

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

**DECISION-MAKING PROCESS: A MULTICASE STUDY IN HOSPITAL ORGANIZATIONS IN BELO HORIZONTE**

**PROCESO DE TOMA DE DECISIONES: UN ESTUDIO MULTICASO EN LAS ORGANIZACIONES HOSPITALARIAS DE BELO HORIZONTE**

**Alexandre Teixeira Dias**

Universidade FUMEC  
alexandre.tdias@fumec.br

**Shirley Dabus Berti**

Universidade FUMEC  
shirleyberti@hotmail.com

## RESUMO

Este estudo aborda 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. 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 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. 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.

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

## ABSTRACT

This study addresses the influence of the organizational structure and the decision-making process in the performance of six large, philanthropic hospitals based in Belo Horizonte-MG. The research is qualitative, descriptive and of the field, using a multistructured interview, made with one of the strategic decision makers of each hospital, with further analysis of content, allowing the withdrawal of data to reach the Proposed objectives. The results found indicate influences of the structural configuration and the decision-making process in organizational performance and that all are conservative in their investments, choosing the low risk, but without damaging the quality of Assistance provided to the patient. Specialties in medical clinics, orthopedics, geriatrics, surgery and Obstetrics, among others, are considered a competitive advantage for each of the six hospitals. The influences of the coincident factors identified between the structural configuration, decision making and organizational performance do not follow a single standard, and each hospital researched has a distinct relationship with the said variables.

**Keywords:** Hospitals. Decision making. Organizational performance.

## RESUMEN

Este estudio aborda la influencia de la estructura organizacional y el proceso de toma de decisiones en el desempeño de seis grandes hospitales filantrópicos basados en Belo Horizonte-MG. La investigación es cualitativa, descriptiva y de campo, utilizando una entrevista multiestructurada, realizada con uno de los tomadores de decisiones estratégicos de cada hospital, con posterior análisis de contenidos, permitiendo la retirada de datos para llegar a la Objetivos propuestos. Los resultados encontrados indican influencias de la configuración estructural y el proceso de toma de decisiones en el desempeño organizacional y que todos son conservadores en sus inversiones, eligiendo el bajo riesgo, pero sin perjudicar la calidad de Asistencia proporcionada al paciente. Las especialidades en clínicas médicas, ortopedia, geriatría, cirugía y Obstetrícia, entre otras, son consideradas una ventaja competitiva para cada uno de los seis hospitales. Las influencias de los factores coincidentes identificados entre la configuración estructural, la toma de decisiones y el desempeño organizacional no siguen un solo estándar, y cada hospital investigado tiene una relación clara con dichas variables.

**Palabras-clave:** Hospitales. Toma de decisiones. Desempeño organizacional.

## INTRODUÇÃO

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.

Dificilmente 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.

A instituição hospitalar é uma estrutura de alto dinamismo operacional, com atividades caracteristicamente polimorfos, 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.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 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).

### 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 e Mitchell (1984, p. 446) enfatizam 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 os autores, 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 e MITCHELL, 1984, p. 446).

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.

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.

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.

Conforme Fredrickson e Mitchell (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 e Mitchell (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) afirmam que:

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.

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

**QUADRO I** - 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 e Mitchell, 1984, p. 402.

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.

### ***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 e 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.

Para Fredrickson (1984), 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, 1984).

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.

### ***Processo decisório: principais paradigmas***

Allison e Zelikow (1999), no livro *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*, 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 deter-

mina são “atores em posição”, pessoas e indivíduos que, em dado momento e arena, encontram-se numa posição privilegiada.

Na Figura 2 é apresentada um resumo dos modelos, como propostos por Allison e Zelikow (1999).

FIGURA 2 - Comparação dos Modelos de Allison and Zelikow (1999)

	Racional	Organizacional
<b>Problemas</b>	Percepção dos problemas estratégicos.	São divididos e fracionados entre as organizações do Governo.
<b>Escolhas e Decisões</b>	Conjunto relativamente fixa de alternativas, Incerteza controlada.	Atenção sequencial ao objetivo. Procedimentos operacionais. Solução de problemas, aprendizado.
<b>Padrão de Inferência dominante</b>	Otimização versus restrições.	Componentes organizacionais, Governo como conglomerado de organizações.
<b>Proposições Gerais</b>	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.

### *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 decomposta em cinco partes básicas: cúpula estratégica, linha intermediária, tecnoestrutura, assessoria de apoio e núcleo operacional:

- 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.

### ***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, MORERA e LAVERDE, 1996).

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).

## **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 estudos 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.

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 desenvolvendo 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”.

Quanto aos meios, foram utilizados diversos caminhos para atingir o objetivo geral deste estudo, destacando-se 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.

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.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### Contextualização

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 Ensaios Laboratoriais, Certificado em Eletrocirurgia Segura, Certificado em Padrão Ouro em Monitoramento do Processo de Esterilização, Certificado Nível 3 – Acreditado com Excelência (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 Sis-

tema 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: dois gestores administrativos, um membro do staff da Diretoria, um superintendente geral e dois diretores-presidentes. Quanto à idade, dois estão na faixa dos 36 a 40

anos; dois de 50 a 60 anos; e um acima de 80 anos de idade. Em relação ao tempo de empresa dos entrevistados, um tem até um ano no cargo, quatro entre três e sete anos; e um 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.

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. 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 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. Essa procura se justifica pela necessidade, pela divisão mais racional do trabalho e pelo crescimento das especializações.

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.

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.

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.

### **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.

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.

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.

Quanto ao enfoque dado pelos hospitais em relação aos prazos para a obtenção de resultados de seus investimentos, 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.

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, acaba 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.

### **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.

## **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, os comportamentos estratégicos, os processos de tomada de decisão 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; quanto ao comportamento estratégico, analista; e quanto ao processo de tomada de decisão, racional e modelo ator unitário.

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.

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 regulamentações 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. Quanto aos efeitos do processo de tomada de decisão estratégica em relação ao desempenho organizacional, 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.

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

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.

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

FREDRICKSON, J. W. The comprehensiveness of strategic decision processes: extension, observations, future directions. *Academy of Management Review*, v. 27, n. 3, p. 445-466, Sept. 1984.

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

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

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**, v. I, n. 4, p.193-204, Dec. 2004.  
MALAGÓN-LONDONO, G.; MORERA, R.G.; LAVERDE, G. P. **Administración hospitalaria**. Bogotá: Panamericana, 1996.

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

MORON, M. A. M. 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.

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

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**, n. 24, ago./out. 1990.

SCARPI, M. J. **Gestão de clínicas médicas**. São Paulo: Futura, 2004.

SIMON, H. A. **The New Science of Management Decision**. New York: Harper & Row Publishers, 1965.

SIMON, H. A. Making management decisions the role of intuition and emotion. **The Academy of Management Executive**, v. 1, n. 1, p. 57-80, Feb. 1987.

SNYMAN, J. H.; DREW, D. V. Complex strategic decision processes and firm performance in a hypercompetitive industry. **Journal of American Academy of Business**, v. 2, n. 2, p. 293-298, Mar. 2003.

STEIN, J. B. **Contextual Influence on Strategic Decision Methods**. Pennsylvania: University of Pennsylvania, 1980.

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.

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