

ESCOLA POLITÉCNICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

TRABALHO DE FORMATURA

GESTÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS
EM UMA ONG HOSPITALAR

CLÁUDIO VARGAS

ORIENTADOR: PROF. IRINEU GIANESI

TF/1996
V4268

1996

Departamento de Engenharia de Produção	
Escola Politécnica da USP	
AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE FORMATURA	
Prof. <u>Irineu</u>	B
Prof. <u>Cláudio</u>	A
Prof. <u>Belusa</u>	C
Nota Final	B

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

BUTLER, Richard J. and WILSON, David C. - *Managing voluntary and non-profit organizations* - London, Rotutledge, 1990.

COSTA NETO, Pedro Luís de Oliveira - *ESTATÍSTICA* - São Paulo, SP, Edgard Blucher, 1977.

DAVID, Fred R. - *Strategic Management*. - New Jersey, Prentice Hall, 1995.

DAVIS, Keith - *Human Behavior at Work: Organizational Behavior*. - 7th ed. - New York, McGraw-Hill, 1985.

DRUCKER, Peter - *Administração de Organizações sem fins lucrativos*. - São Paulo, SP, Pioneira, 1994.

DRUCKER, Peter - *What Business Can Learn from Nonprofits*. - Boston, MA, Harvard Business Review 67, no.3 (May-June 1989).

ELKIN, Robert - *Management Controls - A Systems Approach to Planning and Managing Programs for the Handicapped* - Peat, Marwick, Mitchell & Co., 1974.

GIANESI, I. e CÔRREA, H. - *Administração Estratégica de Serviços* -

ed, data?

GRONROOS, Christian in LOVELOCK, C.H. - *Services Marketing* - paper: Innovative Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms. New Jersey, USA, 1991.

HIGUEIRAS, Georgina, tradução PAULO, Migliacci - *ONGs são mais rápidas que os governos*. São Paulo, SP, Folha de São Paulo, 1994.

HOWARD, Alice & MAGRETTA, Joan - *Surviving Success: An Interview with the Nature Conservancy's John Sawhill*. - Boston, MA, Harvard Business Review 108, no.5 (September-October 1995).

KING, W.R. & CLELAND, D.I. - *Strategic Planning na Policy*. - New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1979.

KOSHIBA, Luiz - *História do Brasil* - São Paulo, SP, Atual, 1987.

KOTLER, Philip - *Administração de Marketing*. - São Paulo, SP, Atlas, 1993.

LOVELOCK, Christopher H. - *Services Marketing* - New Jersey, USA, Prentice Hall, 1991.

NEWMAN, W.H. and SUMMER, C.E.Jr. - *The Process of Management* - Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1964.

PITTA, A. - *Hospital. Dor e morte como ofício*. - São Paulo, SP, Hucitec, 1990.

PLUNKETT, W. e ATTNER, R. - *Introduction to Management* - 3rd ed. - Boston, MA, PWS-KENT, 1989.

PORTER, M. E. - *Estratégia Competitiva* - São Paulo, SP, Editora Campus, 1986.

RAMANATHAN, K. e HEGSTAD, L. - *Readings in management control in nonprofit organizations* - New York - John Wiley & Sons, 1982.

RIBEIRO, H.P. - *O HOSPITAL: história e crise*. - São Paulo, SP, Cortez Editora, 1993.

SLACK, Nigel - *Using the Importance-performance Matrix for Determining Internal Improvement Priorities* - Selection of papers from the eighth annual conference of operations management association UK-UK, Warwick Business School, 1993.

SLACK, Nigel - *Vantagem Competitiva em Manufatura* - São Paulo, SP, Atlas, 1991.

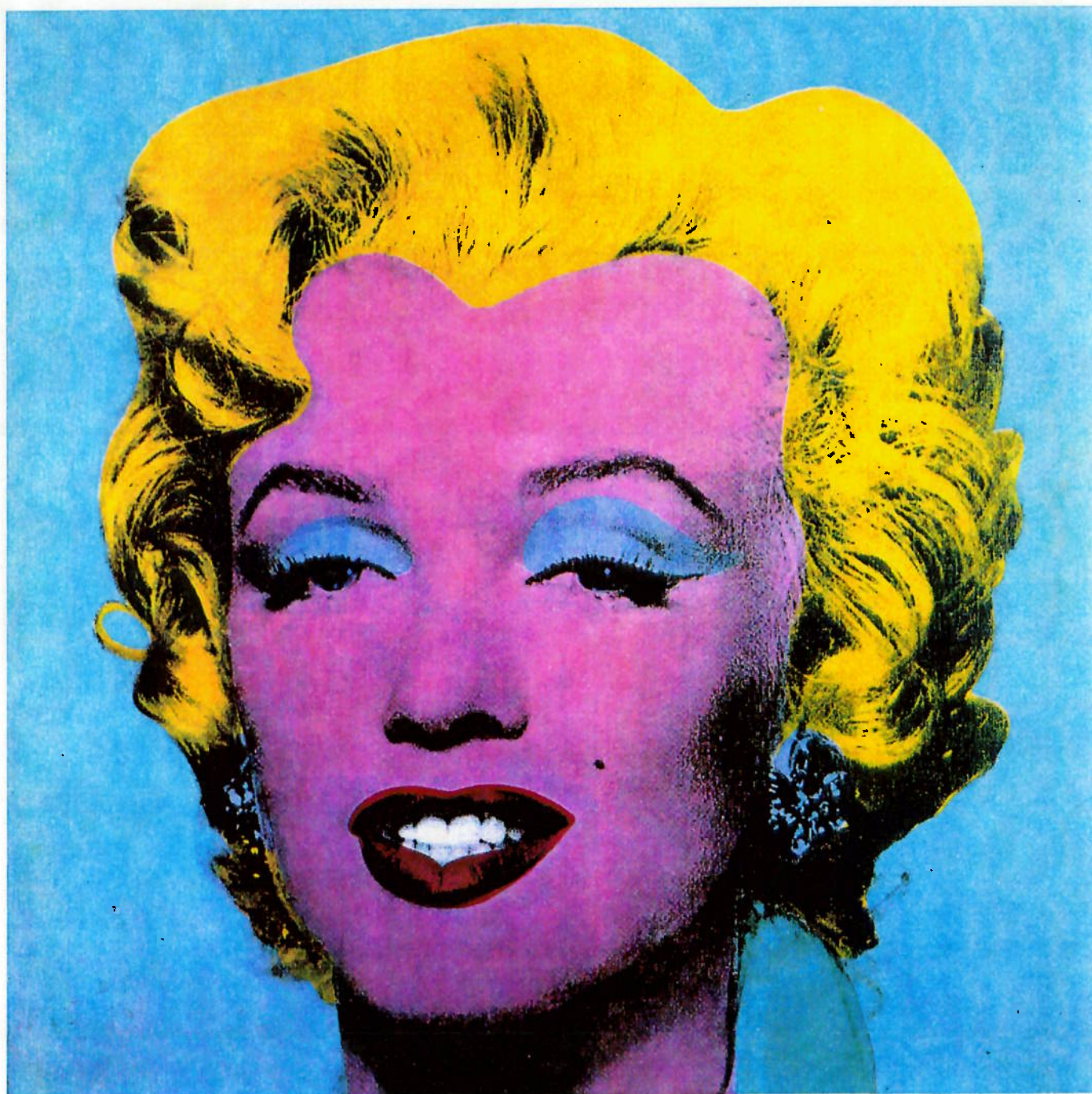
A

Alice

Mamina

Oscar

Paqui



"Para mim, Marilyn Monroe não é mais que uma pessoa entre muitas. E, referente à sua pergunta se trata-se de um ato simbólico pintá-la com tantas cores fortes, somente posso dizer: creio que depende da beleza e ela é bela e, se há algo belo, este algo são as cores bonitas. Isto é tudo. Assim, ou de forma parecida, funciona a história."

ANDY WARHOL

AGRADECIMENTOS

*Agradecimentos sempre tiveram, para mim, um quê de despedida.
Vou tentar fazê-los em tom de boas vindas...*

- *ao Professor Irineu Giansi pela orientação, paciência e, principalmente, compreensão.*
- *aos demais professores da Escola pelo conhecimento e informação.*
- *aos funcionários da A.A.C.D. pelas críticas e sugestões.*
- *ao pessoal da V&DBS: Fernando (pelo aconselhamento emocional), Renato Saviato (pelo aconselhamento em telemarketing) e Rodrigo Keese (pelo aconselhamento em questões aeronáuticas).*
- *a Marcelo de Macedo Soares, Marcelo Camelo e Rodrigo Lacombe (onde tem Jazzy não tem Personne).*
- *aos amigos que fiz na Escola (ainda que a maioria não tenha tido a paciência de me esperar...).*
- *a Daniel, Caio, Sérgio e Ana Maria Domeneghetti que acabaram se tornando minha segunda família.*
- *a Flávio e Fernando por representarem, muitas vezes, o papel de irmão mais velho.*
- *a meu Pai e minha Mãe por, simplesmente, existirem em todos os momentos;*

Ao Amor e à Paixão.

SUMÁRIO

Este trabalho está baseado em conceitos de administração estratégica de serviços objetivando a montagem de um plano de ação específico para uma instituição sem fins lucrativos que trabalha com prestação de caridade do tipo hospitalar. Para tanto, foi feito um levantamento de dados e informações acerca desta instituição para que traçar um cenário atual que é o input para a análise crítica do modelo escolhido.

A aplicação deste projeto não tem como objetivo final aumento de competitividade mas, sim, melhoria e aumento de qualidade na prestação dos serviços baseando-se em preceitos de limitação de recursos e, portanto, necessidade de priorização.

À partir da decisão da focalização do projeto são lançadas iniciativas práticas de implantação sendo que aquelas que realmente foram implantadas (até o término deste trabalho) são analisadas do ponto de vista de resultados gerados.

RESUMO

CAPÍTULO 1 APRESENTAÇÃO

A primeira ambientação realizada refere-se à apresentação de conceitos gerais acerca das Organizações não Governamentais (ONGs) objetivando traçar um cenário (pano de fundo) tanto social quanto econômico.

O primeiro contato com a A.A.C.D. (Instituição em que foi realizado o trabalho) é feita por meio de um breve histórico e uma análise estrutural de macro-unidades internas.

Por fim, descrevem-se algumas características operacionais do trabalho desenvolvido propriamente dito.

CAPÍTULO 2 ANÁLISE DO AMBIENTE

Dentro de um âmbito global, a idéia é caracterizar a A.A.C.D. inserindo-a tanto em seu ambiente interno quanto externo. Algumas perguntas e respostas básicas acerca do porquê e do como da instituição começam a aparecer de maneira a montar uma fotografia atual.

Os primeiro tópico do capítulo trata da discussão acerca da real missão e dos objetivos a serem perseguidos. Segue-se uma análise social e econômica do público alvo desdobrando-se em objetivos de desempenhos globais.

A função marketing é vista de maneira crítica relacionando-a à função de operações (foco do presente trabalho). O penúltimo tópico trata de análise estrutural e comportamental da força de trabalho da A.A.C.D. enquanto que o último aborda os principais relacionamentos tanto externos quanto internos.

CAPÍTULO 3 SERVIÇOS PRESTADOS

Agora, num âmbito mais específico, são percorridos pontos específicos dos serviços propriamente ditos prestados pela A.A.C.D.. Escolheu-se pela focalização nos atendimentos clínicos e de terapias, para os quais, são feitas análises de diferenciação, levantamento de fluxos e análise de objetivos de desempenho.

A idéia geral deste capítulo é a caracterização particular dos serviços que são a base analítica do presente trabalho.

CAPÍTULO 4

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE AÇÃO

As definições acerca da segmentação de mercado, posicionamento e conceito do serviço, são as bases para o processo de decisão do relacionamento entre performance e importância dos objetivos de desempenho preestabelecidos que objetivam priorização entre os mesmos e análise de conflitos existentes.

Estes objetivos priorizados são comparados às áreas de decisão e, a partir desta inter-relação, conclui-se a respeito da focalização da ação em algumas áreas de decisão. A idéia em bases gerais é formular um plano estratégico de ação partindo-se da premissa que existem relações intrínsecas de longo e curto prazo entre os objetivos de desempenho que são determinantes na organização prioritária dos recursos existentes.

CAPÍTULO 5

CONCEITOS GERAIS DE GERENCIAMENTO DE CAPACIDADE E DEMANDA

Lançam-se alguns conceitos gerais acerca do gerenciamento de capacidade e demanda aplicáveis à A.A.C.D. de forma a sistematizar o processo subsequente de se lançarem iniciativas práticas para o atingimento efetivo dos objetivos de desempenho preestabelecidos.

CAPÍTULO 6

PRODUTIVIDADE NA UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA

Este capítulo tem como objetivo o desdobramento dos conceitos de produtividade na utilização da capacidade instalada em atividades práticas, alinhadas com a missão da A.A.C.D e com o projeto global formulado.

Algumas destas atividades tiveram implantação e, portanto, foi possível fazer a coleta e análise de resultados quantitativos. As outras atividades (em que não houve implantação), foram analisadas qualitativamente.

CAPÍTULO 7

BALANCEAMENTO ENTRE SETORES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE LINHA DE FRENTE

Por meio de uma análise quantitativa, este capítulo tem por objetivo discorrer acerca das outras duas dimensões do gerenciamento de capacidade / demanda já analisadas: o balanceamento entre setores e o dimensionamento de pessoal de linha de frente.

GESTÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS EM UMA ONG HOSPITALAR

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO.....	1
1.1. O Negócio ONG.....	2
1.1.1. Conceitos Gerais.....	2
1.1.2. Cenário Atual.....	3
1.2 A.A.C.D. (Associação de Assistência à Criança Defeituosa)	5
1.2.1. Histórico.....	5
1.2.2. Estrutura.....	6
1.3 O Projeto A.A.C.D.....	8
2. ANÁLISE DO AMBIENTE.....	9
2.1. Missão e Objetivos.....	10
2.2. Público Alvo.....	11
2.2.1. Pesquisas Quantitativas.....	13
2.2.2. Pesquisas Qualitativas.....	15
2.2.3. Conclusões.....	16
2.3. Objetivos de Desempenho.....	17
2.3.1. Atendimentos Clínicos.....	18
2.3.2. Atendimentos de Suporte.....	18
2.4. A Função Marketing.....	20
2.4.1. A Função Marketing numa organização de serviços.....	20
2.4.2. A Função Marketing na A.A.C.D.....	22
2.5. Força de Trabalho.....	23
2.5.1. Arquitetura Organizacional - Definições.....	23
2.5.1.1. Organização Funcional e Divisional.....	23
2.5.1.2. Organização Matricial.....	26
2.5.2. Em busca de uma caracterização da arquitetura da A.A.C.D.....	26
2.5.3. Organização do Trabalho.....	28
2.5.4. Organização Informal.....	28
2.5.5. Motivação.....	30
2.6. Relacionamentos da A.A.C.D.....	33
2.6.1. Clientes Externos.....	34
2.6.1.1. Comunidade.....	34
2.6.2. Clientes Internos.....	34
2.6.2.1. Conselho.....	35
2.6.2.2. Voluntariado.....	36
2.6.2.3. Setores Clínicos.....	37
2.6.2.4. Setores de Terapias.....	37
2.6.2.5. S.A.M.E.....	37
2.6.2.6. Informática.....	39
2.6.3. Fornecedores.....	40
2.6.3.1. Comunidade.....	40
2.6.3.2. Escolas e Universidades.....	40

3. SERVIÇOS PRESTADOS	
3.1. Características Gerais dos Serviços.....	43
3.1.1. Principais Serviços Prestados.....	43
3.1.2. Escopo do Trabalho.....	43
3.1.3. Diferenciação dos Atendimentos.....	44
3.1.4. Análise Geral dos serviços.....	45
3.1.5. Classificação dos processos de serviços.....	47
3.2. Levantamento de Processos.....	48
3.2.1. Fluxo de Decisão.....	48
3.2.2. FPS.....	49
3.2.2.1. Entrada na A.A.C.D.....	50
3.2.2.2. Atendimento Inicial.....	51
3.2.2.3. Atendimento de Terapia.....	54
3.3. Objetivos de Desempenho.....	55
3.3.1. Considerações sobre a utilização na A.A.C.D.....	55
3.3.2. Objetivos da Estr. de Operações que valem para a A.A.C.D.....	56
4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE AÇÃO	62
4.1. Definindo o conceito ou missão do serviço.....	63
4.1.1. Segmentação do Mercado.....	63
4.1.2. Posicionamento.....	65
4.1.3. Definição do Conceito do Serviço.....	66
4.2. Montando o plano de ação.....	66
4.2.1. Considerações Iniciais.....	66
4.2.2. Priorização de Objetivos de Desempenho.....	69
4.2.3. Principais conflitos existentes entre os critérios.....	74
4.2.5. Análise das áreas de decisão.....	76
4.2.4. Análise do fluxo de processo de serviço.....	77
4.2.5. Decisão de áreas de decisão prioritárias.....	81
5. CONCEITOS GERAIS DE GERENCIAMENTO DE CAPACIDADE E DEMANDA	83
5.1. Considerações Iniciais.....	84
5.2. Características especiais da A.A.C.D.....	85
5.2.1. Atendimento Internos gerando Demandas Internas.....	85
5.2.2. Necessidade Atendimentos Simultâneos.....	86
5.2.3. Caso Genérico de um Paciente da A.A.C.D.....	86
5.2.3.1. Fluxo de Decisão.....	86
5.2.3.2. Modelo Simplificado para Gerenciamento de Capacidade.....	87
5.3. Níveis de Dimensionamento de Capacidade.....	87
5.3.1. Dimensionamento de Pessoal.....	88
5.3.2. Dimensionamento de Equipamentos.....	88
5.3.3. Dimensionamento das Instalações.....	88
5.4. Plano de Trabalho.....	89
5.4.1. Eficiência na Utilização da Capacidade Instalada.....	89
5.4.2. Balanceamento dos Setores.....	89
5.4.3. Dimensionamento de Pessoal.....	89

6. PRODUTIVIDADE NA UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA.....	91
6.1. Considerações Iniciais.....	92
6.2. Variáveis que influem na capacidade.....	94
6.3. Análise individualizada de perdas e ganhos.....	95
6.3.1. Perda I.....	95
6.3.2. Perda II.....	96
6.3.2.1. Conceito.....	96
6.3.2.2. Relação hierárquica e de poder.....	96
6.3.2.3. Mecânica e normas de funcionamento do setor.....	96
6.3.2.4. Gestão do cliente.....	97
6.3.2.5. Sistema de comunicação.....	97
6.3.2.6. Atividades operacionais.....	97
6.3.2.7. Relações principais.....	97
6.3.2.8. Resultados.....	97
6.3.3. Perda III.....	99
6.3.3.1. Overbooking.....	99
6.3.3.2. Encaixe.....	103
6.3.4. Perda IV.....	103
6.3.4.1. Recepção do Ambulatório.....	104
6.3.4.2. Sistema de Lista de Espera.....	106
6.3.4.3. Reprogramação Mensal.....	109
6.3.5. Ganho de Capacidade.....	110
6.4. Configuração do Sistema de Marcação e Recepção.....	110
6.5. Estudo de Produtividade na utilização da capacidade.....	112
7. BALANCEAMENTO ENTRE SETORES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE LINHA DE FRENTE.....	114
7.1. Balanceamento entre setores.....	115
7.1.1. Modelamento macro do balanceamento -Considerações.....	115
7.1.1.1. Quantificando o modelo.....	116
7.1.1.2. Utilização do modelo.....	117
7.1.1.3. Iniciativas práticas ligadas ao modelo.....	119
7.2. Dimensionamento de Pessoal de Linha de Frente.....	120
7.2.1. Dimensionamento para Terapias.....	121
7.2.2. Dimensionamento para Clínicas.....	122
8. CONCLUSÕES.....	124
8.1 O processo de mudanças.....	125
8.1.1. O porquê das perdas contingenciais.....	126
8.1.2. Gerenciamento e garantia de atingimento das melhorias.....	126
8.2 O atual estágio da mudança na A.A.C.D.....	127
8.3 Análise dos resultados do trabalho.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	130

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 2.1 - Critérios para Classificação Social.....	14
Tabela 2.2 - Porcentagem relativa em relação à Classificação Social.....	15
Figura 2.4 - Expectativa X Percepção.....	19
Figura 2.5 - Relação entre a função e departamento de Marketing.....	21
Tabela 2.6 - Características próprias de organização funcional e divisional.....	24
Figura 2.7 - Diferenciação das arquiteturas do ponto de vista gerencial.....	25
Figura 2.8 - Hierarquia das necessidades de Maslow.....	31
Figura 2.9 - Gift relationship.....	34
Tabela 3.1 - Diferenciação entre atendimentos clínicos e de terapias.....	45
Tabela 3.2 - Processamento em Prestação de Serviços.....	46
Tabela 3.3 - Dimensões de análise para classificação dos serviços.....	47
Figura 3.4 - Fluxo de decisão (caso genérico).....	48
Tabela 3.5 - Esclarecimentos de termos técnicos.....	49
Figura 3.6 - FPS de entrada do paciente na A.A.C.D.....	50
Figura 3.7 - FPS de consulta Inicial.....	52
Figura 3.8 - FPS de terapias.....	54
Figura 3.9 - Adaptação dos objetivos de desempenho genéricos.....	57
Tabela 3.10 - Adaptação dos Critérios Objetivos.....	58
Figura 4.1 - Dinâmica do Posicionamento para a A.A.C.D.....	65
Figura 4.2 - Relações de curto e longo prazo nos critérios objetivos.....	69
Figura 4.3 - Escala utilizada para importância dos critérios.....	71
Figura 4.4 - Escala utilizada para performance.....	71
Figura 4.5 - Matriz Performance-Importância.....	72
Tabela 4.6 - Resultados da correlação.....	73
Figura 4.7 - Resultados na matriz de Slack.....	74
Figura 4.8 - Principais conflitos entre critérios.....	75
Figura 4.9 - Matriz de correlação entre as áreas de decisão e objetivos de desempenho.....	76
Figura 4.10 - FPS de triagem com definição de processos críticos.....	78
Figura 4.11 - FPS de inicial com definição de processos críticos.....	79
Figura 4.12 - FPS de terapias com definição de processos críticos.....	80
Tabela 4.13 - Matriz de correlação entre processos e áreas de decisão.....	81
Figura 5.1 - Processo interno de demandas.....	85
Figura 5.2 - Fluxo de decisão.....	86
Figura 5.3 - Modelo simplificado para gerenciamento de capacidade.....	87
Figura 5.4 - Relacionamento entre dimensões de trabalho.....	90
Figura 6.1 - Exemplo de utilização de capacidade para clínicas.....	93
Figura 6.2 - Comparação entre o nível de faltas de 95 X 96.....	98
Figura 6.3 - Estatística por motivos de falta.....	99
Figura 6.4 - Resultados do Overbooking.....	102
Figura 6.5 - Evolução do número total de atendimentos em overbooking.....	103
Figura 6.6 - Fluxo de Recepção do Ambulatório proposto.....	106
Figura 6.7 - Módulo de confirmação de consulta.....	108
Figura 6.8 - Configuração do sistema de marcação e recepção.....	111
Figura 7.1 - Modelo Base para o balanceamento.....	115

Figura 7.2 - Modelo para balanceamento quantificado.....	116
Figura 7.3 - Exemplo da utilização do modelo para 100 pacientes.....	118
Figura 7.4 - Análise da Capacidade e Lista de Espera para principais terapias.....	122
Figura 7.5 - Análise da Capacidade e Lista de Espera para principais clínicas.....	122
Figura 8.1 - Ilustração do conceito da Curva S.....	125

A primeira ambientação realizada refere-se à apresentação de conceitos gerais acerca das Organizações não Governamentais (ONGs) objetivando traçar um cenário (pano de fundo) tanto social quanto econômico.

O primeiro contato com a A.A.C.D. (Instituição em que foi realizado o trabalho) é feita por meio de um breve histórico e uma análise estrutural de macro-unidades internas.

Por fim, descrevem-se algumas características operacionais do trabalho desenvolvido propriamente dito.

CAPÍTULO 1

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

1.1. O Negócio ONG

1.1.1 Conceitos Gerais

As ONGs, Organizações não Governamentais, são instituições com gestão privada e sem fins lucrativos. O fato de uma ONG atuar sem fins lucrativos não quer dizer, entretanto, que ela atue em regime de captação de recursos equivalente aos custos (ponto de equilíbrio) e sim, que toda diferença entre receitas e custos é totalmente reinvestida em prol da organização (não existe retirada de dividendos). Dentro de uma ONG, as únicas pessoas que fazem alguma retirada financeira são os próprios funcionários assalariados.

Os ramos de atuação das ONGs se estendem pelas mais diversas áreas como por exemplo, conservação ecológica, formação política e prestação de caridade na área de saúde (caso da A.A.C.D.).

A necessidade de gestão própria e de captação de recursos no mercado fazem com que as ONGs da área de saúde tenham, em geral, duas estruturas características que são o Conselho Administrativo (que possui papel adverso aos conselhos de acionistas de sociedades anônimas) e o Corpo de Voluntariado. Isto não quer dizer, entretanto, que todas ONGs de saúde possuam esta estrutura ou que empresas privadas ou governamentais não as tenham mas, sim, mostra uma tendência acentuada e percebida.

As principais fontes de recurso de uma ONG estão ligadas ao ambiente externo em geral (sociedade civil e estado). As vias de captação de recurso são, portanto, intrinsecamente ligadas à atuação política deste tipo de organização. Neste ponto é importante saber diferenciar atuação política (ligada a uma conduta ideológica) de ação partidária (ligada a uma corrente eleitoral).

Butler e Wilson (1990) sistematizam esta visão mostrando que, dentro de um processo de prestação de caridade, a ONG atua como intermediária entre os doadores (de dinheiro ou outros recursos) e os que recebem o serviço (beneficiários) ressaltando que ambos podem ser mutáveis no tempo e no espaço¹.

Outro traço marcante de uma ONG é que ela está no meio termo entre empresas governamentais e privadas. Em artigo publicado no jornal espanhol *El País* e transcrito na Folha de São Paulo, a jornalista Georgina Higuera faz a seguinte afirmação:

¹ BUTLER, Richard J. and WILSON, David C. - *Managing voluntary and non-profit organizations* - London, Rotutledge, 1990.

“As ONGs têm cada vez mais financiamento governamental porque a cada dia que passa seus serviços são mais necessários aos governos. Mas isso contribui também para que algumas delas cresçam descontroladamente e se burocratizem, perdendo eficiência”²

Este crescimento descontrolado e a burocratização como entrave à eficiência no atingimento de seus objetivos sugere a necessidade de gerenciamento próprio, específico e direcionado para as necessidades e características de organizações em fins lucrativos. Se por um lado uma ONG não está ligada diretamente às leis competitivas de mercado, por outro, urge a necessidade de se possuir uma gestão estratégica e totalmente alinhada com missão e objetivos como única forma de alinhar ideologia a resultados e, portanto, garantir a perenidade do ciclo de doadores a beneficiários.

Esta necessidade intrínseca de ideologia que é o ponto de partida para a formação da cultura organizacional em qualquer ONG é o principal fator que influi na atipicidade do processo de tomada de decisões. Se por um lado aspectos emocionais são a base do *modus operandi*, fazem-se necessários padrões estabelecidos consistentemente como única forma de se assegurar coerência e transparência de imagem. Surge daí a necessidade de se possuir parâmetros claros de objetivos e de missão organizacional.

A missão deve ser um fim bem definido e imutável; o que podem sofrer alterações são os meios de atingimento da missão.

Esta afirmação é realçada por John Sawhill, presidente e C.E.O. (Chief Executive Officer) da Nature Conservancy (uma das maiores organizações sem fins lucrativos mundiais que é ligada à conservação da natureza) em entrevista à revista Harvard Business Review:

“A Nature Conservancy sempre teve uma missão muito clara. Nós estamos completamente focados nesta missão; é a base para tudo o que fazemos. Nós tivemos que mudar recentemente nossa estratégia entretanto, porque enquanto estávamos fazendo alguns ótimos trabalhos ligados à conservação, existiam cada vez maior número de indicadores de que não estávamos conseguindo progressos significativos no atingimento de nossa missão e de nossos objetivos”.³

1.1.2. Cenário Atual

Existe uma tendência acentuada de crescimento das ONGs em termos mundiais. Atualmente, nos EUA, o setor é o maior empregador do país onde 80 milhões de

²HIGUEIRAS, Georgina, tradução PAULO, Migliacci - *ONGs são mais rápidas que os governos*. São Paulo, SP, Folha de São Paulo, 1994.

³HOWARD, Alice & MAGRETTA, Joan - *Surviving Success: An Interview with the Nature Conservancy's John Sawhill*. Boston, MA, Harvard Business Review 108, no. 5 (September-October 1995)

americanos trabalham em média 5 horas por semana em uma ou mais ONG. Do ponto de vista de população ativa, as ONGs respondem por 10% dos assalariados do país.⁴

No Brasil, o número ainda é pouco relevante (menos de 1%) mas percebe-se um alinhamento com a tendência mundial de crescimento. A cada dia surgem novas empresas que, baseadas em uma filosofia, assumem uma gestão sem fins lucrativos.

As próprias classes empresariais têm interesse em financiar e trabalhar para a criação de novas ONGs por alguns motivos específicos.

- ☐ Ganho de Imagem;
- ☐ Penetração política;
- ☐ Incentivos Fiscais do Governo;
- ☐ Diminuição do desemprego global e, conseqüentemente, aumento de mercado consumidor;

O governo também possui, em alguns casos, interesses bem definidos na criação de ONGs.

- ☐ Ganho de Imagem;
- ☐ Descentralização de sua política social e assistencialista;
- ☐ Aumento de eficiência através de desburocratização;

Percebe-se, portanto, que qualquer ONG, assim como toda empresa moderna inserida no novo conceito social do empresariado, deve prestar conta não só a seus clientes finais mas também ao Governo, a seus Mantenedores e à Sociedade e Comunidade como um todo.

⁴DRUCKER, Peter - *What Business Can Learn from Nonprofits*. Boston, MA. Harvard Business Review 67, no. 3 (May-June 1989)

1.2. A.A.C.D. (Associação de Assistência à Criança Defeituosa)

1.2.1. Histórico

Em 1950 pouco se falava em instituições sem fins lucrativos no Brasil. O país acabara de passar pela quarta Constituição republicana (1946) e a presidência de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) era notadamente marcada pela integração, no plano internacional, com os Estados Unidos da América.

No contexto da bipolarização EUA - URSS, fruto do fim da II Guerra Mundial, o Brasil definiu-se como aliado da grande potência do Norte. A aliança oficial ocorreu em setembro de 1947 com o tratado de Assistência Mútua firmado entre Brasil e Estados Unidos. Assim, segundo a nova norma das relações internacionais que o Brasil assumiu, Dutra rompeu relações diplomáticas com a União Soviética, ao mesmo tempo que colocou o Partido Comunista fora da legalidade.⁵

Sendo assim, do ponto de vista empresarial, o que se via no Brasil era o fortalecimento do Estado (base para a política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek) e a influência de organizações e do capital norte americanos.

Não existia no Brasil histórico de Organizações não Governamentais (ONGs) e a A.A.C.D. que se formava em Agosto de 1950 através do trabalho do médico ortopedista Dr. Roberto Bonfim ainda não podia ser caracterizada como uma ONG. Naquela época não existia preocupação alguma com gestão, planejamento ou parâmetros de decisão. Instalada numa pequena casa no bairro paulista da Bela Vista a A.A.C.D. abrigava e tratava crianças portadoras de deficiências físicas no aparelho locomotor.

O terreno da Av. 23 de Maio doado anos mais tarde pelo então prefeito de São Paulo, Faria Lima, marcou o primeiro grande salto onde a A.A.C.D. mostrou as primeiras preocupações com demandas administrativas. Sendo assim, na nova localização onde foi construído o prédio que abriga a instituição até os dias atuais, foram formadas equipes responsáveis pela gestão (Conselho Deliberativo e Diretoria Executiva) e desenhados os primeiros níveis hierárquicos e gerenciais.

Podemos dizer que hoje em dia a A.A.C.D. está vivendo o segundo grande salto. Esta situação está sendo caracterizada pelo que se pode chamar de profissionalização da instituição. Se no primeiro grande salto as principais preocupações estavam ligadas a custos e receitas, hoje, se somam a estas, questionamentos sobre missão, cultura e planejamento de operações.

A explicação para este segundo grande salto está no novo cenário econômico mundial. Por mais que a A.A.C.D. não seja uma empresa competitiva, as novas tendências de globalização têm, como um de seus produtos finais, o efeito de influenciar o nível de percepção de qualidade de atendimento dos pacientes.

⁵ Koshiba, Luiz - História do Brasil - São Paulo, SP : Atual, 1987

A A.A.C.D. é a maior instituição especializada em assistência a pacientes com problemas no aparelho locomotor mas, não mais a única. Se, em alguns momentos sua prestação de serviços era caracterizada por um trabalho puramente clínico, hoje percebe-se que para se gerir uma empresa com custo mensal de 1 (hum) milhão de dólares é necessária uma estruturação consciente e embasada em técnicas consistentes e alinhadas com a missão e objetivos que marcaram a história e que, ainda hoje impregnam a cultura organizacional de uma das mais importantes instituições assistencialistas do Brasil.

1.2.2. Estrutura

Atualmente, a A.A.C.D. é a segunda maior instituição sem fins lucrativos de serviços ligados à saúde (atrás apenas da A.P.A.E.) contando com cerca de 700 funcionários contratados, 600 voluntários, Conselho Deliberativo próprio e Diretoria Executiva.

Dentro deste contexto de prestação de serviço podemos perceber três ramos principais de atuação dentro da A.A.C.D.:

- oficina ortopédica

A oficina ortopédica da A.A.C.D. foi fundada com o intuito de oferecer suporte às demandas clínicas geradas pelos atendimentos a deficientes físicos. Funciona em localização física adjacente às próprias instalações da A.A.C.D. ocupando uma área de 1500 m² e empregando 70 funcionários que vão desde a operação da manufatura e planejamento da produção até funções de vendas, marketing e de prestação de serviços.

A oficina é especializada na confecção de aparelhos ortopédicos específicos para deficientes físicos (independentemente de serem estes pacientes da A.A.C.D.). Do ponto de vista financeiro, é um dos maiores geradores de receita da A.A.C.D. por responder por 30% (trinta por cento) do total de receita bruta da instituição. Do ponto de vista de custos, representa 15% (quinze por cento) dos custos totais.

Ainda que o foco da oficina esteja ligado a um processo de transformação físico, o que a caracteriza como uma empresa ligada à manufatura, percebemos uma gestão pouco direcionada a conceitos, processos e técnicas de manufatura. Sendo assim, referências de qualidade, produtividade e, até mesmo de estratégia competitiva de manufatura não fazem parte da cultura vigente e da gestão. Percebe-se, hoje, dentro da A.A.C.D. a necessidade de se repensarem os destinos e a própria missão da oficina ortopédica. O cenário de ontem era marcado pela ausência de empresas produtoras de aparelhos para atender às necessidades específicas dos deficientes físicos; a oficina nasceu exatamente para suprir esta carência. A realidade hoje é diferente e, começam a surgir empresas que produzem estes aparelhos com referenciais de qualidade e preço superiores ao da A.A.C.D.. O fato é que, neste momento, a oficina é vista como um gerador de receita para a instituição e, portanto, mudanças são vistas com certo ceticismo.

-hospital da A.A.C.D.

O hospital da A.A.C.D. foi fundado no final de 1993 como fim de um projeto que levou mais de dez anos para ser concluído. Desde o início da A.A.C.D. existia a necessidade de internação de alguns dos pacientes do centro de reabilitação. Como não havia hospital próprio, esta internação era feita em outras instituições ou hospitais públicos. Isto acabava gerando problemas na reabilitação de pacientes pois no período imediatamente posterior a uma operação existe maior necessidade de supervisão e atendimento clínico e terapêutico que acabava ficando a cargo de profissionais menos especializados (trazendo uma quebra na sequência de tratamento).

O hospital da A.A.C.D. está instalado em prédio próprio de 6 andares com aproximadamente 800 m² cada possuindo, hoje, 30 leitos para internação. A grande maioria dos pacientes internados são pacientes que estão em tratamento dentro da própria A.A.C.D.. Por ser um negócio novo dentro da A.A.C.D. e por não haverem controles adequados de custo e receita, não é possível se caracterizarem os percentuais de custo e receita pelos quais o hospital responde.

Ainda que se perceba conflitos gerenciais entre administração própria do hospital e central A.A.C.D., este conflito não é tão marcante quanto na oficina ortopédica. Em linhas gerais podemos citar o fato de que o hospital é um prestador de serviços cujas linhas diretrizes estão alinhadas com a cultura e missão da A.A.C.D..

-centro de reabilitação (c.r.)

O centro de reabilitação é, sem dúvida, o foco principal de atuação e tema do presente trabalho. Vale lembrar que a A.A.C.D. foi fundada pelo centro de reabilitação e, foi o trabalho específico deste que acabou gerando os outros dois outros negócios já citados.

O c.r. é responsável por uma média mensal de 12.000 atendimentos clínicos e terapêuticos para um número aproximado de 1.500 pacientes ativos atualmente. Em seu histórico clínico já passaram mais de 20.000 pacientes e, a atual lista de espera para avaliação e tratamento está girando em torno de 1.500 pacientes. *? restam?*
duração da espera?

Sem dúvida o c.r. é o maior consumidor de recursos da A.A.C.D.. Hoje em dia é responsável por gerar apenas 3 % da receita e consumir mais de 50 % dos custos da instituição.

Não são válidas, entretanto, análises financeiras de rentabilidade e retorno pois o c.r. é, em última análise, o porque da existência da A.A.C.D. e a A.A.C.D. é uma ONG.

Por ser o tema central deste trabalho, considerações acerca da gestão do centro de reabilitação serão melhor detalhadas adiante.

1.3. O Projeto A.A.C.D.

projeto "Vargas"?

A contratação e, conseqüentemente, o projeto desenvolvido na A.A.C.D. iniciou-se no começo de 1995 e estende-se até os dias atuais. Os principais subsídios e informações usados como base para o presente trabalho referem-se aos projetos globais e específicos realizados principalmente entre o segundo semestre de 1995 e os quatro primeiros meses de 1996.

O primeiro contato com a A.A.C.D. tratou da apresentação de uma proposta de trabalho baseada num diagnóstico geral realizado seguindo conceitos e metodologias de gestão estratégica de serviços. Existiu, sem dúvida, uma interferência do cliente no processo de priorização das atividades deste plano que fez com que, por vezes, algumas iniciativas tivessem que ser focalizadas à revelia.

Um dos pontos mais interessantes do projeto desenvolvido está ligado ao fator tempo. A A.A.C.D. apresentou neste período seu maior processo de expansão tanto do ponto de vista organizacional quanto gerencial. Se, anteriormente, um trabalho de assessoria externo era visto como desnecessário, hoje, é uma das bases de sustentação para as decisões gerenciais tanto de planejamento quanto operação.

Dentro de um âmbito global, a idéia é caracterizar a A.A.C.D. inserindo-a tanto em seu ambiente interno quanto externo. Algumas perguntas e respostas básicas acerca do porquê e do como da instituição começam a aparecer de maneira a montar uma fotografia atual.

Os primeiro tópico do capítulo trata da discussão acerca da real missão e dos objetivos a serem perseguidos. Segue-se uma análise social e econômica do público alvo desdobrando-se em objetivos de desempenhos globais.

A função marketing é vista de maneira crítica relacionando-a à função de operações (foco do presente trabalho). O penúltimo tópico trata de análise estrutural e comportamental da força de trabalho da A.A.C.D. enquanto que o último aborda os principais relacionamentos tanto externos quanto internos.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE DO AMBIENTE

2. ANÁLISE DO AMBIENTE

2.1. Missão e Objetivos

Uma definição clara e objetiva da real missão e dos objetivos a serem atingidos é a base para o início de qualquer projeto dentro de uma ONG.

King e Cleland recomendam que as organizações desenvolvam um conceito de missão e objetivos coerentes pelas seguintes razões¹:

- ☐ Assegurar unanimidade de objetivos dentro da organização;
- ☐ Prover as bases ou padrões de alocação de recursos organizacionais;
- ☐ Estabelecer o tom gerencial e o ambiente organizacional;
- ☐ Servir como ponto de focalização para que os indivíduos se identifiquem com objetivos e direcionamento da organização e para se prevenir daqueles que não se enquadram nos padrões;
- ☐ Facilitar a tradução dos objetivos dentro de uma estrutura de trabalho envolvendo a delegação de tarefas para os elementos responsáveis dentro da organização;
- ☐ Especificar os fins organizacionais e sua tradução em objetivos de forma que parâmetros de custo, tempo e performance possam ser planejados e controlados.

A principal pergunta que se deve responder quando da definição da missão de qualquer organização é o porque de sua existência. Percebe-se que dentro da literatura existe certa controvérsia acerca do nível de detalhismo que esta pergunta deve ser respondida. Se, por um lado, uma resposta vaga apresenta vantagens do ponto de vista da flexibilidade da organização e das tomadas gerencias; a falta de objetividade inerente pode causar falta de direcionamento.

Alguns estudos específicos ligados ao tema dos objetivos do sistema hospitalar (caso específico da A.A.C.D.) foram produzidos com o objetivo de introduzir à problemática e à dificuldade de se entender o real papel e o porque da existência destas organizações. Ribeiro, por exemplo, faz analogias de objetivos hospitalares com o sistema produtivo de capital inserindo o hospital (caso específico da A.A.C.D.) no desempenho de seu papel perante a sociedade².

¹KING, W.R. & CLELAND, D.I. - *Strategic Planning and Policy*. New York, NY, Van Nostrand Reinhold, 1979.

²RIBEIRO, H. P. - *O HOSPITAL: história e crise*. São Paulo, SP, Cortez Editora, 1993.

“O hospital acaba sendo uma oficina, e o médico, seu principal mecânico. Cumpre a ele fazer com que a máquina-homem retorne o mais depressa à circulação como mercadoria ambulante. Interessa consertá-la, mas interessa menos evitar que se quebre. Ela tem que ter, como qualquer máquina, um tempo útil, durante o qual produza mais e melhor; todavia, há outros homens-máquinas sendo produzidos e, que precisam ser consumidos e é bom, por isso, que ela se vá, assim, aos poucos... Nesse processo contínuo de consertos que o hospital realiza, consomem-se, também, outras coisas que fazem girar e reproduzir o dinheiro: medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares e outras tantas que o fazem uma instituição complexa.”

autr?

Para analisar a consistência dos estatutos sociais de missão da A.A.C.D. foi utilizado check list adaptado de David, 1995³.

1. Qual é o público alvo da A.A.C.D.?

A A.A.C.D. generaliza o público alvo como pessoas com defeitos físicos sem, entretanto, definir quais tipos de defeitos físicos e regras de priorização para atendimento.

2. Quais os serviços prestados pela A.A.C.D.?

O estatuto é genérico ao caracterizar apenas seu foco como prestação de serviços de assistência médica, pedagógica e social assim como a adaptação ou readaptação à sociedade após recuperação.

3. Existe preocupação com capacitação técnica e tecnológica?

Ainda que exista na A.A.C.D. a cultura interna de se incentivar a capacitação técnica de seus profissionais ligados à área médica, esta preocupação se encontra pouco especificada no estatuto.

4. Existe preocupação com sobrevivência, crescimento e lucratividade?

O estatuto é claro ao definir a A.A.C.D. como sociedade civil, sem intuito lucrativo e de duração ilimitada. Não existem objetivos ligados ao crescimento.

5. Existem bases filosóficas sólidas? Quais são as crenças, valores, aspirações e prioridades filosóficas?

Ainda que o histórico e o dia a dia da A.A.C.D. sejam totalmente baseados em uma cultura organizacional fruto de crenças, valores e aspirações, o estatuto não os define objetivamente. As priorizações são vistas dentro da instituição com receio, ceticismo e injustiça, o que descaracteriza o papel fundamental da missão de saber incluir e excluir.

?

³DAVID, Fred R. - *Strategic Management*. New Jersey, Prentice-Hall, 1995

6. Existe definição clara de competência distintiva?

No estatuto não existe definição de focalização para se atingir distinção em alguma área específica.

7. Existe preocupação social específica?

A A.A.C.D. é baseada em uma preocupação social específica, o que está bem claro no estatuto.

8. Existe preocupação com funcionários?

No estatuto percebe-se que os mentores da instituição tiveram grande preocupação em definir os limites de atuação do Conselho Administrativo, da Diretoria e dos Sócios. Deixando, entretanto, de definir política consistente em relação a seus funcionários.

Através da análise do check-list percebe-se que a A.A.C.D. não possui um estatuto de missões claro e objetivo. As principais questões a serem resolvidas estão ligadas a *trade-offs*. Existe uma cultura instalada de não se decidir objetivamente, não priorizar e não excluir, o que dificulta a coerência no processo de tomada de decisões.

Elkin constata, em um programa de assistência aos deficientes, problemas de missão análogos aos encontrados na A.A.C.D.: “ Um dos problemas mais sérios quando se está de frente com o gerenciamento de programas para os deficientes é a falta de objetividade com as que os objetivos são definidos. Isto pode ser um sério obstáculo para se implantar visão sistêmica no gerenciamento destes programas.”⁴

2.2. Público Alvo

Conforme descrito no item 2.1, a A.A.C.D. não possui transparência na definição de público alvo específico.

Para ilustrar este fato, podemos citar o caso do departamento de Fisio Infantil (maior setor de fisioterapia da instituição, responsável pelo tratamento constante de 800 crianças diferentes em média) onde foi desenvolvido um projeto específico de definição de trade-offs. Neste projeto, chegou-se a uma definição clara de público alvo e de prioridades quanto a:

-locais onde o paciente faz terapias;

-idade;

-deficiências físicas;

quem fez? Vagy C. Debit? Direct. Execut...?

⁴ ELKIN, Robert - *Management Controls - A Systems Approach to Planning and Managing Programs for the Handicapped* - Peat, Marwick, Mitchell & Co., 1974.

-comportamento emocional;

Depois de definidas as regras, foram feitas avaliações nos pacientes que o setor estava atendendo e nos que estavam na lista de espera. Chegou-se às seguintes conclusões:

-20% dos pacientes que estavam em atendimento deveriam ser desligados dentro das novas normas;

-A lista de espera, por não apresentar nenhum tipo de priorização, levava os funcionários a encaixarem pacientes no método FIFO (salvo casos caracterizados como de urgência). Este critério de priorização e escolha, se por um lado garante justiça do ponto de vista do tempo de espera, pode influenciar determinantemente no sucesso da evolução de um paciente (devido a características das deficiências A.A.C.D., existem pacientes em que a idade e, portanto, o tempo para início de tratamento, pode ser marcante em seu prognóstico);

Antes de caracterizar o perfil do público da A.A.C.D. é necessário que se faça uma distinção entre paciente e responsável.

Devido à condição física dos pacientes e ao fato de a maioria apresentar baixa idade, o paciente (que é o usuário dos serviços prestados) precisa da figura do responsável que terá o cargo de acompanhá-lo em consultas, ajudar na locomoção e muitas vezes decidir pela *compra* ou não dos serviços da A.A.C.D..

Para se analisar o público (usuário) que a A.A.C.D. está atendendo atualmente, foram feitas pesquisas quantitativas e qualitativas.

2.2.1. Pesquisas Quantitativas

Do ponto de vista quantitativo, as únicas informações que a A.A.C.D. dispõe são aquelas ligadas à classificação social de seus pacientes e o diagnóstico principal (tabela 2.3).

A classificação social é um critério interno da A.A.C.D., emitido pelo setor de Serviço Social, que leva em conta a renda familiar e o número de dependentes desta família para se chegar a padrões de cobrança dos serviços a serem prestados.

A Tabela 2.1 relaciona as variáveis renda familiar total e número de dependentes que é usada para se decidir sobre a classificação social dos pacientes. A intersecção entre as linhas e colunas levam à esta classificação.

Renda (Sal. Mín.) \ No. Depend.	01	02	03	04	05
de 01 a 02	A0	A0	A0	A0	A0
de 03 a 04	A3	A1	A1	A1	A0
de 05 a 06	B1	A3	A3	A3	A1
de 07 a 08	B3	B1	B1	A3	A3
de 09 a 10	B3	B3	B1	B1	A3
de 11 a 12	B4	B4	B3	B1	B1
de 13 a 15	P	B4	B4	B3	B3
de 16 a 19	P	P	B4	B4	B4
mais de 20	P	P	P	P	P

Tabela 2.1 - Critérios para Classificação Social

Elaborada pelo Serviço Social da A.A.C.D.

A tabela 2.2 mostra as porcentagens relativas atuais de cada um dos níveis de classificação social.

Classificação	Porcent. Relativa
A0	30,1
A1	17,4
A3	16,7
B1	13,6
B3	8,8
B4	4,7
P	8,7

Tabela 2.2 - Porcentagem Relativa em Relação à Classificação Social

Dados coletados junto ao departamento de Informática da A.A.C.D.

Através da análise das duas tabelas, pode-se perceber que o público atualmente em tratamento na A.A.C.D. é, em sua grande maioria, de baixo poder aquisitivo e com condição social pouco privilegiada. Este fato pode sugerir que se trata de um público com baixa competência crítica e que possui poucas experiências anteriores pessoais em relação à organizações de serviço e à parâmetros de qualidade em serviços. Este fato deve-se entretanto, ser comprovado pelas pesquisas qualitativas.

2.2.2. Pesquisas Qualitativas

As pesquisas qualitativas foram feitas junto aos funcionários de setores de linha de frente que estão em contato direto com o paciente:

-Serviço Social;

-Terapias;

-Clínicas;

Através de direcionamento de questões, o que se tentou obter foi a percepção dos funcionários em relação ao perfil do paciente A.A.C.D..

Tais pesquisas levaram a algumas características psicográficas que caracterizam a maioria do público:

-a A.A.C.D., ainda que seja referência em termos de capacitação técnica, não atende muitos pacientes de alto nível social estando, portanto, trabalhando com camadas mais baixas da população;

-são famílias que moram em bairros afastados, principalmente periferias, em condições econômicas precárias e que necessitam de transporte coletivo ou de ambulâncias públicas para locomoção;

-as crianças representam maioria e, cerca de metade destas crianças, não possuem capacidade cognitiva de entender sua deficiência (característica própria da doença paralisia cerebral);

-a figura da mãe ou responsável é significativa e, percebe-se baixa formação intelectual, pouco entendimento da deficiência e baixo nível de percepção de qualidade de atendimento;

-a A.A.C.D. é vista como única salvação de um problema familiar que, em geral causa conflitos emocionais e de relacionamento em pessoas psicologicamente afetadas por uma situação que sequer podem entender;

Pitta descreve a situação genérica de um enfermo colocando-o de frente com a sociedade que, por um lado lhe acolhe e por outro cobra seu retorno às funções produtivas:

*“Adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa e discretamente”.*⁵

⁵PITTA, A. - *Hospital. Dor e morte como ofício*. São Paulo, SP, Hucitec, 1990.

2.2.3. Conclusões

As principais características do público alvo que geram impacto na gestão de serviços são aquelas ligadas a suas expectativas e a percepções.

O baixo nível de percepção de qualidade de atendimento que pode ser explicado pela condição sócio-econômica dos indivíduos faz com que o público seja passivo em relação a questionar-se em relação ao nível de serviço prestado pela A.A.C.D.. O que se percebe é uma cultura tanto dos funcionários da A.A.C.D. quanto dos próprios pacientes de se aceitarem falhas no atendimento desde que o paciente receba tratamento médico adequado. Na verdade, é neste ponto que entra o fator expectativa.

Ainda que os pacientes e/ou responsáveis não tenham muitas referências quanto a critérios de avaliação, existe uma expectativa forte quanto ao fim do tratamento. Cria-se, na maioria das vezes, a falsa impressão de que o paciente sairá da instituição totalmente reabilitado e reinserido no contexto social e de trabalho. A criação de vias próprias para o gerenciamento desta expectativa foi um ponto marcante na implantação do projeto desenvolvido.

2.3 Objetivos de Desempenho

Percebe-se que a A.A.C.D. não é uma instituição que se insere em ambiente competitivo. Ou seja, quando pensamos na gestão estratégica dos serviços prestados, não faz sentido a comparação com o desempenho da concorrência como modo de se definir importância e priorização.

Na verdade, o desempenho de outras instituições também ligadas à área de saúde poderiam gerar impacto na formação de expectativa pelo fator comparação. Entretanto, no caso do paciente médio A.A.C.D. este fator não é determinante já que este paciente não teve ou tem contato com organizações privadas e, sim, com a saúde pública que está, sabidamente, à beira de uma falência estrutural prestando, assim, serviços médicos de baixa qualidade.

A baixa competência crítica dos pacientes A.A.C.D. em relação à qualidade de atendimento, não implica, entretanto, que deve haver preocupação e comprometimento gerencial no aprimoramento contínuo dos serviços prestados. Na verdade, em organizações como a A.A.C.D., este comprometimento deve ser reflexo puro da missão e filosofia da instituição. Como qualquer empresa, seja ela prestadora de serviços ou fabricante, a definição de conceitos e estratégias organizacionais inteligentes e eficazes é base para a garantia de que os meios utilizados levarão ao atingimento dos objetivos pretendidos.

É necessário que se faça uma diferenciação entre atendimentos técnicos e de suporte. A diferenciação, entretanto, não deve levar à conclusão de que o conceito de atendimento na organização está segmentado. O atendimento e, portanto, a focalização de prestação de serviços aos pacientes deve ser vista de modo holístico e sistêmico. Ainda que existam

momentos críticos mais relevantes no processo, estes não podem ser ignorados ou desprezados. A diferenciação feita visa apenas uma melhor sistematização deste para servir como ferramenta de auxílio no entendimento, análise e portanto, na tomada de decisões.

2.3.1. atendimentos Clínicos

Entende-se por atendimento clínico todo o atendimento médico ou terapêutico que, numa análise objetiva, é o porque da existência da instituição. A missão da A.A.C.D. está ligada aos preceitos de tratamento, reabilitação e reinserção social de seus público alvo; objetivos estes que estão intimamente ligados a meios clínicos. Sendo assim, do ponto de vista da tomada de decisão, se em um determinado momento se tiver que decidir por opções conflitantes e que tenham influência no tratamento ou reabilitação do paciente, o posicionamento clínico deve ser priorizado a qualquer outro.

Percebe-se, através do desdobramento desta implicação, uma mudança no enfoque padrão dos objetivos competitivos. No caso de serviços médicos, em algumas situações, os critérios definidos pelo fornecedor possuem importância relativa maior que aqueles definidos pelo cliente. Existem situações na prática em que, embora o cliente tenha um certo posicionamento, este deve guiar as ações e decisões. Neste momento, passa a ganhar importância a gestão eficiente do cliente por parte da organização. Fazer com que o cliente entenda é a base para que este se comprometa com o tratamento e para que modifique seu critério de análise. Este fator é analisado por Giansi e Côrrea (1994) ao afirmarem que a percepção que o cliente tem em relação ao serviço prestado é formada pela prestação propriamente dita e pela comunicação transmitida ao mesmo durante ou após o processo.

2.3.2. atendimentos de Suporte

Atendimentos de suporte são todos processos de atendimentos não clínicos desempenhados pela instituição no sentido de viabilizar o atendimento clínico. Em termos de operação, tanto os atendimentos de suporte quanto os clínicos são atividades de linha de frente que possuem, por sua vez, atividades de retaguarda que suportam sua realização.

Gronroos⁶, ao analisar a percepção do cliente de serviços propõe um modelo de percepção de qualidade de atendimento onde faz uma clara divisão de duas dimensões as quais chamou de *técnica* e *funcional*. A figura 2.4 ilustra este modelo mostrando, ainda, o processo de comparação que o cliente faz entre serviço esperado (expectativas) e serviço prestado (percepção).

⁶ GRONROOS, Christian in LOVELOCK, C. H. - Services Marketing - paper: Innovative Marketing Strategies and Organization Structures for Service Firms. New Jersey, USA, 1991.

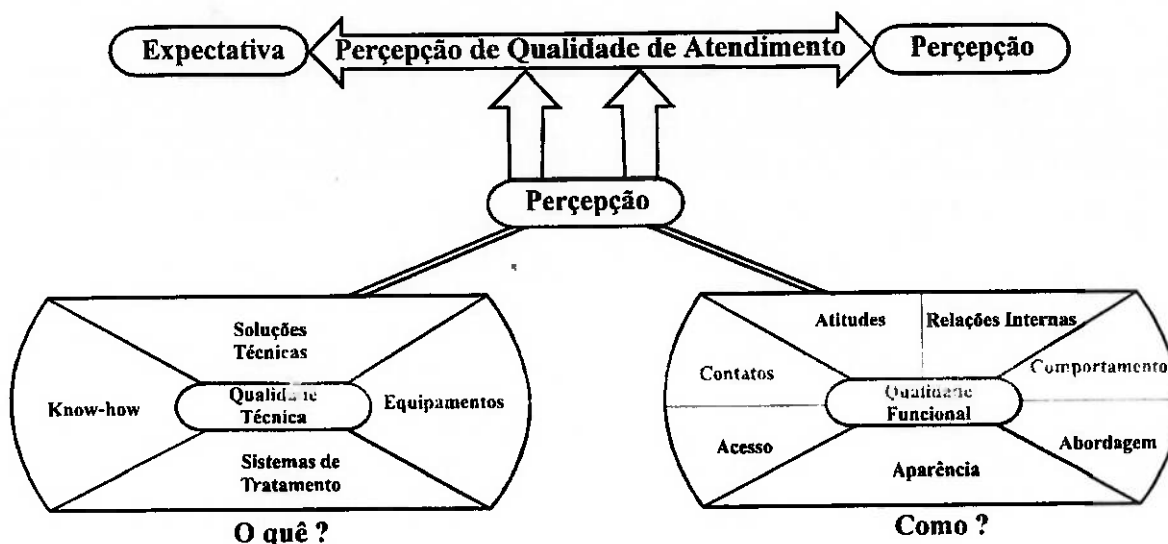


Figura 2.4 - Expectativa X Percepção

Adaptado de Gronroos in Lovelock

Esta divisão é clara dentro da A.A.C.D. com o agravante de os atendimentos de suporte (funcionais) serem subjugados totalmente aos atendimentos técnicos em pontos que não comprometem o prognóstico clínico do paciente. Do ponto de vista da tomada de decisão, o conceito de diferenciação acabou levando a um engano conceitual dentro da A.A.C.D.. Parte-se da premissa que atender bem ao paciente está ligado apenas aos aspectos clínicos; ou seja, excelência apenas do ponto de vista técnico. O atendimento de suporte (que se convencionou chamar dentro da instituição de administrativo) foi, por anos irrelevado.

Esta é uma condicionante importante que deve ser relevada dentro de qualquer processo de implantação de mudanças dentro da A.A.C.D. O presente trabalho trata não apenas da conceituação de um plano estratégico de ação mas, também, de ponderar variáveis ligadas à garantia de sucesso de implantação do plano. Neste sentido, um ponto de trabalho urgente e necessário é a conscientização das pessoas dentro da organização da importância de se gerir os serviços prestados de maneira efetiva nas duas dimensões citadas entendendo suas inter-relações, conflitos e possíveis priorizações.

Ainda dentro do escopo do presente trabalho, deve-se esclarecer que características do atendimento clínico não serão contestadas ou analisados e serão tomadas como restrições para as medidas a serem conceituadas dentro do plano de ação. Assim sendo, se, por exemplo, se optar pela implantação de um sistema de produtividade na utilização da capacidade instalada, em momento nenhum serão questionadas variáveis ligadas ao os tempo que um médico ou terapeuta gastam em um atendimento.

2.4. A função Marketing

2.4.1. A função Marketing numa organização de serviços

Kotler⁷ define marketing como sendo um processo social e administrativo pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e o que desejam através da criação e troca de produtos e valor com outras pessoas.

Ainda, em *Administração de Marketing*, Kotler discorre a respeito do desenvolvimento inicial da função Marketing e mostra sua conexão histórica com a venda de produtos físicos, como cremes dentais, automóveis, aço e equipamentos.

Mesmo que os trabalhos de Kotler tenham analisado a função Marketing de forma holística e integrada dentro do negócio-empresa como um todo, percebe-se uma propensão natural (fruto do processo de evolução empresarial) de se pensar em Marketing como o processo de criação, precificação, distribuição e promoção de produtos.

Este conceito justifica, em parte, a estruturação tradicional de departamentos de marketing traçando, assim, a fronteira virtual entre marketing e operações (normalmente desempenhada pelo departamento de produção).

Gronroos discorre a respeito desta evolução e à adaptação que as empresas emergentes de serviço fizeram deste modelo. Numa empresa ligada à manufatura, esta solução (departamentalização) pode ser bem sucedida já que o departamento de marketing pode conceitualizar, planejar e implementar a grande maioria das atividades ligadas ao marketing. Apenas algumas atividades estão fora do escopo de trabalho deste departamento. A empresa de serviço, entretanto, encontra uma situação completamente diferente já que apenas uma pequena parte das atividades totais de marketing podem ser desempenhadas por um departamento convencional. A figura 2.5 ilustra esta relação entre a função e departamento marketing para empresas de manufatura (no caso específico de empresas de bens de consumo) e de serviços.

Esta aparente incogruência se explica pelo papel das operações nas empresas de serviço. Como regra geral, em empresas de serviço, o contato entre o cliente e o fornecedor é muito mais intenso. Surge, portanto, devido a este contato, o que se chama de interatividade. A interatividade cliente-fornecedor num processo tradicional de prestação ou produção de um serviço é uma das bases para o entendimento do conceito de marketing interativo.

⁷ KOTLER, Philip - *Administração de Marketing*. São Paulo, SP, Atlas. 1993.

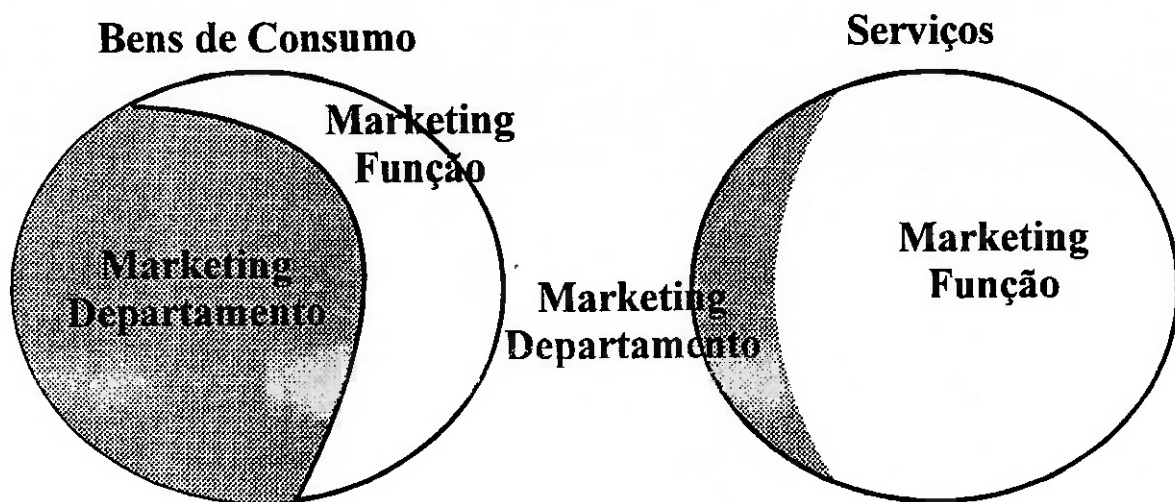


Figura 2.5 - Relação entre a função e departamento Marketing

Adaptado de Gronroos in Lovelock

O conceito de marketing interativo foi introduzido por Gronroos (1979) e muda o enfoque relativo às atividades e funções tradicionais do marketing em empresas de serviço. Sob a ótica de Gronroos, o marketing de serviços deve ser visto de maneira sistêmica e totalmente integrado às operações de prestação propriamente ditas. Sendo assim, um departamento de marketing separado aumenta o distanciamento entre as funções de marketing e de operações aumentando, portanto, a incongruência entre expectativas e percepções dos clientes.

Do ponto de vista funcional, o marketing interativo prega que a função marketing não deve acabar na promoção ou na decisão de compra. Marketing deve continuar a ser responsável por como o serviço é prestado e, conseqüentemente, por como as expectativas são atendidas. Isto quer dizer que a função de marketing envolve também gerenciamento, motivação e planejamento dos recursos e atividades que fazem parte de todo o processo de relacionamento da empresa com o cliente.

Nos funcionários de operações de linha de frente, o efeito da departamentalização tradicional reflete-se da seguinte maneira: já que existe departamento de marketing e este é responsável por trazer o cliente, também deve ser responsável pelo relacionamento como um todo. Na prática, estes funcionários acabam desligando-se da orientação ao cliente e influenciam a tornar a organização orientada para recursos ou produção.

2.4.2. A função Marketing na A.A.C.D.

O Marketing na A.A.C.D. é departamentalizado não havendo vínculo ou preocupação, dentro da instituição, com o planejamento formal das operações de serviço. Para se ter total compreensão do papel desempenhado pelo atual departamento de marketing e do inter-relacionamento com operações, faz-se necessário levantar alguns pontos de análise.

-antes da institucionalização do departamento de marketing existiam outros departamentos geradores de receitas não ligados à prestação direta dos serviços A.A.C.D. (captadores junto ao mercado) como, por exemplo, o departamento de vendas de cartão de natal;

-o departamento de marketing foi institucionalizado há menos de 1 ano com o intuito de gerenciar atividades promocionais com finalidade de arrecadação financeira;

-ainda que exista a consciência de que o trabalho do departamento influencia de modo significativo a imagem da instituição no mercado e, portanto, as expectativas, não existem esforços conjuntos para o alinhamento formal entre *serviço vendido e serviço prestado*;

-o departamento de marketing, devido a parcerias que vem desenvolvendo com órgãos de comunicação, tem sido um dos grandes responsáveis pelo total de arrecadação da A.A.C.D. podendo, hoje, ser considerado um departamento estratégico tanto do ponto de vista da Diretoria quando da alta e média gerência;

-a contrapartida do aumento de arrecadação gerado pelo marketing é o incremento de demanda para tratamento (fato de grande impacto hoje na A.A.C.D.);

Se o conceito de marketing interativo defendido por Groonroos para organizações de serviço for considerado ideal do ponto de vista de modelo organizacional, pode-se dizer que o departamento de marketing da A.A.C.D. é ineficiente na medida em que está voltado quase que totalmente ao trabalho de marketing externo e à execução de atividades promocionais

O escopo do presente trabalho é, do ponto de vista geral, repensar a instituição A.A.C.D. como um todo e, entendendo suas necessidades ímpares de gestão, montar um plano de ação estratégico onde conceitos e operações estejam alinhados. Sem dúvida, grande parte do trabalho deveria ter suporte do departamento de marketing da A.A.C.D., tanto na definição das iniciativas quanto em sua implantação. A ação do departamento, na prática, se daria não apenas na comunicação (interna e externa) mas, também, no desenvolvimento conjunto de medidas visando aumentar o comprometimento e entendimento dos agentes que influenciam e são influenciados por mudanças na instituição.

As decisões, entretanto, ligadas ao posicionamento e ao papel a ser desempenhado pelo marketing passa por questões políticas que, por vezes, estão desalinhadas com o conceito de gestão estratégica que se deseja implantar. O tratamento destas questões

políticas fogem do escopo deste trabalho ainda que seus efeitos não sejam desconsiderados e, sim, relevados como condicionantes e restrições importantes na conceituação e implantação.

2.5. Força de Trabalho

2.5.1. Arquitetura Organizacional - Definições

Os trabalhos no sentido de definição do desenho organizacional formal que se ajusta à estratégia e às operações surgem como uma necessidade inerente à divisão do trabalho. Independente do modelo adotado de organização do trabalho, a divisão do mesmo entre agentes (sejam estes funcionários internos ou contratados externamente) representa a solução para fragmentar tarefas complexas em atividades mais simples e, é a base de sustentação de qualquer organização (do ponto de vista das pessoas que a compõe).

Hax e Majluf⁸ separam as arquiteturas organizacionais em três modelos estruturais principais: funcional, divisional e matricial. Isto, entretanto, não implica em os modelos serem excludentes mutuamente entre si; ou seja, a mesma organização pode apresentar, ao mesmo tempo, combinações destas estruturas.

2.5.1.1. Organização funcional e divisional

Organizações funcionais e divisionais distinguem-se da organização matricial pelo fato de serem estruturadas acerca de um conceito padrão.

Nas organizações funcionais, o conceito está orientado para *inputs* organizacionais necessários para se realizar as atividades organizacionais. Na prática empresarial, estes *inputs* são conhecidos por funções. Como, por exemplo, a função marketing, finanças ou vendas.

Nas organizações divisionais, o conceito está orientado para os *outputs* da organização. Como *outputs* pode-se entender o objetivo específico de trabalho do grupo de pessoal ligado à estrutura divisional. Sendo assim, pode-se verificar orientação para o output produto, região ou projeto.

Alguns autores colocam um tipo especial de organização divisional que vem sendo, atualmente, bastante procurado em grande parte das organizações. Trata-se da organização voltada ao cliente. Já que a organização divisional releva os processos em relação às funções, organizações voltadas ao cliente tomam como ponto de partida os

⁸ HAX, A e MAJLUF, N. - in loc cit.

processos de atendimento e montam sua gestão de operações levando em consideração o fluxo de atendimento ao cliente de forma sistêmica. Esta abordagem está sendo largamente discutida e utilizada em empresas que passam por programas de reengenharia com foco no cliente. Neste caso, o objetivo é repensar (e posteriormente, até mesmo mudar) os atuais produtos e serviços, as atuais operações produtivas (tanto em produtos quanto serviços) e os processos gerenciais, analisar a divisão do trabalho (departamentalização) e as vias de informação e comunicação inerentes à mesma.

A Tabela 2.6 identifica alguns pontos inerentes e de diferenciação entre a estrutura funcional e divisional.

Funcional	<ul style="list-style-type: none"> -arquitetura clássica; -divisão baseada nas funções organizacionais especialistas; -estilo gerencial centralizador; -tendência ao desenvolvimento de especializações e excelência técnica dos gerentes; -tomada de decisão nas altas camadas hierárquicas; -orientação nas funções;
Divisional	<ul style="list-style-type: none"> -arquitetura clássica; -divisão baseada em outputs da organização (produtos, projetos e programas); -estilo gerencial menos centralizador; -menor especialização técnica e maior visão de negócio dos gerentes; -divisão na tomada de decisão (desce na hierarquia); -orientação nos processos;

Tabela 2.6 - Características próprias de organização funcional e divisional

Adaptado de Hax and Majluf

Do ponto de vista gerencial, a arquitetura organizacional gera grande impacto nas funções e atividades gerenciais queridas. Esta diferenciação pode ser sentida em todas as dimensões de trabalho gerenciais. Partindo-se da premissa que a base do trabalho de gerenciamento é a delegação de autoridade e responsabilidade, percebe-se que na organização funcional, esta parametrização está definida de forma muito mais clara. Para ilustrar este ponto, pode-se usar o exemplo de uma empresa com organização divisional onde dois gerentes de produtos se utilizam da mesma equipe de vendas. Neste caso, nenhum dos dois gerentes seriam totalmente responsáveis pelos resultados (outputs) obtidos pela equipe de vendas referida ao passo que, numa organização funcional, existiria um gerente específico para responder pela equipe de vendas.

A figura 2.7 ilustra diferenciações entre organização funcional e divisional do ponto de vista gerencial.

	Gerente Divisional	Gerente Funcional
<i>Âmbito Estratégico</i>		
-Orientação	Empreendedora	Executora
-Ambiente de Trabalho	Externo	Interno
-Foco das Atividades	Adaptação	Eficiência
<i>Âmbito Operacional</i>		
-Responsabilidade	Ampla	Restrita
-Autoridade	Inferior à Responsab.	Igual à Responsab.
-Interdependência de outros gerentes	Geralmente alta	Pequena
<i>Características Pessoais</i>		
Estilo	Proativo, Iniciador	Reativo, Implementador
Visão	Generalista	Técnica
<i>Indicadores de Performance</i>	Lucro, Crescimento, R.O.I.	Custos (comparação com standards ou orçamentos)
<i>Riscos e Recompensas</i>		
Risco de Falha	Maior	Menor
Potencial de Compensação	Maior	Menor

Figura 2.7 - Diferenciação das arquiteturas do ponto de vista gerencial

Adaptado do Financial Executive Research Foundation, Morristown, NJ.
in Hax and Majluf

A resolução dos conflitos organizacionais, no caso de organizações funcionais, é feita pelo gerente. Quando o conflito envolve mais de uma gerência, é necessária a decisão superior do gerente às quais estas duas gerências estão subordinadas. Já no caso de organizações divisionais, a resolução de conflitos deve ser feita entre os dois gerentes de divisão através de processo claro de negociação. Para suporte deste processo de negociação, a maioria das empresas colocam regras claras como, por exemplo, custos de utilização de estruturas internas comuns.

2.5.1.2. Organização Matricial

A organização matricial, ao contrário da funcional e divisional, não gira em torno de um conceito padrão (inputs no caso da funcional ou outputs no caso da divisional) e, sim, a mais de um conceito.

O primeiro mito que a organização matricial quebra é o da necessidade de se existir apenas um gerente respondendo pela atividade de um grupo de pessoas. A organização matricial alicerça-se no conceito de que um mesmo funcionário pode ter dois ou mais *chefes* diretos.

No desenho de arquiteturas matriciais é necessário uma habilidade extrema no sentido de que não haja ambiguidade de autoridade e, portanto, retrabalho e conflitos pessoais já que pode haver desfocalização e falta de direcionamento comum.

As organizações que utilizam a estrutura matricial têm, entretanto, ganhado vantagens na coordenação da eficiente alocação de competências do ponto de vista funcional com o gerenciamento efetivo do negócio do ponto de vista divisional.

2.5.2. Em busca de uma caracterização da Arquitetura da A.A.C.D.

A carta de estrutura organizacional elaborada pela diretoria da A.A.C.D., mostra uma tendência formal à escolha pela estrutura funcional. Esta decisão por parte da diretoria parece lógica se levarmos em consideração alguns fatores condicionantes:

- A A.A.C.D. nunca teve um planejamento organizacional formal, ou seja, os funcionários e as estruturas foram se adaptando às demandas de trabalho que foram surgindo no decorrer de sua evolução. É natural, portanto, que a instituição tenha se direcionado para a estrutura clássica comumente usada por empresas de atuação similar.
- O estilo de gerência na A.A.C.D. é altamente centralizador já que todo o processo de tomada de decisão conflui para a alta diretoria que é composta por voluntários. A organização funcional garante que esta tomada de decisão continue centralizada.

- A arquitetura organizacional da A.A.C.D. é reflexo da cultura de empresários ligados a empresas brasileiras familiares. Em empresas deste tipo, a arquitetura funcional é característica e reflexo da figura centralizadora do proprietário. A expansão do conceito para outras empresas onde os mesmos atuam acabam sendo automática.

- A A.A.C.D. é formada em sua grande maioria por funcionários de baixa capacitação gerencial. Faz-se necessária, portanto, uma gerência única que direcione, execute, decida e resolva os conflitos que não podem ser delegados a pessoas sem competência conceitual ou técnica.

A caracterização precipitada, entretanto, da arquitetura da A.A.C.D. como meramente funcional pode levar a erros no caso de se analisar alguns canais de delegação e algumas atividades operacionais. Como ocorre em grande parte das empresas, percebe-se uma estrutura híbrida ainda que com conceito funcional mais fortemente arraigado.

A estrutura híbrida continua sendo reflexo de um processo evolutivo de tomada de decisões pouco estruturado onde não se preocupou com o alinhamento da organização à sua estratégia e, onde, estas decisões são arbitradas em base constante e emergencial.

Os principais pontos de incongruência entre as estruturas encontradas e os modelos de estrutura citados são:

-Os setores de clínicas e terapias estão segmentados por tipo de paciente: adultos ou crianças devido às demandas específicas de tratamento. Cada uma destas divisões possui gerência própria (o que caracterizaria uma arquitetura divisional) e estes responsáveis respondem clinicamente e administrativamente pelos resultados e qualidade técnica dos atendimentos.

- O S.A.M.E., que é um prestador de serviços de marcação para todos os setores de atendimento da A.A.C.D., diferentemente, da segmentação divisional de crianças e adultos, possui uma divisão funcional. No S.A.M.E., os funcionários se dividem em marcação de terapias e de clínicas.

-Ainda dentro do S.A.M.E., percebe-se um conflito gerencial marcante dentro deste departamento no tocante à linha de autoridade hierárquica. Ainda que esteja ligado formalmente à diretoria clínica (parte-se da premissa que o S.A.M.E. presta um serviço clínico de compatibilizar as necessidades dos pacientes com a disponibilidade da organização), o S.A.M.E. é marcado, no dia a dia, por um trabalho muito mais intenso com a diretoria administrativa. Não existem fronteiras de delegação definidas ou métodos de priorização e de controle das operações.

-Tenta-se fazer uma divisão quanto ao âmbito de trabalho e, portanto, de responsabilidade dos profissionais de gerência de setores. Sendo assim, no caso dos departamentos de terapia, como numa estrutura matricial, os chefes de departamento deveriam responder à diretoria clínica pelo desempenho de atividades técnicas e à diretoria administrativa pelo desempenho de atividades de administração do setor. Não existe, entretanto, uma diferenciação clara entre administrativo e técnico e, não existe um planejamento integrado no sentido de se direcionar esforços e priorizar ações.

2.5.3. Organização do Trabalho

Enquadrar a A.A.C.D. em um modelo teórico de organização do trabalho é tarefa difícil já que, mesmo dentro da instituição existem realidades diferentes para cada tipo de profissional e função que realiza. Na busca de encontrar um modelo teórico que caracterize a A.A.C.D., deve-se relevar a extrema fragmentação dos processos às quais os funcionários estão submetidos. Fronteiras organizacionais existentes e, as próprias características de organização e métodos da instituição, principalmente no que tange às funções administrativas (não técnicas), levam a uma maior tendência à escolha pelo modelo clássico Taylorista.

2.5.4. Organização Informal

A organização informal trata-se de uma rede de pessoas e de relações sociais que surgem espontaneamente quando indivíduos mantêm contato dentro de um ambiente de trabalho.⁹

Sendo assim, a organização informal é composta por todo o conjunto de grupos informais que se formam dentro de uma organização formal. A organização informal não é planejada (logo, não é mostrada na arquitetura organizacional) e está em constante mudança no tempo; é o reflexo das necessidades e interesses momentâneos, inerentes ao convívio social de seres humanos.

O entendimento e gerenciamento das organizações informais que se formam dentro da instituição é, sem dúvida, um grande desafio para qualquer gerente que tem, em outras funções, que manter sob controle o clima organizacional e a garantia de satisfação de indivíduos no trabalho.

Plunkett e Attner¹⁰ citam algumas razões pelas quais as pessoas formam grupos informais:

- 1. Necessidade de satisfação pessoal.** As pessoas tem necessidade que, em alguns casos, não são satisfeitas pela organização formal. A oportunidade de complementação pessoal em quesitos como segurança, engajamento e auto-estima podem encorajar pessoas a se juntar a outras em grupos informais.
- 2. Proximidade e Interação.** O próprio fato de as pessoas trabalharem juntas e em contato intenso é uma forte razão para a formação de grupos informais.
- 3. Similaridade.** As pessoas se juntam porque são atraídas mutuamente por similaridades de gostos, opiniões, crenças ou até mesmo caráter. Outros fatores

⁹ DAVIS, Keith - *Human Behavior at Work: Organizational Behavior*, 7th ed. - New York, McGraw-Hill, 1985

¹⁰ PLUNKETT, W. e ATTNER, R. - *Introduction to Management*, 3rd ed. - Boston, Massachusetts. PWS-KENT, 1989

de similaridade podem estar ligados ao sexo, raça, posição social e econômica e habilidades pessoais.

As organizações informais podem ir contra a organização formal planejada. Sendo assim, quando comparada a uma estrutura funcional, pode haver disparidade de relações horizontais, verticais e mistas.

Relações horizontais acontecem entre pessoas de mesmo nível hierárquico podendo ou não haver quebra nos limites da departamentalização instituída. Relações verticais acontecem entre pessoas de diferente nível hierárquico e relações mistas alternam as duas formas.

Uma análise importante nestas relações é o papel da liderança informal. Ainda que uma estrutura organizacional formal mantenha canais claros de delegação e poderes, a organização informal encontra suas vias próprias e, o papel da liderança pode transcender as vias impostas pela organização.

As organizações informais exercem impacto gerencial importante na organização. Plunkett e Attner citam alguns pontos de impacto negativos e alguns positivos.

Impacto Negativo

Resistência à Mudança. Num esforço de proteger suas crenças e valores, o grupo informal pode criar barreiras a modificações no ambiente de trabalho.

Conflito. A organização informal pode gerar conflito na medida em que os objetivos do grupo podem não estar na mesma direção dos objetivos da organização.

Rumores. O processo de comunicação informal pode gerar informações falsas e rumores perniciosos.

Pressão. Os grupos informais podem exercer pressão e coerção aos indivíduos de modo a que estes tenham que se moldar às políticas e regras impostas.

Impacto Positivo

Ajuda na eficiência do trabalho. Caso a organização informal esteja alinhada com as missões e objetivos da organização, a somatória dos esforços traz maior sinergia, responsividade e flexibilidade.

Prover suporte aos gerentes. A organização informal pode dar suporte aos gerentes na medida em que existe troca maior de informações e conhecimentos (diminuição no tempo de aprendizagem).

Prover estabilidade no ambiente. O senso de aceitação e engajamento que o grupo informal provém pode ser determinante na auto-estima e portanto, posicionamento pessoal do indivíduo no ambiente de trabalho.

Prover um útil canal de comunicação. A conhecida *rádio pião*, se bem utilizada pode ser um veículo eficiente de transmissão de informações e comunicação dentro da organização.

A organização informal é, dentro da A.A.C.D., uma condicionante importante no sentido de se implantar e ter resultados positivos dentro de qualquer projeto de reestruturação. O presente trabalho é um relato de um projeto que vem sido desenvolvido junto à instituição no sentido de aprimorar a gestão dos serviços da A.A.C.D.. Neste sentido, a análise do ambiente interno é a base para a elaboração de um plano de ação para implantação posterior. Esta implantação, entretanto, encontra a variável pessoas como fator crítico de sucesso. A A.A.C.D., por suas características evolutivas, por seu caráter administrativo e pela riqueza de sua missão, é uma instituição onde o contato interpessoal é intenso e onde, as relações sociais são determinantes organizacionais. Conceber qualquer projeto sem levar em consideração este fator humano é, na A.A.C.D., a quase total certeza de insucesso e falha independentemente do conteúdo deste projeto.

2.5.5. Motivação

A motivação dos indivíduos dentro de uma organização está intimamente ligada a suas necessidades e anseios. Isto não quer dizer, entretanto, que a análise motivacional de um grupo é estática; as necessidades e anseios mudam no tempo. Pouca motivação ou satisfação no trabalho são sinais claros de que a organização não está sendo satisfatória para o indivíduo no sentido de atender suas necessidades e anseios.

Plunkett e Attner citam alguns fatores que influenciam na avaliação pessoal de satisfação em relação às necessidades e anseios num determinado período:

Experiências Passadas. As crenças e valores de um indivíduo que são base para a reflexão do mesmo acerca de sua situação, são nitidamente marcadas por experiências passadas ligadas a situações de sucesso, traumas e frustrações.

Influências Externas. As variáveis de influência externa não estão ligadas apenas à organização mas, à realidade de vida e sociedade na qual o indivíduo se insere.

Percepções. As pessoas possuem um modelo analítico próprio e singular que determina sua percepção de realidade; ou seja, pessoas diferentes podem analisar o mesmo fato de formas diferentes. O que vale não é o fato mas, sim, a percepção do mesmo.

Vários modelos teóricos de análise motivacional surgiram no sentido de traçar padrões entre os seres humanos e, desta maneira, agir como ferramenta de apoio gerencial. O modelo mais utilizado foi criado pelo psicólogo Abraham H. Maslow e é conhecido como “*Hierarquia das Necessidades*”.

Segundo Plunkett e Attner, a hierarquia das necessidades é baseada em quatro premissas básicas:

1. Apenas uma necessidade não satisfeita pode influenciar comportamento; uma necessidade satisfeita não é um fator de motivação.
2. As necessidades de uma pessoa estão dispostas numa ordem de importância (escala crescente). Sendo assim, nos primeiros níveis desta escala estão necessidades básicas (água, comida, moradia,...) que vão crescendo até necessidades mais complexas (ego).
3. Quando as necessidades de um nível são satisfeitas, a pessoa avança para o próximo nível de necessidades. Esta passagem de um nível inferior para um superior só é feita quando as necessidades do primeiro nível forem quase que totalmente satisfeitas.
4. Se, em algum momento uma necessidade já satisfeita para de sê-lo, esta volta a ser uma prioridade.

O modelo genérico é dividido em cinco níveis em ordem de prioridade. A figura 2.8 mostra a hierarquia de necessidades segundo Maslow.

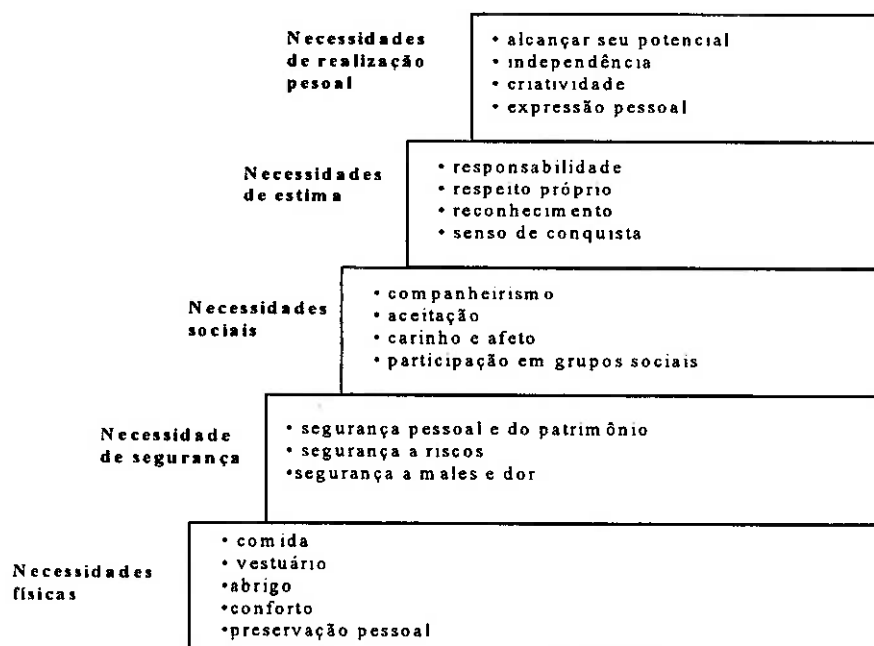


Figura 2.8 - Hierarquia das necessidades de Maslow

Adaptado de Plunkett e Attner

Do ponto de vista da utilização do modelo, existem riscos que, caso não observados, podem levar a falsas análises.

1. Generalização. As pessoas são únicas; sendo assim, mesmo que pertençam ao mesmo grupo, a análise deve ser feita individualmente.

2. Inadaptabilidade. O modelo não se adapta a todos os tipos de pessoa. Ele é baseado em padrões comportamentais o que, não quer dizer que todas as pessoas se encaixem dentro da estrutura de valores médias que foram base para o modelamento.

3. Variabilidade. As necessidades podem variar no espaço; por exemplo, as necessidades dentro de uma organização formal podem não ser as mesmas que numa organização informal.

Na análise destes itens, percebe-se que tentar encontrar um padrão para o nível atual em que se encontram os funcionários da A.A.C.D., dentro do modelo de Maslow, é um erro de uso do próprio modelo. Sendo assim, seguem algumas análises baseadas em observações gerais e que estão em acordância com a maioria dos funcionários:

- o salário médio da A.A.C.D. é baixo quando comparado ao de hospitais particulares e outras organizações sem fins lucrativos; não vale a comparação com hospitais governamentais devido à disparidade de condições e benefícios.

- o nível de reconhecimento é baixo (faz-se exceção em funcionários ligado às clínicas - médicos).

- ainda que a A.A.C.D. seja uma organização altamente baseada em pessoas, não existem vias formais de gerenciamento de recursos humanos dentro da instituição. Um reflexo claro disto é o fato de que não existe uma gerência própria de recursos humanos (o departamento pessoal desempenha apenas funções burocrática-legais) e, dentro do organograma, as funções de RH estão ligadas ao diretor-representante do conselho responsável pelas finanças da instituição.

- não existem planos formais de treinamento e de melhoria de capacitação profissional.

- a A.A.C.D. não possui qualquer tipo de plano de carreira e não oferece grandes perspectivas do ponto de vista de ascensão interna;

Sendo assim, fica claro que, o nível motivacional da A.A.C.D. é baixo e, a problemática que isto gera do ponto de vista do gerenciamento das pessoas é marcante em todas as iniciativas que vierem a ser feitas na instituição.

Nos trabalhos realizados junto aos funcionários percebeu-se barreiras claras no sentido de rejeição à mudança, falta de confiança e postura totalmente reativa. Neste contexto, os funcionários não se sentem engajados e comprometidos com a missão da organização e desenvolvem, entre si, guetos internos de resistência que geram conflitos organizacionais e tornam tenso o clima interno.

2.6. Relacionamentos da A.A.C.D.

“Uma das diferenças mais básicas entre organizações sem fins lucrativos e empresas é que aquelas têm, tipicamente, muito mais relacionamentos de importância vital. Nas empresas, com exceção das maiores, os relacionamentos vitais são poucos - funcionários, clientes e proprietários e é tudo. Toda organização sem fins lucrativos tem uma multidão de públicos e precisa desenvolver um relacionamento com cada um deles.”¹¹

Por relacionamentos da A.A.C.D. entende-se todos os agentes sociais que agem positiva ou reativamente no sentido de influenciar e ser influenciado pela ação da A.A.C.D.. Sistemáticamente podemos separar, de forma genérica, estes agentes em três grupos principais: clientes externos, clientes internos e fornecedores.

O grupo dos clientes externos não engloba, entretanto, apenas o público alvo da A.A.C.D. mas, também, a comunidade, as outras entidades assistencialistas, os meios de comunicação; ou seja, a sociedade em geral.

O grupo dos clientes internos inclui não só os funcionários contratados como, também, os voluntários e o conselho de diretores.

Caso se faça uma abstração acerca do conceito de fornecedor, concluir-se-á que o grupo de fornecedores da A.A.C.D. não se limita exclusivamente aos doadores, a fabricantes de equipamentos médicos, produtos farmacêuticos, artigos de limpeza e de escritório e a prestadores de serviços laboratoriais, serviços especializados (caso da empresa Vargas & Domeneghetti que foi contratada para prestar serviços de assessoria) e assim por diante. Um dos importantes fornecedores da A.A.C.D. que não pode ser irrelevado quanto à sua influência na capacidade da instituição de atingir seus objetivos, é a *indústria educacional*. A *indústria educacional* (ex. universidades) fornece à A.A.C.D. pessoas capacitadas e competentes a perpetuar e incrementar a instituição do ponto de vista técnico e tecnológico aliando ciência a filosofia e assistencialismo a profissionalismo.

No presente trabalho não serão analisados todos os componentes de cada um dos grupos citados mas, apenas aqueles que exercem maior influência dentro do escopo do mesmo.

¹¹ DRUCKER, PETER F. - *Administração de Organizações sem fins lucrativos* - São Paulo, SP. Pioneira, 1994.

2.6.1. Clientes Externos

2.6.1.1. Comunidade

A A.A.C.D. exerce o papel dual de fornecedora e cliente da comunidade em que está inserida. A mesma comunidade que atende dentro de sua política assistencialista, é a comunidade que lhe provém de recursos para que esta missão continue perene em seu atingimento.

Marcel Mauss (1954) ¹² concebeu o conceito do *gift relationship* (figura 2.9). O *gift relationship* é uma esquematização de um processo em que a instituição de caridade atua como intermediária entre *os que dão* (doadores) e *os que recebem* (beneficiários) que podem se alternar no tempo e no espaço.

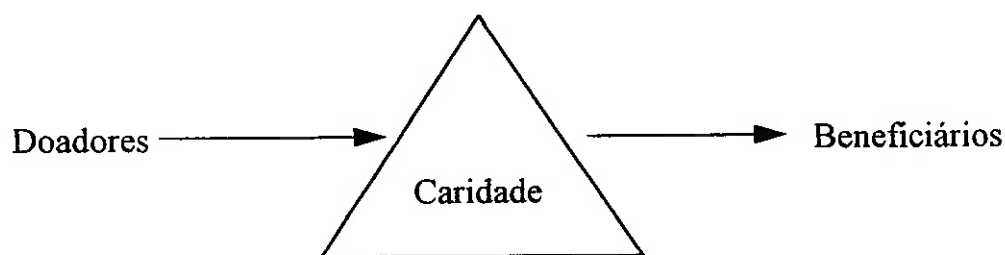


Figura 2.9 - Gift relationship

Adaptado de Marcel Mauss

Do ponto de vista da comunidade, a A.A.C.D. funciona como fornecedora de serviços especializados que geram impacto não só nos clientes que atende diretamente mas, também, nos meios econômicos e sociais em que se insere na medida em funciona como habilitadora do funcionamento da *máquina humana*.

2.6.2. Clientes Internos (alguns setores da A.A.C.D....)

Para a análise dos clientes internos da A.A.C.D. será usado o agrupamento corrente na instituição: a departamentalização. Isto não significa, entretanto, que este trabalho

¹² in BUTLER, RICHARD J. e WILSON, DAVID C.

concorda com a departamentalização instituída mas, sim, que esta departamentalização é uma maneira fácil de se alinhar esta análise com a terminologia corrente na instituição.

2.6.2.1. Conselho

O Conselho de uma ONG tem, em sua essência, características inerentes que o diferenciam dos conselhos de empresas lucrativas.

“Na maioria das empresas, os conselhos pouco se interessam pelas mesmas até que ocorra uma crise. Por outro lado, na organização sem fins lucrativos típica, o conselho está profundamente envolvido. Na verdade, os executivos e funcionários dessas organizações reclamam com frequência que o conselho se preocupa demais com a gerência e que a linha entre a função do conselho e a gerência é constantemente violada.” (Drucker, 1994).

Esta realidade é, sem dúvida, marcante na A.A.C.D.. O conselho age não só no sentido de participar na definição de direcionamentos e estratégias mas, participa, em decisões operacionais que deveriam estar sendo delegadas a nível de gerência. Ou seja, o conselho perde seu papel conceitual (de legislador) e passa para um papel funcional (de executor).

Drucker explicita as principais funções a serem desempenhadas pelo Conselho de uma ONG:

- ajudar na definição da missão;
- trabalhar no sentido de garantir que a organização viva em função desta missão;
- agir positivamente na gerência cobrando resultados e ponderando sobre sua competência;
- trabalhar ativamente no levantamento de fundos;

É notado que, dentro da A.A.C.D., os limites e fronteiras do conselho não estão bem definidos até porque os próprios integrantes do conselho não se encarregaram de estabelecer estes parâmetros. Em grande parte, esta carência é devida à inabilidade dos mesmos neste estabelecimento mas, o que se percebe é que existe um grande interesse na centralização pelo conselho das principais tomadas de decisão. Uma explicação para este interesse é a questão política.

Por suas características e, devido à sua essência, a A.A.C.D. acabou se tornando uma instituição extremamente política. Cabe, entretanto, diferenciar política de partidarismo. A atividade política existe independentemente de uma corrente político-ideológica (que caracteriza o partidarismo). Ou seja, o fato de o conselho ser político não mostra afinidade do mesmo com alguma legenda partidária específica ou até mesmo corrente ideológica e sim, que seus representantes desenvolvem atividades políticas em base constante.

Os objetivos pessoais ligados à política vão desde status pessoal e reconhecimento comunitário até o fortalecimento da imagem social e empresarial do indivíduo.

Ramanathan e Hegstad (1982)¹³ concluíram que pessoas ligadas ao conselho de uma ONG não procuram ou aceitam esta posição por recompensa financeira e não possuem o altruísmo como motivação principal; o que estas posições conferem é gratificação pessoal ligada a poder, prestígio e contribuição.

O fato é que, enquanto as decisões forem fortemente influenciadas por interesses e preferências e não somente baseadas no atingimento da missão e objetivos, a A.A.C.D. estará lidando diariamente com conflitos e injustiças.

Esta questão política não é característica predominante apenas da A.A.C.D. mas, no grupo de organizações sem fins lucrativos como um todo. De um lado, o fato de não haver preocupação com resultados financeiros cria um ambiente em que é muito mais difícil encontrar indicadores de performance e que facilita a manipulação de informações e argumentos. Por outro, a ONG e seu ideal é ambiente propício para a formação de imagem de um indivíduo.

Drucker aconselha as instituições sem fins lucrativos a colocarem uma inscrição na porta do conselho que diria: *fazer parte deste conselho não significa poder, mas responsabilidade*.

2.6.2.2. Voluntariado

O voluntariado é caracterizado por pessoas que dedicam parte de seu tempo na realização de trabalhos para a organização sem serem remuneradas por isto. Esta estrutura típica de uma ONG existe não apenas pela necessidade de divisão do trabalho mas, também, para agir de modo positivo na imagem que a organização vende à comunidade. O corpo de voluntariado de uma ONG é fundamental no aumento de credibilidade e transparência e, portanto, de confiabilidade que uma ONG transmite à comunidade.

Nos EUA, segundo dados de Drucker, um em cada dois americanos adultos trabalham como voluntários no setor de ONGs pelo menos três horas por semana. O que caracteriza este setor como o maior empregador nos EUA. No Brasil, a cultura do

¹³ RAMANATHAN, K. e HEGSTAD, L. - Readings in management control in nonprofit organizations - New York - John Wiley & Sons, 1982.

trabalho voluntário se desenvolve ao mesmo tempo que novas ONGs vão surgindo e tomando seu lugar e seu ideal junto à comunidade.

2.6.2.3. Setores Clínicos

São responsáveis por todos atendimentos clínicos da instituição. O setor clínico é, sem dúvida, o que melhor exprime o porquê da existência da A.A.C.D. pois a instituição é direcionada para atendimentos médicos a seus pacientes. Com algumas exceções, podemos dizer que todos os pacientes estão ligados necessariamente a um ou mais setor clínico e, este setor fica responsável pelo direcionamento do tratamento do paciente tanto interna quanto externamente.

Ainda que a maioria das clínicas estejam ligadas ao *core business* da instituição (deficiência física), existem clínicas suplementares como por exemplo dermatologia e cardiologia.

2.6.2.4. Setores de Terapias

São responsáveis por todos atendimentos do tipo terapias da instituição. Estão subjugados aos setores clínicos já que todo o direcionamento e andamento do paciente do ponto de vista técnico é coordenado por médicos responsáveis. Os profissionais dos setores de terapia possuem formação superior e, segundo funcionários da própria instituição, de competência ímpar no mercado devido à alta capacitação necessário para o tratamento dos pacientes A.A.C.D.. Atualmente, tem se percebido um alto *turn over* nos setores de terapia aparentemente impulsionado por salários baixos em relação ao mercado, baixa expectativa de ascensão e pouco reconhecimento da instituição pelo trabalho desenvolvido do ponto de vista técnico. Estes fatores, aliados ao aguçado senso crítico dos funcionários, colaboram também para que os setores de terapia sejam foco de tensões e conflitos organizacionais.

2.6.2.5. S.A.M.E.

O S.A.M.E. é comumente chamado, dentro da instituição, de coração da A.A.C.D.. Isto porque, sendo o responsável por todas as marcações sejam estas de clínicas ou terapias, o S.A.M.E. viabiliza de forma direta os atendimentos. O S.A.M.E. é separado em quatro sub-departamentos:

Terapias	responsável pela interface* paciente - setores de terapia;
Clínicas	responsável pela interface* paciente - setores clínicos
Arquivo	responsável pelo gerenciamento dos prontuários que contém informações sobre a história clínica dos pacientes;
Estatística	responsável pelo levantamento de estatísticas sobre o desempenho dos setores de atendimento;

*o termo interface foi usado ao invés de marcação pois, ainda que a marcação seja a principal função destes sub-departamentos, ela não é a única.

As funções principais dos sub-departamento do S.A.M.E. são:

-O sub-departamento estatística é um setor extremamente reativo onde, a única atividade desempenhada é a de alimentar um sistema de banco de dados que faz automaticamente as manipulações e totalizações para a emissão dos relatórios internos de estatística. Trata-se, portanto, de um setor atualmente de pouca importância pois possui um trabalho focado apenas no operacional. O setor não é responsável por nenhum tipo de conceituação de informação a ser usada gerencialmente.

-O sub-departamento arquivo é um setor de grande importância pois, através do gerenciamento dos prontuários, acaba exercendo uma atividade de suporte vital para os atendimentos (informações clínicas). Entretanto, as funções do arquivo são repetitivas e previsíveis. Sendo assim, torna-se um setor de operação relativamente fácil quando comparado aos setores de clínica e terapias. É natural que não demande tantos esforços gerenciais.

-Os setores de clínica e terapias são, certamente, os mais críticos dentro do S.A.M.E. e, provavelmente, um dos mais dentro da A.A.C.D.. Por serem setores de linha de frente onde existe contato intenso com o paciente, estes setores são pouco previsíveis e, ainda que existam operações padrão, as atividades não são repetitivas na medida em que cada paciente possui características e necessidades próprias. São, sem dúvida, os setores de maior atenção gerencial dentro do S.A.M.E. e até mesmo da administração central pois possuem grande impacto na execução das marcações que podem se tornar atendimentos. É um setor que possui um clima interno tenso devido às pressões internas (tanto da administração quanto dos setores de atendimento) e às pressões externas (todo o contato do paciente com situações cotidianas como falta de vagas e demora no atendimento, é presenciado pelo setor).

2.6.2.6. Informática

O processo de informatização da A.A.C.D. é recente (menos de 2 anos). Para a implantação de um sistema interno de automatização, a instituição optou por um sistema já utilizado no mercado de nome *Medsar*.

Ainda que seja um sistema confeccionado para instituições hospitalares, o *Medsar* não pode ser considerado ideal para as necessidades da A.A.C.D. pois este mudou o conceito racional de automatização de uma empresa. O processo de automatização deve melhorar a execução das atividades organizacionais na medida em que facilita o armazenamento e a troca de dados e transforma os mesmos em informação. Sendo assim, o sistema de informatização deve se adaptar aos métodos e processos de trabalho corrente da empresa (não cabe discutir aqui se os métodos e processos de trabalho são coerentes).

Na A.A.C.D., o que aconteceu foi exatamente o oposto. Os métodos e processos de trabalho é que tiveram que se adaptar ao software implantado. Em algumas atividades este processo pode ter gerado melhorias parciais; mas são melhorias focalizadas. Na maioria das operações, o que se percebe é que os funcionários são obrigados a encontrar vias alternativas que geram extremo retrabalho para suprir a falta de adaptabilidade do sistema.

Este problema torna-se, entretanto, mais crítico, quando se analisa a situação de compra do software. A A.A.C.D. não é possuidora dos códigos fontes do software (necessários para que se faça qualquer mudança no mesmo) e, não possui manutenção no sentido de novos desenvolvimentos.

Sendo assim, a implantação do software praticamente engessou a organização. A informação é, sem dúvida, dentro de uma prestadora de serviços do porte da A.A.C.D., um fator crítico de suporte para a garantia de qualidade no atendimento. Entretanto, avanços no uso desta informação são impossíveis o que, portanto, dificulta e muitas vezes coíbe mudanças organizacionais necessárias para acompanhar novas demandas da organização.

O setor de informática é, portanto, um setor extremamente reativo que foca a maioria de suas atividades na prestação de serviços de manutenção de software e hardware. Existe algum desenvolvimento que é feito em paralelo ao sistema *Medsar* (não integrado) mas que, até pela baixa competência dos profissionais, não atende à demandas mínimas de planejamento de sistema de informação organizacional.

2.6.3. Fornecedores

2.6.3.1. Comunidade

Os recursos dos quais a comunidade supre a A.A.C.D. não são unicamente financeiros. Os recursos de mão de obra, típico do trabalho voluntário, é um recurso suprido pela comunidade típico de instituições não governamentais como a A.A.C.D..

Percebe-se, portanto, a alta dependência que a A.A.C.D. possui, enquanto cliente, da comunidade na qual está inserida. Assim como toda instituição sem fins lucrativos, a imagem da A.A.C.D. é um fator crítico para assegurar perenidade e continuidade na prestação de seus serviços. O abalo da imagem de integralidade e honestidade da instituição significa a perda de seu poder de barganha perante a sua comunidade uma vez que a missão e, portanto, as vias para seu atingimento, aparecem corruptíveis.

Contemporaneamente, percebe-se um fator ainda mais ousado no sentido de se entender o papel dos doadores e ação da ONG. Peter Drucker inicia Administração de Organizações sem Fins Lucrativos colocando como primeiro desafio a transformação de doadores em contribuintes. Ou seja, a fidelização dos mesmos no sentido de mudar o enfoque de levantamento de fundos para desenvolvimento de fundos.

2.6.3.2. Escolas e Universidades

Enxergar escolas e universidades como fornecedoras de mão-de-obra capacitada é uma necessidade inerente não só da A.A.C.D. mas, do sistema empresarial como um todo. O ritmo acelerado de mudanças, as novas demandas dos mercados e as próprias necessidades dos seres humanos têm mostrado que as características do profissional estão voltadas cada vez mais para níveis superiores de competência no desempenho de suas funções.

É exatamente neste ponto que entra o papel da escola e universidade; de iniciar nos indivíduos um processo de aprendizagem contínuo que deverá ser seguido durante toda a vida profissional do mesmo.

Neste contexto, as escolas e universidades estariam fornecendo mão-de-obra e as empresas seriam clientes das mesmas. Este modelo estaria simplificado a uma relação cliente-fornecedor no caso de um produto ou serviço. Entretanto, nas relações universidade-empresa o produto é um ser humano que pensa, age, tem características comportamentais próprias e, acima de tudo, têm necessidades a serem satisfeitas. Cabe às empresas participarem deste processo educacional e, às universidades agirem na continuação do sistema de aprendizagem.

A A.A.C.D., principalmente os setores ligados a atendimentos clínicos e terapêuticos, sofre forte influência do meio universitário no tocante à necessidade de conseguir profissionais altamente competentes do ponto de vista técnico. Devido à alta especialização da instituição, torna-se imperativo que se obtenham profissionais capacitados para desempenho de suas funções.

Agora, num âmbito mais específico, são discorridos pontos específicos dos serviços propriamente ditos prestados pela A.A.C.D.. Escolheu-se pela focalização nos atendimentos clínicos e de terapias, para os quais, são feitas análises de diferenciação, levantamento de fluxos e análise de objetivos de desempenho.

A idéia geral deste capítulo é a caracterização particular dos serviços que são a base analítica do presente trabalho.

CAPÍTULO 3

SERVIÇOS PRESTADOS

3. SERVIÇOS PRESTADOS

3.1. Características Gerais dos Serviços

3.1.1. Principais Serviços Prestados

A A.A.C.D., presta serviços clínicos, de reabilitação e de reinserção social do deficiente físico. Sendo assim, o foco de prestação de serviços da instituição se dá no sentido de causar transformações em seu paciente tanto do ponto de vista clínico (tratamento médico e de terapias) quanto o psicossocial.

Os principais serviços técnicos prestados são:

- *atendimentos clínicos*: são os atendimentos ambulatoriais desempenhados por profissionais com formação médica;
- *atendimentos de terapia*: são atendimentos considerados de reabilitação desempenhados por terapeutas; neste tipo de atendimento encaixam-se as fisioterapias, as psico-terapias, as fonoaudiologias e as terapias ocupacionais;
- *atendimentos pedagógicos*: a A.A.C.D. possui escola própria onde pedagogos especialistas trabalham no desenvolvimento cultural dos pacientes levando em conta suas limitações;
- *atendimentos laboratoriais*: os atendimentos laboratoriais existem para gerar informações aos atendimentos clínicos; ainda que vários destes serviços sejam subcontratados, a A.A.C.D. possui, em algumas áreas, equipamentos e profissionais competentes;
- *atendimentos hospitalares*: a A.A.C.D. fundou, recentemente, um hospital próprio para operar, internar e acompanhar pacientes;
- *serviços ortopédicos*: a oficina ortopédica da A.A.C.D. existe para suprir a demanda de aparelhos ortopédicos de seus pacientes;

3.1.2 Escopo do Trabalho

O escopo de estudo e ação do presente trabalho limitou-se aos atendimentos clínicos e de terapias. Justifica-se tal decisão pelos seguintes aspectos:

- os atendimentos hospitalares e ortopédicos são realizados pelo hospital e pela oficina ortopédica (nesta ordem) que podem ser vistos como unidades à parte contando com estrutura gerencial e gestão de operações específicas (sendo assim, seriam necessários trabalhos específicos em cada uma destas unidades);
- a A.A.C.D. não desempenha um grande número de atendimentos laboratoriais até porque o cliente médio da instituição não necessita de exames;
- os atendimentos pedagógicos, por suas características, podem ser englobados dentro dos atendimentos de terapia (o que, do ponto de vista de restrições, facilita a conceituação do plano de ação);

3.1.3 Diferenciação dos Atendimentos

Tanto os atendimentos clínicos quanto os atendimentos de terapia possuem características próprias que são condicionantes no sentido de se direcionar ações específicas dentro do conceito do serviço.

A tabela 3.1 ilustra esta diferenciação.

quanto ao ...	Clínicas	Terapias
processo de marcação	marcações específicas para cada atendimento; ou seja, o paciente faz a marcação para a próxima consulta;	marcações constantes; ou seja, o médico responsável pelo encaminhamento determina a frequência semanal de tratamento e, o paciente, quando consegue vaga na terapia correspondente, fecha estes dois períodos semanais indefinidamente (até seu desligamento na terapia);*
responsável pelo processo de marcação	o processo de marcação é feito por um subdepartamento do S.A.M.E. chamado de ambulatório ;	o processo de marcação é feito por um subdepartamento do S.A.M.E. chamado de terapias;
processo de cobrança	a cobrança é feita por consulta;	a cobrança é feita em base mensal aproveitando a constância do processo de marcação;

processo de recepção	na chegada do paciente, o processo de confirmação de chegada é feita pelo S.A.M.E.;	na chegada do paciente, o processo de confirmação de chegada é feita no departamento de terapia que desempenhará o atendimento;
previsibilidade	por serem feitas marcações específicas, é possível, baseando-se na disponibilidade dos setores, prever prazo para próxima consulta;	por serem feitas marcações constantes, sem planejamento de desligamento, não é possível prever prazo para próximo enquadramento;

* dentro das terapias existe um tipo específico de atendimento chamado de avaliação/orientação que seria uma exceção a esta regra; este atendimento possui as mesmas características de marcação, cobrança, recepção e previsibilidade dos atendimentos clínicos;

Tabela 3.1 - Diferenciação entre atendimentos clínicos e de terapia

Elaborado pelo Autor

3.1.4 Análise geral dos serviços

A A.A.C.D., conforme já mostrado, é uma prestadora de serviços técnicos e, para que estes aconteçam, faz-se necessário uma série de serviços de suporte. Para montar um plano de ação na gestão dos serviços prestados é necessário que se façam algumas considerações acerca de características gerais da instituição no sentido de se ambientalizar o cliente em relação ao fornecedor. Estes tópicos foram elaborados tomando-se por referência os trabalhos de Giancesi e Corrêa¹ e Lovelock².

- *grau de contato com o cliente*

A A.A.C.D. se encaixa dentro de um contexto de operações onde existe um alto grau de contato com o cliente denotando, portanto, um ambiente carregado de incerteza e variabilidade que leva à baixa produtividade e difícil controle.

¹ GIANESI, I. e CORRÊA, H., in loc cit.

² LOVELOCK, Christopher H. - Services Marketing. New Jersey, USA, Prentice-Hall, 1991.

- *grau de participação do cliente no processo*

Se a prestação de serviços for considerada um processo, isto implica, necessariamente em uma entrada (input), em uma saída (output) e em alguma transformação. Em serviços, existem três entradas (inputs) que podem sofrer transformação: os clientes propriamente ditos, materiais e informações. A tabela 3.2 ilustra as principais características destes três tipos de processamento.

<i>pessoas (clientes)</i>	<ul style="list-style-type: none"> -o processo de transformação está direcionado ao cliente; -o cliente deve entrar (normalmente com presença física) no sistema de prestação; - o processo requer a cooperação do cliente no momento da prestação;
<i>materiais de posse</i>	<ul style="list-style-type: none"> -o processo de transformação está direcionado a algum bem (posse) do cliente; -o bem deve entrar no sistema de prestação; -o processo não requer cooperação do cliente no momento da prestação;
<i>informação</i>	<ul style="list-style-type: none"> -o processo de transformação está ligada a algum tipo de informação relevante ao cliente; -por ser o tipo mais intangível, pode acontecer casos em que o cliente está face a face com o cliente ou através de envio (telecomunicação); -pode ou não requerer a cooperação do cliente no momento da prestação;

Tabela 3.2 - Processamento em Prestação de Serviços

Adaptado de LOVELOCK, Chistopher - *Services Marketing*

No caso da A.A.C.D. percebe-se que o grau de participação no processo é intenso. Entretanto, não é possível se fazer uma caracterização padrão do tipo de processamento na prestação dos serviços. Se, num tratamento de reabilitação (terapia) percebe-se um processamento do tipo pessoas, no levantamento do diagnóstico existe um processamento do tipo informação.

- *grau de personalização do serviço*

Ainda que existam casos padrão A.A.C.D., não é possível se fechar pacotes de serviço para determinados grupos de pacientes. Isto, porque, ainda que existam similaridades de necessidade, estes são apenas referenciais. Acontece, por exemplo, no caso típico de pacientes com mesmo diagnóstico, mesma idade e com condições sociais e psicológicas diferentes.

- *grau de julgamento pessoal dos funcionários*

Por se tratar de um tipo de serviço onde a personalização é variável determinante, o grau de julgamento dos funcionários possui alto impacto na qualidade de prestação. Percebe-se, entretanto, que só se preocupa com a competência (base para julgamento correto), em funcionários que desempenham atendimentos técnicos. Os funcionários que também estão em linha de frente mas, que desempenham atendimentos de suporte, são selecionados sem criterização e não há treinamento específico.

- *grau de tangibilidade do serviço*

O bem facilitador não possui relevância no processo de prestação de serviço denotando, assim, alto grau de intangibilidade.

3.1.5. Classificação dos processos de serviços

Baseando-se na classificação proposta por Silvestro et al. (1992) citada por Ganesi em Administração Estratégica de Serviços, podemos caracterizar a A.A.C.D. como uma prestadora de serviços profissionais. Na tabela 3.3 são relacionadas as seis dimensões de análise propostas por Silvestro.

Dimensão	Análise
ênfase em pessoas ou equipamentos	pessoas
grau de contato com o cliente	alto
grau de participação do cliente	alto
grau de personalização	alto
grau de julgamento dos funcionários	alto
grau de tangibilidade	baixo

Tabela 3.3 - Dimensões de análise para classificação dos serviços

Elaborada pelo autor

3.2. Levantamento de Processos

Para o levantamento dos processos foram utilizadas duas ferramentas distintas.

3.2.1. Fluxo de Decisão

A primeira, chamada de fluxo de decisão, representa o caso genérico de qualquer paciente que procura a A.A.C.D.. Neste fluxo, percebe-se todo os processos de tomada de decisão feito pelos profissionais da instituição relacionadas a um paciente. Este fluxo está representado na figura 3.4.

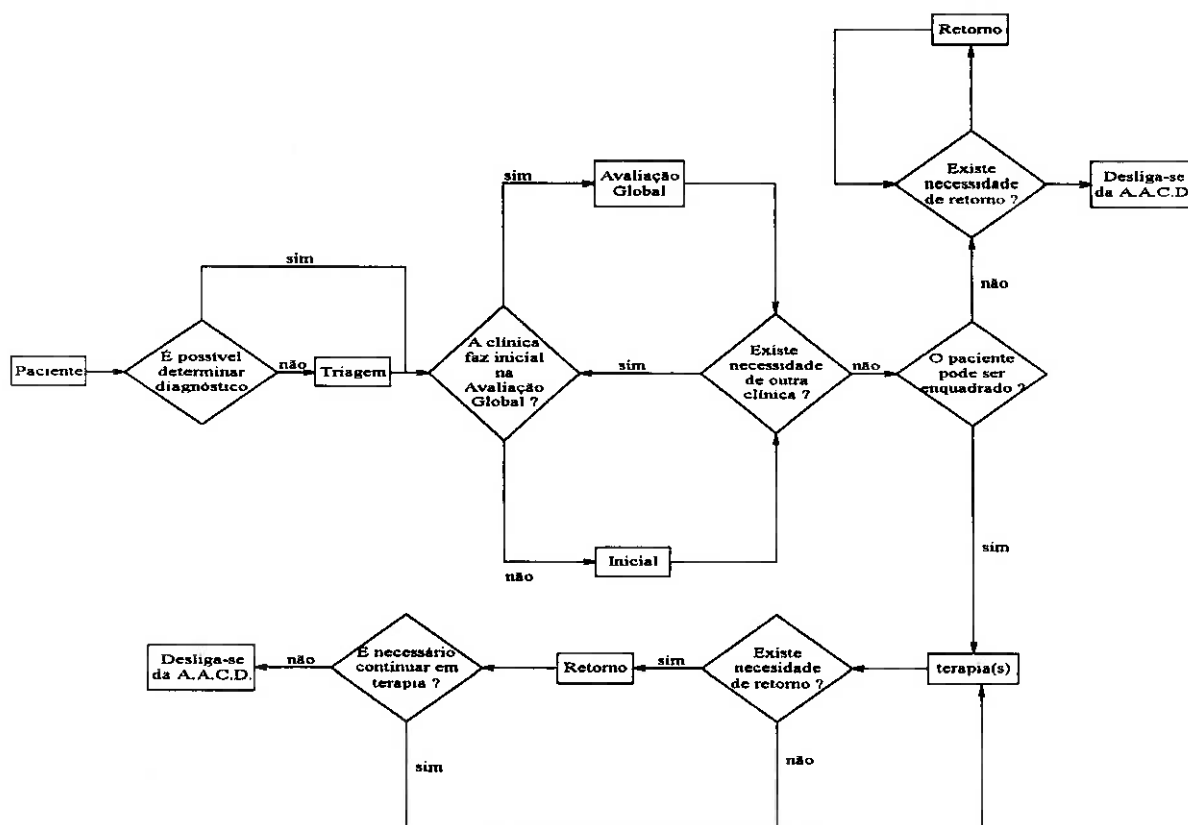


Figura 3.4 - Fluxo de Decisão (caso genérico)

Elaborado pelo autor

A Tabela 3.5 contém esclarecimentos acerca de alguns termos técnicos utilizados no fluxo.

Termo	Explicação
Triagem	Atendimento médico realizado para determinar, apenas, as clínicas que serão responsáveis pelo atendimento do paciente dentro da A.A.C.D.. Na triagem, não são feitos diagnósticos ou encaminhamento para terapias.
Inicial	Inicial é usado quando o paciente está sendo atendido pela primeira vez numa determinada clínica.
Avaliação Global	Funciona como um atendimento inicial com a diferença de ser realizado por uma equipe multidisciplinar de profissionais ao invés de apenas um especialista.
Enquadramento	Caracteriza a entrada de um paciente em tratamento de terapia (atendimento em base constante).
Retorno	Após passar por um atendimento inicial , pode haver a necessidade de o paciente voltar para reavaliação médica na mesma clínica.

Tabela 3.5 - Esclarecimentos de termos técnicos

Elaborada pelo autor

3.2.2. FPS

A segunda ferramenta utilizada para levantar os processos de atendimentos é o fluxo FPS baseado nos modelos de Giansi e Corrêa e Lovelock. Os FPS foram elaborados para o caso típico do paciente médio da A.A.C.D.. Para facilitar a elaboração do modelo, foram levantados três fluxos distintos onde é mostrado o relacionamento do cliente com o pessoal de frente e as atividades de suporte necessárias à prestação de serviço.

3.2.2.1. Entrada na A.A.C.D.

Trata-se do fluxo que reflete o primeiro contato do paciente com a instituição. As decisões básicas a serem feitas é se a doença do paciente está dentro do escopo de trabalho da A.A.C.D. (se esta vai assumir o paciente) e qual clínica será responsável pelo paciente.

A condicionante mais importante ligada ao fluxo de enquadramento é a expectativa. Ou seja, o fluxo de enquadramento, por representar o primeiro contato do paciente com a instituição, possui um forte impacto na formação da percepção que será comparada às expectativas em relação à A.A.C.D.. Entretanto, o fluxo de enquadramento não está ligado a nenhum fim clínico senão à decisões em relação ao enquadramento (entrada) do paciente na A.A.C.D. e ao direcionamento à clínica correta.

A figura 3.6 ilustra o FPS de entrada do paciente na A.A.C.D.

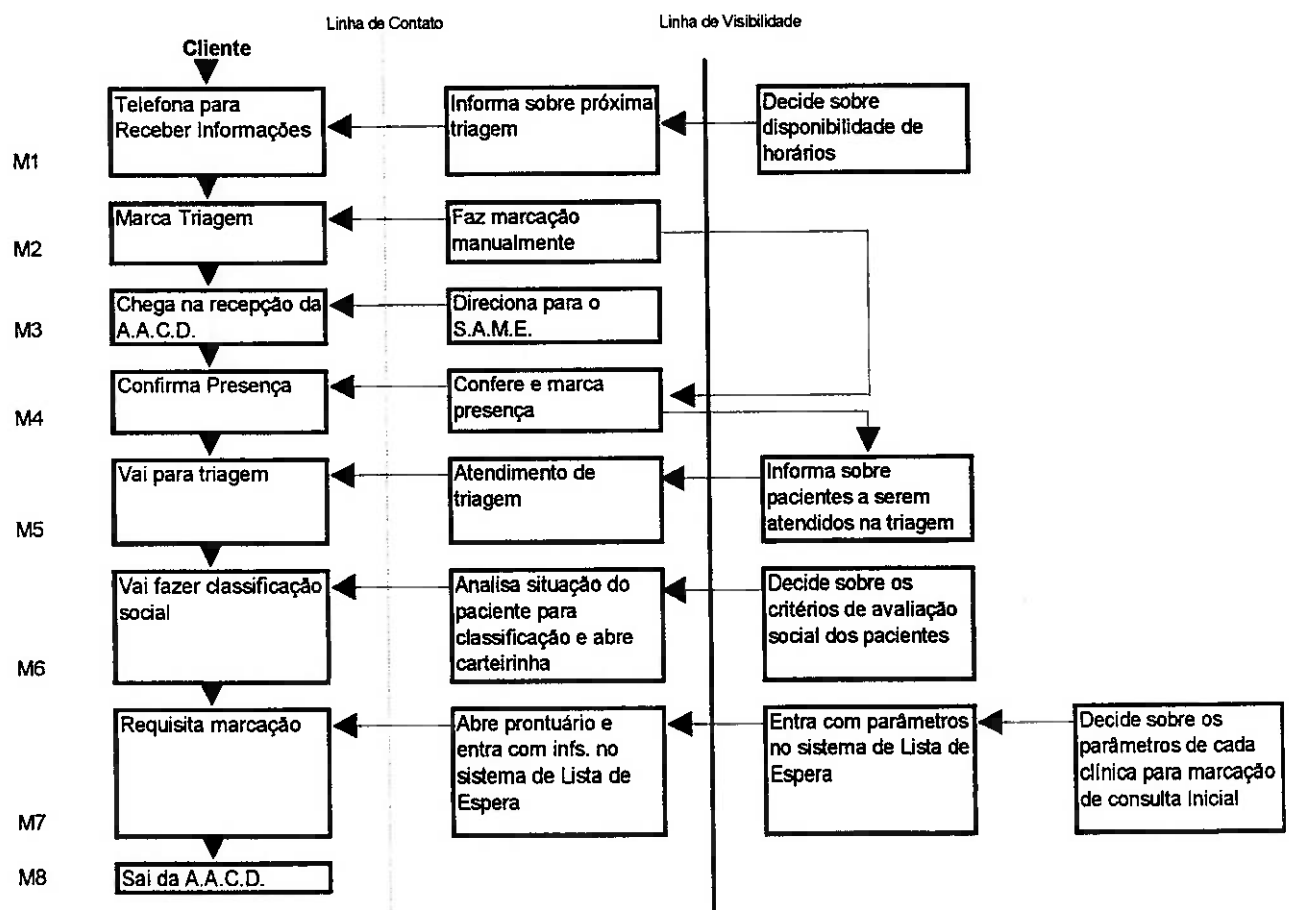


Figura 3.6 - FPS de entrada do paciente na A.A.C.D.

Elaborado pelo Autor

Percebe-se que o primeiro contato do paciente com a instituição (M1) é feito, geralmente, por telefone. Trata-se de um momento em que o paciente está se comunicando para receber esclarecimentos; serão dadas informações gerais, informações em relação ao funcionamento da triagem e próximas datas disponíveis.

O único atendimento técnico neste fluxo é o da triagem (M5). A triagem é feita por profissionais ligados à área clínica (podendo haver a presença de representantes de setores de terapias quando requisitados) e tem como objetivo decidir sobre o enquadramento do paciente dentro da instituição. Neste sentido, nos atendimentos de triagem, os profissionais fazem um diagnóstico geral do paciente para entender se seu caso se encaixa dentro do escopo de trabalho da A.A.C.D. e, caso em positivo, decidem sobre qual clínica será a responsável pelo tratamento do paciente dentro da instituição.

Ainda dentro do fluxo de entrada, deve-se chamar a atenção para a classificação social (M6). A classificação social é um processo desempenhado pelo departamento de Serviço Social da A.A.C.D. e tem como finalidade a caracterização sócio-econômica do indivíduo para a definição de parâmetros de cobrança e de auxílio econômico. Percebe-se ser este um momento de grande tensão para o paciente devido às características da classificação social. Neste momento, o paciente (ou seus responsáveis) é obrigado a responder questões muitas vezes constrangedoras em relação à sua situação econômica e psicológica (como por exemplo renda familiar e rejeição social).

3.2.2.2. Atendimento Inicial

Depois de decidido sobre a clínica pela qual o paciente vai ser atendido, é necessário que este passe por uma consulta Inicial onde seu problema será analisado a fundo por um profissional médico especializado. Esta consulta gera demandas de marcação de tratamentos (terapias) e de novos períodos de retorno a esta mesma clínica. A Figura 3.7 ilustra o FPS de Consulta Inicial.

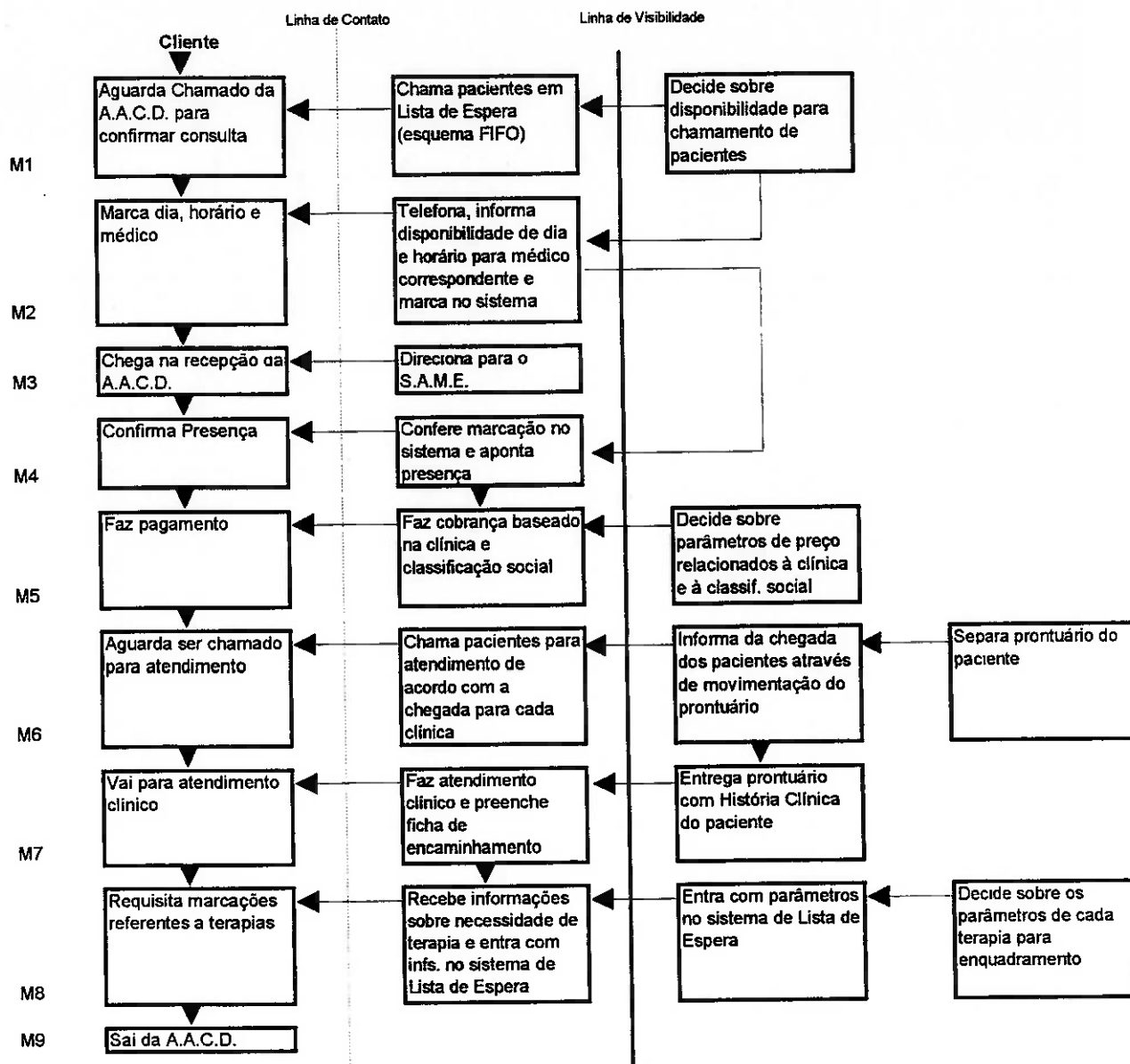


Figura 3.7 - FPS de Consulta Inicial

Elaborado pelo Autor

Depois de passar pela triagem e, ser enquadrado na A.A.C.D., o paciente deve aguardar para ser chamado para a primeira consulta (inicial). Na consulta inicial, será decidido o futuro do mesmo na A.A.C.D.: exames a serem realizados, novas clínicas pela qual o paciente terá que passar, terapias às quais este terá que se submeter e períodos de retorno à própria clínica. Percebe-se, portanto, que a consulta inicial pode gerar novas demandas de atendimentos internos.

Na análise deste fluxo é necessário prestar atenção ao tempo de espera para atendimento, fator ligado ao M1. Do ponto de vista do paciente existem duas variáveis a serem relevadas em relação à espera pela primeira consulta. A primeira é o tempo de espera

propriamente dito; tempo este que, dependendo do paciente, pode ser vital para o sucesso de sua recuperação; tecnicamente, o tempo de espera pode ser marcante no prognóstico do paciente já que, em alguns casos, a idade do paciente influencia na reabilitação do mesmo. A segunda é o desconhecimento em relação aos prazos (não existe a possibilidade de se precisar prazos aos pacientes).

Outros momentos importantes no ciclo de atendimento inicial são o M4, M5 e o M8.

O principal ponto a ser considerado no processo de confirmação de chegada (M4) é o atraso. Existe norma interna da A.A.C.D. que estabelece o tempo máximo de atraso permitido para um paciente para que ele seja atendido em uma consulta onde estava previamente agendado. No caso das clínicas, este tempo de atraso é controlado pelo pessoal do S.A.M.E. que é responsável pela recepção dos pacientes marcados para um determinado período. O quesito atraso é um ponto que gera uma série de controvérsias: por um lado, argumenta-se que o atendimento de um paciente ainda que atrasado (desde que seja viável) é positivo na prestação de serviço e na utilização da capacidade da clínica; por outro, argumenta-se que o atendimento dos atrasados é negativo *deseduca os pacientes* por fazer com que se sintam confortáveis em se atrasar pois a instituição os atenda de qualquer maneira.

O M5 refere-se ao pagamento que o paciente deve fazer pela consulta à qual irá se submeter. Este pagamento é feito depois que a confirmação de presença já foi feita no S.A.M.E. e antes do atendimento propriamente dito. Para fazer a cobrança o funcionário do caixa (guichê de cobrança) utiliza os parâmetros de cobrança da instituição que correlacionam tipos de atendimento com classificação social. Um ponto interessante em relação à cobrança é a falta de um sistema eficiente de assegurar que foi feito o pagamento. O caixa faz uma marcação padrão na carteirinha do paciente e, esta marcação deveria ser conferida pela secretária das clínicas quando da entrada do mesmo para atendimento. Esta conferência é falha (não está padronizada) e, existe grande facilidade em entrar para uma consulta sem ter efetuado pagamento.

O M8 representa o momento em que o paciente sai do atendimento clínico e vai para o S.A.M.E. requisitar marcações referentes a terapias (demandas clínicas). A requisição não é levada pelo paciente; ela é deixada dentro do prontuário do mesmo e é levada ao S.A.M.E. por um funcionário ou voluntário. Isto faz com que muitas vezes o paciente tenha que esperar para fazer a marcação pois o funcionário ainda não chegou com a requisição.

Ainda dentro da proposição do presente trabalho, o atendimento clínico (M7) não será analisado.

Do ponto de vista de operação, o fluxo de retorno é similar ao fluxo de inicial. A principal diferença é o fato que, em atendimentos de retorno, por se tratarem de acompanhamentos clínicos, não são geradas novas demandas de terapia. Sendo assim, para a análise dos processos ligados aos atendimentos de retorno, podemos usar o FPS de inicial desconsiderando o processo de marcação de terapias.

3.2.2.3. Atendimento de Terapia

Os atendimentos de terapia, conhecidos como tratamento, são feitos em base constante. Internamente, este tratamento constante é conhecido pelo termo enquadramento. O mesmo paciente pode estar enquadrado em mais de um setor de terapia concomitantemente (na maioria das vezes esta concomitância é desejada do ponto de vista técnico e de prognóstico do paciente). Qualquer tipo de tratamento em terapia é supervisionado pela clínica que fez

o encaminhamento e, este tratamento fica subordinado a esta clínica que é, portanto, responsável por toda a supervisão e direcionamento do mesmo.

A figura 3.8 ilustra este FPS de atendimento de terapia.

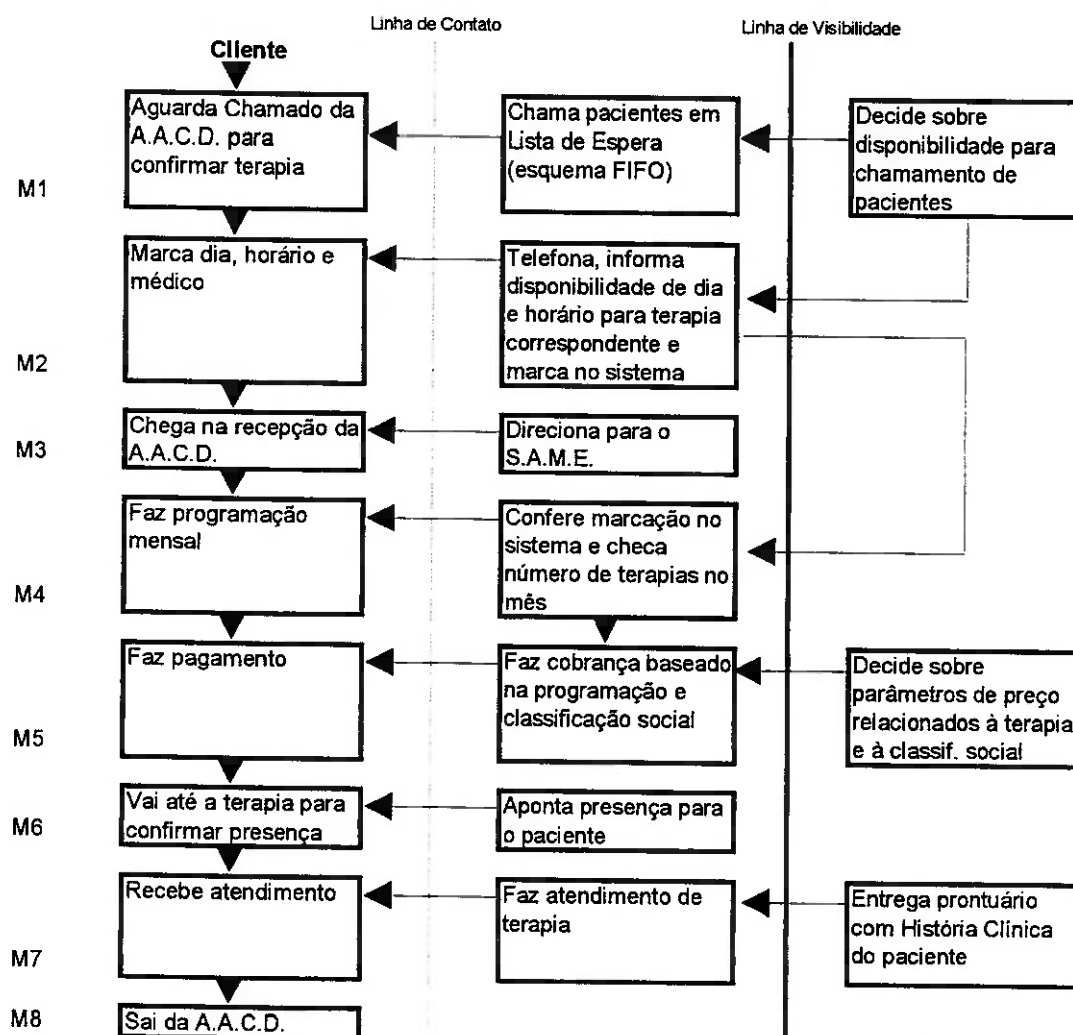


Figura 3.8 - FPS de terapias

Elaborado pelo Autor

Para o M1 referente à espera em relação ao chamamento do paciente valem as observações feitas para o M1 do FPS de consulta inicial.

Em relação ao M2 é importante analisar algumas características da marcação. A primeira é o fato de que o funcionário A.A.C.D. liga para o primeiro paciente que da lista de espera; ou seja, não existe qualquer tipo de priorização na fila. Sendo assim, o paciente que está sendo chamado não é necessariamente aquele que possui melhor prognóstico ou que possui maior urgência e, sim, o que está esperando há mais tempo. Outra variável interessante é a inflexibilidade. O funcionário se comunica com o paciente com dias da semana e horários fixados pela vaga que o paciente irá ocupar (na maioria das vezes esta vaga estava sendo ocupada por outro paciente que foi desligado); sendo assim, o paciente deve se adaptar a estes horários já que, salvo raras exceções, não existem outros horários. No caso de não haver viabilidade de enquadramento, chama-se o próximo paciente na fila (o primeiro não perde seu lugar). A última variável está ligada exatamente ao tratamento concomitante com outras terapias. Do ponto de vista clínico, na maioria das vezes é desejável que o paciente seja enquadrado em todas as terapias de que necessita ao mesmo tempo; sendo que existem algumas terapias que são mais críticas para o sucesso de seu tratamento. Dentro da operação montada dentro da A.A.C.D. é impossível assegurar uma marcação múltipla de terapia e nem se o paciente será enquadrado na mais crítica dentro de suas necessidades. O que se percebe é que, ele vai sendo chamado de acordo com o liberamento de vagas e, portanto, por sua posição na lista de cada uma das terapias.

Em relação aos momentos M4, M5 e M6 cabe uma explicação sobre os processos de cobrança e de recepção que diferem do usado pelas clínicas.

A recepção dos pacientes em terapias é feita diretamente no setor e, apenas uma vez por mês o paciente deve ir ao S.A.M.E. para fazer o que se chama de programação mensal. Nesta programação mensal, o funcionário do S.A.M.E. soma todas as terapias que o paciente fará no mês referido e passa a informação para o caixa que faz a cobrança referente ao período total do mês. Sendo assim, o pagamento também só é feito uma vez por mês. A norma interna reza que a programação mensal e o pagamento devem ser feitos até o dia 10 de cada mês e que a conferência do pagamento (marca feita pelo caixa na carteirinha) deve ser feita pelas secretárias dos setores de terapia).

3.3. Objetivos de Desempenho

3.3.1. Considerações sobre a utilização na A.A.C.D.

Conforme ilustrado neste trabalho, não vale para a A.A.C.D. parâmetros ligados à competitividade para formação de plano estratégico. Isto não quer dizer, entretanto, que a organização não deve possuir estratégia formal e que não deve traçar planos de ação

levando em consideração relações e priorizações de critérios de avaliação que estão ligados aos serviços prestados pela instituição.

Adaptando assim a afirmação de Giansesi e Côrrea para o caso da A.A.C.D., pode se dizer que a busca constante é a de se voltar para o gerenciamento de suas operações de modo a obter, manter e ampliar seu poder de qualidade na prestação do serviço. Cabe, entretanto, discutir qualidade no âmbito da A.A.C.D.. Devido ao caráter técnico e altamente especializado da instituição, a qualidade dos serviços deve ser percebida não apenas pelo paciente mas, principalmente pelos profissionais técnicos (médicos e terapeutas).

Sendo assim, se num determinado momento deve se tomar uma decisão onde existe conflito entre a qualidade percebida pelo paciente difere da qualidade percebida pelo profissional, deve se optar pela decisão do profissional. Na área médica, este é um fato constante pois nem sempre o que o paciente espera que seja feito por ele é o que realmente deve ser feito para sua melhoria.

Na A.A.C.D., fica muito mais fácil se fazer esta priorização que em empresas médicas sujeitas à competitividade (empresas privadas). Nestas empresas, a decisão de encantar o paciente sob sua ótica e não sob a ótica de sua real necessidade clínica é vista, muitas vezes como decisão necessária para se manter ou aumentar penetração no mercado. Ainda que o estudo da gestão de serviços neste tipo de empresa não esteja dentro do escopo deste trabalho, vale salientar que ainda que existam vias formais de controle dos procedimentos e de ética médica (por exemplo através dos conselhos de medicina), na prática de mercado estes controles não são bem sucedidos e, o que se encontra são empresas menos comprometidas com a pessoa e sua doença e mais com o retorno financeiro do atendimento.

O objetivo deste item é entender e classificar os critérios objetivos que se encaixam e influenciam na estratégia de operações da A.A.C.D. para, posteriormente, estudá-los do ponto de vista de direcionamento e priorização para um plano de ação específico dentro de um contexto de eficiência na utilização dos recursos. É importante deixar claro que estes critérios objetivos são base não apenas para a montagem de planos de ação ou de parâmetros na utilização de recursos mas, também, na coerência do processo de decisão dentro da organização.

3.3.2. Objetivos da Estratégia de Operações que valem para a A.A.C.D.

Em Giansesi e Côrrea encontra-se um conjunto de critérios ligados ao desempenho de empresas prestadoras de serviço. Mas, como os próprios autores esclarecem, estes critérios são generalizações e podem não ser inteiramente válidos ou abrangentes para qualquer tipo de serviço. Sendo assim, os critérios encontrados pelos autores serviram como um checklist de referência (ponto de partida) para uma adaptação ao caso da A.A.C.D. (figura 3.9).

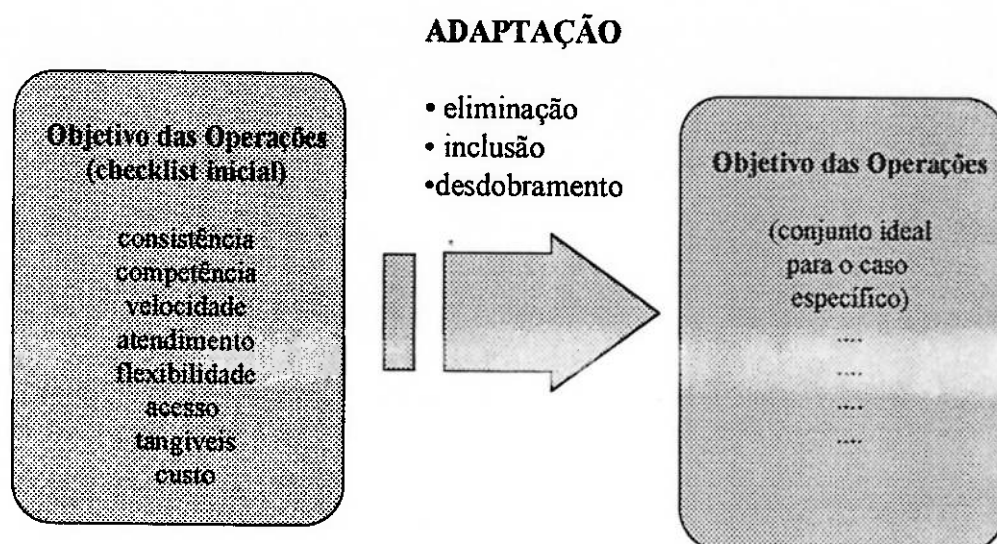


Figura 3.9 - Adaptação dos objetivos de desempenhos genéricos

Adaptado de Giansi e Côrrea

Sendo assim, através do estudo do caso específico da A.A.C.D., pode se fazer a adaptação mostrada na tabela 3.10.

Critério Inicial	Adaptação	Critério Final
Consistência	Mantido	Consistência
Competência	Desdobrado	<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais Clínicos • Outros de linha de frente
Velocidade de Atendimento	Desdobrado	<ul style="list-style-type: none"> • Prazo de Atendimento • Velocidade de Atendimento
Flexibilidade	Desdobrado	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto do Serviço • Pacote do Serviço • Data de Fornecimento • Local de Fornecimento • Volume de Serviço • Robustez • Recuperação de Falhas
Atendimento/Atmosfera	Desdobrado	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de Personalização • Cortesia/Respeito • Comunicação Efetiva • Ambiente
Confiabilidade/Segurança	Mantido	Credibilidade/Segurança

Acesso	Desdobrado	<ul style="list-style-type: none"> • Conveniência • Facilidade • Amplo Horário • Boa Sinalização • Estacionamento • Linhas Telefônicas • In Loco
Tangíveis	Mantido	Tangíveis
Custo*	Retirado	
	Acrescido	Responsividade

Tabela 3.10 - Adaptação dos Critérios Objetivos

Elaborado pelo Autor

Consistência

Ausência de variabilidade no processo de prestação do serviço ou no resultado do mesmo.

Significa, por exemplo, que um paciente enquadrado em uma terapia teria a mesma percepção e passaria pelas mesmas experiências e sensações toda vez que fosse para um atendimento. Em outras palavras, o paciente sabe o que vai encontrar e encontra exatamente o que tinha previsto.

Competência

Conhecimento é o *saber* e a habilidade é o *saber fazer* (aplicar o conhecimento). Competência trata-se do conhecimento e habilidade técnicas dos funcionários para executar os serviços dentro das necessidades dos pacientes ainda que o próprio paciente não seja capaz de identificar suas reais necessidades. No caso da A.A.C.D., o fator competência chama mais atenção quando se trata de profissionais ligados a atendimentos (médicos e terapêuticos) até porque os mesmos representam a essência dos serviços A.A.C.D..

De qualquer maneira, foi feita uma distinção entre **profissionais clínicos** (i.e. médicos, terapeutas e enfermeiros) e **outros de linha de frente** (como por exemplo, funcionários ligados à marcação e recepção, pagamento de consultas e atendimento telefônico).

Prazo de Atendimento

Trata-se da capacidade da instituição em prestar serviços de atendimento em curto espaço de tempo (baixo tempo de espera) tendo em vista a real necessidade técnica do paciente. Se aplica, basicamente, ao tempo transcorrido entre o contato do paciente com

a instituição e o real atendimento clínico do mesmo. Hoje em dia, esta é uma das maiores preocupações da Diretoria e funcionários da A.A.C.D. pois o crescimento da instituição tem se mostrado incompatível com a demanda de atendimentos, o que faz com que as listas de espera aumentem assustosamente.

Este critério está ligado também à confiabilidade de prazos; a capacidade da A.A.C.D. em cumprir prazos estipulados.

Velocidade de Atendimento

Trata do tempo que o paciente tem que despendar, para receber um atendimento agendado. Ou seja, o total de tempo que o paciente fica na A.A.C.D. num determinado dia para, por exemplo, ser atendido em uma clínica específica (somatória de todos os tempos que englobam espera, atrasos e o atendimento propriamente dito).

Flexibilidade

Flexibilidade trata-se da capacidade que a A.A.C.D. tem em mudar e adaptar rapidamente sua operação de acordo com mudanças que ocorrem nas necessidades dos pacientes, no processo de atendimento e no fornecimento de recursos.

Dentro dos sete atributos de flexibilidade em prestação de serviços foi feita uma análise prática de sua aplicação na A.A.C.D..

- *flexibilidade de projeto de serviço*: habilidade de introduzir novos serviços para atender a novas necessidades dos pacientes (“novas especialidades médicas e de terapias que estejam dentro do foco de atendimento da instituição”);
- *flexibilidade do pacote de serviço*: habilidade de oferecer serviços variados dentro de determinado período de tempo (“caso do paciente que tem que receber atendimentos em dimensões clínicas diferentes, por exemplo, no mesmo dia”);
- *flexibilidade de data de fornecimento*: habilidade em antecipar a execução do serviço (“antecipar em 2 semanas a consulta de um paciente”);
- *flexibilidade de local de fornecimento do serviço*: habilidade de se executar o serviço em locais diferentes (“atender o paciente em sua residência pois o mesmo não pode se locomover” ou “fazer marcação pelo telefone”);
- *flexibilidade de volume de serviço*: habilidade de se variar a quantidade de serviço prestado num período devido a mudanças de demanda (“o paciente tinha agendado três sessões de terapia para uma manhã mas só poderá estar presente em duas delas”);
- *flexibilidade de robustez do sistema de operações*: capacidade de continuar executando o serviço eficazmente ainda que ocorram mudanças no processo ou no fornecimento de recursos (“executar uma marcação sem computador” ou “fazer um atendimento sem prontuário”);

- *flexibilidade de recuperação de falhas*: a habilidade de se recuperar de falhas (“caso de uma marcação feita errada - o que a instituição faz quando o paciente chega para atendimento?”);

Atendimento/Atmosfera

Do ponto de vista do paciente, excelência no critério atendimento/atmosfera é a garantia de uma experiência agradável dentro das possibilidades inerentes ao tipo de serviço que está recebendo.

Grau de personalização: entendimento das necessidades, problemas e expectativas individuais de cada paciente.

Cortesia/Respeito: o conceito de atendimento com cortesia, dentro da A.A.C.D., está diretamente ligado ao respeito que os funcionários tem por pacientes e familiares.

Comunicação Efetiva: no caso típico, o paciente da A.A.C.D. e seus familiares, não possuem algum conhecimento acerca da doença, dos processos da A.A.C.D. e do tratamento a ser realizado; a comunicação efetiva trata da capacidade de passar informações compreensíveis e compatíveis para este caso típico.

Ambiente: trata da atmosfera gerada pelo próprio ambiente do local (decoração, sonorização, sinalização,...)

Credibilidade/Segurança

Este critério trata da capacidade que a instituição (seus funcionários) possuem no sentido de diminuir a percepção de risco e, portanto, passarem segurança no atendimento. O risco e portanto a tensão e medo inerentes ao mesmo é uma característica típica de atendimentos médicos onde, em última análise, está se *colocando em jogo* a vida de uma pessoa. Ainda que no caso da A.A.C.D. não valha o argumento de que a diminuição desta percepção de risco seja fator crítico na compra do serviço (a A.A.C.D. não vende seus serviços), a credibilidade e segurança são critérios importantes na determinação da condição emocional do paciente e de seu responsável durante o período de tratamento.

Acesso

O critério acesso está ligado à facilidade que o paciente tem em entrar em contato com a A.A.C.D.. Seguem alguns itens que denotam facilidade de acesso:

- **localizações convenientes** (pode haver mais de uma localização para facilitar o acesso a pacientes que residem em regiões diferentes);
- **facilidade** de se chegar ao local no tocante a diferentes meios de transporte (ônibus, carro próprio, metrô);

- **amplo horário** de operação (não apenas para atendimento mas também para informação, marcação, ...);
- **acesso bem sinalizado**;
- disponibilidade de **estacionamento**;
- ampla disponibilidade de **linhas telefônicas**;
- atendimento do paciente *in loco* (o profissional de atendimento vai até a residência do paciente para operar o serviço);

Tangíveis

O critério tangíveis está ligado principalmente a aspectos visuais ou seja, qualidade e aparência das instalações físicas, dos equipamentos, dos refeitórios e dos próprios funcionários. Trata-se de aspectos como decoração, ambientalização, lay-out e estado de conservação de objetos físicos e palpáveis.

Responsividade

O critério responsividade trata da disposição imediata da instituição em atender às necessidades do paciente num determinado tempo. Sendo assim, variáveis de análise são a rapidez com que os funcionários fazem a marcação, os médicos se dispõem a atender o paciente e os atendentes se prestam quando chamados.

* **Custo** - o critério custo foi retirado por se tratar da capacidade da empresa em fornecer serviços a custos baixos; na A.A.C.D. este tipo de análise não é válido já que a cobrança aos pacientes não é feita baseando-se nos custos de operação da instituição ou em preços de mercado e, sim, são subsidiados e variáveis de acordo com a situação sócio-econômica do paciente.

As definições acerca da segmentação de mercado, posicionamento e conceito do serviço, são as bases para o processo de decisão do relacionamento entre performance e importância dos objetivos de desempenho preestabelecidos que objetivam priorização entre os mesmos e análise de conflitos existentes.

Estes objetivos priorizados são comparados às áreas de decisão e, a partir desta inter-relação, conclui-se a respeito da focalização da ação em algumas áreas de decisão. A idéia em bases gerais é formular um plano estratégico de ação partindo-se da premissa que existem relações intrínsecas de longo e curto prazo entre os objetivos de desempenho que são determinantes na organização prioritária dos recursos existentes.

CAPÍTULO 4

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE AÇÃO

4. Planejamento Estratégico de Ação

4.1. Definindo do conceito ou missão do serviço

4.1.1. Segmentação do Mercado

A segmentação do mercado parte da premissa que as pessoas possuem necessidades e características diferentes e, sendo assim, cada consumidor procurará produtos e serviços que melhor se enquadrem dentro de seu perfil de escolha. Sendo assim, cabe à empresa determinar segmentos de mercado que melhor se ajustem a suas vantagens competitivas para, através da focalização gerencial nestes segmentos, aproveitar esta vantagem sustentada.

Do ponto de vista do pensamento de marketing, Kotler¹ coloca três estágios cuja abordagem conceitual está ligada à segmentação de mercado.

Marketing de massa - o enfoque tradicional do marketing de massa é a padronização dos produtos e serviços vendo o mercado consumidor como um conjunto único;

Marketing de sortimento - está ligado ao desenvolvimento de vários tipos de produtos e serviços sem que haja focalização de grupos específicos; a premissa deste enfoque é a possibilidade de escolha e, não, o atendimento de necessidades específicas;

Marketing de mercados-alvos - caso típico de segmentação de mercado, o enfoque está na identificação de grupos com características e necessidades similares (segmentação) como base para trabalhos específicos de desenvolvimento de produtos e serviços e foco de atuação gerencial;

A segmentação de mercado é, hoje em dia, um dos principais pontos de preocupação de profissionais não apenas ligado a marketing mas também à gestão de produtos e serviços. Neste sentido, muito se escreve e se discute sobre marketing de nichos, organização voltada às necessidades do cliente ou marketing direto. Todas estas doutrinas estão baseadas, em primeiro lugar na premissa da segmentação de mercado de que pessoas diferentes possuem diferentes parâmetros de escolha e que entender estes parâmetros é o ponto de partida para uma função marketing racional, integrada e de sucesso.

Do ponto de vista de metodologia, a segmentação de mercado tenta encontrar grupos de consumidores que possuam similaridade de perfil. Para sistematização deste perfil, existe na literatura diferenciações em características geográficas (região onde reside, tamanho do município, clima, ...), demográficas (idade, sexo, tamanho da família, renda, ocupação, educação,...), psicográficas (classe social, estilo de vida,...) e comportamentais (grau de lealdade em relação à empresa, atitude relativa ao produto ou serviço,...).

¹ KOTLER, P. - in loc cit.

Deve-se, entretanto, fazer uma diferenciação nos objetivos da segmentação para empresas e para ONGs como a A.A.C.D.. Em empresas, a segmentação é vista como forma de garantir uma vantagem competitiva sustentada dentro do segmentos de ação; para a A.A.C.D. a segmentação deve ser vista como forma de se assegurar o cumprimento de sua missão e a qualidade na gestão dos serviços assistenciais que presta.

Do ponto de vista de empresas, a missão é superior à segmentação; ou seja, a missão da empresa deve continuar existindo ainda que hajam mudanças nos segmentos focalizados. Já numa ONG, a missão está, por vezes, intrinsecamente atrelada à segmentação. A existência de uma organização sem fins lucrativos se justifica enquanto houver, dentro do segmento, a necessidade de estar sendo influenciada por seu trabalho. Para ilustrar esta afirmação podemos tomar dois exemplos.

O primeiro, de uma empresa que presta serviços de consultoria para manufatureiras ligadas ao ramo têxtil. Ainda que, por forças econômicas o ramo têxtil se torne pouco expressivo e, portanto, diminuam os clientes da empresa de consultoria, esta empresa tem a possibilidade de tentar vender seus serviços para outros segmentos.

O segundo, de uma instituição ligada ao tratamento de pacientes com paralisia infantil. A existência desta instituição só faz sentido enquanto existirem pacientes a serem tratados devido à paralisia. No momento em que a paralisia é erradicada da comunidade devido à ações preventivas do governo, a instituição perde o porque de sua existência. É claro que se pode usar a estrutura para outros serviços (por exemplo, tratamento de outras doenças) mas, esta decisão caracterizaria uma nova instituição com conceitos, objetivos, e métodos totalmente diferentes.

Sendo assim, para entender o processo de segmentação da A.A.C.D. é necessário, antes de tudo, entender a missão e os objetivos assistencialistas da instituição (este ponto foi discutido no capítulo 2 deste trabalho). A A.A.C.D. existe para atender às necessidades de tratamento, reabilitação e reinserção social de pessoas com deficiências físicas. Não existem outras restrições ligadas a qualquer outra característica de perfil de seu público alvo. A A.A.C.D. existe porque existe este público alvo e este público possui a necessidade de utilizar os serviços da A.A.C.D.. Os trabalhos de segmentação da A.A.C.D. devem ser, portanto, de entender o público que se enquadra hoje dentro dos objetivos de assistência da mesma e, através do estudo de suas características e necessidades, focar seus serviços (esta discussão está melhor relatada no capítulo 2 do presente trabalho). Num segundo momento, pode se fazer dentro da A.A.C.D. uma decisão estratégica de se segmentar a organização em unidades distintas para melhor atendimento do público (por exemplo, unidade A.A.C.D. crianças e unidade adultos). Hoje, fazer segmentação de público sem se decidir pela abertura de novas unidades de atendimento é totalmente contrário à missão da A.A.C.D. já que se estaria deixando de atender uma parcela do público alvo da instituição.

O presente trabalho parte do pressuposto que, hoje em dia, esta decisão de segmentação de atendimento (abertura de novas unidades) não é viável e não vai acontecer a médio prazo. Sendo assim, o objetivo principal deste trabalho é o de traçar um plano estratégico de operações de serviço direcionado para o público atual da A.A.C.D., ainda que se entenda que este público é composto por pessoas com necessidades, expectativas e perfis muito diferentes.

4.1.2. Posicionamento

O posicionamento afeta não só ao modo como a empresa opera no mercado mas também, o modo como o mercado vê esta empresa. Posicionar-se está ligado a uma ação empresarial estratégica que gera, dentro do mercado, uma reação de diferenciação e de associação de imagem.

Posicionamento é o processo de estabelecimento e manutenção de um lugar diferenciado no mercado para os produtos e serviços e/ou para a própria organização.²

Sob a ótica de empresas competitivas, o posicionamento trata das características distintivas pelas quais uma empresa compete num determinado segmento de mercado. Sob a ótica de ONGs, o posicionamento trata do sucesso no atingimento da missão da organização no sentido de atender a uma necessidade de seu público alvo.

Drucker (1990) pondera que as organizações sem fins lucrativos existem para provocar mudanças nos indivíduos e na sociedade. O posicionamento de uma ONG é, portanto, o processo de estabelecimento e manutenção de um lugar diferenciado na sociedade por sua ação específica de provocar mudanças nos indivíduos e na sociedade.

Dentro de uma dinâmica competitiva de posicionamento, Giansi e Côrrea colocam três agentes que influem no modelo: a própria empresa, seus clientes e seus concorrentes. No caso da A.A.C.D. pode se fazer uma adaptação onde o terceiro agente seria a comunidade ao invés dos concorrentes (figura 4.1). A ação da instituição deve ser distintiva quando comparada à ações de organizações e pessoas dentro da comunidade que influencia. Se, num determinado momento uma determinada organização passa a suprir a mesma comunidade dos mesmos serviços e a comunidade opta pela segunda organização, a existência da A.A.C.D. perde seu sentido.

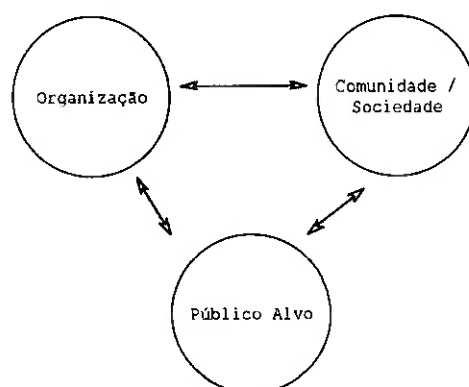


Figura 4.1 - Dinâmica de Posicionamento para a A.A.C.D.

Adaptado de Giansi e Côrrea

² LOVELOCK, C. - in loc cit.

4.1.3. Definição do Conceito do Serviço

Segundo Giansesi e Côrrea (1994), o conceito do serviço deve ser definido em termos das percepções que se deseja gerar nos consumidores. Como exposto anteriormente no presente trabalho, para o caso da A.A.C.D., esta definição está ligada também às necessidades clínicas de tratamento dos pacientes. Sendo assim, se por um lado deve existir preocupação gerencial no sentido do atendimento das expectativas e na produção de serviços que gerem percepção de bom atendimento ao paciente, por outro, existem restrições médicas que podem se tornar limitantes e conflitantes quando da tomada de decisão ou implantação de iniciativas operacionais.

Lovelock (1991) expõe que, do ponto de vista do consumidor, é mais fácil entender a natureza de produtos que serviços. Por serem tangíveis, os produtos podem ser tocados e visualizados facilitando, por exemplo, a comparação com competidores e a predição (antes da compra), de seu desempenho. Já os serviços, estão muito mais ligados a uma experiência e a uma percepção do consumidor. Ainda que os funcionários de linha de frente e os bens facilitadores sejam tangíveis, estes são apenas elementos operacionais da prestação. Embasando estas variáveis tangíveis existe o conceito de serviço que engloba todas as áreas que influenciam na percepção do mesmo em relação à prestação.

Do ponto de vista organizacional, o conceito do serviço deve ser muito bem explícito e definido de maneira que guie ações e funcione como referência no processo de tomada de decisão alinhada. Giansesi e Côrrea (1994) citam a importância do conceito no sentido de aproximar funções de marketing com funções de operação (expectativa - percepção).

Conceitualmente, percebe-se que a A.A.C.D. visa focalizar-se em serviços que levem ao atingimento de seus objetivos assistencialistas de tratamento, reabilitação e inserção social do deficiente físico. Do ponto de vista prático, estes objetivos são atingidos através da prestação de serviços clínicos, de terapias, de assistência social e econômica e de programas específicos junto à comunidade.

Parte do trabalho de definição de conceitos internos da A.A.C.D. estão relatados neste trabalho no capítulo 2 até porque estes conceitos estão fortemente ligados às crenças e valores da instituição. Do ponto de vista funcional, o presente trabalho cuidará da definição de conflitos e priorização dos objetivos de desempenho da A.A.C.D. como ponto de partida para a padronização de conceitos sob a ótica da qualidade de performance da instituição.

4.2. Montando o plano de ação

4.2.1. Considerações iniciais

Qualquer empresa, independentemente de seu caráter administrativo, tamanho ou ramo que atua possui um plano estratégico. A essência e o caráter empresarial em si estão ligados à necessidade de se tomar decisões acerca de alternativas baseando-se em

variáveis objetivas e subjetivas que vão traçando os rumos desta empresa. Porter³ afirma que toda empresa possui uma estratégia competitiva (pode-se extrapolar o conceito para empresas não competitivas), seja ela explícita ou implícita; ou seja, esta estratégia pode ter se desenvolvido explicitamente por meio de um processo de planejamento como ter evoluído implicitamente através das atividades dos vários departamentos funcionais da empresa.

O que se questiona, portanto, não é o plano em si mas, a necessidade de se formalizar o processo de planejamento empresarial.

Newman e Summer dão uma definição sobre o processo de planejamento que, se por um lado mostra a importância da abordagem racional e lógica, chama a atenção para a necessidade de não se deixar de lado a intuição.

*O processo de planejamento cobre uma alta variedade de atividades, que vão desde o reconhecimento perceptivo de que algo precisa ser feito até a decisão definitiva sobre quem vai fazer e quando. Planejar é muito mais abrangente que compilar e analisar informações ou divagar sobre o que deveria ser feito. É mais que lógica ou imaginação ou julgamento. É uma combinação de todos estes elementos que culmina com uma decisão - uma decisão sobre o que deveria ser feito.*⁴

Hax e Majluf⁵ atentam ainda para o fato de que não existe um “único e efetivo modo de planejamento” e que o planejamento é uma atividade de complexidade social que não pode ser simplesmente estruturado por regras padrões ou procedimentos quantitativos.

O planejamento formal é uma necessidade inerente a qualquer empresa mas, em empresas sem fins lucrativos, o tema tem ganhado grande aceitação pela necessidade emergente de se fazerem trabalhos neste sentido; trabalhos estes que foram irrelevantes durante anos nestas organizações por falta de visão gerencial de pessoas a sua frente.

Esta carência de visão gerencial em ONGs é citada por Drucker como um dos grandes desafios e como uma das grandes mudanças no conceito de ONGs e da administração das mesmas.

Há quarenta anos, “gerência” era um palavrão nas organizações sem fins lucrativos. Gerência significava “negócios” e elas não eram empresas. Na verdade, em sua maioria elas acreditavam que não necessitavam de qualquer coisa que pudesse ser chamada de gerência. Afinal, não tinham “lucros”.

Mas, as próprias instituições sabem que necessitam ser gerenciadas exatamente porque não têm um “lucro” convencional. Elas sabem que precisam aprender como utilizar a gerência como ferramenta para que esta não as domine. Elas sabem que necessitam de gerência para que possam se concentrar em sua

³ PORTER, M.E. - Estratégia Competitiva - São Paulo, SP, Editora Campus, 1986.

⁴ NEWMAN, W. H. and SUMMER, C. E. Jr. - The Process of Management - Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1964.

⁵ HAX, A. and MAJLUF, N. - in loc cit.

*missão. Na verdade, está ocorrendo um “crescimento gerencial” entre as instituições sem fins lucrativos, tanto grandes quanto pequenas.*⁶

Dentro deste contexto, percebe-se que o uso de ferramentas gerenciais e de conceitos e de metodologias de planejamento está sendo de grande valia para empresas, inclusive ONGs, de prever, escolher e ter maior controle sobre seu futuro, destino e na coerência de seu processo decisório.

Do ponto de vista do planejamento em si, percebe-se a necessidade de se traçar dimensões ou níveis de decisão dentro da organização. Segundo Ganesi e Côrrea, há três níveis de planejamento dentro do processo formal de planejamento estratégico.

Nível corporativo: trata de decisões que, por sua natureza, não podem ser descentralizadas sem que se corra o risco de erros de subotimizações.

Nível da unidade de negócios*: é uma subdivisão do nível corporativo para os casos em que a empresa possua mais de uma unidade de negócio;

Nível funcional: é o nível ligado às operações propriamente ditas e que consolida os requisitos funcionais demandados pela estratégia corporativa além de se caracterizar como arsenal de armas competitivas que irão transformar-se nas competências distintivas da empresa.

*Unidades de negócios são entidades empresariais cujo conceito foi originado em 1970, quando Fred Borch, C.E.O. da General Electric, decidiu segmentar os negócios da G.E. em grupos de unidades autônomas (que poderiam ser gerenciadas separadamente com decisões gerenciais distintas), seguindo recomendação da McKinsey e Company. O conceito das UENs produziu uma grande influência na maneira pela qual as empresas formulam, desenvolvem e implementam processos formais de planejamento estratégico (Hax e Majluf).

Para o caso da A.A.C.D. pode-se distinguir três unidades de negócios por foco de atuação. Estas três unidades (oficina ortopédica, hospital e centro de reabilitação) foram descritas no capítulo 1. Vale considerar, entretanto, que ainda que cada uma destas entidades tenham características diversas que a caracterizariam como UENs existem certos conflitos gerenciais a serem resolvidos no sentido de que elas funcionem efetivamente dentro deste conceito. O estudo desta inter-relação, entretanto, foge do escopo do presente trabalho que está focado, principalmente, na definição de planos de ação estratégicos e na implementação dos mesmos, no centro de reabilitação.

Do ponto de vista dos estágios relativos ao planejamento estratégico pode-se perceber, segundo David, quatro momentos distintos que, traçando devidas analogias, estão alinhados com o clássico ciclo PDCA.

⁶ DRUCKER, P. - in loc cit.

Estes momentos são a formulação estratégica (Plan), a Implementação (Do), o Controle (Check) e a Correções (Act). O presente trabalho trata, principalmente, da formulação estratégica (desde o nível da UEN até o nível funcional), ainda que, estejam inclusas considerações e estudos acerca da implementação, do controle e da própria consolidação referente à estratégia conceituada.

4.2.2. Priorização de objetivos de desempenho

Para entender a necessidade de se estudar a interdependência entre critérios objetivos e a relação de priorização entre os mesmos como base para a montagem do plano de ação, pode-se tomar como referência extrapolações dos conceitos de Slack⁷ mudando-se o foco de manufatura para serviços. Segundo o autor, a natureza dos compromissos dos objetivos de desempenho é tal que, no curto prazo, é impossível se conseguir excelência em todos os aspectos ao mesmo tempo. Mesmo que se busque excelência em todos critérios objetivos no longo prazo, do ponto de vista interno (operações), é necessário que se façam priorizações o que, conduz a diferentes tipos de recursos sendo organizados de diferentes maneiras.

A diferença entre melhoria no curto e longo prazo está, principalmente, na capacidade empresarial de se conseguir um crescimento substantivo em sua gestão de operações que possibilita crescimentos conjuntos de critérios objetivos sem que necessariamente haja sacrifícios entre os mesmos (Figura 4.2).

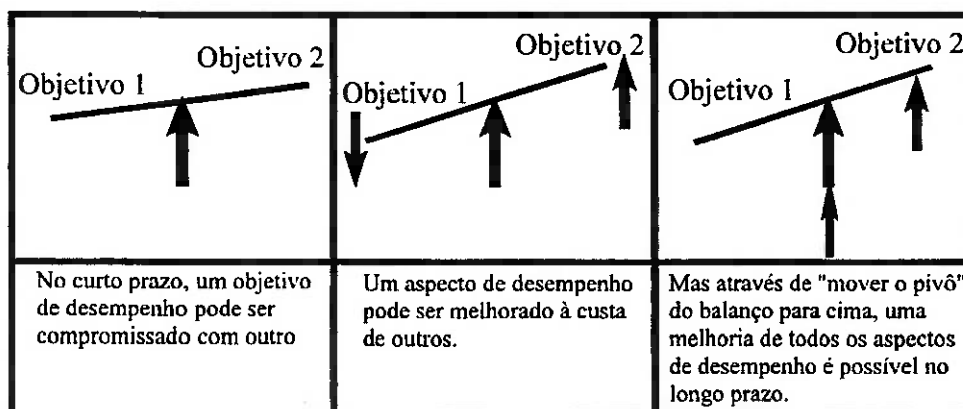


Figura 4.2 - Relações de curto e longo prazo nos critérios objetivos

Adaptado de Slack

Outro ponto importante ligado ao entendimento organizacional da interrelação e priorização entre os critérios objetivos é a coerência no processo de decisão. Desta maneira, garante-se que indivíduos diferentes, que desempenham funções diversas dentro

⁷ SLACK, Nigel - Vantagem Competitiva em Manufatura - São Paulo, SP, Atlas, 1991.

da organização estão direcionando seu foco de atuação e, portanto, suas decisões gerenciais, para os mesmos objetivos.

A ferramenta utilizada para se fazer esta priorização foi baseada em Slack⁸ e trata de entender a importância relativa dos critérios objetivos correlacionando-os com a atual performance da A.A.C.D. através do uso de uma escala de 5 pontos tanto para importância quanto para performance. Esta ferramenta foi adaptada por Slack para ser usada num trabalho de gestão de prestação de serviços de clientes e fornecedores internos. Ainda que, no presente trabalho, a utilização não tenha sido a mesma, foi feita uma análise de adaptabilidade para se chegar à utilização efetiva.

Para a determinação da importância relativa dos critérios objetivos para o caso da A.A.C.D. foi feita uma **reunião multidisciplinar** com representantes de *setores clínicos, setores de terapia, administração, marketing, voluntariado e representante de pacientes* que teve a seguinte dinâmica⁹:

- o conceito geral do projeto e a definição de cada um dos critérios objetivos foram expostos através de uma apresentação formal;
- os participantes foram convidados a se manifestar para fazer colocações pertinentes e sanar eventuais dúvidas;
- para cada um dos participantes foi dada uma tabela de importância com uma escala de 1 a 5 (figura 4.3);
- os critérios iam sendo sorteados aleatoriamente e, após escutar o nome do critério e uma breve explanação acerca do mesmo, os participantes deveriam decidir pela posição na escala em que, sob sua ótica, o critério melhor se encaixava;
- as respostas de todos os participantes relativas a cada um dos critérios iam sendo recolhidas assim que respondidas para que o participante não se influenciasse por respostas anteriores de sua autoria;
- em momento algum foi permitida a troca de opiniões entre os participantes acerca dos critérios para que não houvesse influência mútua e, portanto, as opiniões fossem pessoais;
- para cada um dos critérios objetivos foi feita uma análise das respostas;
- para critérios em que a maioria das respostas se acumulavam em um ponto na escala, este ponto foi escolhido automaticamente;
- para critérios onde havia maior dispersão dos pontos na escala, procedeu-se um processo de discussão em que os participantes fizeram colocações e decidiram até chegar num ponto comum na escala;

⁸ SLACK, Nigel - *Using the Importance-performance Matrix for Determining Internal Improvement Priorities* - Selection of papers from the eighth annual conference of operations management association UK - UK, Warwick Business School, 1993.

⁹ Esta dinâmica foi formulada pelo autor do trabalho (adaptando-se Slack) em conjunto com representantes da psicologia da A.A.C.D. especialistas em dinâmica de trabalho em grupo.

-ainda nos casos em que havia certa controvérsia, os participantes puderam decidir por um intervalo entre pontos ao invés de um ponto específico;

Qual a importância deste critério específico para a A.A.C.D. no sentido de causar impacto na qualidade dos serviços que presta?

- 1 - É crucial para a instituição.
- 2 - É muito importante.
- 3 - É importante mas não é vital.
- 4 - Começa a ser uma preocupação se a performance está abaixo de um nível aceitável.
- 5- Normalmente não é importante.

Figura 4.3 - Escala utilizada para importância dos critérios

Adaptado de Slack

Para a determinação da performance atual da A.A.C.D. em relação a cada um dos objetivos foi usada a mesma dinâmica e, como referência, a figura 4.4.

Qual a performance atual da A.A.C.D. no sentido de estar atingindo seus objetivos de prestação neste critério?

- 1 - Está acima de um nível que pode ser considerado superior.
- 2 - Está num nível superior.
- 3 -Está dentro de parâmetros médios.
- 4 - Está atuando no menor nível aceitável.
- 5- Está abaixo do menor nível aceitável.

Figura 4.4 - Escala utilizada para performance

Adaptado de Slack

Para análise de priorização foi usada a matriz performance -importância (figura 4.5) que correlaciona, para cada um dos critérios, sua importância e a atual performance na A.A.C.D. (a matriz foi retirada, na íntegra de Slack).

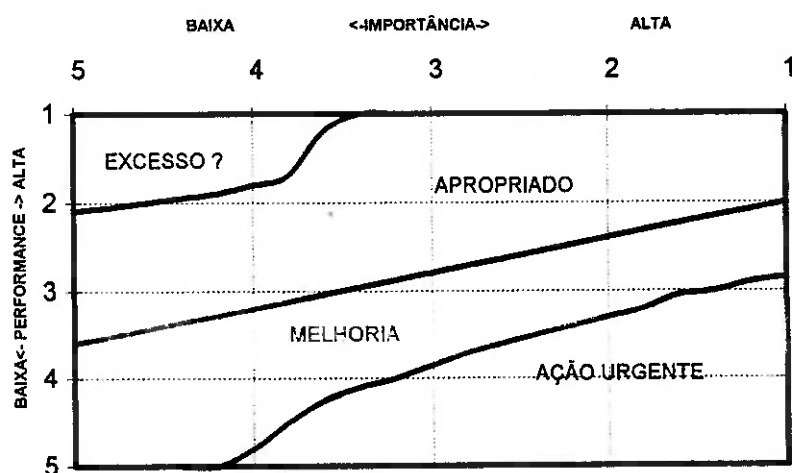


Figura 4.5 - Matriz Performance-Importância

Adaptado de Slack

O resultado da correlação e a área da matriz em que cada um dos critérios se encaixou estão mostradas na tabela 4.6.

Critério	Importância	Performance	Área
1.Consistência	entre 3 e 4	3	Melhoria
2.Competência dos Profissionais Clínicos	entre 1 e 2	entre 2 e 3	Melhoria
3.Competência dos outros de linha de frente	3	entre 3 e 4	Melhoria
4.Prazo de Atendimento	entre 1 e 2	4	Ação Urgente
5.Velocidade de Atendimento	3	3	Melhoria
6.Flexibilidade do Projeto do Serviço	entre 2 e 3	3	Melhoria
7.Flexibilidade do Pacote do Serviço	2	2	Apropriado
8.Flexibilidade da Data de Fornecimento	3	3	Melhoria

9.Flexibilidade do Local de Fornecimento	5	4	Melhoria
10.Flexibilidade do Volume de Serviço	3	2	Apropriado
11.Flexibilidade de Robustez	3	2	Apropriado
12.Flexibilidade de Recuperação de Falhas	entre 3 e 4	entre 3 e 4	Melhoria
13.Grau de Personalização	entre 1 e 2	entre 3 e 4	Ação Urgente
14.Cortesia / Respeito	2	4	Ação Urgente
15.Comunicação Efetiva	entre 3 e 4	4	Melhoria
16.Ambiente	entre 3 e 4	3	Apropriado
17.Credibil./Segurança	3	entre 2 e 3	Apropriado
18.Conveniência de acesso	4	1	Excesso?
19.Facilidade de acesso	3	2	Apropriado
20.Amplo Horário de funcionamento	4	3	Apropriado
21.Boa sinalização	4	entre 3 e 2	Apropriado
22.Estacionamento	4	2	Apropriado
23.Disponibilidade de Linhas Telefônicas	3	entre 3 e 4	Melhoria
24.Atendimento <i>In Loco</i>	4	3	Apropriado
25.Tangíveis	entre 4 e 5	4	Melhoria
26.Responsividade	4	entre 3 e 4	Apropriado

Tabela 4.6 - Resultado da correlação

Elaborado pelo Autor

Os resultados da correlação foram colocados na matriz de Slack para facilitar a visualização (figura 4.7)

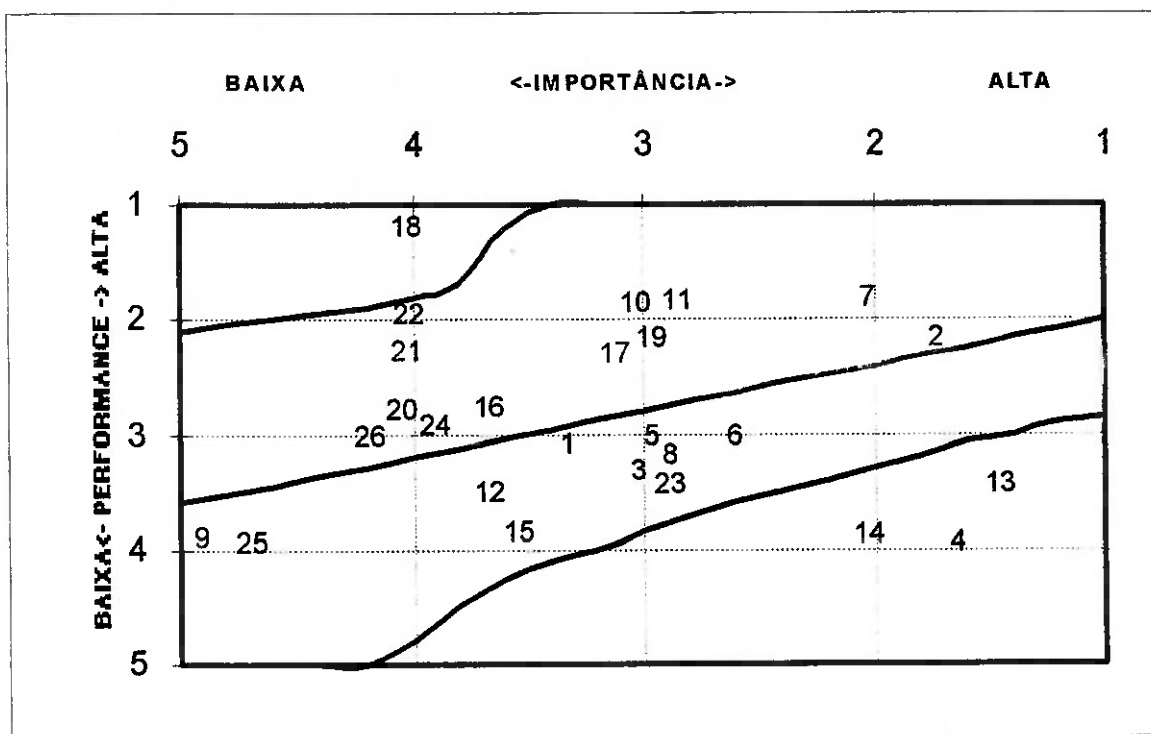


Figura 4.7 - Resultados na matriz de Slack

Elaborado pelo autor

Percebe-se, portanto, que os critérios a serem priorizados dentro do plano de ação conceituado são **prazo para atendimento, grau de personalização e cortesia/respeito**. Isto quer dizer que estes critérios, dentro de um planejamento imediato devem ser o foco de atenção, de decisões gerenciais e de direcionamento de recursos. No médio prazo, o ganho de melhoria nos mesmos pode colocá-los em menor nível de priorização (o que tornaria outros critérios prioritários). Do ponto de vista funcional, entretanto, o foco nestes critérios não significa que nenhuma decisão de melhoria possa ser tomada em algum outro mas, sim, que este não é o direcionamento principal para o período específico do plano de ação.

4.2.3. Principais conflitos existentes entre os critérios

Ainda que seja possível ganhar, a longo prazo, melhorias substantivas em vários critérios objetivos (*levantar o pivô*), existem pares de critérios que, por apresentarem conflitância entre si, apresentaram comprometimento mútuo de melhoria. Ou seja, existe um comprometimento entre os mesmos de tal forma que a decisão em prol de um representa perda no outro. Neste contexto, aplica-se o conceito de necessidade de focalização que trata de entender as características da organização e de seu público alvo e definir focos de excelência dentro dos objetivos. Este foco será uma espécie de guia organizacional que direciona o processo de decisão.

A falta de foco, segundo Giansi e Côrrea, ocorre quando existe a busca de excelência simultânea em critérios que apresentam conflitos não elimináveis no horizonte de tempo analisado, ou seja, a melhora no desempenho de determinado objetivo somente pode ser conseguida à custa do desempenho de outro.

Sendo assim, a principal diferença entre focalizar e priorizar está ligada ao tempo. Se por um lado a priorização pode perder o sentido em ao longo do tempo, a focalização será uma constante independentemente das melhorias que já tenham sido feitas. O conceito de focalização parte da premissa estratégica que, nunca uma empresa poderá ser, ao mesmo tempo, *tudo para todos*.

Para analisar os principais conflitos entre os critérios objetivos ligados à A.A.C.D. foi desenvolvida uma matriz seguindo o modelo de Giansi e Côrrea (figura 4.8). Para tal análise, foi usada a lista de critérios iniciais (tomada como ponto de partida para modificações e desdobramentos) já que, percebe-se, que, no caso de haver conflito, este se manifesta nos dois níveis de critérios e a análise fica facilitada (resumida).

Para o preenchimento de todas as matrizes que se seguem foi utilizado o conhecimento operacional de 4 funcionários ligados ao processo de prestação de serviço (1 da gerência, 1 das clínicas, 1 das terapias e 1 do S.A.M.E.) além das ponderações do próprio autor.

	Consistência	Competência	Prazo de Atd.	Flexibilidade	Atendimento / Atmosfera	Credibilidade / Segurança	Acesso	Tangíveis	Responsiv.
Responsividade									
Tangíveis									
Acesso									
Credibil./Segurança									
Atend./Atmosf.									
Flexibilidade									
Prazo de Atd.									
Competência									
Consistência									

Figura 4.8 - Principais conflitos entre critérios

Elaborado pelo Autor

Percebe-se que os dois principais conflitos entre critérios objetivos na A.A.C.D. estão ligados aos pares Flexibilidade-Consistência e Flexibilidade-Prazo de Atendimento. Tomando como referência os resultados da pesquisa realizada percebe-se que, dentro do conceito de serviço A.A.C.D., a Flexibilidade possui importância superior à Consistência e o Prazo de Atendimento possui importância superior à Flexibilidade. Sendo assim, se num determinado momento algum indivíduo dentro da organização tem de tomar uma decisão que possui impacto em flexibilidade e prazo, deve-se optar pela alternativa que releva o prazo. Em outras palavras, se buscará o máximo de flexibilidade desde que isto não influencie em perdas de prazo de atendimento.

4.2.5. Análise das áreas de decisão

Para a análise da correlação entre os objetivos de desempenho e as áreas de decisão foi usada a ferramenta apresentada por Giancesi e Côrrea (1993). Segundo os autores, o desenvolvimento das estratégias de operação podem ser vistos como o processo implícito ou explícito que tem como finalidade ligar dimensões de objetivos com áreas de decisão. A busca básica é a definição de quais áreas de decisão possuem maior impacto num determinado objetivo de desempenho.

A tabela 4.9 ilustra os resultados obtidos para o caso da A.A.C.D.

Objetivos	Projeto do Serviço	Processo / Tecnologia	Instalações	Capacidade / Demanda	Força de Trabalho	Qualidade	Organização	Administ. Fluxo e de Fluxo	Sistema de Informação
Consistência	●	●	○	○	●	○	○	△	●
Competência dos Profissionais Clínicos	●	○		●	●	●	○		
Competência dos Outros de Linha	●	●		△	●	●	○		
Prazo de Atendimento	○			●				●	○
Velocidade de Atendimento	●	●	○	△	●		●	○	●
Flexibilidade do Projeto de Serviço	●	●	○	○	●	△	●		
Flexibilidade do Pacote do Serviço	●	●	○	○	●	△	●		
Flexibilidade da Data de Fornecimento	●	○		●	△			●	○
Flexibilidade do Local de Fornecimento	●	●	●		○		○		
Flexibilidade do Volume de Serviço	●	○		●	○		○		
Flexibilidade de Robustez	○	●			△	△	○		○
Flexibilidade de Recuperação de Falhas	○	●			●	●	△		●
Grau de Personalização	△	●		○	●	○	○	△	△
Cortesia / Respeito	△	○		△	●	△	○		
Comunicação Efetiva	△	○		△	●		△		○
Ambiente	○	●	●	△	○	△	△		
Credibilidade/Segurança		○	○		●	●	△		
Conveniência de Acesso									
Facilidade de Acesso	●		●						
Ampla Horário de Funcionamento	○	△	△	●	△			○	△

Figura 4.9 -Matriz de correlação entre áreas de decisão e objetivos de desempenho

Elaborado pelo Autor

que é o ? ver p. 81

4.2.6. Análise do Fluxo de Processo de Serviço (FPS)

O uso do fluxo de processo de serviço como ferramenta de auxílio na priorização das áreas de decisão para implantação dentro de um plano estratégico de ação, está baseado na definição dos momentos críticos de avaliação na prestação do serviço. Esta definição se dá através do conhecimento dos objetivos de desempenho a serem focados (item 4.2.2) e o entendimento de sua influência em cada um dos momentos da verdade que compõem o fluxo de prestação de serviço.

Segundo Gianesi e Côrrea, a prestação do serviço é a principal responsável pela percepção do cliente em relação ao mesmo e, esta percepção é formada em cada um dos *momentos da verdade*; sendo que *momento da verdade* é cada momento de contato entre o fornecedor do serviço e o cliente. Assim, se fizermos uma análise sequencial de cada um dos momentos da verdade, podemos montar um ciclo de serviço que seria o mapa vivenciado pelo cliente numa prestação habitual. Ainda segundo os autores, nem todos os momentos têm a mesma importância para o cliente já que existem alguns *momentos da verdade críticos* ou *fundamentais* que possuem maior influência na percepção global e que, devem, portanto, ser identificados e priorizados pelo fornecedor.

Depois de identificados os momentos críticos, faz-se necessária a identificação dos processos de atendimento ligados aos mesmos; estes processos devem ser, então encarados como prioritários dentro do plano de ação.

Para o caso do presente estudo foram usados os critérios globais (base para o desdobramento) usando, assim, metodologia já apresentada para análise de conflitos. Este uso facilita o modelo sem, tampouco, gerar distorções.

O trabalho de definição destes processos está ilustrado nos três fluxos de processo (4.10, 4.11 e 4.12) já descritos no capítulo 4 do presente trabalho.

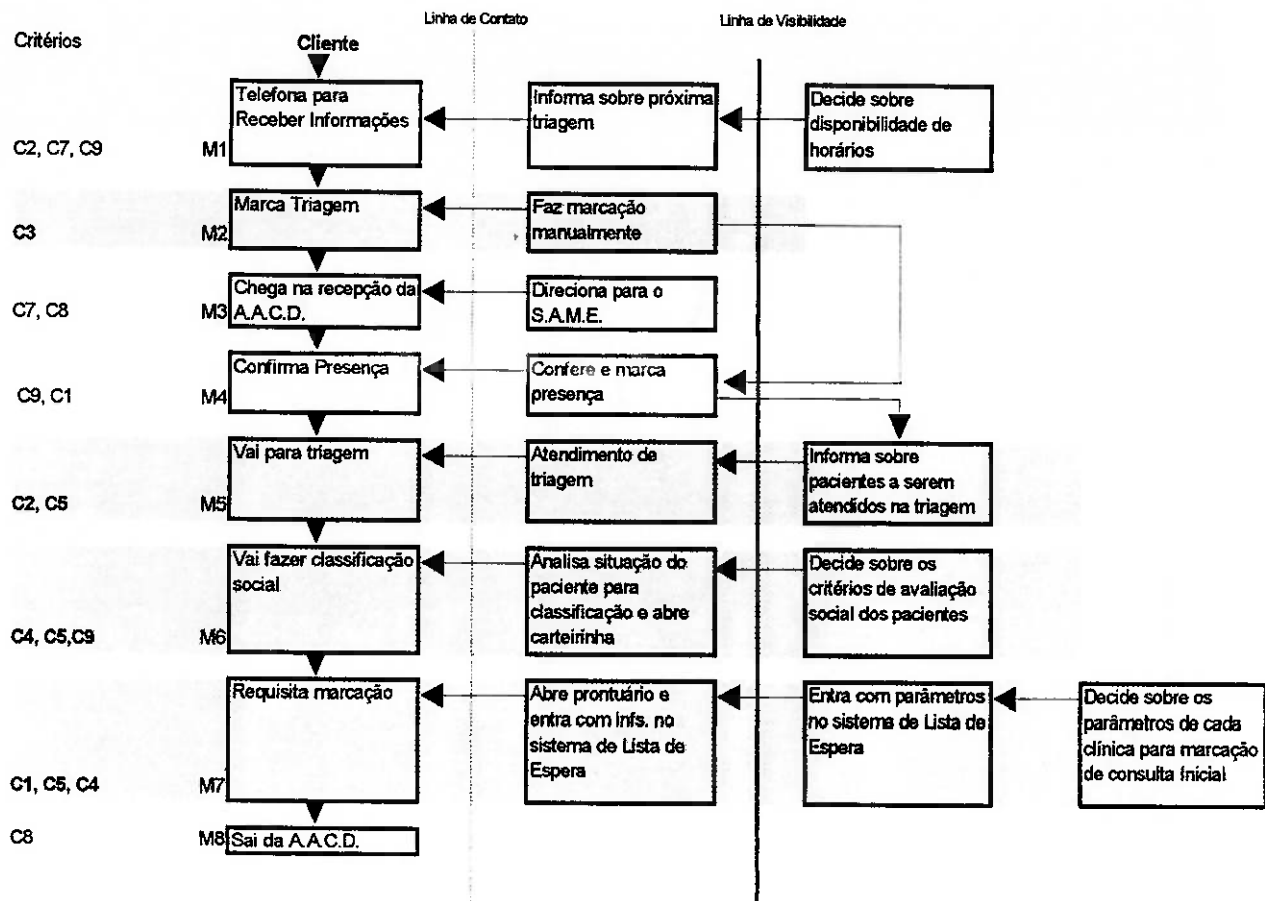


Figura 4.10 - FPS de triagem com definição de processos críticos

Elaborado pelo autor

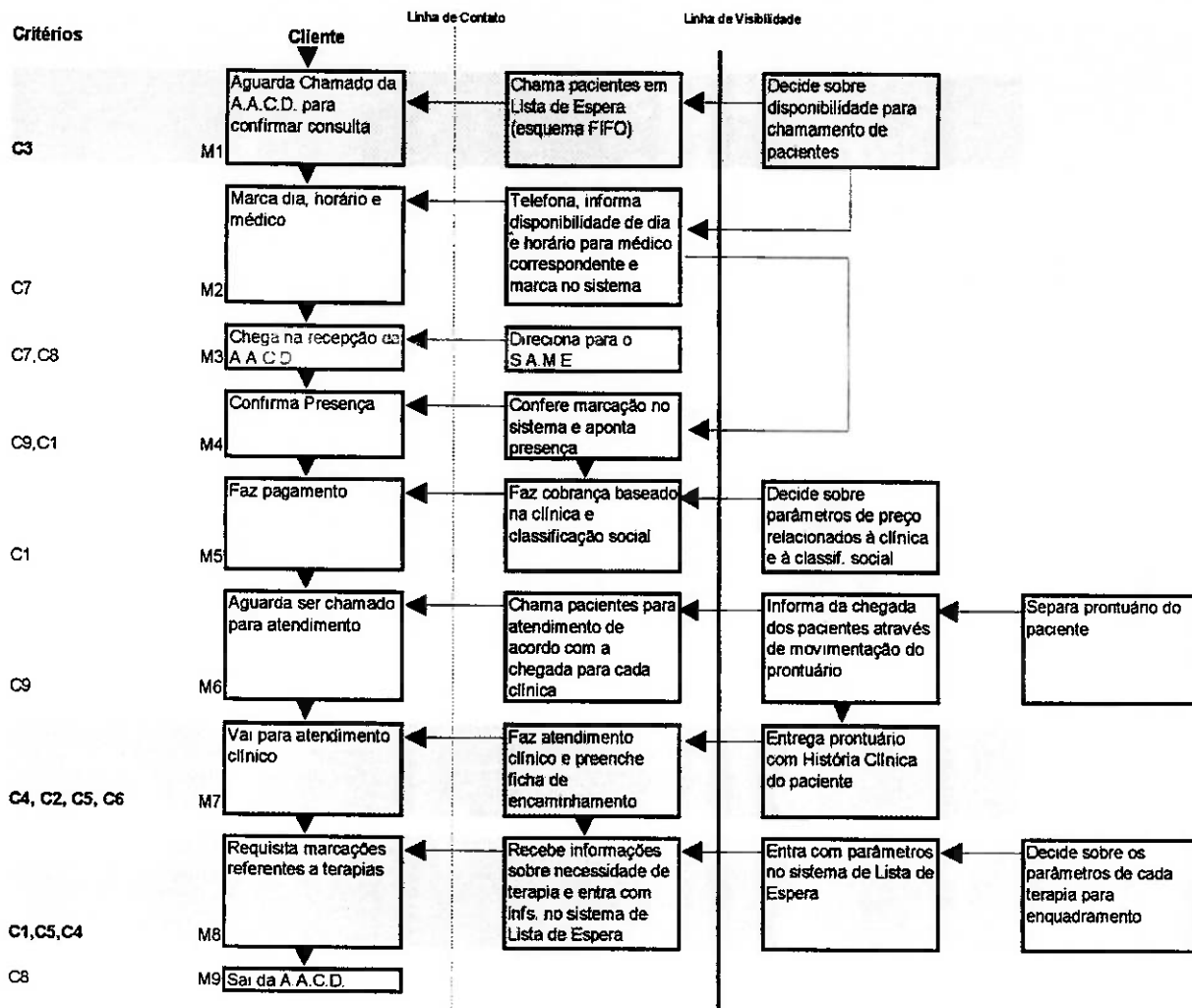


Figura 4.11 - FPS de inicial com definição de processos críticos

Elaborado pelo autor

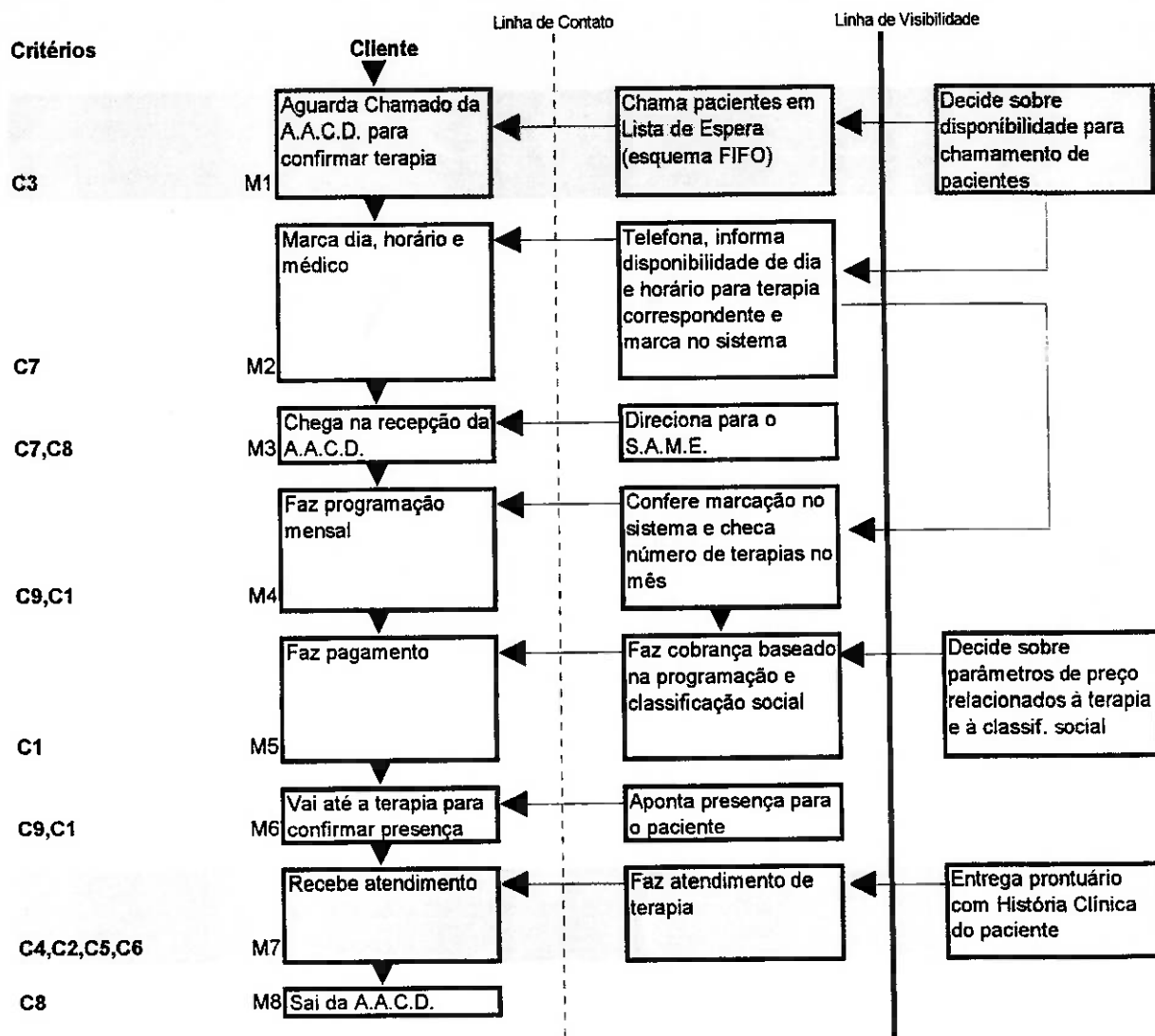


Figura 4.12 - FPS de terapias com definição de processos críticos

Elaborado pelo autor

Depois da determinação dos processos críticos, faz-se necessária a correlação dos mesmos com as áreas de decisão que serão a base para o plano de ação estratégico. Este estudo (tabela 4.13) foi feito para os processos e não para as atividades ligadas ao mesmo devido às características de prestação da A.A.C.D.. Devido ao contato intenso com o paciente e de o mesmo participar de todos os passos de produção do serviço, os processos acabam se aproximando das atividades.

Processos	Projeto do Serviço	Processo / Tecnologia	Instalações	Capacidade / Demanda	Força de Trabalho	Qualidade	Organização	Administ. Fluxo e de Fluxo	Sistema de Informação
Marcação de Triagem		○		●	○		△	●	●
Atendimento de Triagem	○	●	△		●	○	○		△
Classificação Social		●			●		○		
Marcação Clínicas		○		○	○		●	○	●
Gerenciamento de Lista de Espera p/ Clínicas				●	△			●	○
Atendimento Clínico		●	△		●	●	○		△
Marcação Terapias		○		○	○		●	○	●
Gerenciamento de Lista de Espera p/ Terapias			△	●	△			●	○
Atendimento de Terapias	●	●			●	●	○		△

relação forte



relação média



relação fraca



Tabela 4.13 - Matriz de correlação entre processos e áreas de decisão

Elaborado pelo Autor

4.2.7. Determinação de áreas de decisão prioritárias

Através da análise das matrizes de correlação de objetivos de desempenho e de processos críticos com áreas de decisão, pode-se definir como prioritárias as seguintes áreas de decisão:

- Processo / Tecnologia
- Capacidade / Demanda
- Força de Trabalho
- Controle das Operações

Dentre estas 4 áreas de decisão percebe-se que aquela que possui impacto imediato no objetivo de desempenho prazo de atendimento (visto como mais prioritário - ação urgentíssima) é a Capacidade / Demanda. Sendo assim, o projeto realizado teve como

focalização principal esta área e decidiu-se por conceber (e quando possível implantar), um sistema consistente de gerenciamento de demanda. As outras áreas de decisão foram, sem dúvida, relevadas no projeto ainda que, por vezes, algumas iniciativas tiveram que ser postergadas em detrimento da efetividade de resultados urgentes para a Capacidade / Demanda.

Lançam-se alguns conceitos gerais acerca do gerenciamento de capacidade e demanda aplicáveis à A.A.C.D. de forma a sistematizar o processo subsequente de se lançarem iniciativas práticas para o atingimento efetivo dos objetivos de desempenho preestabelecidos.

CAPÍTULO 5

CONCEITOS GERAIS DE GERENCIAMENTO DE CAPACIDADE E DEMANDA

5. Conceitos Gerais de Gerenciamento de Capacidade e Demanda

5.1 Considerações Iniciais

O questionamento básico do gerenciamento de capacidade em relação à demanda em empresas prestadoras de serviço passa, necessariamente, pela decisão entre dois parâmetros: o nível de prestação de serviço e a capacidade ociosa. Se por um lado o superdimensionamento na capacidade instalada dentro de uma empresa garante alto nível de prestação de serviço, esta opção incorre em capacidade ociosa. Por outro, o subdimensionamento gera baixos índices de ociosidade implicando em perda na prestação de serviço.

O objetivo, portanto, é chegar num meio termo entre o superdimensionamento e o subdimensionamento; ou seja, o balanceamento correto entre capacidade de atendimento e demanda.

A prestação de serviço possui geralmente, entretanto, uma condicionante marcante que gera forte impacto neste balanceamento: impossibilidade de estocagem. Os serviços são produzidos ao mesmo tempo que consumidos. Isto faz com que capacidade instalada para um período e, não utilizada, seja perdida. Este fato é claro na A.A.C.D. quando analisamos os serviços do tipo médico ou terapêutico: a prestação é feita no momento da consulta ou atendimento, com a presença do paciente (análogo ao processo produtivo) e, caso a capacidade de atendimento para um determinado período seja perdida, ela nunca mais é recuperada.

Esta condicionante faz com que o balanceamento entre demanda e capacidade em empresas de serviço prescindam de características próprias principalmente quando a procura pela prestação de serviço (demanda) não é estável (presença de picos e vales). Se numa empresa que trabalha com estoques, o dimensionamento pela média garante o referido balanceamento (desconsidera-se variáveis ligados ao custo de estoque e a perdas), numa empresa de serviços, esta ação isolada incorre na incapacidade de suprir a demanda em períodos de pico e em capacidade ociosa em períodos de vale.

Para minimizar este efeito, entretanto, as empresas utilizam ferramentas de apoio como é o caso da lista de espera da A.A.C.D.. A lista de espera garante que, se em períodos de pico não existe capacidade suficiente para atendimento total, parte desta demanda pode ser *estocada* para atendimento posterior em períodos de vale.

Ainda que, numa primeira análise, a lista de espera apareça como solução para amortizar os efeitos dos picos e vales, a decisão por sua utilização incorre no entendimento de algumas características e efeitos:

-a lista de espera funciona, do ponto de vista de modelo, como uma fila que, por definição, incorre em prazo de espera (no caso da A.A.C.D. altos prazos de espera podem ser determinantes para o sucesso do tratamento de um paciente);

-o uso da lista de espera não implica, necessariamente, na possibilidade de se fazer o balanceamento da capacidade pela média da demanda; basta analisar o efeito no caso de a baixa demanda ocorrer no começo do período de análise ou perdurar por longo tempo;

-a lista de espera está ligada, necessariamente, à impossibilidade de prestação de serviço imediato e, este fato implica na necessidade de maior gasto de energia e trabalho tanto por parte da instituição quanto pelo paciente (processos de marcação, transporte, recepção e gestão do cliente);

5.2. Características Especiais da A.A.C.D.

Além da referida lista de espera, os serviços prestados pela A.A.C.D. possuem características especiais que possuem grande impacto se quando pondera a implantação de um sistema racional de gerenciamento de capacidade e demanda.

5.2.1. Atendimentos Internos gerando Demandas Internas

Existe, entre os setores da A.A.C.D., uma interdependência do ponto de vista de geração de demandas internas. O caso típico está relacionado com o atendimento clínico que gera demandas de atendimentos de terapia. Deste modo, para se racionalizar o dimensionamento da A.A.C.D. e, portanto, de cada um dos setores especialistas, deve-se levar em conta não apenas a demanda externa mas, também, as internas.

A figura 5.1 é uma representação simplificada desta geração de demandas internas como produto final do inter-relacionamento clínicas - terapias.

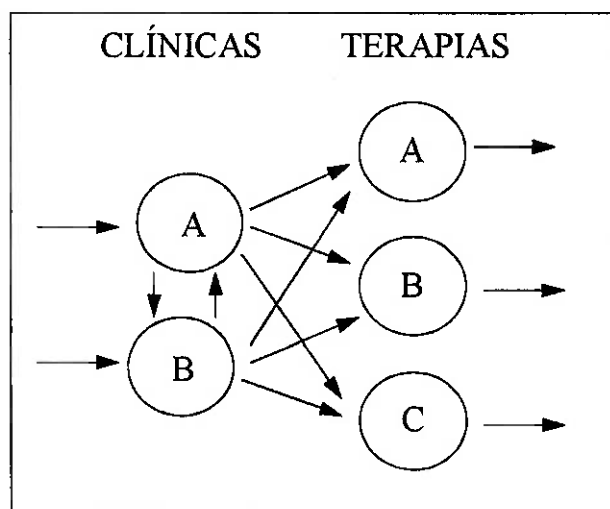


Figura 5.1 - Processo Interno de Demandas (relacionamento clínicas - terapias)

Elaborada pelo Autor

5.2.2. Necessidade de Atendimentos Simultâneos em Setores Distintos

Este fator exerce maior impacto quando se trata do gerenciamento de capacidade de terapias. No caso típico, o paciente da A.A.C.D. deve estar enquadrado (em tratamento) em mais de um setor de terapia. Idealmente, estes tratamentos devem ser realizados simultaneamente (na mesma época). A esta simultaneidade entre terapias deve-se somar a simultaneidade de supervisão clínica constante (retornos para observação e redirecionamentos). É o caso típico do paciente que, em base constante, está enquadrado em tratamento em mais de um setor de terapia e tem que voltar para consultas de retorno em base determinada.

5.2.3 Caso Genérico de um Paciente da A.A.C.D.

5.2.3.1. Fluxo de Decisão

O fluxo 5.2 representa o caso genérico de qualquer paciente que procura a A.A.C.D.. Neste fluxo, percebe-se todos os processos de tomada de decisão feitos pelos profissionais da instituição relacionadas a um paciente.

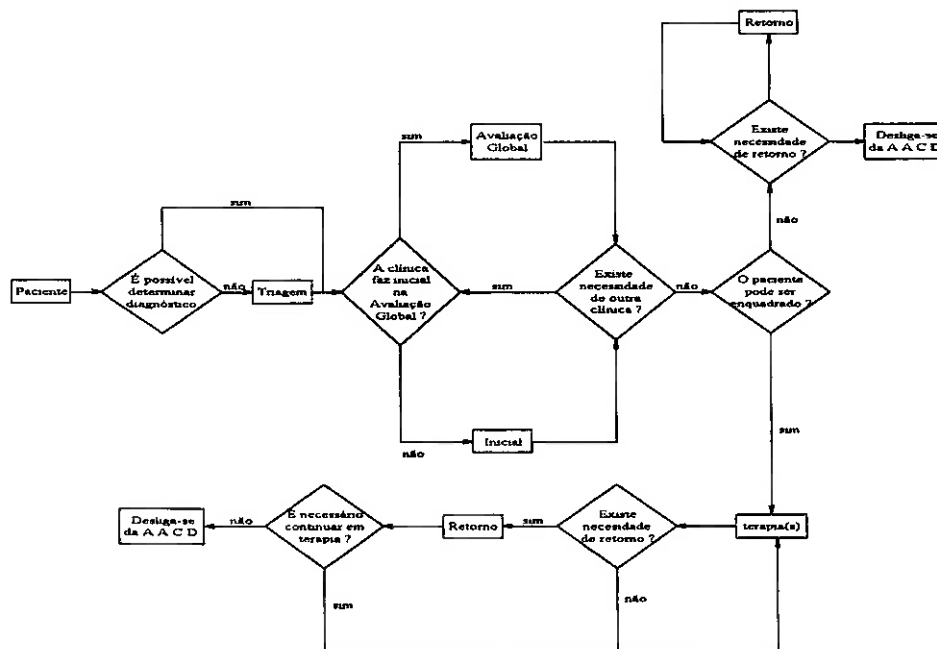


Figura 5.2 - Fluxo de decisão

Elaborado pelo Autor

5.2.3.2. Modelo Simplificado para Gerenciamento de Capacidade

Para se fazer a análise macro do dimensionamento e balanceamento de capacidade, será feita uma modelagem que tem como intuito simplificar o problema de modo a torná-lo resolúvel com acurácia significativa. A figura 5.3 ilustra este modelo. Nesta figura não houve preocupação com ponderações ou definição dos índices.

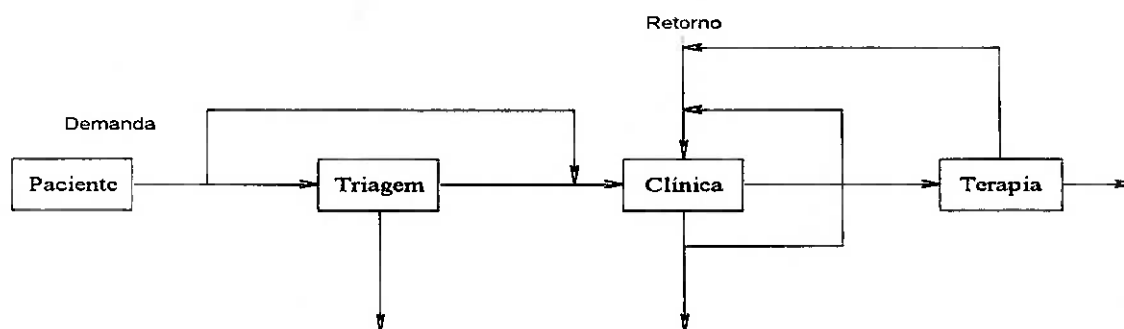


Figura 5.3 - Modelo simplificado para gerenciamento de capacidade

Elaborado pelo autor

Perceba que, na confecção deste modelo, tomaram-se algumas premissas:

- As triagens foram agregadas;
- As avaliações globais e as iniciais foram colocadas dentro do quadrado das clínicas;
- Os retornos também estão ligados à clínica sendo que são alimentados por pacientes em terapia quanto por pacientes que não vão fazer terapia na instituição (na quantificação, chegou-se à conclusão que este ramo era irrelevante e, portanto, este foi desconsiderado);
- As terapias estão agregadas (neste caso, consideram-se apenas os tipos enquadramentos e, não, avaliações e orientações);

5.3. Níveis de Dimensionamento de Capacidade

Os três principais níveis de dimensionamento são:

5.3.1. Dimensionamento de Pessoal

Dentro do conceito interorganizacional de cliente e fornecedor interno, percebe-se que, para se realizar uma atividade de contato com o cliente externo (paciente), é necessário uma série de atividades de suporte. Sendo assim, o dimensionamento de pessoal da A.A.C.D. não está ligado somente aos profissionais ligados ao atendimento técnico, à marcação e à recepção e, sim, à instituição como um todo.

Na verdade, o dimensionamento do pessoal é feito dentro da A.A.C.D. ou de qualquer outra empresa ainda que de forma informal. Desta maneira, não existe planejamento, racionalização ou otimização da capacidade. Vale a política do: *quem grita mais*. Ou seja, o setor que conseguir falar mais alto e provar necessidade de expansão imediata acaba ganhando maior redirecionamento de recursos. Este direcionamento, se não for ponderado de forma sistêmica, leva ao desbalanceamento entre departamentos (demandas internas).

O presente trabalho tem como um dos objetivos definir métodos, dentro do conceito e missão da A.A.C.D., para a racionalização do dimensionamento de pessoal ligado ao atendimento técnico (clínico e de terapias). Esta ação se justifica por serem os atendimentos técnicos, a razão de existência da instituição. Os dimensionamentos subsequentes (outros setores) devem ser realizados através do desdobramento dos resultados do presente trabalho.

5.3.2. Dimensionamento de Equipamentos

Para a realização dos trabalhos (sejam estes atendimentos, funções gerenciais ou burocráticas), os funcionários devem dispor de equipamentos específicos (ex. equipamentos médicos, equipamentos de terapia, computadores, copiadoras, ...). Este tipo de dimensionamento, entretanto, foge do escopo do presente trabalho.

5.3.3. Dimensionamento das Instalações

A opção de se aumentarem as instalações da A.A.C.D. para comportar novos cenários de capacidade, é uma questão atualmente em discussão dentro da instituição. Num primeiro momento, entretanto, existe a possibilidade de se estudar vias alternativas de se racionalizar o uso das edificações atuais. Dentro deste contexto, pode-se fazer uma espécie de terceiro turno para a utilização do prédio em horários em que este não é utilizado atualmente. O dimensionamento das edificações e estruturas internas da A.A.C.D., fogem do escopo do presente trabalho.

5.4. Plano de Trabalho

Para melhor estruturação das iniciativas a serem tomadas, o plano de trabalho é dividido em três dimensões principais. Expositivamente, estas três dimensões foram colocadas numa ordem lógica que segue, em linhas gerais o processo ideal de trabalho no sentido de se implantarem e aprimorarem medidas. Deve-se salientar, entretanto, que as três dimensões estão ligadas gerando influência mútua entre si e que, pelo dinamismo das variáveis a que estão submetidas, é um processo contínuo e não um programa estanque com começo e fim.

5.4.1 Eficiência na Utilização da Capacidade Instalada

Trata-se de se criarem iniciativas de eficiência na utilização dos recursos do tipo capacidade dentro da instituição. Neste sentido, estas iniciativas não estão ligadas às demandas de atendimento ou ao dimensionamento propriamente dito. Nestas iniciativas, o ponto de partida é o dimensionamento realizado (seja este racional ou não)

5.4.2 Balanceamento dos Setores (Setores de Atendimento Técnico)

Como já foi exposto, os setores da A.A.C.D. estão inter-relacionados do ponto de vista de geração de demandas internas de atendimento. O balanceamento entre setores trata de atingir equilíbrio entre demandas externas e internas. Deste modo, as iniciativas ligadas ao balanceamento levam em conta uma visão sistêmica da organização e, parte da premissa que a missão da A.A.C.D. é oferecer um tratamento completo e integrado dentro das necessidades específicas de cada paciente.

O balanceamento entre setores toma como ponto de partida variáveis ligadas à dinâmica da geração de demandas internas (ponderação de relacionamento entre setores) e as saídas (outputs) do sistema vigente de utilização da capacidade instalada.

5.4.3. Dimensionamento de Pessoal (Setores de Atendimento Técnico)

O dimensionamento do pessoal de atendimento técnico se relaciona ao número de profissionais que cada setor especialista deve ter para atender racionalmente à sua demanda. Perceba que este dimensionamento só se torna racional se já existe um estudo de balanceamento de setores e de eficiência na utilização da capacidade. Além

destas variáveis, deve ser levado em consideração, também, a demanda externa pelos serviços.

No dimensionamento de pessoal para atendimento entram as principais decisões gerenciais que estão ligadas, necessariamente, ao tempo de espera dos pacientes que entrarão na instituição e o custo de estruturas de atendimento. Como ferramenta de auxílio, nesta tomada de decisão, entretanto, deve-se traçar cenários que apresentem resultados e que ajudam na visualização do efeito de determinada alternativa.

A figura 5.4 ilustra o relacionamento entre as três dimensões de trabalho e reforça a necessidade de dinamismo, constância e necessidade de aprimoramento em base contínua.

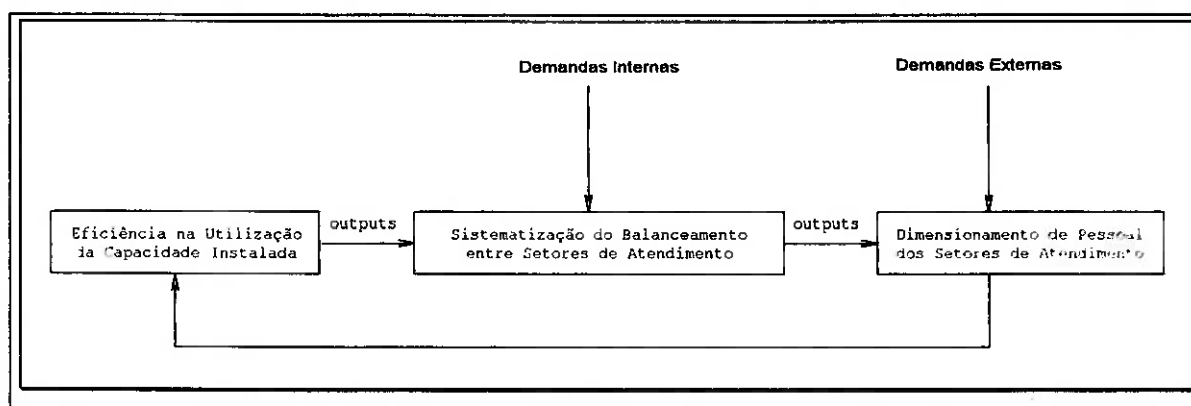


Figura 5.4 - Relacionamento entre dimensões de trabalho

Elaborado pelo autor

Os próximos capítulos tratam de abrir cada um destes itens em áreas de decisão e iniciativas práticas de implantação que tenham impacto real no gerenciamento efetivo da capacidade.

Este capítulo tem como objetivo o desdobramento dos conceitos de produtividade na utilização da capacidade instalada em atividades práticas, alinhadas com a missão da A.A.C.D e com o projeto global formulado.

Algumas destas atividades tiveram implantação e, portanto, foi possível fazer a coleta e análise de resultados quantitativos. As outras atividades (em que não houve implantação), foram analisadas qualitativamente.

CAPÍTULO 6

PRODUTIVIDADE NA UTILIZAÇÃO DA CAPACIDADE INSTALADA

6. Produtividade na Utilização da Capacidade Instalada

6.1. Considerações Iniciais

A filosofia de utilização produtiva da capacidade instalada trata de uma mudança no enfoque do relacionamento administrativo-clínico. A idéia geral consiste em utilizar mais racionalmente esta capacidade realizando atendimentos que estejam alinhados com os objetivos e missões da instituição e que, dentro de um contexto geral, estejam dentro das diretrizes do projeto como um todo.

Nota-se na A.A.C.D. alguma preocupação no gerenciamento destas variáveis mas, o enfoque atual restringe-se ao controle de simples variáveis de falta, presença e dispensa. Percebe-se que, atuando-se no controle destas temos condições de tomar ações para a melhoria de utilização de capacidade mas, perdemos a possibilidade de atuar em outras que, também interferem de modo significativo para o gerenciamento de eficiência plena desta função capacidade.

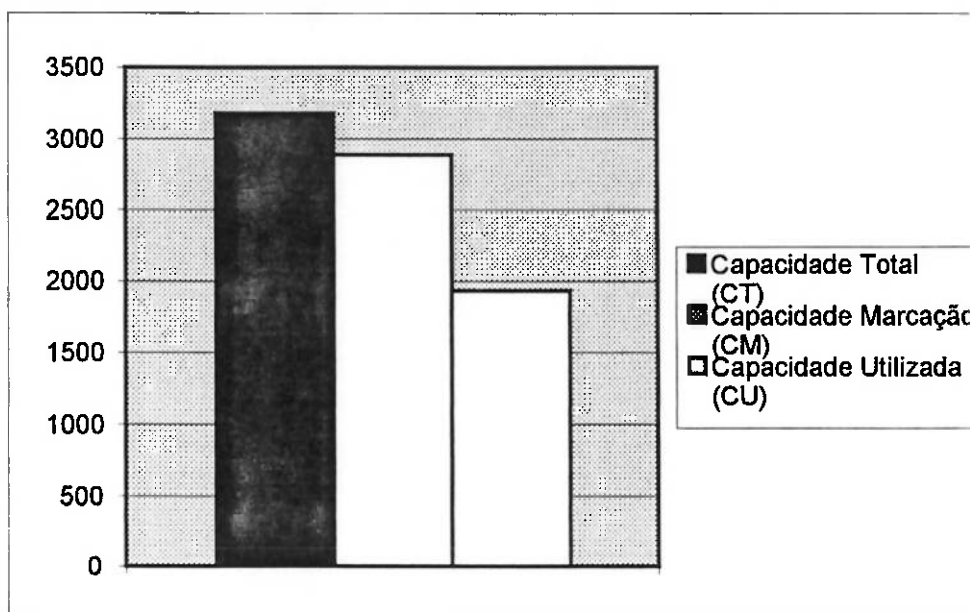
A figura 6.1 é uma ilustração deste efeito de utilização de capacidade, com análise de produtividade, com dados coletados em abril de 1996 para as clínicas (os números referem-se aos atendimentos). Para este caso, foram consideradas apenas duas perdas principais: vagos e faltas.

A perda do tipo vagos significa falta de marcação; ou seja, existia capacidade para atendimento mas, este não foi realizado pois não foram marcados pacientes para ocupar esta capacidade.

A perda do tipo faltas está ligada a pacientes que haviam sido marcados mas que não compareceram para atendimento.

Dados referentes aos atendimentos de abril de 1996

Capacidade Total (CT)	3180	
Capacidade Marcação (CM)	2889	(Capacidade Total - Vagos)
Capacidade Utilizada (CU)	1930	(Capacidade Total - Faltas)



Índice Global de Produtividade (IP) = CU/CT

IP = (CT/CM) X (CM/CU)

(CT/CM) = 0.91 Perda por não marcação

(CM/CU) = 0.67 Perda por falta

IP = 0.61

Figura 6.1 - Exemplo de utilização de capacidade para clínicas

Elaborado pelo autor

No decorrer deste capítulo serão abordados aspectos ligados às seguintes variáveis básicas:

- levantar os principais pontos de ganho e perda de capacidade;
- analisar os motivos que geram ganho e perda de capacidade;
- construir métodos quantitativos e qualitativos confiáveis para análise de dados coletados;
- indicar mudanças no sistema de informação necessárias;
- indicar mudanças no controle das operações;
- levantar responsáveis pela parte operacional e gerencial do processo;
- discutir meios gerenciais para tornar realidade estas mudanças e transformá-las num fim produtivo à instituição;

6.2. Variáveis que influem na capacidade

Para um determinado mês uma capacidade máxima instalada. Esta capacidade seria, basicamente, o número máximo de atendimentos que a instituição conseguiria fazer caso nenhuma variável se modificasse. Em outras palavras, é a somatória da capacidade de atendimento de todos os profissionais ligados diretamente ao atendimento de pacientes. Existem, entretanto, variáveis que agindo conjuntamente agem na diminuição e no aumento da capacidade instalada. Cada uma destas variáveis serão analisadas quantitativamente e qualitativamente no decorrer deste capítulo.

Percebem-se quatro tipos básicos de perda de capacidade:

Perda I

Fatores ligados à incapacidade da Instituição de realizar o atendimento

Este tipo de perda acontece quando algum fator ligado direto à A.A.C.D. inviabiliza o uso da capacidade. É o caso de falta de médicos, terapeutas ou de equipamentos.

Perda II

Fatores ligados ao paciente

O paciente inviabiliza o uso de capacidade. É o que ocorre com as faltas.

Perda III

Fatores ligados ao gerenciamento

Está variável não está ligada diretamente a uma perda mas, sim, a um não aproveitamento de uma perda. Em outras palavras, existe uma capacidade ociosa gerada por um paciente (falta) que pode ser usada por outro paciente e que não está sendo.

Perda IV

Fatores ligados à marcação

Existe uma capacidade de atendimento e, para que estes ocorram, é necessário que pacientes sejam alocados (agendados). A Perda IV refere-se a não marcação para utilizar esta capacidade.

Ganho

Em termos de ganho de capacidade nota-se que estes estão ligados ao aumento marginal de capacidade dos profissionais. Ou seja, aumenta-se a capacidade além daquela que havia sido prevista (estipulada).

6.3. Análise individualizada de perdas e ganhos

Para cada dimensão de perdas e ganhos foram feitas análises individualizadas visando caracterização e formulação de iniciativas práticas dentro de conceitos de produtividade.

6.3.1. Perda I: Fatores ligados à Instituição (dispensa)

Devem ser considerados dispensa, aqueles casos em que havia um atendimento pré-agendado e que não foi realizado pois a A.A.C.D. não teve capacidade de realizá-lo. É o caso específico de Perda I.

Ou seja, o paciente teria condições (por ele) de receber o atendimento, na hora e local marcados mas, a A.A.C.D. não. Deste modo, a A.A.C.D. dispensa esse paciente daquele atendimento com antecedência (caso saiba antes da eventualidade que ocorreu) ou na hora.

Alguns casos típicos de dispensa:

-falta do profissional (médico ou terapeuta) que realizaria o atendimento (essa falta pode ser devida a férias, saídas para congressos, falta no dia, ...);

- falta de equipamento necessário para realizar o atendimento;
- A.A.C.D. fechada para atendimentos no período da marcação;

Quantitativamente, este tipo de perda é inferior a 1% do total de pacientes marcados (não possuindo, portanto, grande impacto na utilização global da capacidade). Por este motivo, e dentro de um conceito de priorização de atividades, não foram feitas iniciativas ligadas à redução deste tipo de perda.

6.3.2. Perda II: Fatores ligados ao paciente

A principal iniciativa implantada no projeto desenvolvido na A.A.C.D. para redução de perdas ligadas às faltas dos pacientes foi o desenvolvimento de um setor de justificativa de falta de pacientes.

6.3.2.1. Conceito

O setor de justificativa tem com objetivo educar os pacientes da A.A.C.D. a não faltarem através de uma ação coercitiva agregada com uma análise qualitativa de cada um dos casos que leva o paciente a não comparecer a um tratamento pré-agendado. Neste sentido, é um setor que tem como conceito operacional, discutir, junto ao paciente, os fatores que levaram à abstenção de modo a ponderar a justiça do motivo apresentado. Do ponto de vista prático, o setor decide sobre a manutenção do tratamento do paciente.

A A.A.C.D. tenta, desta maneira, agregar seus valores de organização voltada à assistência e caridade com a necessidade de inibir faltas que geram capacidade ociosa e, consequentemente, geram diminuição no número total de atendimentos prestados pela instituição.

6.3.2.2. Relação hierárquica e de poder

Na verdade, não trata-se de um setor mas sim, de uma operação com conceitos e procedimentos próprios que tem suas decisões norteadas pelos setores de atendimento (já que são feitas decisões relativas à manutenção do tratamento de um paciente). Devido ao possível efeito de desgaste de imagem, decidiu-se por deixar a justificativa a parte das clínicas ou terapias (isenção de imagem aos setores de tratamento sob a ótica do paciente): operacionalmente está ligada, hoje, ao S.A.M.E..

6.3.2.3. Mecânica e normas de funcionamento do setor

Toda vez que um paciente faltar a um tratamento pré-agendado pela A.A.C.D. deve passar pelo setor para que este decida se ele deve continuar o tratamento. O paciente ou responsável deve se justificar em, no máximo, uma semana.

Caso o paciente ou responsável não possam comparecer até o final do período de trabalho do dia referente a uma semana, ele deve telefonar para o setor e acertar o dia em que poderá comparecer pessoalmente para proceder esta justificativa.

Se mais de uma atividade estava agendada para um mesmo dia, o paciente só terá que passar no setor de justificativa uma vez; sempre na data da atividade mais próxima que ele for realizar. Deste modo, o paciente consegue uma justificativa pela falta do dia e, não por cada uma das atividades.

6.3.2.4. Gestão do cliente

Para conscientizar os pacientes desta iniciativa, foram feitos trabalhos de comunicação interna (cartazes e abordagem pessoal) e foram enviadas cartas à residência do paciente.

6.3.2.5. Sistema de comunicação

Foram feitas mudanças no sistema de informação da instituição para viabilizar a automatização da comunicação e armazenamento de informação relativa ao setor.

6.3.2.6. Atividades operacionais (responsabilidades básicas)

- receber pessoalmente pacientes e suas justificativas para faltas e, decidir sobre o deligamento;
- receber telefonema de pacientes que não podem comparecer e agendar visitas;
- colocar informações no sistema da A.A.C.D.;
- atuar constantemente junto aos setores de atendimento;

6.3.2.7. Relações principais

- com a administração (cumprimento das responsabilidades já citadas);
- com os setores de atendimento (definir diretrizes e critérios de justificativa)
- com os setores que usam e fornecem informações;
- com os pacientes;

6.3.2.8. Resultados

Seguem alguns resultados de melhorias conseguidas com a implantação do setor de justificativa.

A primeira melhoria está ligada à diminuição real do nível de faltas (perda II). A figura 6.2 ilustra uma comparação entre o nível percentual de faltas dos anos de 95 e 96 e o número total de atendimentos que esta redução representou na prática.

Outro produto final da operação do setor de justificativa está ligado a se obterem informações gerenciais confiáveis para se entenderem os motivos que estão levando os pacientes a faltarem. A figura 6.3 ilustra uma estatística de falta por motivos. A idéia é utilizar estas informações para se tomar medidas consistentes para o aprimoramento contínuo de iniciativas de redução de faltas.

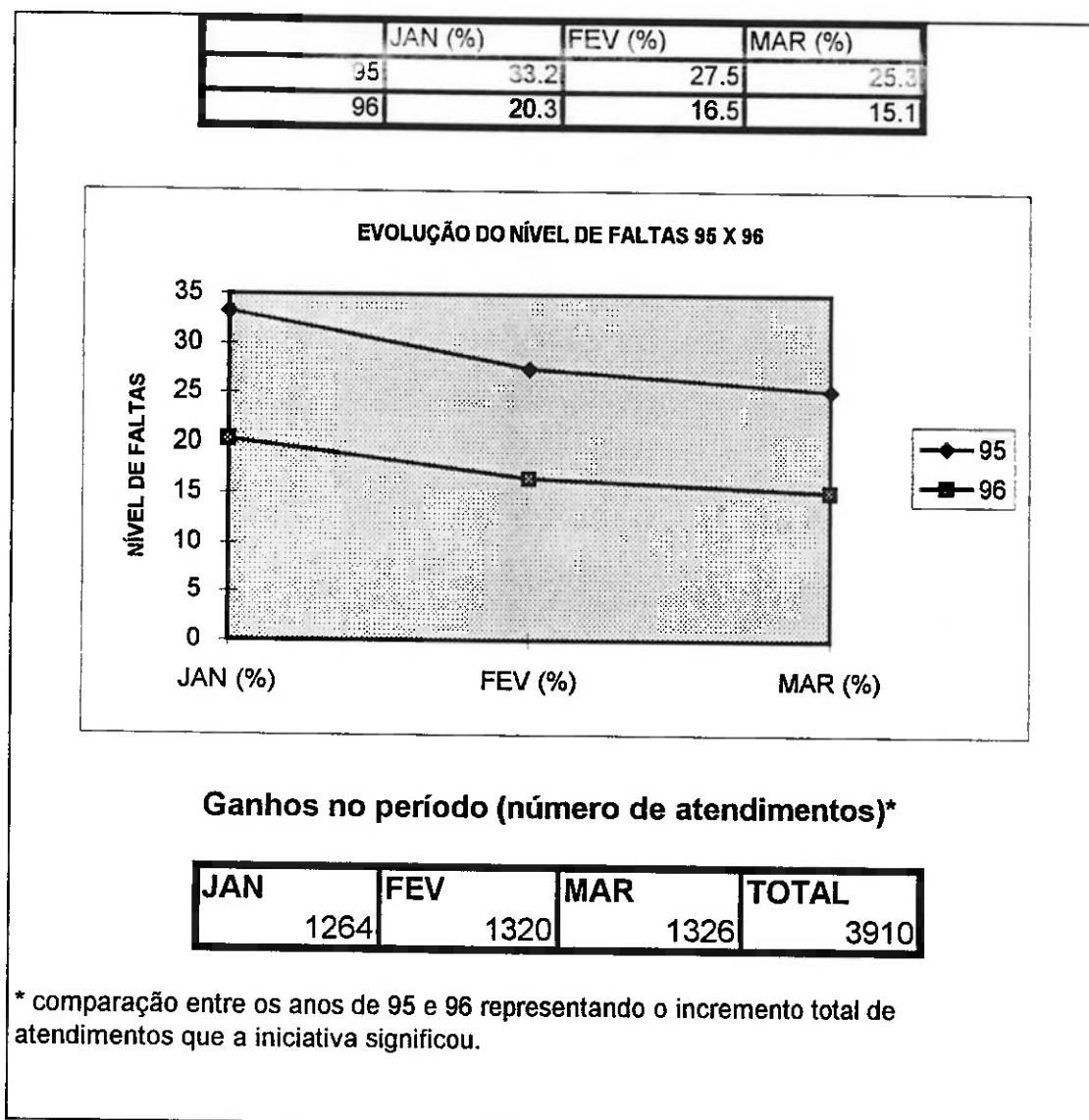


Figura 6.2 - Comparação entre o nível de faltas de 95 X 96

Elaborado pelo autor

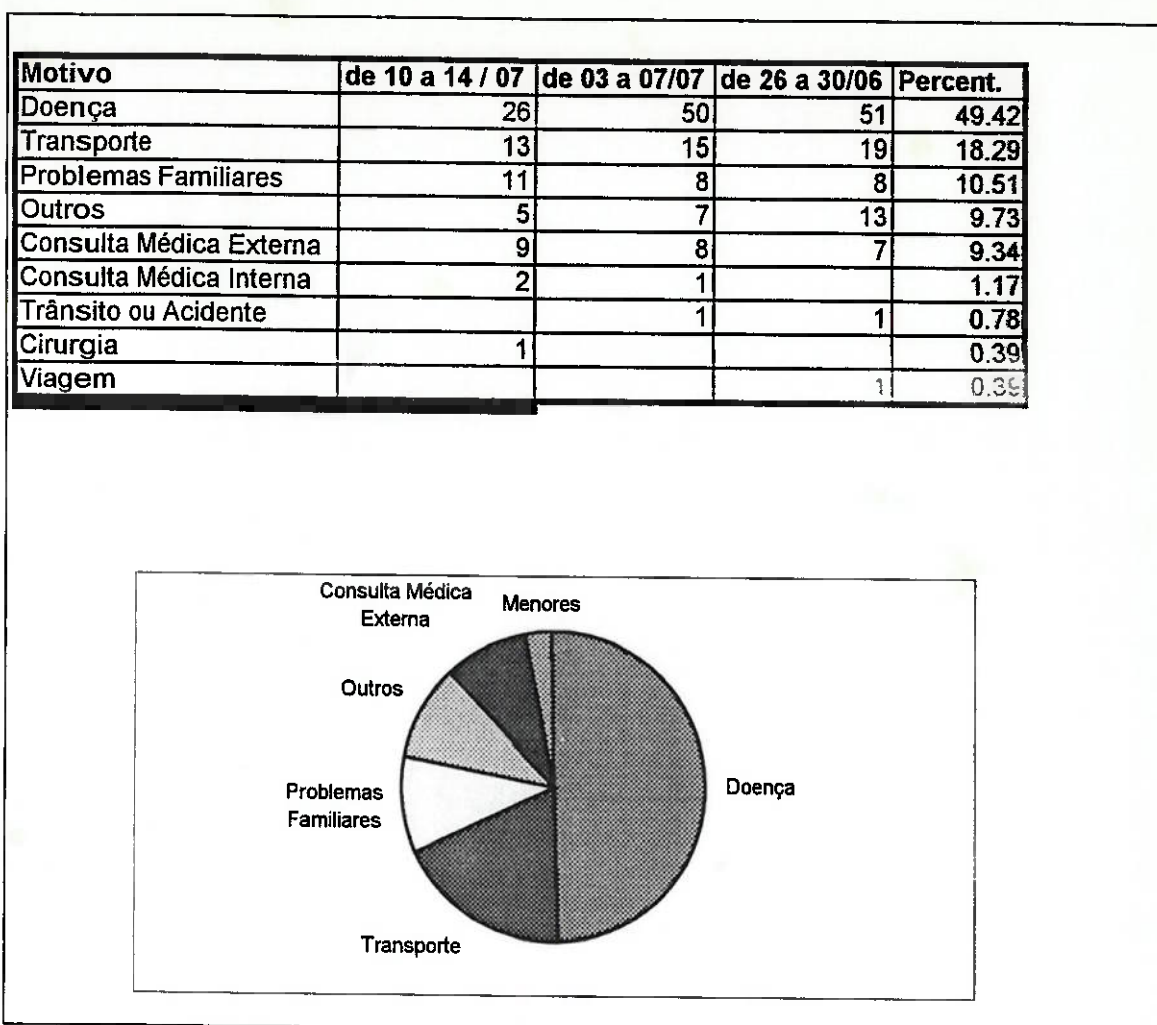


Figura 6.3 - Estatística por motivos de falta

Elaborado pelo autor

6.3.3. Perda III: Fatores ligados ao gerenciamento

As iniciativas ligadas ao gerenciamento da capacidade não podem ser quantificadas já estão ligadas diretamente às iniciativas tomadas; ou seja, a não aplicação de uma determinada iniciativa é que caracteriza a perda. Estas iniciativas dividem-se em dois casos basicamente: os encaixes e o overbooking.

6.3.3.1. Overbooking

O overbooking trata-se de uma técnica que, através de modelagem estatística, minimiza o impacto das faltas no sentido de se perder menos capacidade de atendimento.

Sempre que um paciente falta a um tratamento agendado, seu lugar fica vago (sem atendimento). O overbooking atua exatamente neste ponto: é um modo de previsão estatística para se preencher esta lacuna dentro de um nível de incerteza (significância) estabelecido pela instituição).

Basicamente, a idéia é marcar um número de pacientes superior à capacidade nominal total do sistema partindo-se da premissa que existem faltas que vão ocorrer (dentro de um modelo estatístico determinado). O overbooking é comumente usado por companhias aéreas no agendamento de lugares para vôos.

Alguns conceitos básicos são importantes para a implantação do overbooking na A.A.C.D.:

-modelo estatístico: trata-se do modelo estatístico padrão a ser utilizado. Para o caso da A.A.C.D. percebe-se que o modelo que melhor se ajusta é o da distribuição nominal. Seguindo as premissas básicas deste tipo de distribuição¹:

- as provas são independentes (falta dos pacientes);
- cada prova é uma prova de Bernoulli (só existe a possibilidade de faltar ou não faltar);
- a probabilidade de sucesso é constante);

- nível de faltas (1-F): é a porcentagem de faltas que se espera no período para o qual se está planejando o overbooking;

-nível de incerteza/significância (P): é o número de pacientes em overbooking que serão marcados e que, por previsibilidade estatística, não serão atendidos (este número será dado na forma de **pacientes não atendidos / 1000 pacientes marcados** em esquema de overbooking).

-célula de atendimento: é a unidade de atendimento composta por um grupo de profissionais que estão aptos a atender todos os pacientes colocados em overbooking (não pode haver especialização);

-capacidade de atendimento da célula (C): é a capacidade total de atendimento que a célula de atendimento possui para um determinado período (soma da capacidade de todos os profissionais);

-número de pacientes marcados em overbooking (M): é o número total de pacientes a serem marcados em overbooking para um determinado período;

Sendo assim, temos a seguinte relação binomial:

¹ Costa Neto, Pedro Luís de Oliveira - ESTATÍSTICA - São Paulo, SP, Edgard Blucher, 1977.

$$P = \sum_{i=c+1}^m C_i^m \cdot f^i \cdot (1-f)^{m-i}$$

Perceba que, a relação acima não é funcional do ponto de vista da operação das marcações de overbooking já que, no caso prático temos que encontrar o número de pacientes a serem marcados e não o nível de incerteza (variável gerencial que deve ser pré-definida como input do sistema).

Sendo assim, foi desenvolvido um software interativo que, baseado em comparações sucessivas, encontra o número de pacientes máximos a serem marcados a partir de parâmetros definidos pelo operador.

Plano de implantação do sistema de overbooking na A.A.C.D.

Para viabilizar o sistema foram definidos setores de terapias que possuíam capacidade de atendimento mínima para as células (não é possível se fazerem previsões estatísticas quando o universo é muito pequeno) e percebeu-se que, devido à inconstância do overbooking (não é possível se prever qual terapeuta fará o atendimento) não é possível utilizá-lo para o enquadramento de pacientes. Sendo assim, decidiu-se que os pacientes a serem marcados para overbooking seriam aqueles que se encontravam na lista de espera de um determinado setor ou então que estivessem passando pelo ambulatório e receberiam um atendimento mensal do tipo avaliação/orientação (não existe a necessidade de ser o mesmo terapeuta).

Paralelamente a isto foram feitas outras medidas:

- um sistema de gestão do cliente para informar-lo das implicações do overbooking e do porque deste tipo de atendimento;
- normas internas para garantir o funcionamento do sistema;
- delegação de responsabilidade a funcionários ligados à marcação e ao atendimento;
- estudo do inter-relacionamento entre os setores de suporte com atividades definidas;

Resultados obtidos pelo overbooking

A figura 6.4 ilustra alguns resultados obtidos para o período de 12 a 29 jan. para o overbooking no setor de Terapias da Fisio Infantil. Estes resultados tem como objetivo ilustrar a dinâmica do overbooking.

Os títulos Lista do Setor e Ambulatório referem-se à procedência do encaminhamento. O campo *Vagas* refere-se ao número total de vagas para o overbooking (segundo o modelo),

o campo Marcados refere-se ao número total de pacientes que foram efetivamente marcados e o campo *Atendidos* refere-se àqueles que efetivamente foram atendidos (na prática percebeu-se que os únicos que não foram atendidos foram aqueles que não compareceram na data agendada).

	Lista do Setor			Ambulatório		
	Vagas	Marcados	Atendidos	Vagas	Encaminh.	Atendidos
12-jun	5	4	4	3	0	0
13-jan	6	2	1	4	0	0
14-jan	4	0	0	5	0	0
19-jan	5	5	0	3	2	2
20-jan	6	6	3	4	3	3
21-jan	4	4	3	5	1	1
22-jan	4	4	0	4	0	0
23-jan	10	7	5	0	0	0
26-jan	5	4	3	3	0	0
27-jan	6	5	4	4	0	0
28-jan	4	3	2	5	0	0
29-jan	4	4	1	4	0	0
	63	48	26	44	6	6
Lista do Setor						
% Vagas utilizadas com marcação=					76.19	
% Atendidos sobre os marcados (100 - nível falta)=					54.16667	
% Utilização Vagas=					41.26984	
Ambulatório						
% Vagas utilizadas=			13.63636			
Resultados Gerais						
Total de Pacientes Atendidos=				32		
Total de Vagas=				107		
% Utilização=				29.90654		
Média Atend. / dia =				2.666667		

Figura 6.4 - Resultados do Overbooking

Elaborado pelo autor

A figura 6.5 ilustra a evolução do número total de pacientes atendidos pelo overbooking de janeiro a outubro de 1996.

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
32	38	42	37	39	41	27	33	46	48

Figura 6.5 - Evolução do número total de atendimentos em overbooking

Elaborado pelo autor

6.3.3.2. Encaixe

Encaixe é todo atendimento que se faz e que é gerado através da utilização de uma vaga ociosa devida a uma falta. A diferença para o overbooking é que neste caso podemos prever qual o paciente vai faltar e, desta forma, marcar outro naquela vaga.

Alguns casos típicos que caracterizam o encaixe:

-um paciente sairá de férias na terapia durante duas semanas. Logo, podemos marcar tratamento para outro paciente em regime de encaixe por vaga ociosa

-o responsável liga avisando que não virá a uma consulta. Logo, podemos agendar outro paciente para aquela vaga em regime de encaixe por vaga ociosa

Do ponto de vista da operação, o encaixe deve ser feito toda vez que se tiver certeza da falta de um paciente. Assim, deve se *gerar um horário* (abrir vaga para atendimento) para que esta vaga que ficará ociosa seja utilizada por outro paciente. A responsabilidade por este procedimento é dos funcionários ligados à marcação (S.A.M.E.).

Não é possível se fazer uma quantificação do encaixe já que o sistema de apontamentos atual da A.A.C.D. não leva em conta a diferenciação deste tipo de atendimento com o atendimento preestabelecido por marcação.

6.3.4. Perda IV: Fatores ligados à marcação

As perdas ligadas à marcação relacionam-se com o fato de que, muitas vezes existe capacidade de atendimento mas este não é realizado pois não existe a devida marcação do paciente.

Do ponto de vista operacional o processo de marcação é totalmente feito pelo S.A.M.E. havendo uma sub-departmentalização em clínicas e terapias. Após uma análise das funções gerais do S.A.M.E. percebeu-se que este departamento desempenha uma série de outras funções que não estão ligadas, necessariamente à marcação de pacientes. Esta falta

de focalização tem um impacto negativo no setor na medida em que não existe gerenciamento de priorização das operações e, muitas vezes, o processo de marcação acaba ficando de lado.

Percebeu-se, assim, que era necessário se fazer um projeto de reestruturação do S.A.M.E. onde o primeiro passo era entender o real papel a ser desempenhado pelo departamento tanto do ponto de vista dos clientes externos quanto internos. Nesta discussão percebeu-se um ponto comum entre todas as pessoas envolvidas: o S.A.M.E. existe para viabilizar o processo de marcação de pacientes (qualquer outra função é acessória se comparada à principal).

Após uma análise dos processos internos do S.A.M.E. percebeu-se que, a melhor alternativa era focalizá-lo apenas em funções ligadas à marcação e retirar de seu escopo estas funções acessórias. Na análise dos fluxos de processo percebeu-se que estas mudanças poderiam ser feitas sem causar impactos negativos em outros setores pois existia uma má otimização dos processos existentes.

Seguem, portanto, algumas destas mudanças realizadas.

6.3.4.1. Recepção do Ambulatório

A função de recepção acontece como modo de viabilizar a entrada do paciente para um atendimento clínico que havia sido agendado. As principais atividades de recepção desempenhadas são:

- confirmar se realmente o paciente estava marcado para o período em que está se apresentando (busca no sistema ou em listagens);
- apontar status de presença no sistema;
- preencher ficha de encaminhamento (guia do médico);
- fazer cobrança do atendimento;
- chamar paciente;

No processo implantado na A.A.C.D., a maior parte desta função de recepção estava ligada ao S.A.M.E., o que gerava, além do problema de falta de focalização, um problema de gerenciamento efetivo do andamento das clínicas. O fato é que o S.A.M.E. está separado fisicamente do setor clínico por 1 (um) andar e, desta maneira, é impossível para o funcionário do S.A.M.E. visualizar o andamento do setor e decidir sobre alguma eventual necessidade de encaixe.

O retrabalho se dá na medida em que um funcionário das clínicas deve descer para o S.A.M.E., periodicamente, para pegar as novas fichas de encaminhamento abertas para, aí sim, ter a informação dos pacientes que já procederam a recepção.

O projeto de mudança das funções de recepção do ambulatório (mudando o foco do S.A.M.E. para o próprio setor) baseou-se, portanto, em conceitos operacionais do processo de atendimento e a conceitos mais amplos de definição do real papel de cada

departamento. A figura 6.6 ilustra o novo fluxo proposto para o processo de recepção do ambulatório.

Para se viabilizar a implantação, as mais significativas mudanças estão ligadas às seguintes áreas de decisão:

Área	Mudança
Força de Trabalho	Garantir capacitação dos funcionários do ambulatório para desempenharem as novas funções;
Processo/Tecnologia	Mudar o fluxo do processo;
Instalações	Pequenas adaptações de Lay-Out no ambulatório;
Medidores de Desempenho	Controle e monitoamento dos ganhos (em marcação) do projeto;
Controle das Operações	Mudanças funcionais significativas no S.A.M.E. e no ambulatório;
Gestão do Cliente	Processo de informação sobre mudanças;
Sistema de Informação	Mudanças na emissão de relatórios e controle de recepção;
Organização	Muda a organização do trabalho tanto do S.A.M.E. quanto ambulatório;

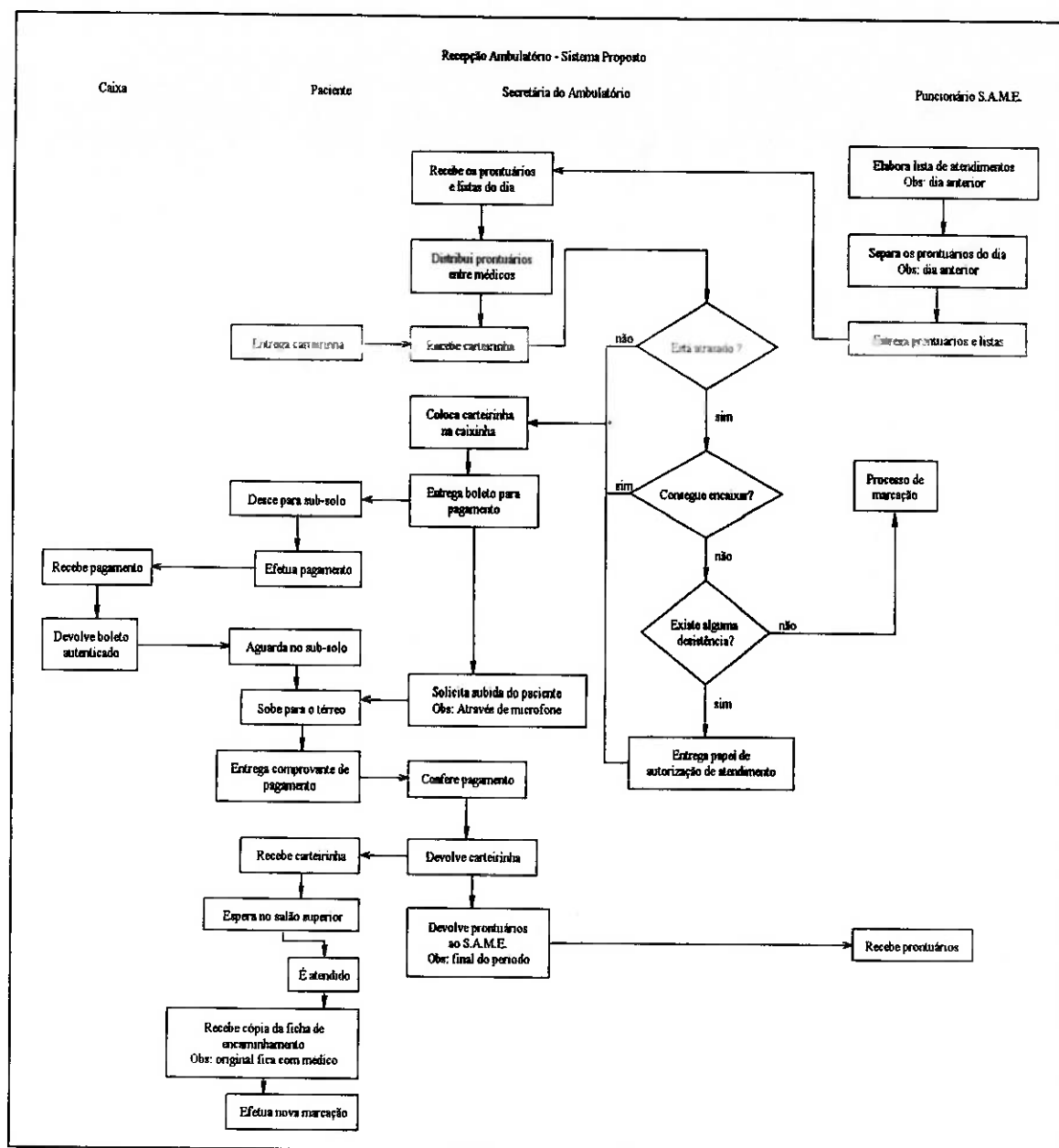


Figura 6.6 - Fluxo de Recepção do Ambulatório proposto

Elaborado pelo autor

6.3.4.2. Sistema de Lista de Espera

Um dos maiores focos de perda de capacidade de atendimento encontrados foi o sistema de lista de espera utilizado como suporte para o processo de marcação do ambulatório. Em linhas gerais, o funcionamento é simples mas pouco produtivo: depois de requisitar um atendimento, o paciente é colocado numa lista de espera da clínica e médico específico para ser, posteriormente chamado (via telefone ou carta) pelo funcionário do

S.A.M.E. para a consulta. A ociosidade acaba sendo gerada pelo não-chamamento do paciente.

A idéia geral foi mudar o sistema instaurado com o objetivo de retirar a responsabilidade do chamamento do S.A.M.E por meio de um processo que ficou conhecido como lista de espera planejada. Assim que o paciente requisita a marcação, o funcionário do S.A.M.E. teria condições de dimensionar (preferencialmente via sistema) o período viável de próxima vaga (período de 1 mês) e já deixaria o paciente pré-agendado sendo que, este, deve necessariamente ligar para o S.A.M.E. com antecedência para confirmar e, aí sim, efetivar a marcação (devido à necessidade de desenvolvimento técnico computacional, este novo sistema não se encontrava implantado na A.A.C.D.).

Dessa forma, o novo método consiste em planejar todos os pacientes da nova lista de espera para alguma data futura (mês/ano) pré-determinada pelo sistema, e assim, o paciente já terá a perspectiva de ser atendido em algum momento, podendo então, planejar a si mesmo.

No método antigo, os funcionários do S.A.M.E. entravam em contato com os pacientes para agendar suas consultas de acordo com a disponibilidade dos médicos e suas respectivas clínicas. No novo programa, os pacientes é que entrarão em contato com os funcionários do S.A.M.E. para agendar suas consultas no mês em que foram planejados; ou seja, como visto anteriormente, o paciente ao entrar na lista de espera recebe automaticamente um planejamento sobre o mês em que será atendido, bastando apenas entrar em contato na primeira quinzena do mês anterior ao seu planejamento para agendar data e horário de sua consulta na determinada clínica e médico(opcional). Este último processo que seria a confirmação propriamente dita está ilustrada na figura 6.7.

As principais áreas de decisão que devem sofrer mudanças para a implantação deste novo sistema de lista de espera são:

Área	Mudança
Processo/Tecnologia	Mudança completa nos processos de marcação de consultas;
Força de Trabalho	Mudanças nas funções dos funcionários requerem um sistema de treinamento e mudança cultural;
Organização	Necessidade de se intensificar o processo interno de comunicação;
Sistemas de Informação	Todo este processo está suportado por um sistema de informação automatizado e compatível (sendo assim, as mudanças necessárias são grandes nos módulos de marcação e de lista de espera);
Gestão do cliente	Além da informação do cliente para se adaptar ao novo processo foi necessário desenhar um processo constante e consistente de envio de cartas para lembrar da necessidade de confirmação e para avisar do efetivamento da marcação;
Medidas de desempenho	O índice de desempenho global que mede o sucesso do programa está ligado à diminuição da perda do tipo vagos;

6.3.4.3. Reprogramação mensal

O processo de reprogramação mensal está ligado às terapias e trata-se de um ajuste de processo que gera problemas de otimização para *corrigir* uma inadaptação do sistema de informação.

Devido às características de constância dos tratamentos de terapia, a cobrança é feita em base mensal, ou seja, o paciente só precisa pagar uma vez por todas as terapias relativas a um determinado mês. Existe uma divisão entre as funções de cobrança (depto. caixa) e de marcação (depto. S.A.M.E.) devendo, portanto, haver um processo de comunicação entre estes para que se possa fazer a cobrança baseada no número de marcações do período.

Este processo de comunicação deveria ser feito automaticamente pelo sistema de informação da A.A.C.D. (Medsar) que, além disto, deveria facilitar o processo de cobrança já computando as totalizações necessárias. Mas, por não haver esta integração, os pacientes devem, mensalmente, passar no S.A.M.E./Terapias para fazer o que se chama de reprogramação mensal que, nada mais é que uma contagem do número de terapias relativa àquele mês. Este trabalho do S.A.M.E. que não agrega nenhum valor ao processo (trata-se de um retrabalho), acaba desfocalizando-o de sua função principal que é a marcação.

As principais áreas de decisão que devem sofrer mudanças para viabilizar as mudanças na reprogramação mensal são:

Área	Mudança
Processo/Tecnologia	Mudanças no fluxo do paciente e na automação;
Força de Trabalho	Treinamento;
Organização	Mudança nas características funcionais do trabalho;
Sistemas de informação	A mudança no Medsar já foi descrita;
Gestão do cliente	Processo de informação da mudança;
Medidas de desempenho	Estão ligadas à utilização de capacidade do S.A.M.E. terapias;
Controle das operações	A mudança na operação está mais ligada ao Caixa;

6.3.5 Ganho de Capacidade

O ganho de capacidade conforme definido está ligado à geração de horas extras. Existem basicamente dois tipos de horas extras: as não-remuneradas e as remuneradas.

O tipo de não remuneradas é uma decisão ligada diretamente ao profissional de atendimento que deve decidir se atenderá o paciente ainda que isto implique em maior número de atendimentos que haviam sido pré-agendados.

O outro tipo é o de remuneradas. Legalmente, este tipo de procedimento tem implicações na remuneração do pessoal (horas extras devem ser pagas em regime especial) o que, se por um lado gera maior capacidade de atendimento, incorre em incremento de custos. Sendo assim, decidiu-se que tal decisão ficaria a cargo da Gerência da A.A.C.D. não sendo desenvolvido nenhum projeto específico para este tipo de procedimento.

6.4. Configuração do Sistema de Marcação e Recepção

Para obter dados e informações confiáveis para análise das perdas e ganhos de capacidade é necessário que se façam alterações no sistema de informação que cuida dos apontamentos ligados à marcação e a recepção dos pacientes. Sendo assim, foi proposta uma configuração (figura 6.8) baseando-se no projeto global de eficiência na utilização da capacidade e nas novas iniciativas propostas.

A divisão básica é por tipo de marcação (agendamento) e por tipo de recepção (resposta ao agendamento).

- A marcação normal acontece quando o paciente possui um atendimento agendado cuja vaga já estava preestabelecida (caso comum);
- O Horário extra divide-se em remunerado e não remunerado;
- Os encaixes dividem-se em overbooking e encaixe para utilização de vaga ociosa;
- O paciente recebe o status de atendimento na recepção quando confirma a marcação;
- No módulo dispensa foi colocado uma lista de motivos para se fazerem análises estatísticas;
- As faltas foram separadas em justificadas e não justificadas sendo que a primeira traz uma lista dos motivos usados como justificativa;

Quanto ao tipo de marcação:

→ Marcação Normal

→ Horário Extra gerado para atendimento (E) ----

----- Extras

→ Hora Extra Remunerado (R) -----

→ Overbooking (B) -----

-----Encaixes

→ Encaixe de paciente utilizando vaga ociosa (N)--

Quanto ao status de recepção:

→ Atendimento

→ Dispensa

-motivos de dispensa

→ Falta

→ Falta Justificada

-motivos de falta justificada

Figura 6.8 - Configuração do sistema de marcação e recepção

Elaborado pelo autor

6.5. Estudo de produtividade na utilização da capacidade

Para analisar a evolução e a efetividade do programa de produtividade na utilização da capacidade foram lançados índices globais e, dentro destes, específicos para cada tipo de perda ou ganho. A idéia seria incorporar estes índices gerenciais ao dia-a-dia da instituição influenciando, assim, a tomada de decisão e os redirecionamentos de iniciativas ligadas à utilização da capacidade.

Não houve implantação desta iniciativa até o final do presente trabalho pois seriam necessárias mudanças no sistema de apontamentos e de manipulação de dados que requer desenvolvimento tecnológico computacional.

Capacidade Total (CT)

$CT = \text{Total de Marcados por marcação normal} + \text{Vagos}$

Capacidade de Marcação (CM)

$CM = CT - \text{Vagos}$

Capacidade Viável (CV)

$CV = CM - \text{Dispensas}$

Capacidade Faltosa (CF)

$CF = CV - \text{Faltas}$

Capacidade Gerenciável (CG)

$CG = CF + \text{Encaixe}$

Capacidade Utilizada (CU)

$$CU = CG + \text{Extras}$$

Do ponto de vista global o índice de produtividade a ser utilizado é:

$$I_g = CU / CT$$

Do ponto de vista de análise específica teríamos:

$$I_g = \underset{\substack{! \\ \text{Perda IV}}}{CM/CT} \times \underset{\substack{! \\ \text{Perda I}}}{CV/CM} \times \underset{\substack{! \\ \text{Perda II}}}{CF/CV} \times \underset{\substack{! \\ \text{Perda III}}}{CG/CF} \times \underset{\substack{! \\ \text{Ganho}}}{CU/CG}$$

Perceba que índice global (I_g) é sistêmico e trata-se de uma composição dos índices específicos sendo que cada um destes representa um tipo de perda ou ganho (já descritos) que influencia diretamente no global.

Estes índices pode ser utilizado tanto para os setores de clínicas ou terapias ou para as clínicas e terapias específicas que formam os setores. Do ponto de vista da utilização, percebe-se que este índice funcionaria como uma ferramenta gerencial para entender a evolução da utilização da capacidade dentro de dimensões macro e micro de trabalho.

A idéia seria de se formarem séries históricas para, a partir de análise comparativas, começar a entender a dinâmica normal da A.A.C.D. (aspectos ligados a sazonalidade) e causas específicas e contingenciais que venham a ocorrer. Esta análise levaria à tomada de decisão acerca de novas iniciativas que garantissem os objetivos de desempenho em relação à utilização eficiente da capacidade instalada.

Por meio de uma análise quantitativa, este capítulo tem por objetivo discorrer acerca das outras duas dimensões do gerenciamento de capacidade / demanda já analisadas: o balanceamento entre setores e o dimensionamento de pessoal de linha de frente.

Para tanto, foi feita uma coleta de informações tanto relativas ao processo interno quanto aos apontamentos propriamente para que se fosse possível formular um modelo analítico que serve de base para que se lancem iniciativas práticas de implantação e linhas gerais de decisões gerenciais.

CAPÍTULO 7

BALANCEAMENTO ENTRE SETORES E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE FRENTE

7. Balanceamento entre setores e dimensionamento de Pessoal de Frente

7.1 Balanceamento entre setores

7.1.1. Modelamento macro do balanceamento - Considerações

A primeira abordagem, no sentido de se chegar a um modelo A.A.C.D. para balanceamento interno dos setores de atendimento, foi a de se chegar a uma análise global da geração de demandas internas e entender, o inter-relacionamento entre triagem X clínicas X terapias. Sendo assim, nesta primeira análise, não se levou em consideração a especificidade de cada uma das clínicas ou terapias especializadas; as funções de triagem, clínicas e terapias foram consideradas únicas. Existe, sem dúvida, a necessidade de uma análise mais particular de especificidades mas, o objetivo neste primeiro momento é o de traçar linhas gerais de decisão do ponto de vista estratégico para que, a partir disto, haja um desdobramento para este campo particular.

A figura 7.1 ilustra o modelo que foi tomado como ponto de partida para se chegar a esta análise global.

Cada ramo de inter-ligação entre setores representado mostra a geração de demandas internas baseada em necessidades específicas do paciente; por exemplo, o ramo que liga a triagem à clínica representa os pacientes que, após passarem por triagem, são encaminhados para alguma clínica.

Os ramos que não inter-ligam setores representam o caso daqueles pacientes que saem do sistema; por exemplo, o paciente que passa por triagem e não é encaminhada para nenhuma clínica ou, então, o paciente que é desligado da terapia e não retorna mais à clínica.

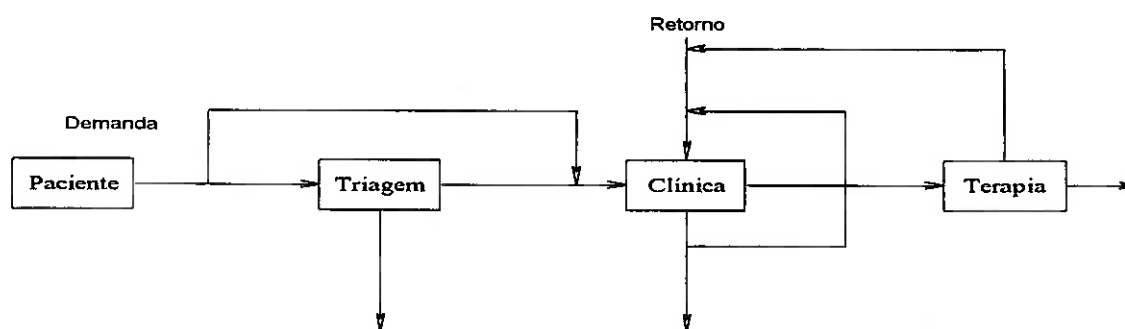


Figura 7.1 - Modelo Base para o balanceamento

Elaborado pelo autor

Para a confecção deste modelo foram lançadas premissas (colocadas no capítulo cinco do presente trabalho) e que devem ser observadas:

- As triagens foram agregadas;
- As avaliações globais e as iniciais foram colocadas dentro do quadrado das clínicas;
- Os retornos também estão ligados à clínica sendo que são alimentados por pacientes em terapia quanto por pacientes que não vão fazer terapia na instituição (na quantificação, chegou-se à conclusão que este ramo era irrelevante e, portanto, este foi desconsiderado);
- As terapias estão agregadas (neste caso, consideram-se apenas os tipos enquadramentos e, não, avaliações e orientações);

7.1.1.1. Quantificando o modelo

A idéia do projeto era conceber um modelamento macro de fácil utilização que funcionasse como uma ferramenta gerencial para entender as implicações da geração de demandas internas no dimensionamento dos setores. Para tanto, foi desenvolvida uma planilha interativa no software para ajudar o gerente da A.A.C.D. a traçar cenários que indicassem a implicação de determinadas decisões ligadas à expansão, retração ou manutenção da capacidade de atendimento.

O primeiro passo para a elaboração desta planilha foi encontrar índices internos (baseados numa coleta de dados da realidade histórica da A.A.C.D.) representativos para cada um dos ramos. A figura 7.2 ilustra estes índices encontrados.

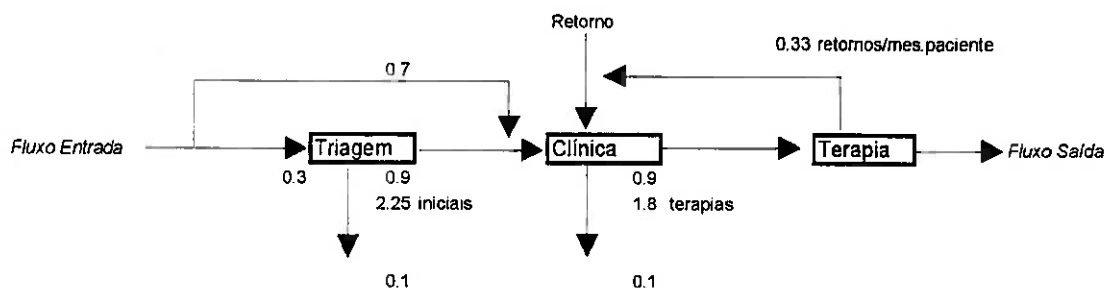


Figura 7.2 - Modelo para balanceamento quantificado

Elaborado pelo autor

Perceba que alguns índices estão adimensionalizados enquanto que outros mostram unidades específicas. Segue, abaixo, a explicação do modelo quantificado.

- Fluxo de Entrada - número de pacientes que entraram em contato com a instituição para procurar assistência em um determinado período de tempo;
- 0,3 e 0,7 - Respectivamente o índice de pacientes que entram na instituição através de triagem e sem passar pela triagem (este índice trata de porcentagens);
- 0,9 e 0,1 (Triagem) - Respectivamente o índice de pacientes que passam da triagem para a clínica e que não enquadram na A.A.C.D. (rejeitados na triagem);
- 2,25 iniciais - Representa o fato que, em média, cada paciente é encaminhado para 2,25 consultas do tipo inicial (isto ocorre pois a primeira consulta em qualquer clínica é considerada inicial e o paciente pode vir a passar por mais de uma clínica em sua dinâmica de tratamento);
- 0,9 e 0,1 (Clínica) - Respectivamente o índice de pacientes que passam das clínicas para terapia e daqueles que não são encaminhados para nenhuma terapia;
- 1,8 terapias - Representa o fato que, em média, cada paciente é encaminhado para 1,8 setores de terapia (isto ocorre pois o mesmo paciente pode vir a ser encaminhado para mais de um setor de terapia na dinâmica de tratamento);
- 0,33 retornos / mes. paciente - Representa o fato que, em média, enquanto enquadrado em uma terapia, o paciente passa por 0,33 retornos por mês;
- Fluxo de saída - número de pacientes que passaram por terapias e foram desligados da instituição por determinado período de tempo;

7.1.1.2. Utilização do modelo

Como forma de ilustrar a utilização do modelo macro elaborado, foi feita uma simulação para o caso de entrada de 100 pacientes. As demandas geradas estão representadas na figura 7.3.

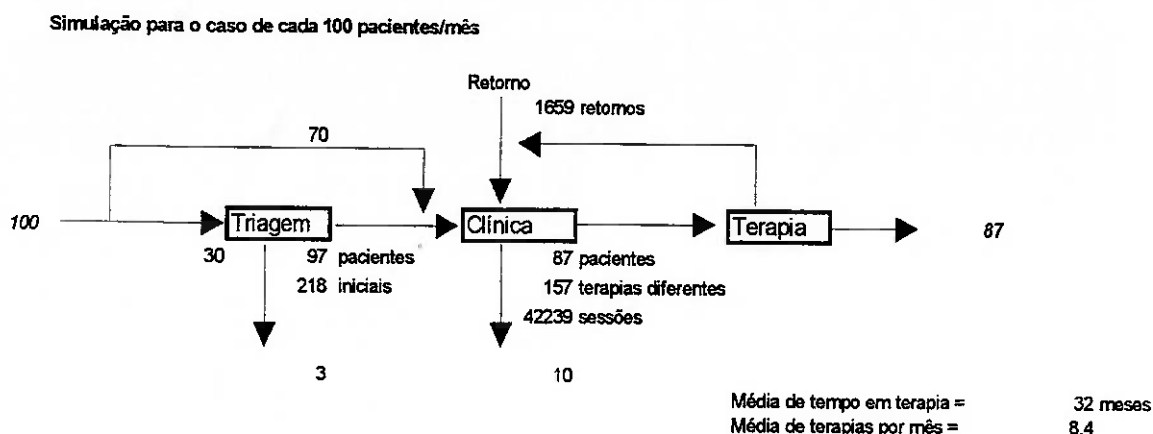


Figura 7.3 - Exemplo da utilização do modelo para 100 pacientes

Elaborado pelo Autor

Considerando-se fluxo constante de entrada de 100 pacientes mensais procurando a instituição chegaria-se às seguintes conclusões acerca do dimensionamento dos setores:

30 consultas de triagem	
218 consultas iniciais	
1659 retornos	1878 clínicas por mês
42239 sessões de terapia	

Se compararmos estes resultados proporcionais com a realidade atual da A.A.C.D. percebemos um desbalanceamento entre setores:

A proporção hoje, dentro da A.A.C.D. é de:

200 consultas de triagem
2167 clínicas
12000 sessões de terapia

Sendo assim, conclui-se que deve haver um programa para se fazer um re-balanceamento da instituição para uso efetivo da capacidade levando-se em consideração a geração de demandas internas.

Para tanto, foram feitas duas propostas globais. A **primeira proposta** tem como objetivo traçar um cenário do dimensionamento para o caso de se manterem a capacidade das terapias. Ou seja, se o número atual de terapias se manter constante, qual deve ser o perfil dos outros setores.

I) Mantendo-se a capacidade das terapias

12000 sessões de terapia	
45 terapias diferentes	
25 pacientes para terapia	
28 pacientes para clínica	
63 iniciais	534 consultas de clínicas
471 retornos	
31 foram aprovados na triagem	
44 procuraram a A.A.C.D.	

Percebe-se, portanto, que partindo-se da atual capacidade instalada para atendimentos de terapia, só seriam necessárias 534 consultas clínicas, ao invés de 2167 que é a atual capacidade instalada.

Existe, portanto, um desbalanceamento entre as clínicas e as terapias. No dia a dia da instituição este efeito pode ser sentido pelas longas filas de espera de pacientes em terapias que vão crescendo constantemente até que, de tempos em tempos, se tomam decisões paliativas do tipo desligamento em massa ou contratação imediata (sem planejamento) de novos profissionais de atendimento.

A **segunda proposta** tem como objetivo traçar um cenário do dimensionamento necessário para atender a demanda atual (abril/96). No mês considerado, a instituição vinha sendo procurada por 180 pacientes mensalmente.

II) Tentando atender à demanda atual

180 pacientes/mês	
393 consultas iniciais	3380 consultas clínicas
2987 retornos	
76031 sessões de terapia	

. Ou seja, para atender à demanda atual de 180 pacientes

aumentar	6.34 a capacidade das terapias
aumentar	1.56 a capacidade das clínicas

A capacidade das terapias deveria ser multiplicada por 6.34 vezes enquanto que a das clínicas por 1.56 vezes. Percebe-se, portanto, que o aumento da capacidade necessário para os departamentos de terapia é aproximadamente 4 vezes superior ao das clínicas.

7.1.1.3 Iniciativas práticas ligadas ao modelo

Conforme já descrito, o modelo tem por objetivo lançar informações quantitativas a serem utilizadas como base para decisões gerenciais e iniciativas práticas de re-balanceamento dos setores.

As seguintes conclusões foram utilizadas para embasar o processo atual de expansão dos setores da A.A.C.D.:

-a capacidade de atendimento dos setores de clínica manteve-se praticamente constante sendo que o foco de expansão foram os setores de terapia;

-a redução da capacidade de algumas clínicas começou a ser colocada em discussão como forma de diminuir as filas de espera de terapias (efeito da geração interna de demandas);

-reforçou-se a urgência do projeto de produtividade da capacidade instalada (principalmente nas terapias) como forma de diminuir tempos de enquadramento;

-as terapias passaram por um processo de definição de normas internas ligadas ao enquadramento e desligamento de pacientes para racionalizar o tratamento e diminuir os tempos de enquadramento;

7.2. Dimensionamento de Pessoal de Linha de Frente

Os resultados obtidos pelo balanceamento entre setores mostram diretrizes tangíveis para o dimensionamento de pessoal de linha de frente ligados diretamente ao atendimento dos pacientes. Na verdade, este dimensionamento de pessoal é feito através de uma relação direta entre a capacidade de atendimento necessária e o número de atendimentos que cada profissional é capaz de fazer dentro do período de tempo determinado.

Sendo assim, se há a necessidade de se aumentar a capacidade de um determinado setor de terapia em 160 atendimentos mensais e um terapeuta contratado consegue fazer em torno de 80 atendimentos mensais, basta que se contrate dois profissionais para este setor. Sem dúvida, esta facilidade aparente está desconsiderando o fator dificuldade de contratação que leva em conta a necessidade de se encontrarem profissionais capacitados e aptos a desempenharem as funções técnicas necessárias.

O que acontece, na verdade, é que pelo fato de a A.A.C.D. não possuir uma base de dados ligados ao gerenciamento da capacidade consistente e por alguns setores de atendimento possuir uma capacidade de atendimento total pequena (universo mais sujeito a variabilidades estatísticas), fica impossível chegar a estes números através de um modelamento de balanceamento específico para cada setor.

Sendo assim, foi proposta uma metodologia de análise de setores seguindo uma analogia do conceito de gargalos de produção. Ou seja, um conjunto de setores foi comparado e, para cada um, concluiu-se o tempo médio para a acabar com a lista de espera no momento da análise. A idéia seria focalizar a expansão naqueles setores que apresentassem maior tempo para acabar com a lista.

A partir do momento em que se fizesse a contratação de novos profissionais (expansão do quadro de linha de frente), a idéia seria fazer novamente esta análise de gargalos voltando, portanto, ao processo de focalização e priorização.

7.2.1. Dimensionamento para Terapias

A figura 7.4 ilustra a análise realizada (dentro dos conceitos estabelecidos) para os principais setores de terapia. Segue uma explicação de cada um dos campos utilizados nesta análise:

- **média mensal de desligamentos:** número médio de pacientes que são desligados mensalmente no setor deixando, assim, vaga para o enquadramento de outros paciente (trata-se de um índice análogo ao fluxo de saída);
- **número de pacientes enquadrados:** número total de pacientes que estão recebendo tratamento no setor (apenas aqueles que estão enquadrados) - possui uma relação direta com a capacidade (tamanho) do setor;
- **capacidade mensal sem Aval./Orient.:** capacidade mensal de atendimento descontando-se os atendimentos do tipo Avaliação e Orientação (é necessário se fazer esta subtração pois os atendimentos do tipo Aval./Orient. não caracterizam o enquadramento);
- **número de terapeutas:** número total de profissionais de atendimento do setor no momento de análise;
- **lista de espera:** número de pacientes aguardando para serem enquadrados (tamanho da lista de espera);

Estes cinco primeiros itens tratam de informações coletadas junto aos apontamentos da instituição.

- **média de terapias por paciente, por semana:** relação entre a capacidade mensal e o número de pacientes enquadrados;
- **porcentagem mensal de desligados:** relação entre a média de desligados e o número de enquadrados;
- **média de tempo em terapia:** é inversamente proporcional à porcentagem mensal de desligados;
- **tempo para acabar com a lista de espera:** relação entre o número de pacientes em lista de espera e média mensal de desligados;

Estes quatro últimos itens tratam-se de matemáticas realizadas com as informações coletadas.

	Média Mensal de Desfecho	Número de Pacientes Enquadrados	Capacidade Mensal sem Aval. Orient.	Número de Terapias	Lista de Espera (Atual)	Média de terapias por paciente, por semana	Porcentagem Mensal de Desfechos	Média de Tempo em Terapia (meses)	Tempo para acabar com L.E. atual
Fisio Adulto	29	143	2408	21	53	4.01	20.28	4.93	1.81
T.O. Adulto	não sabe	65	404	5	17	1.48			
Hidroterapia	12	230	995	16	55	1.03	5.22	19.17	4.58
Fisio Infantil	8	612	3000	38	127	1.17	1.35	73.44	15.18
T.O. Infantil	14	300	1712	19	80	1.35	4.55	21.95	5.85

Figura 7.4 - Análise da Capacidade e Lista de Espera para principais terapias

Elaborada pelo Autor

Percebe-se, portanto, que a Fisio Infantil deveria ser encarada como um gargalo dentro das características específicas do processo de prestação de serviços da A.A.C.D. e que, portanto, deve ser focalizado em um contexto de necessidade de expansão.

7.2.2. Dimensionamento para clínicas

A figura 7.5 ilustra uma análise similar para as principais clínicas.

	Lista de Espera		Capacidade Semanal		Tempo p/ acabar fila	
	Inicial	Retorno	Inicial	Retorno	Inicial	Retorno
Aval. Ortopédica		251		38		7
Esvoliose	54	119	4	8	15	15
Mal Formados	66	191	5	8	14	25
Mielo	1	91	4	13	0	7
Outros	66	193	2	10	35	18
PC	12	458	22	100	1	5
Triagem PC	754		5		151	

Figura 7.5 - Análise da Capacidade e Lista de Espera para principais clínicas

Elaborada pelo autor

Percebe-se que, para o caso das clínicas, a focalização deve se dar para a clínica de **Outros**, para a de Mal Formados e para Esvoliose. Analisando, entretanto, a operação das clínicas, percebe-se que o tempo de término de fila para mal formados e esvoliose é baixo, havendo, necessidade prática de se repensar a expansão apenas para a clínica de Outros.

Esta última conclusão pode parecer contraditória aos resultados obtidos através da análise do balanceamento clínicas X terapias. É importante deixar claro, entretanto, que aquela tratava-se de uma análise global e que, portanto, pode existir a necessidade de expansão de clínicas específicas ainda que, num âmbito macro, a idéia é reduzir o tamanho das mesmas.

CAPÍTULO 8

CONCLUSÕES

8. Conclusões

8.1. O processo de mudanças

Em sua palestra realizada no dia 08 de abril de 1996 no Projeto Visão realizado junto à Fundação Vanzolini, o profissional da RBS, Engenheiro Eduardo Gusso expôs o conceito da curva S (figura 8.1) relacionando-o à transformação das pessoas, processos, tecnologias e sistemas.

Este conceito compara os processos de transformação (representados pelas curvas) e as perdas de desempenho a curto prazo inerentes ao mesmo como forma de se garantir ganhos maiores de desempenho a médio e longo prazo relacionados à utilização dos recursos organizacionais. Este processo de transformação ou de evolução constante seria a base para para o atingimento de melhorias contínuas.

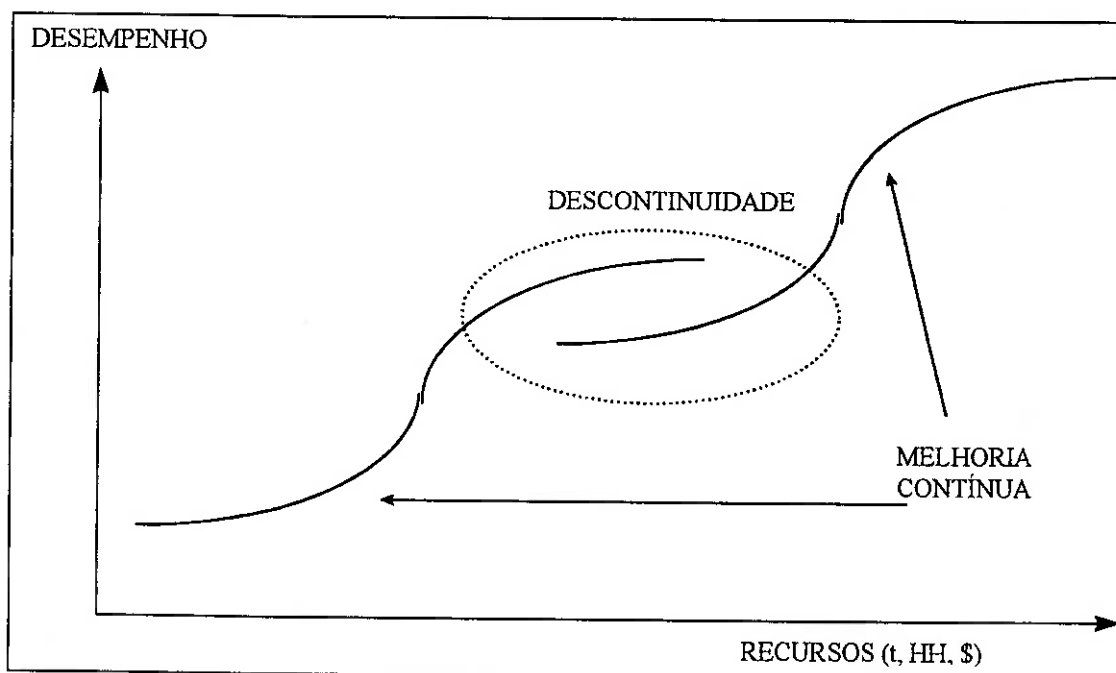


Figura 8.1 - Ilustração do conceito da Curva S

Adaptado de Gusso

Na prática obtida na implantação dos projetos concebidos para a A.A.C.D. percebeu-se a aplicabilidade e a veracidade deste efeito. A concepção destes projetos foi feita

levando-se em consideração processos de transformação que objetivavam melhorias na organização mas que, só se concretizaram em reais ganhos após um período de tempo.

Este fato trouxe dois grandes aprendizados acerca dos processos de mudança. O primeiro, está ligado ao porquê destas perdas contingenciais e o segundo ao gerenciamento e garantia de atingimento das melhorias propostas.

8.1.1. O porquê das perdas contingenciais

Abaixo estão relacionados alguns motivos que, sob a ótica do autor, explicam o processo de perdas contingenciais (ou de curto prazo):

- **tempo de aprendizado:** existe a necessidade de novo aprendizado a partir do momento em que a organização está *acostumada* a proceder de uma determinada maneira e o processo de transformação implica em mudar esta maneira;
- **ceticismo:** é comum as pessoas agirem, num primeiro momento, com ceticismo a *novas regras do jogo* - o que faz com que exista uma resistência e criação de barreiras naturais;
- **acomodação:** a *não transformação* ou a *manutenção do status quo* implica na acomodação em relação ao que se conhece por realidade - é necessário se quebrar este processo de inércia;
- **ajustes finos:** qualquer projeto parte de um conceito global que é desdobrado até níveis operacionais de implantação - existe, entretanto, por mais detalhado que esteja o projeto, a necessidade de se fazerem ajustes finos que não haviam sido planejados;

8.1.2. Gerenciamento e garantia de atingimento das melhorias propostas

O segundo e, talvez, mais importante aprendizado foi o processo de gerenciar as mudanças e garantir o atingimento das melhorias propostas. Ainda que a maioria destas conclusões possam parecer óbvias ou, de certo modo, incansavelmente discutidas, na prática do dia a dia, *a história parece ser outra...*

- **Necessidade do engajamento das pessoas.** Num primeiro momento a estratégia limitava-se a conceber um projeto acertado e garantir o engajamento apenas dos decisores acerca da implantação do mesmo. Não demorou muito para perceber que o engajamento das pessoas de operação é importante não só para a implantação como também para a concepção.
- **As pessoas são diferentes.** Entender que cada pessoa possui desejos e necessidades próprias e que, portanto, enxergam a realidade de uma maneira individualizada é a base para se conseguir um projeto integrado e completo. Afinal, *ninguém é dono da verdade.*

- **Aliar paciência a velocidade.** Pode parecer uma conclusão paradoxal mas, a implantação de um projeto organizacional requer um balanceamento correto entre a paciência necessária para entender que mudanças não acontecem instantaneamente mas que não se pode deixar atingir um estágio letárgico. Saber imprimir a velocidade correta é um composto de uma série de variáveis que acabam convergindo para o velho bom senso.
- **Gestão constante.** É comum as pessoas perderem a motivação no meio do caminho; principalmente quando percebem as perdas de curto prazo. É fundamental fazer uma gestão eficiente e constante destas pessoas como forma de se garantir a motivação e o comprometimento.
- **Planejar e programar.** Nenhum projeto de implantação pode ser concebido sem que exista um planejamento e programação do mesmo com atividades específicas, datas e responsáveis. Uma boa idéia só se transforma em solução quando as coisas acontecem ... para acontecer é preciso organização.
- **A passagem do Know-how.** Um velho ensinamento chinês reza que não se deve dar o peixe mas, sim, ensinar a pescar. Esta, sem dúvida, é uma regra interessante para responder à pergunta básica: *“Até que ponto a implantação deve ficar a cargo dos funcionários já que são estes que vão trabalhar no dia a dia da operação...”*. Traçar corretamente os limites de atuação de cada uma das partes envolvidas é tão difícil e importante que conceber um projeto inteligente.
- **Melhoria contínua.** Um dos profissionais de cargo gerencial dentro da A.A.C.D. repete incansavelmente que o *ótimo é inimigo do bom*. Num primeiro momento pode parecer que trata-se de conformismo exagerado. No decorrer do projeto percebeu-se que tentar fazer o *melhor* da primeira vez é utopia ou hipocrisia. A solução é acreditar e utilizar o coneito da melhoria contínua.

8.2. O atual estágio da mudança na A.A.C.D.

A mudança fundamental sentida na A.A.C.D. foi aquela ligada à cultura geral da instituição. Passou-se de uma fase em que não se acreditava na necessidade de se repensar os conceitos, o ambiente e as metodologias da instituição pois tudo se justificava pelo ato da caridade para um novo momento em que, sem dúvida, percebeu-se que os objetivos pelos quais a A.A.C.D. existe só serão atingidos por meio do repensar constante e da melhoria contínua.

A aceitação das mudanças na A.A.C.D. e a implantação propriamente dita das mesmas acontece, hoje, de maneira muito mais fluida não só pelo efeito da confiança adquirida mas, principalmente, pela mudança nas crenças e valores preestabelecidos.

O engajamento da diretoria, da gerência e dos funcionários como um todo em partes do projeto é uma prova que se está gerando um ambiente que, continuamente, está mais propício a este processo necessário e contínuo.

8.3. Análise dos resultados do trabalho

O presente trabalho foi estruturado seguindo um conceito de detalhamento progressivo; ou seja, os primeiros capítulos e as primeiras análises tratam de questões macros e globais acerca da instituição e do ambiente no qual a mesma se insere enquanto que no decorrer do trabalho entra-se em questões mais técnicas e específicas.

Os dois tipos de análise possuem objetivos específicos e distintos. Se por um lado as análises técnicas levam a iniciativas concretas e a conclusões mais tangíveis, estas conclusões estão balisadas e embasadas em um conceito maior e, muitas vezes, menos objetivo. Além disto, a discussão técnica sem uma ambientação acertada deixaria, no mínimo, um *quê de interrogação* acerca da dinâmica e problemática encontradas.

Sendo assim, o presente trabalho atingiu três tipos básicos de resultados que possuem sua devida importância dentro de sua dimensão de alcance:

- **análise:** trata-se dos momentos em que foi feita uma análise crítica de condicionantes e restrições acerca de alguns tópicos ligados à A.A.C.D. mas, esta análise não resultou em iniciativas concretas de transformação (pelo menos não para este trabalho);
- **análise + iniciativas:** trata-se dos momentos em que foi feita uma análise crítica que gerou a formulação de iniciativas concretas dentro de um conceito global do projeto e que objetivavam resultados específicos (cada uma, por seu motivo, acabou por não ser implantada até o término deste trabalho);
- **análise + iniciativas + resultados:** tratam-se daquelas iniciativas que além de concebidas foram implantadas e mostraram resultados práticos que se encontram descritos no trabalho;

Talvez um dos pontos mais frustrantes, desta vez não com este trabalho mas, sim, com a dinâmica do projeto propriamente dito, é o de que nem sempre as iniciativas consideradas prioritárias ou mais importantes dentro de um conceito de gestão estratégica de serviços foram efetivamente implantados...

Uma das frases mais inteligentes escutadas em uma das discussões a respeito deste tema não foi uma frase original mas, com certeza, a que melhor cabia à situação:

“Existem razões que a nossa vã filosofia, por vezes, desconhece - ou decide por bem desconhecer...”

O projeto A.A.C.D. continuará em andamento e, sem dúvida, *a luta* será no sentido de fazer a implantação das mesmas e, desta maneira, atingir as melhorias propostas. A perseverança e a certeza de estar no caminho certo é a base para se quebrarem barreiras e se atingir aquilo que, num primeiro momento pode parecer *impossível*.

Se impossível for, que ao menos impossível se prove ...