Decreto no 5.895, de 8 ago. 2006)

§ 5º O atendimento no percentual mínimo de que trata o § 4º pode ser individualizado por estabelecimento ou pelo conjunto de estabelecimentos de saúde da instituição, (Redação dada pelo Decreto no 4.327, de 8 ago. 2002) [...]

§ 7º A instituição de saúde deverá informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio de Comunicação de Internação Hospitalar - CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do SUS. (Incluído pelo Decreto no 4.327, de 8 ago. 2002) [...]

Art. 4º - Para fins do cumprimento do disposto neste Decreto, a pessoa jurídica deverá apresentar ao CNAS, além do relatório de execução de plano de trabalho aprovado, pelo menos, as seguintes demonstrações contábeis e financeiras, relativas aos três últimos exercícios:

- I - balanço patrimonial;
- II - demonstração do resultado do exercício;
- III - demonstração de mutação do patrimônio;
- IV - demonstração das origem e aplicações de recursos;
- V - notas explicativas.

Parágrafo único. Nas notas explicativas, deverão estar evidenciados o resumo das principais práticas contábeis e os critérios de apuração do total das receitas, das despesas, das gratuidades, das doações, das subvenções e das aplicações de recursos, bem como da mensuração dos gastos e despesas relacionados com a atividade assistencial, especialmente daqueles necessários à comprovação do disposto no inciso VI do art. 3º, e

demonstradas as contribuições previdenciárias devida, como se a entidade não gozasse da isenção.

Art. 5º - O CNAS somente apreciará as demonstrações contábeis e financeiras, a que se refere o artigo anterior, se tiverem sido devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado junto aos Conselhos Regionais de Contabilidade.

§ 1º Estão desobrigadas da auditoria as entidades que tenham auferido em cada um dos três exercícios a que se refere o artigo anterior receita bruta igual ou inferior a R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), (Redação dada pelo Dec. 3.504, de 13 jun. 2000)

§ 2º Será exigida auditoria por auditores independentes registrados na Comissão de Valores Mobiliários - CVM, quando a receita bruta auferida em qualquer dos três exercícios referidos no artigo anterior for superior a R\$ 2.400.000,00 (dois milhões e quatrocentos mil reais). (Redação dada pelo Dec. 3.504, de 13 jun. 2000)

Art. 6º - Na auditoria a que se refere o artigo anterior, serão observadas as normas pertinentes do Conselho Federal de Contabilidade e, em particular, os princípios fundamentais de contabilidade e as norma de auditoria (BRASIL, 1998).

3.5 Estrutura das organizações hospitalares filantrópicas

O significado de filantropia é "amor à humanidade" e "caridade" (FERREIRA, 2004). Etimologicamente, *filantropia* origina-se das palavras gregas *philos*, amor, e *antropos*, homem; ou seja, "amor pelo ser humano", "amor pela humanidade". Segundo Procacci (1993), a filantropia sugere uma ideia de comunidade baseada na sensibilidade moral, chave para resolver o encontro entre miséria e ordem. É, portanto, a síntese entre o interesse individual e o interesse coletivo.

A história da filantropia é bastante ligada à prática norte-americana de filantropia. O *National Philanthropic Trust* lista fatos e eventos relacionados à filantropia nos Estados Unidos, desde o início do século XVII, sempre pautados pelo objetivo de "melhorar as condições sociais e de vida nos Estados Unidos", "uma obrigação moral de os ricos cuidarem dos pobres" (NATIONAL PHILANTHROPIC TRUST, 2007).

A prática da filantropia, no entanto, revela-se como um meio de dominação de setores mais ricos sobre os mais pobres. A filantropia não interfere nos interesses econômicos individuais e, ao mesmo tempo, protege o Estado de sua "dívida em relação aos pobres" (BEGHIN, 2005).

No Brasil, a filantropia é associada à Igreja Católica, às Irmandades da Misericórdia e à instalação das Santas Casas. Na estruturação do Estado brasileiro, priorizou-se o financiamento dessas instituições por intermédio do repasse de recursos, subsídios, subvenções, imunidades e isenções (BEGHIN, 2005).

Segundo Mestriner (2001), a filantropia está ligada ao clientelismo, ambos profundamente marcantes na estrutura social e política do Brasil. A evolução histórica da filantropia no Brasil pode ser dividida nos períodos: filantropia caritativa, até 1889; filantropia higiênica de 1889 a 1930; filantropia disciplinadora de 1930 a 1945; filantropia pedagógica profissionalizante de 1945 a 1964; e filantropia de clientela vigiada de 1964 a 1988.

Há, que caracterizar, ainda, o que significa entidade beneficente de assistência social. De acordo com o Decreto 2.536, de 6 de abril de 1998, e suas alterações, a partir de 27 de novembro de 2009, de acordo com a Lei 12.101, de 27 de novembro de 2009, faz jus à certificação de entidades beneficentes de assistência social e à isenção de contribuições para a seguridade social a entidade beneficente de saúde que, cumulativamente (Lei 12.101/2009);

- a) comprove o cumprimento das metas estabelecidas em convênio ou instrumento congênere celebrado com o gestor local do SUS;
- b) oferte a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento);
- c) comprove, anualmente, a prestação dos serviços de que trata o item anterior, com base no somatório das internações realizadas e dos atendimentos ambulatoriais prestados;
- d) não tenha diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores que percebam remuneração, vantagens ou benefícios, direta ou indiretamente, por qualquer

forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos constitutivos;

e) aplique suas rendas, seus recursos e eventual superávit, integralmente, no território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais;

f) apresente certidão negativa ou certidão positiva com efeito de negativa de débitos relativos aos tributos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e certificado de regularidade do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço;

g) mantenha escrituração contábil regular que registre as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade, de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade;

h) não distribua resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio, sob qualquer forma ou pretexto;

i) conserve em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contados da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem em modificação da situação patrimonial;

j) cumpra as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária;

k) apresente as demonstrações contábeis e financeiras devidamente auditadas por auditor independente, legalmente habilitado nos Conselhos Regionais de Contabilidade, quando a receita bruta anual auferida for superior ao limite fixado pela Lei Complementar 123, de 14 de dezembro de 2006.

O cumprimento desses quesitos permite que a entidade usufrua da imunidade tributária e da isenção das contribuições sociais, que representam uma economia tributária significativa. As entidades reconhecidas como de utilidade pública federal, estadual ou municipal terão isenções (parciais ou totais) de contribuições sociais e imunidade de impostos, conforme legislações específicas, partindo do artigo 150 da Constituição Federal, que veda instituir impostos sobre o patrimônio, renda ou serviços das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, observados os requisitos da lei.

4 METODOLOGIA

As organizações desenvolvem práticas administrativas que se refletem, positiva ou negativamente, em seus desempenhos. Muitas dessas práticas e seus efeitos foram estudados, analisados e, por fim, teorizados com base em estudiosos de organizações. A maioria dessas teorias está voltada para as organizações que têm maior complexidade administrativa. Para se verificarem algumas dessas teorias e suas relações com a prática corrente, foram selecionados estudos relacionados às entidades filantrópicas, ao tipo de assistência prestada, ao número de leitos e à complexidade das organizações hospitalares, pois abarcam a maioria das especialidades desta modalidade de instituições hospitalares.

4.1 Escolha do tipo de pesquisa e de método

Define Bezzon (2005, p. 12): “A ciência chegou a seu apogeu quando as explicações saíam direto dos laboratórios para suas aplicações práticas. A pesquisa fundamental (conhecer para conhecer) foi superada pela aplicada (conhecer para dominar)”. É entre esses dois extremos que esta pesquisa se localiza. Para tanto, é preciso classificá-la.

Em busca da compreensão das influências do processo de tomada de decisão nas instituições hospitalares filantrópicas, será considerada a classificação elaborada por Vergara (2004). Segundo a autora, há várias tipologias de pesquisa, distribuídas com base em dois critérios básicos: quanto aos fins; e quanto aos meios.

Em relação aos fins, este estudo classifica-se como descritivo. Vergara (2004) entende que a pesquisa descritiva aborda o comportamento dos fenômenos, identificando-os, descrevendo-os e obtendo características de determinado problema ou questão. Além disso, os fatos tabulados possibilitaram estabelecer conexões não causais entre as diversas variáveis estudadas.

A pesquisa foi de caráter descritivo, cujas características metodológicas a classificaram como “qualitativa”. Para Richardson (1999), nos últimos dez anos as metodologias de natureza qualitativa, antes vistas com desconfiança pelos cientistas ligados às áreas das ciências físicas e naturais, conquistaram respeitabilidade. Tal conquista ocorreu a partir da evolução dos estudos de natureza social, percebendo-se que o fenômeno social não poderia ser isolado em um laboratório e submetido a testes com variáveis controláveis, como ocorre na física. Também afirma que nos últimos vinte anos vem se desenrolando uma busca por novos caminhos, mais adequados às necessidades das ciências sociais, que são as pesquisas qualitativas, assim definidas por Richardson (1999, p. 90): “A tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características de comportamento”.

De acordo com Bauer e Gasckell (2002, p. 23), a metodologia qualitativa explora os vários aspectos das opiniões dos entrevistados e, conseqüentemente, as diferentes interpretações sobre um mesmo questionamento. Na pesquisa descritiva qualitativa, o fenômeno não se comprova numérica ou estatisticamente, mas pela experimentação empírica, pela análise detalhada, consistente e coerente de dados interpessoais coletados (MICHEL, 2005, p. 33; STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 23).

Michel (2005, p. 33) afirma: “Na pesquisa qualitativa o pesquisador participa, compreende e interpreta”. Assim, um dos aspectos decisivos em relação à adoção da pesquisa descritiva qualitativa refere-se à possibilidade de se coletarem as opiniões dos gestores estratégicos de distintas instituições hospitalares filantrópicas.

Conforme Lakatos e Marconi (2004), com a utilização deste tipo de pesquisa buscou-se identificar de informações, percepções e demais subjetividades que subsidiem a compreensão e a interpretação da relação entre estrutura, tomada de decisão e suas influências no desempenho organizacional das organizações filantrópicas hospitalares estudadas.

Quanto aos meios, foram utilizados diversos caminhos para atingir o objetivo geral deste estudo, destacando-e que a realização de pesquisa de campo, levantamento

bibliográfico e investigação documental, conforme classificação adotada por Vergara (2004).

A pesquisa de campo ocorreu com a realização de entrevistas feitas com os diretores e administradores, que são os tomadores de decisões estratégicas e que constituíram a amostra retirada do universo disponível.

Explica Lakatos (2006, p. 108): “Universo ou população é o conjunto de seres [...] que apresentam pelo menos uma característica em comum [...] a delimitação do universo consiste em explicitar que pessoas ou coisas [...] serão pesquisadas, enumerando suas características comuns (LAKATOS, 2006, p. 108).

Esta investigação limita-se aos gestores estratégicos, diretores e provedores que exerçam a função de diretoria. São profissionais de ambos os sexos, graduados em administração e competentes para gerir o cargo ocupado, pertencentes a organizações hospitalares filantrópicas do município de Belo Horizonte.

4.2 Técnica de coleta de dados

A proximidade proporcionada pela interação face a face, o estabelecimento de um processo de comunicação bilateral e a possibilidade de aprofundamento da temática fazem da entrevista um das principais técnicas de abordagem qualitativa. É um método eficiente, cujos registros são feitos pelos próprios pesquisadores, que buscam adquirir o entendimento de novas dimensões acerca do trabalho.

Segundo Richardson (1999, p. 208):

O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, entre e vista. Vista refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo. Entre indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas.

A flexibilidade proporcionada pela entrevista, quando comparada aos demais instrumentos qualitativos de coleta de dados, que impõem uma ordem rígida de questões, segundo Ludke e André (1986), permite a construção de uma relação de diálogo entre entrevistado e entrevistador. O diálogo permite a obtenção, imediata e corrente, de informações, de maneira notável e autêntica, com qualquer tipo de informante, sobre os mais variados tópicos, constituindo-se na grande vantagem da adoção da entrevista.

Para Ludke e André (1986), a implementação da entrevista semiestruturada segue uma dinâmica um pouco distinta na medida em que, permite que o entrevistador a liberdade de alterar, acrescentar e retirar algumas perguntas e, de certa maneira, ampliar a liberdade do entrevistado para responder à sua maneira.

Exatamente pelas características - vantagens e limitações a entrevista, - especificamente, a entrevista semiestruturada, foi adotada para o desenvolvimento desta pesquisa. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas em profundidade, baseadas em um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A).

As entrevistas foram agendadas por telefone e conduzidas pessoalmente pela pesquisadora, registradas em áudio, com a devida autorização dos entrevistados, transcritas, referendadas pelos entrevistados, organizadas, analisadas e confrontadas com o referencial teórico, de modo a cumprir os objetivos propostos. Os resultados de tais procedimentos encontram-se expostos nos próximos capítulos.

4.3 Campo e sujeitos de pesquisa

Para se compreender as influências do tipo de estrutura e do modelo de tomada de decisão no desempenho organizacional dos hospitais, foram selecionadas organizações filantrópicas a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do DATASUS, vinculados ao Ministério da Saúde. Nesta listagem, constam

os grandes hospitais cadastrados e em situação regular perante a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde.

O critério de seleção considerou, a princípio, a realização de entrevistas nos oito hospitais gerais filantrópicos cadastrados de Belo Horizonte. Entretanto, isso somente foi possível em seis hospitais de médio e de grande porte.

Os entrevistados, um de cada organização hospitalar, são tomadores de decisão estratégica e fazem parte dos mecanismos de funcionamento e de informações estratégicas dos hospitais, uma vez que um número pequeno de entrevistas não implica comprometimento da pesquisa, conforme Vergara (2004).

4.4 Análise de dados

Para a análise dos dados, este estudo utilizou a análise de conteúdo, com o intuito de aprofundar considerações tecidas pelos entrevistados em torno das influências de estrutura e de tomada de decisões.

Segundo Bardin (2002, p. 33), análise de conteúdo trata-se de

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam interferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Richardson (1999) entende a análise de conteúdo como uma forma de “compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características gramaticais, fonológicas, cognitivas, ideológicas, etc. e extrair os momentos mais importantes”.

Ludke e André (1986, p.190) complementam:

[...] a análise de texto faz uma ponte entre o formalismo estatístico e a análise qualitativa dos materiais. No divisor quantidade e qualidade das ciências sociais, a análise de conteúdo é uma técnica híbrida que pode mediar esta improdutiva discussão sobre virtudes e métodos.

A análise de conteúdo contribuiu para melhorar o entendimento das relações complexas entre as variáveis, a estrutura e a tomada de decisão, bem como seus impactos no desempenho organizacional, a partir da sistematização das falas dos entrevistados, com base no roteiro de entrevista.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Contextualização das empresas

Foram pesquisados os tipos de estrutura e especialização clínica, os modelos de tomada de decisão e as influências de ambos no desempenho organizacional de seis hospitais de médio e grande porte na área da Saúde - H1, H2, H3, H4, H5 e H6 - todos com sede em Belo Horizonte, Minas Gerais, com mais de quarenta anos de existência atuação de alta complexidade sendo que alguns deles prestam 100% de atendimento ao SUS. A escolha dos gestores hospitalares entrevistados se baseou na facilidade de acesso a eles. A intenção de pesquisa foi, inicialmente, considerar todos os oito hospitais filantrópicos cadastrados no CNES, e entretanto, dois foram excluídos por falta de interesse dos mesmos.

Para melhor caracterização de cada um dos seis hospitais, foi necessário separar seus históricos, porém sem revelar os detalhes fornecidos pelos seis entrevistados (H1, H2, H3, H4, H5 e H6) que pudessem levar a sua identificação.

- H1 - fundado na década de 1970, é considerado de assistência de longa permanência e de médio porte. Atualmente, passa por redefinições e adequações na Alta Direção. Classificado pelo Ministério da Saúde como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), é referência no estado de Minas Gerais no tratamento de pacientes oncológicos. A gestão é conhecida pelo desempenho e sucesso apresentado, sempre à procura da expansão do hospital, reconhecimento em qualidade (ONA e ISO), excelência em atendimento, aquisição de novas tecnologias e equipamentos de ponta. Possui várias certificações, como: Certificação Programa de Qualidade Externa em Imunoematologia, Certificado de Proficiência em Ensaio Laboratoriais, Certificado em Eletrocirurgia Segura, Certificado em Padrão Ouro em Monitoramento do Processo de Esterilização, Certificado Nível 3 – Acreditado com Ex-

celência (ONA), concedido pela Organização Nacional de Acreditação, em reconhecimento à qualidade dos serviços de saúde, Certificado ISO 9001: 2008 e Certificado ISO 14001: 2004.

- H2 - fundado na década de 1930, é considerado de assistência de longa permanência e de grande porte. Possui duas unidades e tem com referência a alta complexidade nos serviços de cardiologia, nefrologia, oncologia e ortopedia. Os serviços são prestados exclusivamente à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Possui uma Diretoria profissional comprometida com a transparência de suas ações, gerentes motivados e motivadores, empenhados em fazer uma gestão participativa e democrática, formada por profissionais que apresentam *expertises* em sua área de atuação. Adota políticas do humaniza SUS. As decisões estratégicas são aprovadas pelo Conselho Diretor e Conselho Curador, enquanto as operacionais são compartilhadas com toda a equipe do grupo gestor. Quanto ao sistema de gestão da qualidade, o hospital busca a melhoria contínua de seus serviços e implantou o Setor de Qualidade. O objetivo do novo setor é adequar os processos de trabalho, para maior segurança de pacientes e colaboradores.
- H3 - fundado na década de 1950, é considerado de assistência de longa permanência e de grande porte. Atende milhares de pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de prestar atendimento gratuito a pacientes carentes. Atende também pacientes particulares e aqueles encaminhados por mais de sessenta administradoras de planos de saúde conveniados. Ao mesmo tempo, executa suas atribuições filantrópicas. Conquistar as certificações significa estar no patamar de qualidade dos melhores hospitais, bem como manter uma vantagem competitiva para continuar a responder às novas exigências de um mercado global cada vez mais complexo. Possui as seguintes certificações: *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO), Organização Nacional de Acreditação, do Ministério da Saúde (ONA 3), *International Organization for Standardization* (ISO) 9001 e ISO 31000. Está focado na gestão de riscos, com ênfase na

segurança do paciente e na gestão do corpo clínico, com foco em resultados.

- H4 - fundado na década de 1940, é considerado de assistência de longa permanência e de grande porte. Atende pacientes assistidos pelo SUS e pacientes carentes, mediante atendimento gratuito, além de pacientes particulares e aqueles encaminhados pelos planos de saúde conveniados. Ao mesmo tempo, executa suas atribuições filantrópicas. Possui o Certificado Nível 3 – Acreditado com Excelência (ONA), concedido pela Organização Nacional de Acreditação, em reconhecimento à qualidade dos serviços de saúde. Recebeu do *Canadian Council on Health Services Accreditation* (Conselho Canadense de Acreditação em Serviços de Saúde) o certificado internacional de Acreditação Canadense. A conquista significa o reconhecimento da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados pela instituição a seus pacientes, de acordo com a metodologia canadense, a qual exige que a instituição de saúde cumpra práticas de segurança consideradas obrigatórias.
- H5 - fundado na década de 1970, é considerado de longa permanência e de médio porte. Atende pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pacientes carentes, mediante atendimento gratuito, pacientes particulares e aqueles encaminhados pelos planos de saúde conveniados. Atualmente, passa por profundas transformações estratégicas e estruturais, com foco na assistência interdisciplinar. Reabilitação físico-funcional, cuidados prolongados e cuidados paliativos constituem seu negócio. Reabilitar, melhorar a qualidade de vida e, caso isso não seja possível, permitir uma finitude com conforto e dignidade têm sido a sua meta. Ainda está em fase de implantação do escritório de Gestão da Qualidade.
- H6 - fundado na década de 1970, é considerado de média permanência e de médio porte. Atende pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Oferece atendimento de excelência à comunidade,

em especial à mulher e à criança, para a clientela universalizada, no âmbito de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social. Ainda está em fase de implantação do escritório de Gestão da Qualidade.

Os seis entrevistados possuem graduação completa e ocupam cargos estratégicos de Diretoria e de Administração, assim distribuídos: 2 gestores administrativos, 1 membro do staff da Diretoria, 1 superintendente geral e 2 diretores-presidentes. Quanto à idade, 2 estão na faixa dos 36 a 40 anos; 2 de 50 a 60 anos; e 1 acima de 80 anos de idade. Em relação ao tempo de empresa dos entrevistados, 1 tem até um ano no cargo, 4 entre três e sete anos; e 1 há mais de dez anos.

Quanto ao número de leitos, um hospital tem entre 60 e 100 leitos; dois, entre 100 e 150 leitos; e três acima de 300 leitos. Há três hospitais de média complexidade e três hospitais de grande complexidade.

5.2 Percepções sobre a estrutura

Em relação ao grau de organização e de padronização, os seis hospitais possuem organograma formal. Eles possuem uma linha de autoridade e comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, sendo que o tipo de estrutura adotado por todos é a burocracia profissional. Determinados profissionais, por deterem conhecimento especializado, conquistaram grande autonomia de decisão (MINTZBERG, 2006, p. 212, 215). H2, H3 e H4 possuem alto grau de padronização e diversas certificações na área de Qualidade Assistencial, o que é de se esperar de empresas mais maduras e com o porte das pesquisadas. Apenas H1, H5 e H6 não apresentam uma padronização ainda bem consolidada e disseminada por todo o hospital:

Quanto à padronização, existem atividades que são diferentes e específicas dentro do hospital que precisam ser organizadas e distribuídas entre os níveis tático e estratégico. Tem o Departamento de Enfermagem, assistencial, faturamento, SND, CME e parte de Superintendência. (H5)

Estamos passando por uma reestruturação no hospital, desde a Diretoria até níveis operacionais. Tudo está sendo ajustado e reavaliado novamente. Estamos no meio de uma verdadeira revolução organizacional neste momento. Estamos revendo conceitos em todas as áreas. (H1)

Relata H3 quanto à relação entre organização, padronização e burocracia:

Nosso hospital é muito organizado. Segue padrões internacionais de segurança ao paciente quanto aos riscos assistenciais e todos têm consciência de suas atribuições. As normas são seguidas e acompanhadas em reuniões feitas com o que chamamos aqui de “grupo gestor”, realizadas mensalmente entre os gerentes e trimestral para o Conselho Superior. (H3)

Ainda relacionada com a organização e a padronização, a avaliação de desempenho exerce um papel importante no reconhecimento profissional, no incentivo, na produtividade e na liderança dos empregados (CLEGG; HARDY, 1999, p. 42). Todas as respostas confirmam a existência de avaliação de desempenho: quatro são feitas por meio de avaliações formais e duas, informalmente (TAB. 1).

TABELA 1 - Grau de organização e padronização do hospital

Respostas	Entrevistados					
Há organograma.	H1	H2	H3	H4	H5	H6
É bastante padronizada.		H2	H3	H4		
A padronização não é bem definida.	H1				H5	H6
A avaliação de desempenho é formal.	H1		H3	H4	H5	
A avaliação de desempenho é informal.		H2				H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Quanto ao enfoque que o hospital dá à descentralização entre os níveis hierárquicos, H3, H4 e H5 são bem descentralizados, ao passo que H1, H2 e H6 estão buscando a descentralização (MINTZBERG, 2006, p. 212). Essa procura se justifica pela necessidade, pela divisão mais racional do trabalho e pelo crescimento das especializações (MINTZBERG, 2006, p. 116).

Donaldo (1999, p. 105) reforça a relação entre estrutura de grande porte e descentralização e a necessidade do ajuste estrutural, em função de fatores materiais, tais como tamanho e tecnologia (DONALDSON, 1999, p. 115). Grinyer e Yasai-Ardekani

(1980, p. 477) sugerem que a relação entre estrutura e burocracia tende a ocorrer em função do tamanho, o qual pode ser influenciado pela variável *idade*. Com o aumento da idade (os hospitais entrevistados têm em torno de 50 anos de vida), a tendência é o aumento do tamanho, da complexidade da estrutura e da burocracia (TAB. 2).

TABELA 2 - Descentralização das decisões entre os níveis hierárquicos do hospital

Respostas					
É bem descentralizada na busca por resultados.			H3	H4	H5
É um dos objetivos da diretoria.	H1	H2			H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O entrevistado H1 expõe uma visão clara quanto à descentralização em sua organização:

Mesmo tendo esta reestruturação no hospital, gostaríamos que os gestores tivessem mais empoderamento, envolvimento e comprometimento em suas áreas de atuação, como faturamento, enfermagem e financeiro. Todos nós somos responsáveis pelos resultados da Fundação. (H1)

Os depoimentos dos entrevistados revelam a sensibilidade dos hospitais quanto à importância e à necessidade da descentralização para a obtenção de melhores resultados.

Quanto aos recursos utilizados pelas empresas na orientação dos processos decisórios, como indicadores de desempenho, departamentais e globais, todos os hospitais pesquisados apresentam sistemas computacionais, utilizados como controle e indicadores de desempenho, para os níveis setoriais e para os globais. H1, H3, H4 e H5 informaram que utilizam o sistema integrado para gestão hospitalar, enquanto H2 e H6 somente mencionaram que têm objetivos bem traçados e orçados.

Segundo Gontijo e Maia (2004), os recursos administrativos embasam o processo administrativo, que, em outras palavras, é um processo decisório (TAB. 3).

TABELA 3 - Recursos utilizados pelo hospital como indicadores, na orientação dos processo decisórios

Respostas	Entrevistados			
Indicadores de qualidade de desempenho setoriais.	H1	H3	H4	H5
Objetivos traçados e orçados.		H2		H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Seguem trechos sobre indicadores de desempenho.

Temos indicadores departamentalizados nos níveis operacionais e táticos que nos orientam nas decisões estratégicas. Quando nos é solicitada a compra de um equipamento por parte do corpo clínico, avaliamos nosso planejamento estratégico e fazemos um estudo de viabilidade do equipamento além de análise de custos e remuneração do exame perante o SUS. (H5)

Os indicadores financeiros e de qualidade norteiam nossas decisões estratégicas; investimos alto em um *software* de Gestão de Qualidade para oficializarmos nossos números. (H4)

Fazemos questão de refinar os desdobramentos das estratégias através dos indicadores de qualidade. Com eles, nós somos referência no que fazemos e a consequência dessas ações são a alta taxa de ocupação e os prêmios como reconhecimento através da organização nacional de acreditação. (H3)

Quando questionados sobre o ambiente de trabalho nas respectivas empresas, todos os entrevistados afirmaram que os empregados são cooperativos e participativos entre si, sem conflitos relevantes. No H1, devido à gestão atuar com cultura diferente da praticada anteriormente, há um clima instável, mas colaborativo. Em H2, H3, H4, H5 e H6 o ambiente interno é estável e há um bom clima de trabalho nos corredores dos hospitais. Durante as entrevistas, uma impressão passada por todos os respondentes, bastante clara, foi a satisfação e o prazer que eles têm em trabalhar em suas empresas. Isso foi percebido independentemente das falas dessas pessoas. Essa interatividade se torna necessária para que as relações sejam transparentes, facilitando negociações e acordos (CLEGG; HARDY, 1999, p. 42).

Simon (1965, p. 85) lembra também que, além da cooperação, sem gestão da coordenação não se alcançam os objetivos organizacionais (TAB. 4).

TABELA 4 - O ambiente de trabalho no hospital					
Respostas	Entrevistados				
Colaborativo, cooperativo e estável	H2	H3	H4	H5	H6
Colaborativo e instável	H1				

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Em relação ao uso de novas tecnologias, 100% das respostas confirmaram investimentos em novas tecnologias, visando ao aumento de produtividade, à excelência nos exames e cirurgias realizados, à diminuição de custos e à atualização de métodos administrativos e construtivos (CHANDLER, 1998, p. 122).

Segundo Donaldson (1999, p. 115), as organizações são forçadas a adaptar sua estrutura em função de mudanças em seu tamanho (complexidade e número de leitos, no caso desta pesquisa) e necessidades tecnológicas. Essa busca por atualizações e inovações tecnológicas, feita pelas empresas, reflete comportamentos estratégicos exploradores ou analistas (MILES *et al.*, 1978) (TAB.5).

TABELA 5 - Utilização das novas tecnologias para o exercício de suas atividades					
Respostas	Entrevistados				
A empresa está investindo em sistemas integrados TI.	H1	H2	H3	H4	H6
Ensino visando trazer novidades do âmbito acadêmico.	H1	H2	H3	H4	H5
Novas tecnologias do exterior.			H3	H4	

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Seguem, relatos sobre uso de novas tecnologias:

Na área de novas tecnologias e em tecnologia de informação, como suporte nas decisões estratégicas, o hospital está investindo e trocando novamente o sistema de informação, com o intuito de refinarmos e tornarmos mais

fidedignos nossos números, que servirão de embasamento para nossas decisões. (H1)

Buscamos novas tecnologias no mercado, para diminuir os custos fixos, uma vez que os valores do SUS são inferiores aos investimentos feitos. (H2)

Nós investimos em ensino e pesquisa e estimulamos nossos funcionários e o corpo clínico a trazer para o hospital novidades da academia, feiras e outros hospitais. Nós nos orgulhamos de sermos pioneiros em muitos equipamentos em Minas Gerais e de apresentar uma excelência no atendimento aos nossos pacientes. (H3)

Quanto aos processos de treinamento e de desenvolvimento dos recursos humanos nos hospitais, os respondentes H1, H3, H4, H5 e H6 disseram que existe plano de capacitação de pessoal em todos os níveis hierárquicos, o qual é colocado em prática. O respondente H2 declarou não haver processo formal de treinamento, mas afirmou que a empresa se dispõe a reembolsar cursos de aprimoramento profissional solicitados pelos seus empregados (TAB. 6).

TABELA 6 - Processos de treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos do hospital

Respostas	Entrevistados
Existem planos de capacitação (estratégico, tático e operacional).	H1 H3 H4 H5 H6
Não há formalização dos processos de treinamento e capacitação no hospital.	H2

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

Segundo Mintzberg (2006, p. 215), o empregado se vale do conhecimento especializado e o aperfeiçoamento de suas habilidades para aumentar seu grau de perfeição.

O hospital permite que o funcionário apresente à chefia imediata uma justificativa do porquê é importante para seu aperfeiçoamento profissional tal curso ou treinamento, e autorizamos e reembolsamos em seguida. Por questões de redução de custos, sempre damos preferência aos cursos feitos através da Secretaria de Saúde ou escola de Saúde Pública. (H2)

5.3 Percepções sobre a tomada de decisões estratégicas

Confirmando o segmento de mercado em que cada empresa atua, os hospitais H1 e H6 são referência de atuação em Maternidade e Oncologia, ao passo que H2, H3, H4 e H5 têm suas especialidades em diversas clínicas. Alguns são 100% atendimento SUS; outros, SUS, convênios e particulares (TAB. 7).

Respostas	Entrevistados
Referência em Maternidade Referência em Oncologia. Transplante, Cir. Geral, Cir. Cardiovascular, Ortopedia e Neurologia.	H1 H2 H3 H4 H5 H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O grau de participação dos níveis gerenciais intermediários nas decisões estratégicas mostrou que H2, H5 e H6 envolvem todos os níveis gerenciais nas tomadas de decisões. H1, devido à reestruturação na gestão, H3 e H4 concentram essas decisões na cúpula.

Clegg e Hardy (1999, p. 42) enfatizam a importância das lideranças, da postura e das habilidades dos empregados e da ação de equipes interagentes em face da necessidade de acordos e de negociações cada vez mais crescentes.

Araújo (2001, p. 40) destaca a sensibilidade necessária para tornar o indivíduo integrante do processo de mudança (TAB. 8).

Respostas	Entrevistados
Todos são envolvidos nas tomadas de decisões.	H2 H5 H6
As decisões são centralizadas nas cúpula.	H1 H3 H4

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Todos os hospitais utilizam simulações de cenários futuros para a tomada de decisão. Todos eles possuem planejamento estratégico, que norteia a organização, e planilha de investimentos em equipamentos médicos. H3 e H4 fazem uso de sistema de informações integrado. H1, H2, H5 e H6 desenvolvem trabalhos voltados para a melhoria das relações com determinadas áreas governamentais da Saúde, já que o governo tem participação na liberação de recursos para investimentos, por meio de verbas do Fundo Nacional de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

Os hospitais, na totalidade, detalham seus projetos de novos investimentos e procuram ter uma visão geral dos investimentos que estão sendo feitos (TAB. 9).

TABELA 9 - Utilização dos recursos nas tomadas de decisão estratégicas relativas aos novos investimentos

Respostas	Entrevistados					
Simulação de cenários futuros para tomada de decisão.	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Buscam profissionais bem preparados.	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Diretoria procura ter uma visão dos investimentos que estão sendo feitos.	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Acesso a novas tecnologias com precisão nos diagnósticos.	H1	H2	H3	H4	H5	H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Percebe-se que a preocupação com o longo prazo é unânime entre as empresas (CHANDLER, 1998, p. 134).

Os entrevistados H2, H3 e H4 descrevem a melhor utilização de recursos para o processo de tomada de decisão:

O hospital utiliza muito as diretrizes do planejamento estratégico [...]. Nós temos recursos tecnológicos e buscamos percepção de mercado dos outros hospitais [...]. Existe um trabalho voltado à área mais assistencial e de gestão de risco dos pacientes. A humanização é uma das prioridades do hospital. Os outros recursos são o material humano, as pessoas que fazem o hospital andar e, principalmente, o corpo clínico: sem os médicos nós não existiríamos. Temos muitos profissionais bem preparados e buscamos profissionais em áreas onde os resultados refletem direto no desempenho hospitalar. (H2)

Nós nos preocupamos com o estudo de cenários. O Conselho Diretor e a Diretoria, e sempre ela, é quem faz o planejamento estratégico [...]. Utilizamos planejamento formalizado. [...] A Diretoria procura ter uma visão geral dos investimentos que estão sendo feitos, dentro da nossa área de atuação. [...] Esta visão se apoia em informações governamentais e de investimentos de empresas privadas. (H3)

A maioria das decisões, principalmente o estudo da aquisição de novos aparelhos, é baseada em estudos financeiros, econômicos e taxa de retorno. Só que não são somente esses os tipos de recursos usados, pela diretoria, para tomada de decisão. Há “n” outras possibilidades que não têm como ser estudadas formalmente; assim, nós nos valem da experiência das pessoas [...]. (H4)

Quanto ao enfoque dado pelos hospitais em relação aos prazos para a obtenção de resultados de seus investimentos (MCCRAW, 1998, p. 136; CHANDLER, 1998, p. 134; GONTIJO; MAIA, 2004), todos trabalham visando o longo prazo. Isso se deve aos investimentos e gastos em obras, que, normalmente, têm tempo de execução de um ou mais anos. Além disso, foi bem lembrado pelo gestor estratégico H2 que os resultados desses investimentos atuais influenciarão futuros negócios. Também foi enfatizada pelos respondentes H3 e H4 a atenção dada a novos nichos para investimentos futuros (TAB. 10).

TABELA 10 - Enfoque dado pelo hospital, quanto aos prazos (curto, médio e longo), para obtenção de resultados de seus investimentos

Respostas	Entrevistados					
A empresa possui mais que uma fonte pagadora.			H3	H5	H6	
Vislumbra e investe em novas especialidades clínicas.	H2	H3	H5	H6		
Novos investimentos dependem dos atuais, da lucratividade e da rentabilidade destes.	H1	H2	H3	H4	H5	H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

H3 relata sua visão quanto aos resultados futuros:

O hospital tem a visão de longo prazo. Ele precisa se preparar. Todos os empreendimentos são voltados para a lucratividade atual, para que a empresa coloque isso dentro do ciclo econômico dela, revertendo em novas tecnologias e investimentos. Tudo que é ganho é revertido para dentro do próprio hospital. Então, assim, os novos empreendimentos dependem dos atuais, da lucratividade e da rentabilidade destes para reinvestirmos. (H3)

Ao serem perguntados sobre a maneira como os hospitais atuam visando à obtenção de vantagem competitiva, todos responderam que veem no cumprimento das regulações governamentais e da filantropia uma forma de adquirir essa vantagem. H3 e H5 apontaram um bom controle de custos como fator de competitividade. H1 e H6 enxergam na padronização e no fortalecimento das relações com fornecedores uma forma de obter vantagem competitiva. H3 e H4 entendem que por meio de aparelhos de ponta, certificações e gestão de riscos assistenciais obtém-se competitividade e H2 e H4 preconizam que a conquista da competitividade ocorreria pela capacitação técnica e pela gestão do corpo clínico.

Na medida em que todos os hospitais buscam a vantagem competitiva em relação aos concorrentes, pelo cumprimento das regulações de filantropia, acabam nivelando sua atuação em um mesmo patamar, o que requer outros fatores para se diferenciarem perante a concorrência, como certificações de qualidade, médicos cada vez mais capacitados e novas tecnologias, além de aumento de leitos.

Conforme mostra a TAB. 11, cada hospital busca mais de uma opção para incrementar sua atuação perante a concorrência (MILES *et al.*, 1978, p. 263-265).

TABELA 11 - Obtenção de vantagens competitivas em relação aos seus concorrentes						
Respostas	Entrevistados					
Cumprimento da filantropia e regulações governamentais.	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Bom controle sobre os custos.			H3	H4	H5	
Certificações.			H3	H4		
Capacitação técnica do corpo clínico.		H2		H4		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

A pergunta referente ao comportamento do hospital quanto à agilidade para tomar decisões estratégicas em relação a novas oportunidades foi assim respondida pelos entrevistados: H1, H4 e H5 afirmaram que os hospitais têm integração e rapidez nas decisões; H2, H3 e H6 avaliaram que possuem uma metodologia mais cautelosa na tomada de decisão; H3 também salientou agilidade e agressividade em novos negócios (VENKATRAMAN, 1989, p. 948) (TAB. 12).

TABELA 12 - O comportamento do hospital quanto à agilidade em tomar decisões estratégicas

Respostas	Entrevistados			
Integração e rapidez nas decisões.	H1		H4	H5
Metodologia mais tranquila para tomar decisões.		H2	H3	H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Com base nas declarações dos entrevistados, H2 se aproxima mais do comportamento estratégico explorador (MILES *et al.*, 1978).

No que se refere à posição dos hospitais quanto à modificação das tecnologias de execução e produção, com vistas a incrementar a produtividade, foram obtidas as seguintes respostas: hospitais H2, H3, H4 e H6 investem em novas tecnologias e métodos construtivos (DONALDSON, 1999, 115) e H1 e H5 têm como foco a área administrativa e a reestruturação do hospital (TAB. 13).

TABELA 13 - Posição do hospital quanto à modificação das tecnologias de execução e produção com vistas a incrementar a produtividade

Respostas	Entrevistados				
Investimento em novas tecnologias		H2	H3	H4	H6
Reestruturação do hospital	H1				H5

Fonte: Dados coletados da pesquisa

O relato do entrevistado H1 elucida bem o motivo:

Pegamos o hospital com documentos vencidos. Com a vinda da nova diretoria, aqui, foi que organizamos tudo... Ele veio de outro hospital, convidado para administrar aqui. Assim, ele trouxe a equipe. Nesse tempo, já melhorou muito os números, taxa de ocupação, giro de leito, aumento da média de cirurgias, procedimentos faturados. Enfim, não priorizamos, neste primeiro momento, novas tecnologias; queremos colocar a casa em ordem primeiro. (H1)

Já o entrevistado H1 esclarece que em sua especialidade as tecnologias avançam rapidamente e os equipamentos são caros para uma atualização no curto e no médio prazo, o que afetaria o custo de forma brutal. Portanto, o foco de investimento

para incrementar a produtividade recai, principalmente, no aperfeiçoamento do uso dos equipamentos e no treinamento de pessoal.

H4 exemplifica bem a atitude de se investir na tecnologia com vistas a incrementar a produtividade:

Como eu já disse, buscamos investir em novas tecnologias e métodos construtivos, para que possamos ser mais competitivos no mercado. A medicina e os métodos de diagnóstico, hoje, estão em mutação. O método construtivo de hoje não será o mesmo de amanhã. Vai ganhar quem já começou a perceber isso agora. (H4)

Quanto às decisões estratégicas dos hospitais referentes ao baixo risco ou alto retorno, H4 e H5 optaram pelo alto retorno, sendo que H4 é ousado em suas propostas e aquisições. H1, H2, H3 e H6 optam pelo baixo risco, sendo que H6 segue um projeto padrão no intuito de minimizar riscos (TAB. 14).

TABELA 14 - Tomada de decisão estratégica, hospital valoriza mais o baixo risco ou alto retorno					
Respostas	Entrevistados				
Alto retorno.				H4	H5
Baixo risco.	H1	H2	H3		H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Essas respostas seguem as diretrizes de comportamentos caracterizados por Donaldson (1999, p. 115).

Os relatos abaixo justificam bem o posicionamento dos hospitais:

Alto retorno. No nosso caso, os investimentos de baixo risco têm, normalmente, retorno menor. Atendemos ao SUS, mas recebemos pacientes particulares e de convênios. Quando tem baixo risco, se é obra de infraestrutura, são obras mais fáceis de serem realizadas e o número de concorrentes é maior e sua taxa de retorno é menor e a chance de você ganhar é também muito menor, pois a concorrência é maior. Quando você pega um de alto retorno, ele exige um planejamento maior da obra estrutural, como um prédio dedicado a cardiovascular, que exige um gerenciamento melhor. Ele vai exigir muito mais do hospital, da sua estrutura e da sua capacidade. E nós confiamos na nossa capacidade. (H4)

Baixo risco. Como temos um planejamento de investimentos de 2013 e procuramos replicá-lo, o hospital está buscando o baixo risco. O projeto atende a maioria de nosso público alvo que é o SUS. Tem um retorno já conhecido, o dinheiro não é nosso. Devemos prestar satisfação à sociedade. (H2)

5.4 Percepções sobre o desempenho organizacional

Sobre as questões referentes ao desempenho alcançado pela empresa nos últimos dois anos, com a preocupação de preservar a privacidade e o sigilo sobre os valores absolutos, foi solicitado ao entrevistado que fornecesse somente o balanço publicado no período a ser analisado, de 2011 e 2012.

Pelos serviços prestados ao SUS, os hospitais filantrópicos são remunerados com base em uma tabela que discrimina o preço de cada procedimento médico. Desde 1996, não há atualização completa desses valores. Com isso, a maioria dos hospitais tem que reinventar a roda, para que haja resultados positivos.

Por se tratar de resultados com valores discrepantes entre um hospital e outro, para preservar o sigilo os balanços serão concretizados apenas em déficit e superávit,

TABELA 15 - Resultado do exercício					
Respostas	Entrevistados				
Superávit	H1	H2	H3	H4	H5
Déficit					H6

Fonte: Dados coletados da pesquisa.

O relato abaixo justifica o resultado obtido por H6:

Somos um hospital que atende 100% SUS e nossos custos são muito altos. Talvez outros hospitais consigam porque atendem particular e convênios, mas nós não. Sabemos que estamos em déficit e ações já estão sendo tomadas para revertermos esse quadro, mas uma coisa é fato: não abrimos mão da qualidade do nosso atendimento. (H6)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa descreveu e analisou a estrutura organizacional, o processo de tomada de decisão estratégica e o desempenho organizacional de seis hospitais filantrópicos de médio e de grande porte, que prestam serviços de alta complexidade, sediados em Belo Horizonte, Minas Gerais, após entrevistar um tomador de decisão estratégica de cada hospital.

Primeiro, elaborou-se o referencial teórico, com base em autores clássicos e contemporâneos da Administração, estudiosos da teoria das organizações, de estratégia organizacional, de processos de tomada de decisão estratégica e de desempenho organizacional.

A pesquisa foi qualitativa, descritiva e de campo, utilizando-se entrevistas semiestruturadas, aplicadas a um tomador de decisão de cada hospital, com posterior análise de conteúdo, permitindo a retirada de dados para se atingirem os objetivos propostos.

Procedeu-se à comparação entre os tipos de estrutura apresentados no referencial teórico (MINTZBERG, 2006), os comportamentos estratégicos (MILES *et al.*, 1978; CHANDLER, 1998), os processos de tomada de decisão (SIMON, 1965; SCHOEMAKER, 1993) e os conteúdos das entrevistas obtidas aos representantes de cada hospital: H1, H2, H3, H4, H5 e H6. Constatou-se que todos os seis têm características semelhantes quanto ao tipo de estrutura, burocrático-profissional (MINTZBERG, 2006, p. 215); quanto ao comportamento estratégico, analista (MILES *et al.*, 1978); e quanto ao processo de tomada de decisão, racional (SIMON, 1965; GONTIJO; MAIA, 2004; FREDRICKSON; MITCHELL, 1984) e modelo ator unitário (SCHOEMAKER, 1993).

O desempenho de todos os seis hospitais pesquisados foi apontado como um caminho para o êxito. Ou seja, as organizações conseguem atingir os objetivos a que se propõem ou estão em busca constante dos resultados positivos, sem deixar de lado

a razão de ser: o paciente. Nesses casos, o sucesso maior do hospital está relacionado ao perfil do gestor estratégico hospitalar.

Observou-se pelos depoimentos dos entrevistados que os fatores determinantes do sucesso do desempenho organizacional dos seis hospitais são distintos entre si. Ou seja, os bons resultados obtidos em cada hospital são influenciados por variações distintas, não havendo um padrão comum a todos em termos de processo decisório ou de tipo de estrutura.

Os entrevistados, em suas respostas, alinharam-se com os pensamentos dos autores referenciados nesta pesquisa, sendo que Clegg e Hardy (1999, p. 42) deixam claro que o espírito colaborador entre equipes se reflete no desempenho organizacional.

Dois fatores chamaram a atenção. O primeiro é a interpretação por parte de cada um dos respondentes H1, H3 e H4 de que o cumprimento das regulações governamentais quanto à filantropia e às certificações de acreditação hospitalar constitui uma vantagem competitiva. Porém, a partir do momento em que todos se utilizam desta prática, tal vantagem passa a não existir entre eles. O segundo fator é que dois dos seis hospitais entrevistados optaram, quanto à tomada de decisão estratégica, pelo alto retorno e o restante pelo baixo risco. Todos os seis estão obtendo bons resultados em seus desempenhos ou estão à procura deles.

Portanto, pode-se considerar que há relações entre estrutura e desempenho organizacional (objetivo específico 1). Quanto aos efeitos do processo de tomada de decisão estratégica em relação ao desempenho organizacional (objetivo específico 2), há a tendência de que essa relação ocorra. O fato de se optar por baixo risco ou por alto retorno no processo de tomada de decisão não é fator determinante para o sucesso ou insucesso no desempenho dos hospitais. Nos demais fatores não houve grandes variações de formatação estrutural ou no processo de tomada de decisão entre as empresas. O objetivo específico 3 refere-se às relações entre o tipo de estrutura, o modelo de tomada de decisão e o desempenho organizacional. Pelos relatos dos entrevistados, nota-se que a estrutura e seu funcionamento devem servir de

suporte às ações relativas à tomada de decisão, como as decisões estratégicas, que, por sua vez, desencadeiam adequações na estrutura organizacional.

Em última análise, entende-se que há conexão entre configuração estrutural, o modelo de tomada de decisão e o desempenho organizacional em cada um dos seis hospitais pesquisados. Em que pese a identificação de fatores como a filantropia, em todos eles as relações não seguem um padrão único e cada hospital pesquisado apresenta uma relação distinta entre as variáveis estudadas.

A pesquisa teve como principal limitação, característica do método empregado na pesquisa, o receio dos entrevistados em liberar alguns dados financeiros do hospital administrado por eles. O fato de terem sido apenas seis hospitais estudados, cada um em seu respectivo setor de atuação, bem específico, restringe a generalização das considerações finais a todos os hospitais filantrópicos de médio e de grande porte na área da saúde.

Outras questões podem ser inspiradas com base nos resultados apresentados. Ou seja, não se pretende finalizar a discussão sobre um tema tão amplo e complexo. Para cada fenômeno relatado e analisado existe a possibilidade de surgir uma nova variável vinculada a ele, gerando novos estudos.

Com base no mesmo tema e nos objetivos desta pesquisa, um estudo futuro abrangendo outro setor de atuação apenas (hospitais particulares, clínicas de segmento de oncologia, santas casas, etc.), com a coleta de dados longitudinais, poderá trazer informações mais aprofundadas sobre as influências dos tipos de estrutura e de modelo de tomada de decisão no desempenho dos hospitais filantrópicos.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de Custos em Organizações Hospitalares**. 2001. 171 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ALLISON, Graham T.; ZELIKOW, Philip. **Essence of Decision**: Explaining the Cuban Missile Crisis. New York: Addison-Wesley, 1999.

BARQUIN. C. M. **Dirección de hospitales**: sistemas de atención médica. 6. ed. México: Interamericana, 1992,

BAUER, M.; GASKELL, G, **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BEGHIN, N. **A filantropia empresarial**: nem caridade, nem direito. São Paulo: Cortez, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto no 2.536, de 06 de abril de 1998. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2536.htm>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CATELLI, A.; PARISI, C.; SANTOS, E. S.; ALMEIDA, L. B. Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras. **Revista do serviço público da ENAP**, [S. l.], n. 3, p. 83-100, jul./set. 2001.

CHERUBIN, Niversindo A.; SANTOS, Naírio A. A. P. **Administração Hospitalar**: fundamentos. São Paulo: CEDAS, 1998.

CLEMEN, R. T.; REILLY, T. **Making Hard Decision with Decision Tools**. California: Duxbury, 2001.

ETZIONI, A. Mixed-scanning: a “third” approach to decision-making. **Public Administration Review**, Chicago, v. 27, n. 5, p. 385-392, Dec. 1967.

FAJARDO ORTIZ, G. **Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1972.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FREDRICKSON, James W.; MITCHELL, Terence R. Strategic decision processes: comprehensiveness and performance in an industry with an unstable environment. **Academy of Management Journal**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 399-423, June 1984.

GALÁN MORERA, R. Avaliação abrangente, In: MALAGÓN-LONDOÑO, G. *et al.* **Administración Hospitalar**. Bogotá: Panamericana, 1996. p. 487-500.

GALÁN MORERA, R. **Evaluación integral**. In: MALAGÓN-LONDOÑO, G.; GALÁN MORERA, R.; PONTÓN LAVERDE, G. **Administración hospitalaria**. Bogotá: Panamericana, 2000. p. 487-500.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease. **Health Care Management Review**, [S. l.], n. 26, p. 56-84, 1995.

GOMES, F. A. M.; GOMES, C. F. S.; ALMEIDA, A. T. de. **Tomada de decisão gerencial: enfoque multicritério**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONTIJO, A. C.; MAIA, Cláudia Santos Castro. Tomada de decisão, do modelo racional ao comportamental: uma síntese teórica. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 13-30, out./dez. 2004.

GREGORY, Robin *et al.* Acceptable Input: Using Decision Analysis to Guide Public Policy Deliberations. **Decisions Analysis**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 4-16, Mar. 2005.

JACOBSEN, B. Farmer's decision making behaviour: empirical findings from Denmark. In: JACOBSEN, B.; PEDERSEN, D.; CHRISTTENSEN, J.; RASMUSSEN, S. (Ed.). EAAE SEMINAR - FARMER'S DECISION MAKING - A DESCRIPTIVE APPROACH, 38., 1994, Valby. **Proceedings from EAAE Seminar...** Copenhagen: Institute of Agricultural Economics, 1994. p. 77-89.

KEENEY, R. Making Better Decision Makers. **Decision Analysis**, [S. l.], v. 1, n. 4, p. 193-204, Dec. 2004.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LINDBLOM, Charles E. The science of "muddling through". **Public Administration Review**, Chicago, v. 19, n. 2, p. 79-88, Spring 1959.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALAGÓN-LONDONO, G.; GALAN MORERA, R.; PONTÓN LAVERDE, G. **Administración hospitalaria**. Bogotá: Panamericana, 1996.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-69, jul./set. 2001.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. **Ambiguity and Choice in Organizations**. Bergen: Universitetsforlaget, 1976.

MESTRINER, M. L. **O estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MILES, R. E.; SNOW, C. C.; MEYER, A. D.; COLEMAN JR., H. J. Organizational strategy, structure, and process. **American Management Review**, p. 546-562, July 1978.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas, 1995.

MORON, Marie Anne Macadar. **Concepção, desenvolvimento e validação de instrumentos de coleta de dados para estudar a percepção do processo decisório e as diferenças culturais**. 1998. 253 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

NATIONAL PHILANTROPIC TRUST. Publicação eletrônica. Disponível em: <http://www.nptrust.org/philanthropy/history_philanthropy.asp. 2007>. Acesso em: 04 nov. 2012.

ORASUNO, J. M. Decisão no cockpit. In: WIENER, E. L.; KANK, B. G.; HELMREICH, R. L. **Cockpit resource management**. San Diego, CA: Academic Press, 1995.

PEREIRA, I. A. **A epopeia das misericórdias**. Curitiba: Ed. Academia de Cultura de Curitiba, 1994.

PAVIA, L. The era of knowledge in health care. **Health Care Strategic Management**, Chicago, v. 19, n. 2, p.12-13, Feb. 2001.

PROCACCI, G. **Gouverner la misère : la question sociale em France 1789-1848**. Paris : Seuil, 1993.

REIS, L. G. **Análise da aplicabilidade do custeio baseado em atividades em organização da área hospitalar: estudo de caso em um hospital privado de Londrina**. 2004. 176 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2004.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.
- RODRIGUES FILHO, J. Método de pagamento hospitalar no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, ago./out. 1990.
- SCARPI, M. J. **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Futura, 2004.
- SCHOEMAKER, P. J. H. Strategic Decisions in Organizations: Rational and Behavioural Views. **Journal of Management Studies**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 107-129, 1993.
- SIMON, Hebert Alexander. Making management decisions the role of intuition and emotion. **The Academy of Management Executive**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 57-80, Feb. 1987.
- SIMON, Herbert Alexander. **Comportamento Administrativo: estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.
- SIMON, Herbert Alexander. **The New Science of Management Decision**. New York: Harper & Row Publishers, 1960.
- SIMON, Herbert Alexander. **Administrative Behavior**. New York: Free Press, 1947.
- SNYMAN, Johannes H.; DREW, Donald V. Complex strategic decision processes and firm performance in a hypercompetitive industry. **Journal of American Academy of Business**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 293-298, Mar. 2003.
- STEIN, Jorge B. **Contextual Influence on Strategic Decision Methods**. Pennsylvania: University Of Pennsylvania, 1980.
- STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques**. Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- SUTHERLAND, A.; MCGREGOR, M.; DENT, J.; WILLOCK, J.; DEARY, I.; GIBSON, G.; GRIEVE, R.; MORGAN, O. Edinburgh farmer decision making study: elements important to the farmer. In: BEERS, G.; HUIRNE, R.; PRUIS, H. (Ed.). EAAE SEMINAR - FARMERS IN SMALL-SCALE AND LARGE-SCALE FARMING IN A NEW PERSPECTIVE: OBJECTIVES, DECISIONS MAKING AND INFORMATION REQUIREMENTS, 43., 1996, Valby. **Proceedings from the EAAE Seminar...** Kopenhagen: Institute of Agricultural Economics, 1996. p. 162-171.
- TEIXEIRA, J. M. C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua organização. In: LIMA GONÇALVES, E. (Coord.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

TIERGARTEN, M.; ALVES, C. A. A visão baseada em recursos (RBV) como estratégia empresarial: um estudo das principais abordagens a partir de um quadro de referenciais teóricos. **Revista Universo Administração**, [S. l.], ano 2, v. 2, p. 61-74, 2008.

TOGNON, I. V. **Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades**: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. 2000. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

YU, Abraham S. O.; PRADO, Edmir P. V. Análise de decisão na terceirização da tecnologia de informação: um estudo de caso no setor químico brasileiro. In: SEMEAD, 6., 2003, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 96 p.

ZANELA, Amarolinda I. Costa. **A influência da cultura e da experiência decisória sobre a percepção do processo decisório individual**: um estudo comparativo entre Brasil, França e Estados Unidos. 1999. 334 f. Dissertação (Mestrado) - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - GESID - Grupo de Estudos em Sistemas de Informações e de Apoio à Decisão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

ANEXOS

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA



Universidade FUMEC
Mestrado em Administração

PESQUISA ACADÊMICA

Setor: Hospitalar

Abrangência: Grande Porte

Esta pesquisa tem caráter acadêmico. As empresas pesquisadas não terão seus nomes e dados divulgados. Serão entregues a cada hospital participante os resultados e a análise final da pesquisa.

Esta pesquisa tem por objetivo pesquisar e analisar as diferenças entre os processos de tomada de decisão estratégica hospitalar e suas influências no desempenho organizacional.

INSTRUÇÕES

1. Por favor, não ignore qualquer pergunta. Basta descrever a realidade, com base em sua experiência. Para esta pesquisa beneficiar a sua empresa, é extremamente importante que você indique como as decisões são realmente feitas, e não como você acha que elas devem ser feitas.

Pesquisadora: Shirley Dabus Berti

e-mail : shirleyberti@hotmail.com

(31) 9906-9487

DADOS PRELIMINARES

Razão Social:

Endereço:

Área de atuação:

Nome do entrevistado:

Cargo:

Tempo no cargo:

Função:

Data de nascimento:

Formação escolar:

Parte I – Estrutura Hospitalar

Esta parte está preocupada em identificar qual a estrutura organizacional adotada pela empresa na coordenação dos processos relacionados aos fatores situacionais enfrentados.

Nas perguntas abaixo relacionadas, dê as respostas que correspondem às práticas atualmente adotadas em sua empresa.

(01) Qual o grau de organização e padronização do Hospital?

Ex.: organograma, avaliação de desempenho, normas, procedimentos, certificações, etc.

(02) Qual o enfoque que se dá à descentralização das decisões entre os níveis hierárquicos da empresa?

(03) Quais os recursos utilizados, pela empresa, como indicadores de desempenho, departamentais e globais, na orientação dos processos decisórios?

(04) Como é o ambiente de trabalho da empresa?

Ex.: cooperativo, participativo, competitivo, conflituoso, estável, etc.

(05) Como o hospital se vale de novas tecnologias para o exercício de suas atividades?

(06) Como são os processos de treinamento e desenvolvimento dos recursos humanos no hospital?

Parte II – Processo de Tomada de Decisões Estratégicas

Um aspecto deste estudo são as decisões estratégicas. Estas decisões, quando em conjunto, posicionam a empresa em seu ambiente competitivo e orientam as operações internas. Alguns exemplos:

- Tipos de serviços de medicina diagnóstica
- Decisões pessoais da alta administração
- Alocação de recursos governamentais
- Implantação de novos serviços
- Objetivos de participação de mercado e lucratividade para investimentos

(07) Qual segmento de mercado em que seu Hospital vem atuando?

(08) Qual o grau de participação dos níveis gerenciais intermediários e estratégicos nas decisões?

(09) De que forma são utilizados recursos na tomada de decisões estratégicas relativas aos novos investimentos?

Ex.: sistemas de informação, controle de custos, orçamentos, projetos, monitoramento do desempenho econômico-financeiro, etc.

(10) Qual o enfoque dado pela empresa, quanto aos prazos (curto, médio e longo), para obtenção de resultados e seus investimentos?

(11) Como o hospital atua na obtenção de vantagens competitivas em relação aos seus concorrentes?

Ex.: regulações, influências pessoais, prazos, preços, facilidades, divulgações, etc.

(12) Qual o comportamento da empresa quanto à agilidade em tomar decisões estratégicas em relação a novas oportunidades?

(13) Qual a posição do hospital quanto a modificação das tecnologias de execução e produção com vistas a incrementar a produtividade?

(14) Ao tomar decisões estratégicas, seu hospital valoriza mais considerações de **baixo risco** ou **alto retorno**?

Parte III – Desempenho Hospitalar

Esta parte está relacionada ao desempenho econômico-financeiro, de seu hospital, em seu setor de atuação, nos últimos 2 anos.

(15) Superávit / Déficit

Belo Horizonte ____ de _____ de 2013.

Assinatura: _____

Nome: