

**ESTRUTURA E DESEMPENHO DE UMA CLÍNICA MÉDICA BRASILEIRA:
A ORQUESTRAÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL E DA EFETIVIDADE DO
ATENDIMENTO**

***STRUCTURE AND PERFORMANCE OF A BRAZILIAN MEDICAL CLINIC: THE
ORCHESTRATION OF PROFESSIONAL AUTONOMY AND THE EFFECTIVENESS OF CARE***

***ESTRUCTURA Y RENDIMIENTO DE UNA CLÍNICA MÉDICA BRASILEÑA:
LA ORQUESTACIÓN DE LA AUTONOMÍA PROFESIONAL Y DE LA EFECTIVIDAD DE LO
TRATAMIENTO***

Inayara Valéria Defreitas Pedroso Gonzalez

Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP)
Professora Adjunta da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Endereço: Av. Fernando Ferrari, n. 514, Goiabeiras, CEP: 29075910. Vitória, ES, Brasil
Telefone: (027) 4009-7725
E-mail: gonzalezinayara@gmail.com

Pamela Rodrigues Moreira

Graduada em Administração pela Faculdade Estácio de Sá de Vitória (FESV)
Endereço: Av. Dr. Herwan Modenese Wanderley, n. 1001, Jardim Camburi, CEP: 29092-095.
Vitória, ES, Brasil
Telefone: (027) 9 9615-9056
E-mail: pana.rodrigues@hotmail.com

Edilene Costa Santos

Graduada em Administração pela Faculdade Estácio de Sá de Vitória (FESV)
Endereço: Av. Dr. Herwan Modenese Wanderley, n. 1001, Jardim Camburi, CEP: 29092-095.
Vitória, ES, Brasil
Telefone: (027) 9-9856-6175
E-mail: edileneisac@hotmail.com

Artigo recebido em 01/03/2018. Revisado por pares em 07/08/2018. Reformulado em 19/08/2018. Recomendado para publicação em 30/04/2019. Publicado em 30/04/2019. Avaliado pelo Sistema *double blind review*.



RESUMO

Esse estudo se propôs a descrever a maneira como a configuração estrutural de uma clínica médica favorece a efetividade do atendimento junto aos seus clientes (pacientes), ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária aos profissionais do núcleo operacional. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, cujas técnicas de investigação utilizadas foram a pesquisa bibliográfica seguida de pesquisa de campo. Concluiu-se que os mecanismos de coordenação estão associados a uma cultura forte acerca dos princípios ligados à medicina sistêmica, em que o ganho da saúde integral do paciente é conquistado por meio do trabalho multidisciplinar.

Palavras-chave: Estrutura Clínica Médica; Medicina sistêmica; Atendimento de pacientes; Atendimento em clínica médica.

ABSTRACT

This study aims to describe how the structural configuration of a medical clinic favors the effectiveness of care among its clients (patients), while providing the necessary autonomy to the professionals in the operational nucleus. It is a case study with a qualitative approach, whose research techniques used were the bibliographic research followed by field research. It was concluded that the coordination mechanisms are associated to a strong culture about the principles connected to systemic medicine, in which the integral health of the patient is gained through multidisciplinary work.

Key words: Medical Clinical Structure; Systemic medicine; Patient care; Medical clinic attendance.

RESUMEN

Este estudio se propuso describir la manera como la configuración estructural de una clínica médica favorece la efectividad de la atención junto a sus clientes (pacientes), al tiempo que propicia autonomía necesaria a los profesionales del núcleo operacional. Se trata de un estudio de caso, con abordaje cualitativo, cuyas técnicas de investigación utilizadas fueron la investigación bibliográfica seguida de investigación de campo. Se concluyó que los mecanismos de coordinación están asociados a una cultura fuerte acerca de los principios ligados a la medicina sistémica, en que la ganancia de la salud integral del paciente es conquistada por medio del trabajo multidisciplinario.

Palabras-clave: Estructura clínica médica; Medicina sistémica; Cuidado del paciente; Asistencia a la clínica médica.

1 INTRODUÇÃO

Na literatura ligada à Administração é possível encontrar tipos distintos de estruturas organizacionais e de configuração estrutural, por exemplo, estruturas tradicionais e inovativas (VASCONCELOS; HEMSLEY, 2002), mecanicistas e orgânicas (BURNS; STALKER, 1961), estas inclusive, exploradas por Morgan (2010) na obra “Imagens das Organizações”; e, mais os tipos de configuração estrutural de Mintzberg (2015) em sua obra “Criando organizações eficazes”. A importância desses temas liga-se ao fato de que a estrutura organizacional e o seu *design*, podem ou não favorecer o surgimento de uma rede de relações entre os profissionais da organização, de tal modo que os seus trabalhos se mostrem coordenados e alinhados à missão organizacional.

Nesta pesquisa, assume-se que estrutura equivale ao resultado de um processo por meio do qual a autoridade é distribuída, as atividades são especificadas e um sistema de comunicação é delineado, a fim de que as pessoas atinjam os objetivos organizacionais (VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2011). Como a estrutura de ambientes hospitalares assemelha-se à configuração burocracia profissional, na medida em que possui profissionais especializados, treinados, que passam a controlar o seu próprio trabalho e que agem diretamente com seus clientes (MINTZBERG, 2015), foi a que predominou nas análises desta pesquisa.

A escolha a respeito de qual estrutura organizacional privilegiar em detrimento de outra, implica considerar a estratégia do negócio (PERROTTI, 2004). A estratégia para ser formada requer o estabelecimento da missão e dos objetivos do negócio (FUSCO; SACOMANO, 2007). O interesse pela burocracia profissional surgiu da premissa de que é desafiador conseguir, em um ambiente hospitalar, orquestrar a autonomia dos profissionais especialistas e os objetivos estratégicos da organização. Isso porque, em hospitais há o desafio de gerenciar os interesses dos médicos por treinamentos e cursos que são feitos, inclusive, fora da organização, que são muitas vezes modismos e que, por isso, podem fragilizar os processos de comunicação, os próprios treinamentos e os objetivos da organização onde estão inseridos (MINTZBERG, 2015). Além disso, é desafiador obter a eficácia desejada, na administração da agenda de atendimentos em ambientes hospitalares, com as demandas dos clientes (ICLINIC, 2015).

A capacidade de orquestrar a autonomia dos médicos, as necessidades dos clientes, mais o respeito ao atendimento da estratégia, missão e visão, é desafio para o administrador de clínicas médicas. Tomar decisões a respeito dos aspectos estruturais com vistas ao alcance de efetividade do atendimento e do desempenho geral da organização, não é também uma tarefa simples (DIAS; BERTI, 2017) quando há um controle externo sobre a estratégia que cada profissional adota ao buscar conhecimentos fora da organização (MINTZERG, 2015). Isso porque há o risco de o profissional dedicar atenção àquilo que não passa de modismo e de deixar de concentrar esforços direcionados a treinamentos que colaborem com a missão do local onde trabalham.

Tendo como ponto de partida tais reflexões, surgiu a seguinte questão: **De que maneira a configuração estrutural de uma clínica médica hospitalar favorece a efetividade do atendimento junto aos seus clientes ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária aos seus profissionais?** Para responder tal questão, esta pesquisa foi guiada pelo objetivo geral de descrever a maneira como a configuração estrutural de uma clínica situada em Vitória-ES, favorece a efetividade do atendimento junto aos seus clientes (pacientes), ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária aos seus profissionais.

É importante que a estrutura seja adequada às características e objetivos estratégicos da organização (MARTINS *et. al.*, 2018). Normalmente, em organizações hospitalares, parte-se da premissa de que os trabalhos realizados são feitos da melhor forma possível, mas não se considera o grau de centralização, autoritarismo e a assimetria na relação médico/paciente (MALIK; TELES, 2001). Por isso, espera-se com esta pesquisa, contribuir com novos conhecimentos relativos ao modo de orquestrar as decisões ligadas à gestão dos interesses dos diferentes atores que atuam em organizações que apresentam profissionais com a autonomia necessária para tomar decisões, mas que, muitas vezes, são desconectadas dos interesses coletivos: de clientes e da organização. E ainda, revelar os mecanismos de coordenação entre os profissionais e a gestão, na busca do desempenho geral do ambiente hospitalar.

A escolha pela clínica situada em Vitória se deu não apenas pela acessibilidade aos dados necessários para a sua conclusão, mas também pelo fato de ser uma clínica

conhecida por assumir uma abordagem multidisciplinar no tratamento dos seus pacientes. Esse foco exige a formação de uma cultura capaz de lidar com os desafios associados ou inerentes a ambientes hospitalares, em especial, a harmonização entre a gestão hospitalar e as tomadas de decisão individuais.

Após a sua introdução, o artigo segue estruturado da seguinte forma: fundamentação teórica, onde são apresentados os conceitos mais importantes e o quadro teórico necessário para a análise e discussão dos resultados. A metodologia, onde se apresenta o método, os sujeitos da pesquisa, os procedimentos de coleta, tratamento e de análise dos dados. O estudo de caso, com as análises e discussões e, por fim, as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção são revelados os conceitos assumidos e as dimensões que contribuíram para o posterior uso da estratégia de triangulação de dados.

2.1 CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL

A palavra estrutura em termos amplos significa tudo o que a análise interna de uma totalidade revela, ou seja, os elementos internos de um sistema, suas inter-relações e sua disposição, conceito esse influenciado pela Biologia (MOTTA; VASCONCELOS, 2002). Na literatura de administração, tem-se normalmente que uma dada estrutura é composta basicamente por uma cúpula estratégica, um núcleo operacional, uma linha intermediária, a assessoria de apoio e a tecnoestrutura (MINTZBERG, 2015). A forma como essas partes são coordenadas e integradas determinam o desempenho organizacional no ambiente onde atua.

Basicamente, na cúpula estratégica é comum encontrar condições altamente orgânicas, pois é uma parte da estrutura que está face a face com o ambiente mais amplo e o trabalho é menos programado. No núcleo operacional é mais comum a formalização do comportamento. Na tecnoestrutura há certa ênfase na formalização do trabalho, enquanto na assessoria de apoio podem existir estruturas variadas, algumas formais, outras orgânicas (MINTZBERG, 2015).

Um modelo orgânico caracteriza-se “[...] por uma estrutura mais achatada, que utiliza equipes multifuncionais, tem uma reduzida formalização e estimula a participação de todos no processo decisório” (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010, p. 485). A partir das contribuições advindas das ideias de Burns e Stalker (1961), Morgan (2010) sinaliza que a estrutura orgânica traz como destaque o processo de inovação e o desenvolvimento do desempenho organizacional. Isso acontece por meio da perspectiva eventual, de sua influência no nível estratégico para obter o equilíbrio entre o ambiente interno e externo, sendo comum em ambientes mais dinâmicos ou complexos (MORGAN, 2010) ou em ambientes inovadores, com elevada interação entre pessoas, ideias e ações (MOREIRA; STRAMAR, 2014).

O entendimento da melhor maneira de combinar as partes de uma estrutura é determinante para o alcance dos resultados planejados, visto que dependendo da forma como a estrutura se configura a partir da coordenação e integração de suas partes, assim como da diferenciação interna de seus trabalhos, tem-se um tipo de configuração ou a combinação dos tipos que pode favorecer os processos internos do negócio, por exemplo, o processo de atendimento aos clientes.

Segundo Vasconcellos e Hemsley (2002), para existir harmonia estrutural, há de se combinar as características das atividades da empresa com o ambiente que a cerca. Em uma organização onde há, por exemplo, tarefas repetitivas, busca de padronização e ambiente estável, com baixa competição, é comum a escolha por estruturas tradicionais. Mas, com mudanças, por exemplo, em tecnologias, novos processos e sistemas informatizados de controle, as organizações passaram por transformações (TORTADO; DEL CORSO, 2008). Com isto, as estruturas tradicionais pereceram com as mudanças advindas nas últimas décadas, o que tornou inevitável a criação das estruturas inovativas para o alcance de um ajuste interno frente às mudanças. Estas últimas estruturas se apresentam com baixo nível de formalização, pois o dinamismo do ambiente impede muita formalização, exige novo formato de departamentalização, multiplicidade de comando (ou a unidade de comando não é necessariamente obedecida), além de especialização relativamente baixa, com um padrão de comunicação vertical, horizontal e diagonal (VASCONCELLOS; HEMSLEY, 2002).

A determinação sobre como será a estrutura organizacional em termos de configuração, normalmente exige a repartição do trabalho em diferentes cargos e a realização da gestão entre esses cargos (MINTZBERG, 2015). Com relação a essa segunda exigência ligada à estrutura organizacional, assume-se que as organizações necessitam de consistência interna, mas esta só pode se dar a partir da dedicação do gestor em coordenar os diferentes elementos da sua estrutura.

A maioria das organizações experimenta determinados tipos de forças internas que as tornam mais ou menos hierarquizadas, achatadas, mecanicistas ou orgânicas. Entretanto, na extensão em que as condições favoreçam uma em relação às outras, a organização é levada a estruturar-se de acordo com uma das configurações que são: estrutura simples, burocracia mecanizada, burocracia profissional, forma divisionalizada ou adhocracia (MINTZBERG, 2015).

Considerando-se que diferentes estruturas se aplicam a diferentes ambientes de negócio e setoriais, o estudo dos tipos estruturais torna-se relevante. No caso da Estrutura Simples, é uma configuração que tem a supervisão direta como o seu principal mecanismo de coordenação e a cúpula estratégica como a parte principal na estrutura da organização. Isso significa que essa cúpula consiste em pouco mais de uma pessoa e o poder das principais decisões estão centralizadas nas mãos do executivo principal (MINTZBERG, 2015). Em contrapartida, a Burocracia Mecanizada tem como base, a padronização dos processos de trabalho e a tecnoestrutura como parte principal. Além disso, é uma forma de organização que tem como obsessão o controle que permeia a estrutura de cima para baixo (MINTZBERG, 2015).

No caso da configuração do tipo Forma Divisionalizada, sua base é a padronização dos *outputs* e a sua parte principal a linha intermediária. Por fim, a Adhocracia tem como base o ajuste mútuo e como parte principal a assessoria de apoio. O ajuste mútuo é um tipo de mecanismo de coordenação de trabalho que acontece pelo simples processo de comunicação informal (MINTZBERG, 2015).

A configuração estrutural do tipo Burocracia Profissional mostra-se mais alinhada ao foco de estudo desta pesquisa, na medida em que apresenta uma estrutura com características mais afinadas ao contexto e ao tipo de negócio investigado, conforme Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

discutido e apresentado mais adiante, onde as suas características são reveladas. A identificação acerca das características internas de cada configuração estrutural, do mecanismo de coordenação e de integração, facilita o processo de tomada de decisões e, conseqüentemente, o resultado em termos eficiência e eficácia.

Pelo exposto, torna-se necessário compreender os diferentes fatores que influenciam a configuração e o seu desempenho geral.

2.2 FATORES QUE INFLUENCIAM A CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL EM TERMOS DE DESEMPENHO INTERNO E EXTERNO

Independentemente de qual seja a configuração estrutural, todas dependem de algum tipo de mecanismo de coordenação para que possam obter o desempenho esperado. O desempenho efetivo de uma empresa depende da forma como são coordenadas as tarefas, atividades e funções da organização. Essa coordenação implica o conhecimento de mecanismos que facilitem a integração das diferentes partes da estrutura (cúpula estratégica, núcleo operacional, linha intermediária, assessoria de apoio e tecnoestrutura) (MINTZBERG, 2015).

Ao todo são cinco os mecanismos de coordenação conhecidos na literatura e que demonstram os métodos fundamentais pelas quais as instituições organizam as suas tarefas: 1- ajustamento mútuo, 2- supervisão direta, 3- padronização dos processos de trabalho, 4- padronização dos resultados do trabalho e, 5- padronização das habilidades dos trabalhadores (MINTZBERG, 2015).

O ajustamento mútuo acontece pelo simples processo de comunicação informal; enquanto a supervisão direta ocorre quando uma pessoa passa a ser responsável pelo trabalho de outro, dando-lhes instruções e monitorando suas ações. A padronização dos processos de trabalho representa um tipo de mecanismo de coordenação em que os processos são padronizados quando o conteúdo da tarefa for especificado. O mecanismo padronização das habilidades é usado quando o treinamento exigido para o desempenho do trabalho for especificado. Por último, mas não menos importante, encontra-se a padronização por *outputs*, que é um mecanismo em que os resultados do trabalho, por exemplo, as dimensões do produto ou mesmo do desempenho, são especificados

(MINTZBERG, 2015).

No Quadro 1 estão os nove parâmetros de *desing* denominados por Mintzberg (2015) como os botões que influenciam a divisão do trabalho e, os mecanismos de coordenação que afetam as funções da organização. Esses parâmetros estão relacionados a quatro grandes grupos de *design* (Quadro 1).

Quadro 1 – Parâmetros de Desing

Grupos	Parâmetro de <i>Design</i>
Design das Posições	Especialização da tarefa
	Formalização do comportamento
	Treinamento e doutrinação
Design da Superestrutura	Agrupamento de unidades
	Tamanho da unidade
Design dos Vínculos Laterais	Sistemas de controle e planejamento
	Instrumentos de vínculo
Design do Sistema de Tomada de Decisão	Descentralização vertical
	Descentralização horizontal

Fonte: Adaptado de Mintzberg (2015, p.37).

No *desing* das posições (Quadro 1) surge a seguinte questão que o *designer* da estrutura organizacional deverá enfrentar: Como essas posições devem ser agrupadas nas unidades e quão extensa deve ser cada unidade? De acordo com Mintzberg (2015), as posições devem ser agrupadas mediante o processo de agrupamento em unidades, pois a partir desse agrupamento é que o sistema de autoridade formal é estabelecido e a hierarquia da organização é construída.

O agrupamento pode ser visto como um processo de conglomerados sucessivos. As posições individuais são agrupadas em unidades maiores ou conglomerados e assim por diante, até a organização inteira estar contida no conglomerado final. Para Mintzberg (2015), o primeiro ponto para construir o *Desing* da Superestrutura (Quadro 1) é determinar que tipos e quantas posições devem ser agrupadas em unidades de primeira ordem. Depois, saber que tipos e quantas unidades devem ser agrupadas em unidades mais abrangentes, até a hierarquia ficar completa. A etapa final é um “procedimento de baixo para cima”, ou seja, das tarefas específicas à hierarquia global. Assim, o que resultará é a superestrutura completa e os poderes de tomada de decisão alocados.

Na prática, à medida que as metas e as missões mudam, o redesign estrutural inicia-se de cima para baixo. À medida que o sistema técnico do núcleo operacional muda, Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

o redesign estrutural inicia-se de *Baixo para Cima* (MINTZBERG, 2015).

O parâmetro de *Desing* da Superestrutura (Quadro 1), conhecido como agrupamento de unidades, é um meio fundamental para coordenar o trabalho da organização, pois gera os seguintes efeitos: se estabelece um sistema de supervisão comum entre as posições individuais e as unidades (supervisão direta), os membros e as subunidades compartilham recursos comuns, criam medidas de desempenho, encoraja-se o ajustamento mútuo, tendo-se a coordenação dos recursos para facilitar a supervisão direta (MINTZBERG, 2015).

O *Desing dos vínculos laterais* (Quadro 1) dispõe de dois parâmetros: os sistemas de planejamento e controle que padroniza os *outputs*, e os instrumentos de interligação que diminui o atrito da comunicação informal (ajuste mútuo). Enquanto um plano especifica um *output*, o controle avalia se o padrão foi ou não alcançado. O papel dos gerentes na comunicação, segundo Guimarães e Évora (2004), é o de cooperar para o alcance dos propósitos da organização, o que exige que estejam antenados quanto à comunicação lateral, na medida em que ela proporciona ampla proximidade e conexão entre as unidades.

Conforme explica Mintzberg (2015), a centralização é o meio mais seguro de coordenar a tomada de decisão na organização. A maioria das razões que são dadas para centralizar revela a necessidade de coordenação. Contudo, nem todas as decisões devem estar centralizadas em uma só pessoa, deve-se buscar a descentralização, pois “[...] nem todas as [...] decisões podem ser entendidas em um centro, em um cérebro” (MINTZBERG, 2015, p. 113).

Às vezes, a informação necessária não pode ser levada a esse centro, talvez por ser difusa e de difícil transmissão. Em outros momentos, pode ser transmitida ao centro, contudo, não ser compreendida, devido, por exemplo, a um excesso de informação. Quanto mais informações o cérebro tenta receber, menor é o volume que pode realmente captar. Em situação de sobrecarga de informação, as pessoas na base da hierarquia, mesmo com os conhecimentos necessários, acabam tendo que passar a transferir os problemas à alta administração que desconhece a realidade da situação (MINTZBERG, 2015).

Ainda seguindo-se o Quadro 1, tem-se que na Descentralização Vertical, a divisão administrativa do trabalho representa o poder exercido sobre o controle contínuo do processo de tomada de decisão (MINTZBERG, 2015). Quanto a Descentralização Horizontal, Mintzberg (2015) aponta se referir à extensão em que os não-gerentes controlam os processos de decisão. Conforme Couto e Gomes (2010), para que todo processo seja preciso, é necessário que não ocorra discordância e inconsistência por dados replicados e, por isso, a adoção de um método de apoio à tomada de decisão é importante.

Somado a este contexto, a seguir são evidenciadas as características estruturais que podem favorecer o desempenho de organizações hospitalares em termos de eficiência interna e eficácia no atendimento junto aos pacientes.

2.3 AS CARACTERÍSTICAS-CHAVE EM TERMOS DE CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL PARA UM AMBIENTE CLÍNICO HOSPITALAR

A estrutura chamada burocracia profissional (Figura 1) aponta características que se associam ao ambiente hospitalar: contratação de profissionais especializados, treinados e doutrinados, que passam a controlar o seu próprio trabalho e agem independentemente de seus colegas e diretamente com os seus clientes (MINTZBERG, 2015).

Figura 1 - Burocracia profissional



Fonte: Mintzberg (2015, p. 218).

Assumindo-se esse conceito e a importância do alinhamento entre os objetivos individuais e organizacionais, especialmente em situações em que são exigidas adaptações, os profissionais especialistas e independentes que tomam decisões em suas áreas de atuação, podem ter dificuldades de trabalhar com outros especialistas, em

especial se a cultura organizacional não se apresentar forte. Uma cultura forte é aquela “[...] na qual os valores essenciais são intensamente acatados e compartilhados de maneira ampla” (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2010, p. 503). Mas, para que os valores compartilhados possam ser acatados por toda a organização, as pessoas precisam acreditar na direção que está sendo manifestada e comunicada no ambiente organizacional. Ao mesmo tempo, em situações de mudança, principalmente estrutural, as chances de ocorrer divergências nas relações tende a ser maior e a busca de autonomia tende a se contrapor à fuga da responsabilidade (HARDY; CLEGG, 2001).

Na burocracia profissional, os trabalhos são altamente especializados na horizontal dentro do núcleo operacional, em que o processo de treinamento e doutrinação, muitas vezes, demora anos. A coordenação feita num ambiente clínico hospitalar baseia-se na padronização das habilidades e confia na *expertise* de seus profissionais do núcleo operacional (médicos) para atuar (MINTZBERG, 2015). Formar-se em medicina implica longo período de treinamento; rotina que envolve repetição até se conquistar, por exemplo, o chamado reflexo automático.

Por outro lado, quando um trabalho é altamente especializado na extensão horizontal, a concepção do trabalhador é restrita, o que atrapalha associar seu trabalho com os outros (MINTZBERG, 2015). No parâmetro especialização horizontal das tarefas, destaca-se a concentração do profissional, intensifica-se a recorrência de atividades, a padronização é favorecida e o profissional atua independentemente de seus colegas, com foco nos seus próprios clientes. A burocracia profissional é também descentralizada verticalmente e horizontalmente, isto é, há uma descentralização do poder cadeia abaixo da autoridade da linha, e os não gerentes controlam os processos de decisão. A autoridade do especialista da burocracia profissional provém da execução complexa de sua atividade e o seu trabalho depende de considerável autonomia (MINTZBERG, 2015).

Considerando-se que integrar o gestor hospitalar e a tomada de decisão individual de cada profissional do núcleo é um desafio nas organizações hospitalares, àquela que conseguir a harmonização necessária a esse respeito está mais próxima dos melhores resultados que uma organização hospitalar pode ostentar (DIAS; BERTI, 2017).

Os fatores situacionais relacionados à burocracia profissional de Mintzberg (2015) Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

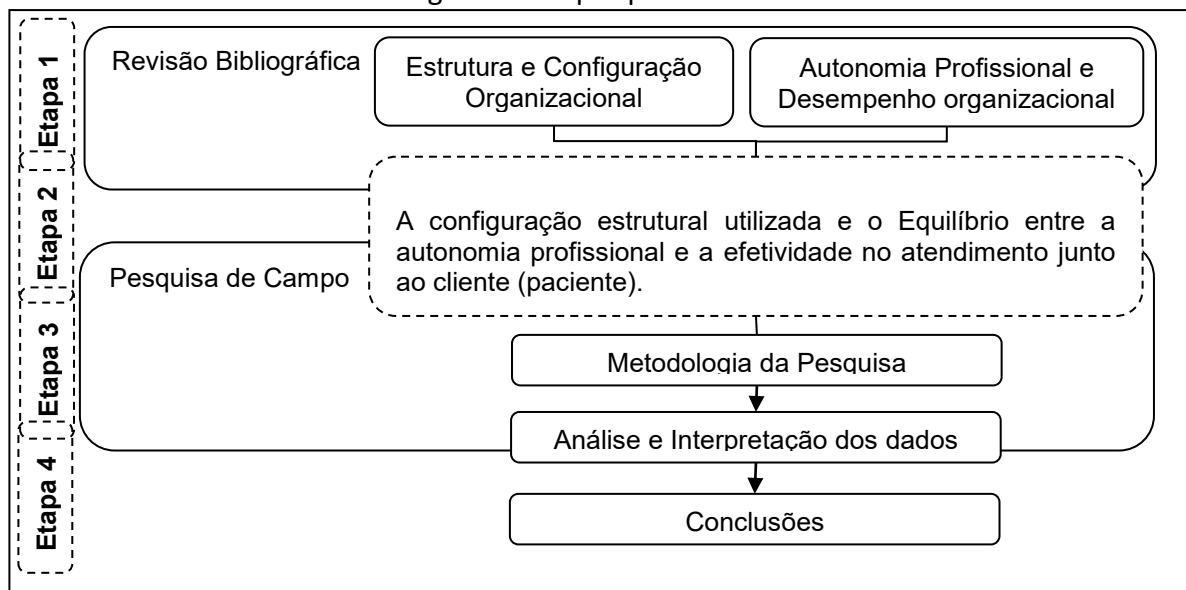
correspondem a um ambiente complexo e estável; o sistema técnico desta estrutura não é demasiadamente regulado e sofisticado ou automatizado e, além disso, as estruturas com essas características submetem-se ao modismo. Em virtude de o operador profissional querer manter o controle sobre o seu trabalho, busca melhorar as suas habilidades relacionando-se com associações a fim de proteger os padrões de suas habilidades.

Para superar os empecilhos ou desafios ligados a uma organização hospitalar, torna-se fundamental detectar falhas e entender profundamente esse ambiente, em virtude das unidades estruturais e das originalidades destas organizações (GURGEL JR; VIEIRA, 2002). Deste modo, quanto melhor o alinhamento, a concordância e a estabilidade entre as estratégias, habilidades e estruturas, melhor será a efetividade da organização em termos de desempenho (PICCHIALI; NERY, 2014).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA INVESTIGAÇÃO

Esta seção tem como finalidade apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar o objetivo geral proposto. A figura 2 apresenta o direcionamento metodológico desta pesquisa.

Figura 2 - Etapas percorridas.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2016).

Após a revisão bibliográfica foi possível identificar pontos chaves de análise para
 Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

definir as técnicas e desenvolver os instrumentos necessários para a coleta de dados. As escolhas metodológicas são todas detalhadas a seguir.

3.1 A NATUREZA, A ABORDAGEM E A ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa quanto aos objetivos é descritiva, pois procura descrever as características de uma população, fenômeno ou experiência (GIL, 2008; VERGARA, 2004). A pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrando-os e analisando-os para interpretá-los (GIL, 2008). No caso desta pesquisa buscou-se descrever como a configuração estrutural de uma clínica médica hospitalar situada em Vitória-ES, e que é voltada para a medicina sistêmica, favorece a efetividade do atendimento junto aos seus clientes, ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária aos seus profissionais.

Para que esse objetivo fosse alcançado, foi necessário utilizar da pesquisa bibliográfica, seguida de pesquisa de campo como técnica de investigação. A primeira representa “[...] o estudo sistematizado desenvolvido com base em material publicado em livros, revistas, jornais, redes eletrônicas, isto é, material acessível ao público em geral” (VERGARA, 2004, p.48). A segunda equivale à análise prática, executada em uma determinada região onde sucede ou sucedeu um fato ou que utiliza de itens para esclarecê-lo, que envolve observação direta (*in locu*), análise do contexto, numa investigação ampla, que busca estudar a estrutura social de uma comunidade ou um grupo por meio de imersão no campo onde os eventos ou fatos ocorrem (VERGARA, 2004).

Quanto a abordagem, esta pesquisa é qualitativa, na medida em que houve interesse em examinar e explicar aspectos mais profundos (LAKATOS; MARCONI, 2003). “A pesquisa qualitativa é um meio de explorar e de entender o significado que os indivíduos ou grupo atribuem a um problema social ou humano” (CRESWELL, 2010, p. 271). Nesse sentido, a partir do entendimento do significado que os profissionais do núcleo operacional atribuem à configuração estrutural da clínica médica hospitalar onde atuam, buscou-se descrever a maneira como a configuração da clínica, na opinião de cada um deles, favorece a efetividade do atendimento junto aos seus clientes (pacientes), ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária aos seus profissionais.

Como estratégia de investigação, fez-se uso do estudo de caso, pois representa uma pesquisa intensa e trabalhosa de uma unidade, de tal forma que proporcione vasto e esmiuçado conhecimento (YIN, 2015; GIL, 2008). No estudo de caso, “[...] o pesquisador explora profundamente um programa, um evento, uma atividade, um processo ou um ou mais indivíduos (YIN, 2015). Os casos são relacionados pelo tempo e pela atividade e, os pesquisadores coletam informações detalhadas usando vários procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo prolongado, e em que se busca a profundidade das análises (YIN, 2015).

Considerando-se os aspectos componentes da questão que norteou esse estudo, ou seja: de um lado, a configuração estrutural da clínica, mais o objetivo que se deseja alcançar com essa configuração, seus componentes e características, assim como sua influência na efetividade do atendimento; de outro lado, a dificuldade de burocracias profissionais em conduzir uma equipe com profissionais que têm autonomia sobre o seu próprio trabalho, buscou-se explorar esses aspectos a partir do ponto de vista de cada profissional da clínica investigada.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Durante o período de coleta obteve-se que a clínica possui um gestor, médico e fundador e quatro profissionais no núcleo operacional. Cada profissional do núcleo atua em uma especialidade: nutrição clínica, fisioterapia, otorrinolaringologista e psicologia e todos participaram da entrevista.

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada para se obter o aprofundamento acerca dos aspectos componentes do problema de pesquisa. Por meio deste instrumento é possível, além da obtenção de dados em profundidade, o esclarecimento das perguntas em caso de dúvidas e a possibilidade de perceber na conversação face a face, as expressões dos entrevistados (GIL, 2008; MARCONI, 2010).

Apesar das limitações desse tipo de instrumento de coleta, tais como: possível retenção de dados por receio do entrevistado, influência consciente ou inconsciente exercida pelo entrevistador, apresentação de respostas falsas, dificuldade de realização devido à falta de tempo dos respondentes e, alta demanda de tempo (GIL, 2008;

MARCONI, 2010), o planejamento da pesquisa foi feito de tal forma que tais limitações fossem o máximo possível minimizadas. Nesse sentido, foram tomados os seguintes cuidados: a explicação clara do objetivo do estudo desde o primeiro contato com a empresa; a organização dos melhores dias para a realização de cada entrevista e a não interferência do entrevistador ao longo das respostas dos entrevistados.

No mais, foram combinados mais três tipos de instrumentos de coleta: o roteiro de observação na sala de atendimento, a leitura e análise do organograma (mesmo que não formalizado) e vídeos de mesas redondas presentes no site da empresa para identificar seu posicionamento em termos de missão, visão, valores e princípios. Com relação ao roteiro de observação, obteve-se autorização para observar o espaço de atendimento geral que fica na entrada da clínica.

A busca por várias fontes de coleta de dados foi necessária para se conseguir ampliar a legitimidade dos dados coletados. A estratégia de triangulação de dados foi utilizada para se conseguir a emergência de novas perspectivas. A estratégia triangulação de dados faz uso de pelo menos três fontes para o levantamento e o cruzamento dos dados (VERGARA, 2011).

A coleta de dados ocorreu entre 2015 a 2017. Em 2015, foram feitas buscas acerca de dados e informações sobre o que representa a abordagem multidisciplinar e abordagem sistêmica, por meio de publicações, inclusive feita pelo gestor da clínica. Nos meses de agosto a novembro de 2016 e março a maio de 2017 foram realizadas as entrevistas, que foram realizadas a partir da melhor agenda de cada entrevistado. Também foram feitas observações no setor de atendimento ou recepção dos pacientes, outubro de 2016 e abril de 2017, com o objetivo de verificar a integração dos processos entre os profissionais que recepcionam os pacientes. A gravação de cada entrevista foi transcrita, em que os conteúdos fornecidos foram organizados, comparados entre si e tratados por meio da análise de conteúdo, conforme Bardin (1977).

3.3 FONTES DE DADOS E A TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise, os dados foram transcritos e selecionados, proporcionando uma visão qualitativa dos resultados. Na fase final de interpretação foi feito um cruzamento de

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

dados que permite perceber as relações entre as várias categorias de informações (Quadro 2), bem como uma leitura mais ampla desses dados, confrontando-os com a fundamentação teórica.

Quadro 2 - Matriz de Amarração – Temas gerais de análise

Temas	Elementos (Teoria x prática):	
- Configuração estrutural	Tipo de configuração estrutural da clínica médica.	Entrevista Site.
- Parâmetros de design e Mecanismos de coordenação	Mecanismos de coordenação na clínica.	Observação Entrevista
- Autonomia para tomar decisão	Condições fornecidas para os profissionais tomarem decisões	Entrevista
- Missão, Visão, Valores, Princípios e Objetivos organizacionais - Eficiência e Eficácia - Efetividade organizacional	Posicionamento em termos de prestação de serviço, Objetivos de desempenho, e estratégias da organização.	Observação Entrevista Vídeos na <i>internet</i> (mesas redondas sobre medicina sistêmica e equipe multidisciplinar), no site da empresa.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2016-2017).

Os dados coletados a partir da estratégia de triangulação foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo, seguindo-se a proposta de Bardin (1977). Essa técnica utiliza dados em unidades que podem ser manipuladas, fazendo-se, por exemplo, usos de temas (Quadro 2) que são considerados recortes baseados no referencial teórico. Essa técnica de análise engloba um conjunto de técnicas de análise de comunicação com o objetivo de obter indicadores, quantitativos ou não, que possibilitam a inferência de conhecimentos (BARDIN, 1977).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1. A CLÍNICA MÉDICA: MISSÃO, VALORES, VISÃO, PRINCÍPIOS E OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS

Foi campo de estudo uma clínica médica hospitalar que atua na área da saúde e que está localizada em Vitória - ES. A clínica é assim chamada neste estudo por respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ela também está presente em São Paulo-SP. A clínica se utiliza de um sistema multidisciplinar que resgata a saúde e o bem-estar dos pacientes portadores de obesidade, distúrbios do sono, doenças metabólicas, degenerativas, cardiovasculares e ortopédicas, e conta com um médico fundador que

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

desenvolveu qualificação para gerir uma equipe multidisciplinar que adota o modelo sistêmico de atuação no tratamento dos seus clientes. Os conceitos de equipe multidisciplinar e tratamento sistêmico estão presentes na clínica médica (Gestor, 2015), e implicam “[...] a capacidade individual de os profissionais da equipe saberem o momento certo de passarem o bastão para o outro profissional; [...] conhecerem os limites de sua atuação [...], por isso é necessário que todos trabalhem juntos [...]” (Dados de um vídeo com o gestor, numa mesa redonda, sobre o tema ‘medicina sistêmica’).

O trabalho multidisciplinar faz parte do trabalho desenvolvido na clínica. Pacientes, de todo o Brasil, são atendidos na unidade de Vitória-ES que adota o conceito sanitário de um “hospital dia”, no qual os atendimentos não ultrapassam 12 horas com o paciente dentro na clínica (Dados do site da empresa).

Conforme Fusco e Sacomano (2007), a estratégia de uma organização requer estabelecer a missão e os objetivos do negócio. No caso da clínica, tais conteúdos são divulgados em seu site. Mas, para que a clínica não seja identificada, em respeito ao TCLE, serão revelados apenas os temas centrais de nosso interesse: medicina sistêmica e abordagem multidisciplinar no tratamento dos pacientes (Dados em Vídeo, Gestor no Encontro Multidisciplinar).

A essência da missão da clínica diz respeito ao tratamento de cada paciente de modo integrado, a partir de uma abordagem multidisciplinar. Como visão, a equipe busca o tratamento do paciente como um todo.

4.2. ESTUDO DA CONFIGURAÇÃO ESTRUTURAL DA CLÍNICA MÉDICA

Dentre as responsabilidades da cúpula estratégica está o cumprimento da missão organizacional de modo eficaz (MINTZBERG, 2015). No caso estudado, ao todo a clínica possui um gestor e cinco colaboradores no núcleo operacional, os quais trabalham focados na saúde integral do paciente (Dados de um Colaborador, 2016).

Segundo o gestor (Dados da entrevista, 2016), “[...] os cargos são divididos pela área de cada profissional no núcleo operacional [psicologia, fisioterapia, farmácia e nutrição], “[...] também geridos por mim [...]” [no caso, o gestor]. Conforme Mintzberg

(1995), o núcleo é composto por aqueles que perfazem o trabalho básico relacionado diretamente com a produção de bens e/ou serviços.

Por meio da pesquisa feita em campo, foi possível analisar que a equipe operacional e o gestor fundador focam o valor “individualidade do paciente”, o que é possível constatar na fala do gestor (2016): “[...] aqui se considerada a individualidade de cada paciente”; e acrescentou, “[...] Minha especialidade é a nutrição clínica, geriatria e clínico geral [...]” (Gestor, 2016), e “[...] possuo qualificação para gerir uma equipe multidisciplinar [...] que adota o modelo sistêmico de atuação” (Dados do site da clínica, 2016), assumido pela clínica como voltado para a saúde global do paciente.

O gestor da clínica assume o papel da Linha Intermediária proposta por Mintzberg (1985), de ligar o núcleo operacional à cúpula estratégica. No caso da Tecnoestrutura, em que Mintzberg (1985) afirma ser a parte da estrutura onde estão os analistas de controle que são incumbidos de efetuar certas formas de padronização dentro da organização, dentro da clínica, todos padronizam seu trabalho, ao mesmo tempo em que discutem sobre as atividades do programa de atendimento que foi definido pelo gestor fundador a cada paciente.

A parte da estrutura denominada por Mintzberg (1985) de Assessoria de Apoio é composta por várias unidades especializadas criadas para dar apoio à organização fora do seu fluxo operacional. No caso da clínica, o gestor fundador é quem orienta os pacientes quanto ao uso, por exemplo, de medicamentos. Mas, se ele vir a precisar eliminar qualquer dúvida sobre qualquer componente de qualquer medicamento, a clínica pode vir a acessar uma profissional farmacêutica que também presta consultoria sobre administração, finanças e marketing. Além desta profissional, a clínica conta com um profissional externo do ramo de educação física para orquestrar determinadas atividades físicas aos pacientes.

4.3. ESTUDO DOS PARÂMETROS DE DESIGN E DOS MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA

Quando a tarefa é altamente especializada significa que o trabalhador focaliza esforços na mesma tarefa, aumenta a repetição do trabalho, facilitando a sua

padronização (MINTZBERG, 2015). A respeito da especialização da tarefa, de uma forma geral, o entendimento dos colaboradores da equipe de trabalho multidisciplinar foi unânime, em que, cada um na sua especialidade, busca a padronização a fim de que o trabalho possa ser feito com a maior qualidade possível, a partir de processos treinados e eficientes.

Contudo, quando a equipe ultrapassa a sua especialidade e passa a aprender novos conhecimentos sobre os demais trabalhos, dos demais membros da equipe, num projeto voltado para a integração dos conhecimentos dentro da abordagem sistêmica, cada profissional passa a colaborar com o surgimento de ideias para tratar dos desafios antes nunca experienciados. Por isso, a especialização da tarefa, aliada à busca de aprendizado sistêmico, colabora para com a missão e a política da clínica.

A formalização do comportamento, parâmetro relacionado aos conceitos padronização do conteúdo do trabalho e sistema de fluxos regulamentados, representa o modo pelo qual a organização prescreve a separação de seus membros, essencialmente a padronização de seus processos de trabalho (MINTZBERG, 2015). Na clínica, essa formalização é utilizada por cada colaborador para assegurar a consistência da mecanização que leva a uma produção de trabalho eficiente. Quando o projeto no qual o profissional está envolvido liga-se ao tratamento na abordagem multidisciplinar, as formas predominantes de formalização do comportamento utilizadas pela equipe acontecem pelo fluxo de trabalho requerido, combinado com a troca de conhecimento da equipe para a melhor solução do tratamento.

Ao ser interrogado sobre como são coordenadas as tarefas, atividades e funções da organização, o gestor relatou que cada profissional tem a sua agenda, mas os pacientes são designados por ele aos demais profissionais do núcleo. A equipe de colaboradores (do núcleo) tem um protocolo a seguir (*padronização dos processos de trabalho*) do tratamento daquele paciente específico. O clínico geral, que é o gestor fundador, dentro do programa elaborado por ele para cada paciente, é quem explica o que cada profissional deve fazer, porém cada profissional deve expressar (ajustamento mútuo) quais técnicas irá utilizar, tendo em vista o que cada um já conhece e domina em termos de procedimentos especializados.

Mas, no caso de o paciente não mostrar uma boa evolução, o clínico geral vai dizer qual é a técnica que vai ser utilizada (*padronização dos resultados do trabalho e padronização das habilidades dos trabalhadores*). Pelo exposto, vê-se que, dentre os mecanismos de coordenação (MINTZBERG, 2015), a clínica combina o ajustamento mútuo, a supervisão direta, a padronização dos processos de trabalho, os resultados do trabalho e as habilidades dos trabalhadores.

O núcleo operacional descreveu exatamente o que foi dito pelo gestor e acrescentou que todas as decisões são pré-discutidas com ele, justamente por ser um tratamento sistêmico. Também foi dito pelos colaboradores que quando se tem um paciente que irá ser atendido primeira vez, o gestor da clínica é o médico que determina qual deve ser o programa que esse paciente precisará passar. Em seguida, cada especialista passa a desenvolver o seu próprio trabalho junto ao paciente. A evolução de cada tratamento dentro do programa é acompanhada por todos os profissionais envolvidos, num processo de discussão na busca da recuperação do paciente.

Cada funcionário também detalha como é o procedimento da clínica para cada paciente, pois há sempre a intenção de não deixá-lo confuso com a grande quantidade de informações, dependendo do tratamento. Todas essas afirmações estão de acordo com o que diz Mintzberg (2015) de que a configuração estrutural que condiz ou se assemelha com o ambiente clínico hospitalar é a Burocracia Profissional, na medida em que se baseia na coordenação da padronização das habilidades e confia na *expertise* de seus profissionais para atuar. E, devido à cultura na clínica de se trabalhar as trocas de informações e monitorar o desempenho geral do paciente, há um novo treinamento formal de cada profissional, num aprendizado em equipe contínuo (Dados da entrevista com o médico fisioterapeuta).

Quando interrogado aos colaboradores do núcleo se existe a preocupação em buscar novos conhecimentos e competências, foi relatado que a maioria dos profissionais da clínica está sempre se atualizando em pós-graduações, cursos *online* e presenciais e leitura constante de artigos científicos. Porém, nem sempre essas atualizações estão ligadas com o trabalho que é exercido na clínica.

Para o gestor, essa busca de novos conhecimentos e competências é vantajosa, Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

pois aperfeiçoa os resultados, gerando-se inovações, “[...] superando até mesmo as expectativas dos pacientes e contribuindo para aquisição de novos clientes”. Mas, há desvantagem quando esses novos conhecimentos ou competências não mostram resultados com os pacientes (Dados da entrevista com o gestor, 2016). Vale lembrar as afirmações de Mintzberg (2015) de que na burocracia profissional, os profissionais do núcleo buscam melhorias contínuas em cursos fora da empresa, o que acaba afetando positiva e/ou negativamente os objetivos organizacionais de onde trabalham. Isso porque, ao buscarem a atualização ou novos conhecimentos no mercado, tais profissionais podem acabar seguindo apenas modismos, o que pode conduzi-los a uma direção diferente daquela exposta na missão e nos objetivos gerais da organização aonde atuam.

Contudo, na clínica, a existência de um programa com protocolos de atendimentos, numa abordagem multidisciplinar, com interações acerca dos resultados dos tratamentos de cada paciente, equaliza toda e qualquer tendência ou modismo que não está afinado aos valores, regras e princípios da clínica, e principalmente, longes de contribuir com o tratamento de cada paciente.

4.3.1 Estudo da autonomia dos profissionais da clínica médica

Quando perguntado se o gestor concede autonomia ao núcleo operacional e como isso reflete nos atendimentos dos clientes, os colaboradores (Dados, 2016) informaram que, “[...] mesmo com a filosofia do tratamento sistêmico, cada funcionário tem total autonomia em sua especialidade, e os clientes possuem ampla confiança nos profissionais daqui, pois todos refletem grande domínio em sua área”.

Para o gestor, essa autonomia que ele concede e que é inerente aos seus colaboradores mostra-se fundamental para os clientes obterem confiança nos profissionais e no programa da clínica. A autonomia só dificulta a gestão quando as decisões tomadas são ineficientes para o tratamento de cada paciente. Os resultados reforçam as afirmações de Mintzberg (2015) de que na descentralização horizontal, os não-gerentes controlam os processos de decisão, e que a descentralização vertical diz respeito à delegação do poder de tomada de decisão aos escalões inferiores da cadeia de autoridade, mas que na clínica é orquestrada por meio da abordagem multidisciplinar, com trocas de experiências e conhecimentos.

Considerando-se esses argumentos teóricos, mais a triangulação dos dados coletados, chegou-se ao entendimento de que, na clínica, há a padronização das habilidades como mecanismo de coordenação. Além disso, está presente a autonomia de cada colaborador em tomar decisões ligadas à sua especialidade. Mas, quando as decisões individuais arriscam afetar o tratamento global do paciente, o ajustamento mútuo revela-se como o mecanismo de coordenação dominante. A tônica da cultura da clínica é o diálogo da equipe multidisciplinar com a gestão, especialmente quando cada profissional percebe que a sua decisão pode afetar o desempenho da equipe no atendimento global do paciente.

4.4. ESTUDO DA EFICIÊNCIA E DA EFICÁCIA DO ATENDIMENTO

Com relação à eficiência, ela é conquistada a partir da padronização das habilidades, com a clareza sobre qual deve ser o treinamento a ser feito para assegurar o melhor tratamento aos pacientes. Os dados da pesquisa de campo executada por meio da observação direta (*in locu*) no setor de atendimento, com análise do contexto acerca dos processos de atendimento, revelaram que os profissionais buscam o melhor para o paciente a partir das seguintes ações: conhecimento por parte de todos os colaboradores acerca da atenção global em cada paciente; atividades, cursos e treinamentos que venham a colaborar com a saúde geral do paciente e, o respeito à missão e à visão da clínica.

Pelo fato de a clínica ter um atendimento multidisciplinar, os funcionários têm liberdade para tomar decisões e expressar as suas opiniões, desde que estejam atentos às regras estabelecidas dentro do programa de tratamento do cliente e que discutam suas estratégias com o gestor fundador, quando em tratamentos multidisciplinares. Foi relatado também que o núcleo operacional tem a liberdade de fazer sugestões para o gestor sobre o tratamento de cada paciente, mas como é uma clínica sistêmica, a decisão é tomada pensando-se no paciente como um todo, o que demanda certo tempo, em especial, em casos complexos.

Apesar de a etapa de diagnóstico se estender a partir do(s) tipo(s) de problema(s) de cada paciente e demandar certo tempo em dados casos, isso não prejudica o resultado final do atendimento de cada cliente, mas acaba limitando o acesso de certos pacientes

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

aos tratamentos ofertados pela clínica. Contudo, o cliente realmente interessado na política da clínica, qual seja, o tratamento sistêmico, acaba esperando meses para conseguir o atendimento (Dados da entrevista com o profissional do núcleo, 2017).

Para o Gestor, conforme dados da entrevista (2016), a eficácia do atendimento dos pacientes está em se buscar definir os processos de tal forma que se gere a qualidade da saúde do cliente (paciente), mesmo que isso demande considerável tempo para se descobrir a melhor forma de tratá-lo, apesar das opções de tratamento conhecidas. Existe uma busca constante de atualização.

Segundo Vasconcellos e Hemsley (2002), para existir harmonia estrutural, há de se combinar as características das atividades da empresa com o ambiente que a cerca. Sobre isto, obteve-se que as decisões também são tomadas com base em análises de cenário econômico dos clientes, demandas diversas ligadas a cada atendimento, nível de competição do mercado e resultados financeiros da clínica.

4.4.1. Estudo do desempenho organizacional

A clínica médica consegue o equilíbrio entre as escolhas internas, de diferentes especialistas, a partir de diálogos com o gestor fundador, que busca constantemente aprender um pouco de todas as áreas da clínica, a fim de sustentar a cultura da abordagem sistêmica e multidisciplinar. “O aprendizado não se limita às áreas da clínica” (Colaborador do núcleo, 2016), tanto por parte do gestor quanto dos colaboradores, pois “[...] todos estão atentos às novidades e mudanças da área da saúde” (Colaborador, 2016). Contudo, o gestor é o responsável por estudar o melhor tratamento para cada paciente do trabalho multidisciplinar, atuando como um elo entre os especialistas na transmissão dos diversos conhecimentos acerca do tratamento ligado ao projeto multidisciplinar.

Para Guimarães e Évora (2004), os gestores são aqueles que cooperam para o alcance dos propósitos da organização, então devem estar atentos com a comunicação lateral, pois proporcionam ampla proximidade e conexão entre as unidades. Essa cooperação dentro da clínica se dá a partir das trocas de informações e conhecimentos nas interações que ocorrem por meio de reuniões com o gestor e sua equipe sobre o

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

tratamento de dado paciente.

Quando perguntado ao núcleo operacional como é tomar decisões visando-se o alcance da efetividade a respeito dos aspectos estruturais e do desempenho da organização, do alcance dos objetivos, da missão e visão da clínica, foi unânime a resposta dos colaboradores que relacionaram o alcance da efetividade com o fato de o cliente estar satisfeito com a clínica. “Essa satisfação do cliente sempre está ligada à melhoria da saúde do paciente e a forma como todos nós [os colaboradores] atendemos” (Dados da observação, 2017).

Em relação ao desempenho da empresa, no geral, dois funcionários relataram que alguns pontos deveriam ser melhorados a respeito da organização feita em termos de agenda dos pacientes. Muitos são do interior e agendam suas consultas com antecedência, porém, àquele que chega para o primeiro atendimento acaba tendo que esperar muitas horas para ser atendido pelo médico disponível (Dados da observação, 2017). Todos os médicos conhecem e divulgam a cada paciente, a abordagem sistêmica da clínica. Esse primeiro atendimento é crucial para o desdobramento das etapas seguintes.

A esse respeito, o gestor da clínica afirma que o principal diferencial da clínica é o atendimento realizado com agendamento e quando realizado é dada atenção total e global ao paciente, o que toma um tempo considerável do médico fundador, que é o profissional que faz o primeiro atendimento de cada paciente na clínica. Mas, isso é uma política da clínica, de a primeira consulta ocorrer num ritmo em que o cliente (futuro paciente) se sinta a vontade para expressar o seu estado de saúde geral. Isso demanda tempo e não pode ser feito com velocidade tal que venha a inibir ou limitar os diálogos com o cliente (paciente) (Dados dos colaboradores, 2018).

Os resultados revelam que a eficiência do atendimento prestado pela equipe do núcleo operacional está vinculada à capacidade de cada especialista em conseguir enxergar o tratamento integrado aos demais especialistas e, quanto maior o conhecimento, a habilidade e a competência de cada profissional, maior a chance de se conseguir agilidade operacional no tratamento de cada paciente. E quanto maior o tempo de aprendizado em equipe por parte do núcleo, maior a facilidade de atingir o equilíbrio

Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios, Florianópolis, v.12, n. 1, jan./abr. 2019.

entre padronização e flexibilidade dos processos ligados ao atendimento do paciente. No que se refere à eficácia no atendimento analisou-se que se dá pela conquista da saúde do paciente que depende de um processo de atendimento que combina: cronogramas, diálogos e objetivos alinhados à missão da clínica, de a medicina praticada se dar a partir de uma visão sistêmica, num programa multidisciplinar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito do presente trabalho consistiu em compreender a maneira como a configuração estrutural de uma clínica médica é capaz de favorecer a efetividade do atendimento junto aos seus clientes, ao mesmo tempo em que propicia autonomia necessária ao profissional do núcleo operacional. Para o atendimento do objetivo geral, especificou-se primeiro, identificar o tipo de configuração estrutural utilizado pela clínica médica, a partir dos tipos predominantes encontrados na revisão da literatura. Nesse sentido, constatou-se que na clínica existe a padronização das habilidades e a descentralização vertical e horizontal, por isso, ela se assemelha à configuração burocracia profissional, mas não é uma organização que apresenta uma configuração estrutural pura, ou seja, totalmente consistente com a burocracia profissional. Apesar da semelhança, por exemplo, de acontecer (ter acontecido) a contratação de profissionais especializados, treinados e doutrinados no núcleo operacional, que passam a controlar o seu próprio trabalho, a questão de eles agirem independentemente de seus colegas e diretamente com os seus clientes (MINTZBERG, 2015), como acontece na configuração burocracia profissional, não é o que acontece de modo puro na clínica. Isso foi constatado, por exemplo, pela forte cultura de se buscar treinamentos que venham a agregar valor no tratamento dos pacientes, mas a partir de diálogos entre os membros da equipe multidisciplinar, em que as decisões para que sejam tomadas, dependem da aprovação dos membros participantes do tratamento, mas em especial da aprovação do gestor da clínica, também médico e fundador.

Na pesquisa também se buscou verificar se os mecanismos de coordenação praticados na clínica colaboram para a autonomia dos profissionais do núcleo e para o atendimento junto aos pacientes. Obteve-se que a orquestração em termos de autonomia profissional e de desempenho envolvendo os resultados ligados ao atendimento dos

pacientes, acontece por meio do respeito por parte da equipe e da gestão, aos valores, processos e regras compartilhados e, do sentido de direção uníssono, dentro de uma abordagem multidisciplinar no tratamento global do paciente.

Como resposta à questão da pesquisa, obteve-se que a configuração estrutural da clínica médica propicia, por meio do gestor, médico e fundador, a autonomia necessária para cada colaborador tomar decisões em suas especialidades desde que não interfiram no tratamento global do paciente.

Como pesquisa futura, sugere-se realizar a mesma investigação em outras clínicas médicas que possuem ou não a abordagem multidisciplinar e a visão sistêmica no tratamento dos seus pacientes e comparar os resultados. Além disso, sugere-se analisar a inovação gerada nesse ambiente multidisciplinar, com trocas e discussão de ideias e conhecimentos entre os seus membros que estão dedicados a atender de maneira sistêmica os seus pacientes.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

COUTO, A. B. G.; GOMES, L. F. A. M. A tomada de decisão em recursos humanos com dados replicados e inconsistentes: uma aplicação da teoria dos conjuntos aproximativos. **Pesquisa Operacional**, n. 3, v.30, p. 657-686, Setembro/Dezembro, 2010.

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIAS, A. T.; BERTI, S. D. Processo de Tomada de decisões: Estudo Multicaso Comparativo em Organizações Hospitalares de Belo Horizonte. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Vol. 14, n.3. Belo Horizonte, MG. Jul./Set., 2017.

FUSCO, J.P.A; SACOMANO, J.B. **Operações e gestão estratégica das operações**. São Paulo: Arte e Ciência, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**. Brasília, n.1, v. 33, p. 72-80, Janeiro/Abril de 2004, ISSN: 1518-8353. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 02 de mar. 2016.

- GURGEL JR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. 2002. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, n.2, v. 7, p. 325-334, Janeiro/Abril de 2002.
- HARDY, C.; CLEGG, S. R. Alguns ousam chamá-lo de poder. In: CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. (Orgs.). **Handbook de estudos organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2001, v. 2, p. 260-289.
- ICLINIC. **O software médico que organiza e agiliza sua clínica**. 2015. Disponível em <<https://iclinic.com.br/quem-somos/>>. Acesso em 03 de Março, 2018.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MALIK, A. M.; TELES, J. P.. Hospitais e Programas de qualidade no estado de São Paulo. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. Jul./Set., 2001.
- MARTINS, C. V.; ANDRADE, C. A.; FERNANDES, L. T.; COSTA, L. dos S. Proposta de Reestruturação organizacional do SESC/RN. ISSN 2237-4558. **Navus**. Florianópolis. SC. V.8. n. 3. P. 53-65. – jul./set., 2018.
- MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- MOREIRA, E. T. STRAMAR, A.R. Modelo Holístico da Gestão da Inovação com ênfase na cooperação, flexibilidade e adaptação. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 193- 212, out./dez.,2014,
- PERROTTI, E. **Estrutura organizacional e Gestão do Conhecimento**, Dissertação de Mestrado. Departamento de Administração da Escola de Administração, Economia e Contabilidade da Universidade de São Paulo, 2004.
- PICCHIAI, D.; NERY, A. R. L. Estratégias, estrutura, competências organizacionais e o desempenho financeiro: estudo de caso de dois hospitais. **JBES**, São Paulo, p. 17-27, 18 mar., 2015. Disponível em <www.jbes.com.br> Acesso em 18 de maio 2016.
- ROBBINS, S. P; JUDGE, T. A; SOBRAL. F. **Comportamento organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**.14 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.
- TORTADO U.; DEL CORSO J. Mudança na configuração estrutural em aquisição de empresa nacional por multinacional. **RAU**, Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, n.2, v. 6, p. 66-86, Maio/Agosto de 2008, ISSN: 1679-5350 Disponível em<<http://www.redalyc.org>> Acesso em 28 de mar. 2016.

VASCONCELOS, E.; HEMSLEY, J. **Estrutura das Organizações**: estruturas tradicionais, estruturas para a inovação, estrutura matricial. 3ªed. São Paulo, 2011.

VASCONCELOS, E.; HEMSLEY, J. **Estrutura das Organizações**: estruturas tradicionais, estruturas para a inovação, estrutura matricial. 4. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

VASCONCELOS, E.; HEMSLEY, J. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 13. ed. SãoPaulo: Atlas, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.