

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL EM REDE PARA CLÍNICAS OFTALMOLÓGICAS

*Virginia Aparecida Castro
Tânia Regina Brasileiro Azevedo Teixeira¹*

RESUMO

O presente artigo identifica as características essenciais relativas ao desenvolvimento de projetos organizacionais em rede para clínicas oftalmológicas; mediante um estudo de caso realizado em Uberlândia – MG/ Brasil. A inovação deste estudo está no abandono das estruturas funcionais e na caminhada em direção às estruturas horizontais e de redes dinâmicas, nas quais o foco se concentra na hierarquia reduzida e nas equipes autogeridas. Desta forma, este trabalho propõe uma estrutura em rede para uma clínica de pequeno porte, mostrando que a teoria de empresa-rede pode ser aplicada em parte em pequenas organizações. A fragmentação da estrutura em diversos centros de resultados se transforma em uma rede interna de relacionamentos com orçamento próprio, objetivos quantitativos e qualitativos a cumprir, autonomia integrada e administração participativa. Destaca-se ainda, como este formato pode proporcionar uma nova visão das subordinações, dos níveis hierárquicos e da amplitude de controle. Assim, o artigo apresenta revisão bibliográfica, um diagnóstico da situação atual com comentários e recomendações e propõe o desenho básico da estrutura, indicando as atividades de trabalho, as responsabilidades e os agrupamentos em centros de resultados, mediante a apresentação dos organogramas, os quais representam graficamente a formalização desta estrutura em rede para uma clínica oftalmológica.

Palavras-chave: sistemas administrativos, estrutura organizacional, empresa-rede, organogramas, estratégia.

1 Introdução

¹ Graduação em Administração de Empresas pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), mestrado e doutorado em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas – SP.

A tendência empresarial volta-se para estruturas mais enxutas, compensando a hierarquia vertical com a instalação de ligações horizontais. A visão tradicional das organizações de saúde voltadas apenas para suas próprias atividades específicas já estão superadas pelos novos estilos de gestão voltados para a integração crescente e a presença ativa dos integrantes da organização com resultados positivos no desempenho das organizações (GONÇALVES, 1998)

Neste contexto, projeta-se o desenho de uma estrutura organizacional em rede para clínicas oftalmológicas com a aplicação do conceito de unidades estratégicas de gestão, constituídas pela UESC – Unidade Estratégica de Suporte e Controle – na qual ocorre toda a administração da clínica e a UEMA – Unidade Estratégica de Medicina Avançada – que representa o negócio principal da organização.

O *design* desta estrutura indica as atividades de trabalho, as responsabilidades e os agrupamentos em centros de resultados, por meio dos organogramas em rede.

O objetivo deste artigo é analisar a atual estrutura organizacional da clínica, bem como o pensamento dos médicos e colaboradores que nela atuam, para que a mesma possa ter procedimentos mais formais e crescer de forma estruturada.

Abrange ainda objetivos específicos como estudar a organização e identificar a melhor estrutura organizacional que se adeque à mesma; formalizar a estrutura organizacional; definir os sistemas que compõem a estrutura, de forma a delinear os níveis de responsabilidade, autoridade, comunicação e decisão entre os membros da equipe; elaborar organogramas que mostrem, na sua forma gráfica, os níveis hierárquicos e as subordinações.

A metodologia de pesquisa do presente artigo é composta por uma revisão bibliográfica sobre estrutura organizacional e seus vários aspectos, representando um embasamento teórico para este trabalho. Num segundo momento, é trabalhado o método de estudo de caso, que segundo Yin (2001) tem por meta responder às questões do tipo “como” e “por que” referentes a um conjunto de eventos contemporâneos, sobre os quais o pesquisador exerce pouco ou nenhum

controle. Assim sendo, o estudo de caso proporciona ao pesquisador habilidade em lidar com uma grande variedade de evidências – documentos, instrumentos, entrevistas e observações –.

Sabe-se que as proposições feitas neste artigo representam inovações importantes dentro da área médica, uma vez que o processo administrativo nestas organizações ainda encontra-se em um estágio embrionário. Logo, objetiva-se que este estudo seja o início da quebra de um paradigma na gestão de clínicas médicas.

2 Revisão da Literatura

Há várias definições de estrutura organizacional, dentre elas destaca-se que, para Oliveira (2009), Estrutura Organizacional pode ser vista como um conjunto de responsabilidades, autoridades, comunicações e decisões das unidades organizacionais de uma organização.

Daft (2002), salienta que a estrutura organizacional indica as subordinações, o número de níveis da hierarquia e a abrangência de controle de gerentes e supervisores. Identifica o agrupamento de pessoas em departamentos na composição da organização. Nela estão incluso o projeto de sistemas para garantir comunicações eficazes, coordenação e integração dos esforços administrativos.

À medida que a complexidade do ambiente externo aumenta, cresce o número de cargos e departamentos na organização e, conseqüentemente, a complexidade interna torna-se maior. Isto ocorre, principalmente, pelo fato de se tratar de um sistema aberto que se relaciona constantemente com o ambiente externo.

Neste contexto a departamentalização é um meio pelo qual se agrupam atividades diferentes com base na especialização dos órgãos, a fim de se obter melhor resultado no conjunto. Está diretamente relacionada com o tamanho e a complexidade das organizações. O princípio que rege a constituição de departamentos diz respeito à homogeneidade de conteúdo, funções e objetivos para se departamentalizar uma unidade organizacional. (DAFT, 2002; CHIAVENATO, 2004).

Assim, existem vários tipos de departamentalização, sendo o foco deste artigo a estrutura em rede. A disposição sistemática da estrutura organizacional não é estática, ao contrário, as linhas estruturais devem indicar relações dinâmicas que ocorrem entre os componentes do grupo (GONÇALVES, 1998).

Desta maneira, Penha (1999) demonstra que o mundo empresarial antigo era baseado na estrutura piramidal, na qual há uma divisão de funções e cada um só conhece uma pequena parte do todo, trabalhando mecanicamente e aguardando as decisões que sempre são impostas de cima para baixo. Porém este “velho mundo” não existe mais, O ambiente atual é imprevisível, portanto, a empresa precisa ser ágil, flexível, ter estrutura enxuta e decisões descentralizadas.

Segundo Penha (1999) a estrutura-rede significa a divisão de uma grande empresa em várias microempresas internas. E essas microempresas são denominadas de “centros de resultados”. A diretoria da empresa se transforma em um comitê de direção e coordena a integração dos centros de resultados e o cumprimento dos macro objetivos, delineados no plano estratégico. A fragmentação da estrutura em diversos centros de resultados se transforma em uma rede interna o que leva à denominação empresa-rede.

A partir da definição do negócio, da missão da empresa, delineam-se os centros de resultados que traçam seus objetivos quantitativos e qualitativos de acordo com o planejamento estratégico global. Então, cada centro de resultado toma as suas decisões desde que acate as normas, políticas e diretrizes da empresa.

No ambiente em rede, Penha (1999) apresenta a gestão participativa, na qual todos podem participar ativamente do processo decisório, tendo a liberdade de expor suas idéias independentemente do cargo e da função que ocupa. Uma vez que a hierarquia não deve mais ser vista como poder; mas sim como diferentes níveis de responsabilidade.

Com esta noção de empresa-rede e as necessidades apresentadas neste estudo de caso, projeta-se o desenho básico da estrutura em rede que tem por finalidade caracterizar os aspectos formais das relações entre áreas e definir os deveres e as responsabilidades dos diversos cargos.

O objetivo é eliminar a duplicidade de esforços e as funções desnecessárias; possibilitar a melhor coordenação entre as diferentes atividades; diminuir erros; colocar as decisões mais próximas da cena dos acontecimentos e identificar, de maneira formal e clara, como a empresa está organizada.

3 Diagnóstico da Situação Atual

Atualmente as organizações da área de saúde além da nobreza e amplitude da sua missão em curar pacientes, apresentam uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e realibilitador (JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Neste cenário, a clínica oftalmológica pesquisada neste artigo está no mercado desde 1992. Até 1999 atuava sob a coordenação do médico proprietário com a filosofia de consultório médico. A partir desta data, houve a ampliação do corpo clínico e o início de um processo de transição de consultório para clínica médica. Diante desta nova conjuntura, tornou-se necessário repensar o negócio. A equipe analisada nesta clínica é formada por cinco médicos oftalmologistas e nove colaboradores.

Por meio de entrevistas pessoais e confidenciais foram identificados os principais problemas dentro de cada sistema que compõe a estrutura organizacional, destacando os seguintes aspectos relevantes:

SISTEMA DE RESPONSABILIDADE

- A especialidade da Clínica é a oftalmologia e o seu papel consiste na realização de consultas, avaliações, diagnósticos, terapêuticas e cirurgias. Existe uma intenção informal de realizar uma divisão de áreas específicas entre os médicos, como: plástica ocular, refrativa/ catarata, glaucoma, estrabismo, retina/vítreo, generalista e lentes de contato. Porém, há uma multidisciplinariedade entre as funções uma vez que todos os médicos realizam a oftalmologia geral, não ficando ainda especificamente na área de sua subespecialidade, o que gera transtornos por não haver regras claras, definindo qual a responsabilidade e a área de subespecialidade específica e exclusiva de cada médico.
- Com relação à função administrativa/financeira existe um contrato de parcerias entre os médicos de maneira que os mesmos pagam um valor correspondente ao condomínio para o médico proprietário. Desta maneira, não há sociedade patrimonial entre os médicos o que ocasiona um sentimento de ‘não ser o dono do negócio’, prevalecendo ainda à individualidade de consultório como se atuassem em localizações diferentes.
- Há custos específicos e individuais para cada médico como, por exemplo, o salário de suas respectivas secretárias. Isto gera a exclusividade de cada secretária para com o médico que lhe paga, dificultando o estabelecimento de uma equipe coesa e responsável por toda a Clínica e não simplesmente pelo consultório de cada médico.
- Não existe uma estrutura organizacional formalizada por meio de organogramas e/ou descrições de funções, os quais possam retratar as várias unidades organizacionais existentes, bem com os cargos necessários ao funcionamento das mesmas.
- Os papéis dos colaboradores estão mal delineados e não formalizados, gerando uma certa indefinição quanto às suas responsabilidades. Neste sentido há uma desorganização, pois não está claro “quem faz o quê”. Muitas vezes pela falta de coordenação uma mesma tarefa é realizada por várias pessoas concomitantemente. Como, por exemplo, quando vários funcionários manuseiam as agendas, provocando erros e confusões no planejamento das consultas, diagnósticos, terapêuticas e cirurgias.

- As áreas relativas à Administração também se encontram na informalidade. Algumas como Recursos Humanos e Marketing não existem, enquanto que Administrativo/Financeiro funcionam deficientemente.

A principal constatação foi a de que prevalece a filosofia de consultório em que cada médico trabalha com um enfoque generalista, o que provoca transtornos pelo fato dos mesmos não atuarem exclusivamente na área de sua subespecialidade.

Desta maneira, a proposta é que o paciente seja triado pelo médico generalista – oftalmologia geral – e encaminhado para as demais áreas, conforme o caso. Assim, cada subespecialidade funcionará como um centro de resultado, representando microempresas dentro da clínica oftalmológica.

Para que a organização funcione de maneira eficaz é necessário que o médico proprietário faça uma reavaliação do modelo societário vigente. A grande mudança e desafio propostos neste trabalho é que o empreendedor possa sair de uma sociedade de trabalho para uma sociedade onde prevaleça à parte do capital/quotas, na qual os sócios sintam a responsabilidade de ser “dono do empreendimento” e colaborar para que ele cresça progressivamente.

Desta forma, com a efetivação do novo modelo societário deverá ser providenciado o registro dos colaboradores em uma mesma pessoa jurídica, unificando a clínica.

SISTEMA DE AUTORIDADE

- Há centralização de poder por parte dos médicos da Clínica de tal forma que os funcionários ficam dependentes dos mesmos para decidirem sobre a distribuição de serviços, o que é antiprodutivo, conduz ao travamento do fluxo de trabalho e prejudica o resultado final, uma vez que há decisões que ficam à espera de um posicionamento dos médicos para serem solucionadas.

- Falta um sistema de controle administrativo e financeiro eficaz e descentralizado em nível operacional. O sistema funciona de maneira arcaica e deficiente, pois, a organização não utiliza recursos e ferramentas empresariais mais sofisticadas e precisas, que possam auxiliá-la na gestão de seus negócios.
- Os funcionários estão sem direcionamento e coordenação, os seus esforços ficam dispersos, os mesmos trabalham “à deriva”, sem metas e rumos bem definidos. Também, a falta de liderança gera desencontros de informações e os limites de autoridade dos vários cargos ficam confusos, acarretando conflitos interpessoais.
- Percebe-se a falta de um líder eficaz com visão administrativa, para estruturar e operacionalizar a unidade de suporte e controle da Clínica.
- Existe uma certa autoridade exercida por alguns colaboradores, gerando conflitos pelo fato dos mesmos não possuírem autoridade formal para tais ações.

Para que haja uma liderança eficaz da equipe, de modo a sanar conflitos, bem como redistribuir o trabalho e descentralizar o poder é fundamental a consolidação da Administração dentro desta organização.

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

- A comunicação é inadequada, imprecisa, verbal e informal. Não existe a cultura de se utilizar normas, rotinas e documentos internos - memorandos, circulares, e-mails e formulários. Isto gera transtornos internamente por não haver um processo bem delineado de comunicação interna.
- Percebe-se que a comunicação visual está inadequada à imagem da organização por falta de padronização. Precisa ser renovada em termos de *folders*, impressos, fachada e luminosos de identificação da Clínica. A falta de uma comunicação eficaz pode gerar prejuízos reais à mesma ainda que isto seja de difícil mensuração.

- Inexiste a comunicação eletrônica entre os membros da equipe, não havendo um sistema informatizado que trabalhe em rede.
- A falta de uma logomarca que sejam comuns aos objetivos dos vários médicos dentro desta organização contribui para que a clínica continue operando como em consultórios individuais, não havendo uma integração e unificação da clínica como um todo.

A comunicação formal deve ser incrementada e torna-se necessário uma estruturação da forma como os serviços oferecidos pela clínica serão divulgados ao público externo. É relevante ainda realizar um estudo para compor um nome, slogan e logomarca que venha a conciliar e representar os objetivos desta organização perante o público externo.

SISTEMA DE DECISÃO

- Existem dois *softwares* na Clínica – o Personal Med e o Doctor's – o que ocasiona confusões pela existência de dois mecanismos diferentes de informatização. Os *softwares* estão subutilizados, sendo que os colaboradores não sabem utilizar todo o potencial da tecnologia para melhor desenvolver o seu trabalho.
- Inexiste uma integração em rede dos computadores. Desta forma, não é possível visualizar o andamento geral da Clínica, nem controlar o agendamento dos médicos. Isto impossibilita um acompanhamento, por parte das secretárias, no momento de agendar diagnósticos, terapêuticas e cirurgias encaminhadas a outros médicos dentro da Clínica.
- O sistema eletrônico permite controlar as áreas administrativas, financeiro e controle de estoques, entre outros e gera relatórios que facilitam o processo decisório, no entanto atualmente estas facilidades não são utilizadas, pois não há a coleta sistemática de dados e informações que possam sustentar a confecção dos relatórios gerenciais, acarretando um processo decisório informal.

É importante a estruturação do sistema informatizado por meio da integração dos computadores em um ambiente em rede, sendo necessário optarem por um dos dois *softwares* utilizados na atualidade para que se possa ter um processo decisório único.

GESTÃO DE DOCUMENTOS

- Percebe-se que quase a totalidade das fichas cadastrais dos pacientes são feitas manualmente em papel cartolina e arquivadas em arquivo físico. Isto dificulta o trabalho, por ser um sistema demorado, burocrático e arcaico. E como a Clínica possui uma ampla clientela, já não há espaço suficiente para o arquivamento destas fichas, pois o volume de papel está cada vez maior.
- Com isto, o trabalho das secretárias se torna difícil e moroso, pois para cada paciente novato é necessário fazer a ficha manual e arquivá-la e para os pacientes antigos é necessário encontrar a ficha no arquivo, utilizá-la e depois recolocá-la no arquivo. Há enorme perda de tempo com este trabalho, o qual poderia ser utilizado para a execução de outras tarefas.
- Por não haver um formulário de controle dos procedimentos realizados no paciente ocorre problemas no momento do acerto, pois o paciente tem que recorrer às secretárias várias vezes durante o seu atendimento, já que a cada procedimento que vai fazer tem que efetuar o respectivo pagamento.
- Falta padronização visual dos impressos/formulários, tais como receituários, envelopes, cartões de visita, entre outros, gerando diversidade de impressos com *lay outs* diferentes o que dificulta a criação de uma identidade única na Clínica.

Propõe-se que o cadastramento dos pacientes seja feito diretamente no computador e o dos pacientes antigos seja feito à medida que o paciente retorne para novas consultas ou procedimentos, construindo um banco de dados consistente e descartando paulatinamente as fichas manuais.

É necessário também criar um formulário de controle interno que detalhe todos os serviços oferecidos pela Clínica e que possa circular durante todo o atendimento do paciente, sendo anotado nele os procedimentos que forem sendo realizados. Desta forma, os gastos do paciente ficarão centralizados neste formulário e, no momento da sua saída, deverão ser totalizados para que o paciente possa efetuar o pagamento.

4 Resultados e Proposições

O desenho básico da estrutura em rede para clínicas oftalmológicas, resultado deste estudo de caso cumpre os objetivos propostos neste trabalho, identificando a estrutura organizacional mais adequada à realidade da clínica.

Assim, a proposta é a estrutura em rede porque permite se trabalhar com as subespecialidades oftalmológicas, dividindo a organização em centros de resultados com orçamento próprio, objetivos a cumprir, autonomia integrada e administração participativa.

Dentro desta linha de raciocínio, a Figura 1 apresenta a Estrutura Geral, mostrando as atividades essenciais do desenho organizacional proposto. Para que a estrutura em rede funcione adequadamente foram criadas duas unidades estratégicas denominadas UEMA – Unidade Estratégica de Medicina Avançada que representa o negócio principal da organização – a oftalmologia – e UESC – Unidade Estratégica de Suporte e Controle, na qual ocorre toda a administração da clínica. A Unidade Estratégica de Suporte e Controle será coordenada pelo administrador, enquanto que a Unidade Estratégica de Medicina Avançada será coordenada pelo diretor clínico.

Para que os centros de resultados funcionem progressiva e harmoniosamente a clínica será gerida por um Comitê de Gestão composto pelo administrador e três médicos, sendo um deles denominado diretor clínico, havendo eleições periódicas para garantir a rotatividade do corpo clínico nas decisões da clínica.

A partir do momento que se constituírem os centros de resultados e de custos, demonstrado nesta estrutura, cada um traçará os seus objetivos de acordo com as normas, políticas e diretrizes aprovadas pelo comitê de gestão da clínica.

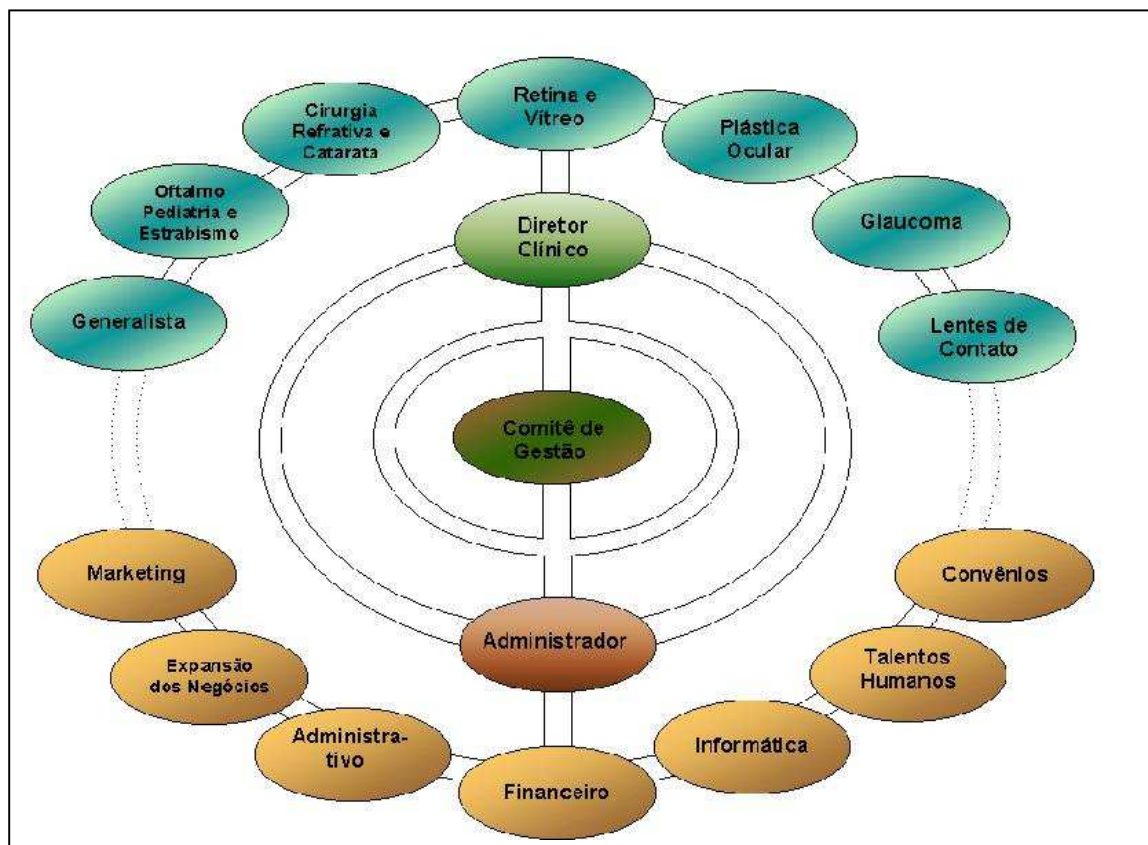


Figura 1 – Estrutura Geral – Atividades Essenciais
 Fonte: Elaborado pelos autores (2009).

LEGENDA:

- UEMA – Unidade Estratégica de Medicina Avançada
- UESC – Unidade Estratégica de Suporte e Controle

Comitê de Gestão:

- Administrador
- Diretor Clínico
- Dois Médicos subespecialistas

Como detalhamento desta Estrutura Geral, demonstra-se a Figura 2, delineando a Estrutura da Unidade Estratégica de Medicina Avançada – UEMA, que é composta pelos seguintes centros de resultados: Generalista, Oftalmopediatria e Estrabismo, Cirurgia Refrativa e Catarata, Retina e Vítreo, Plástica Ocular, Glaucoma e Lentes de Contato.

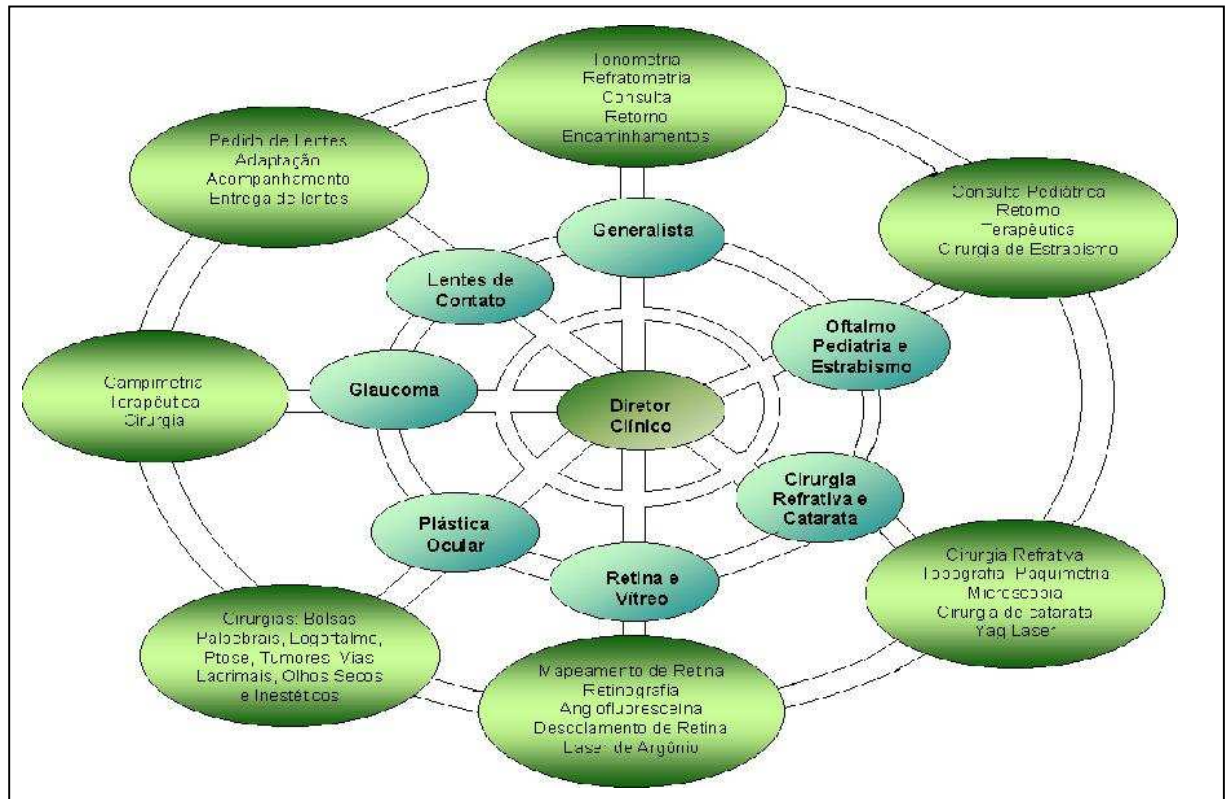


Figura 2 – Estrutura da Unidade Estratégica de Medicina Avançada - UEMA
 Fonte: Elaborado pelos autores em 2009.

LEGENDA:

- Centros de Resultados
- Detalhamento das principais atividades em cada centro de resultado

Assim, dentro da UEMA – Unidade Estratégica de Medicina Avançada, as subespecialidades oftalmológicas podem ser fragmentadas em centros de resultados, sendo que estes são formados por equipes subespecialistas dentro de cada área com objetivos próprios a cumprir e envolvimento de cada equipe nos objetivos gerais da organização.

Desta forma, cada centro de resultado terá possibilidade de aperfeiçoar cada vez mais a sua subespecialidade, aprimorando técnicas, trabalhando com equipamentos de ponta, introduzindo novos exames/tratamentos e se atualizando constantemente em congressos

específicos. Também será possível desenvolver a equipe que compõe cada centro de resultado como secretárias, auxiliares de enfermagem, ópticos, contatólogos entre outros.

Com a subespecialização várias microempresas ou micronegócios se desenvolverão paralelamente dentro da clínica, gerando maiores possibilidades de crescimento e renome na área médica, constituindo-se no futuro um centro de referência.

Logo a seguir, na Figura 3 demonstra-se o detalhamento da Estrutura da Unidade Estratégica de Suporte e Controle – UESC, a qual é responsável pelos assuntos administrativos e é constituída por um grande centro de custo formado por: Marketing, Expansão dos negócios, Administrativo, Financeiro, Informática, Talentos Humanos e Convênios.

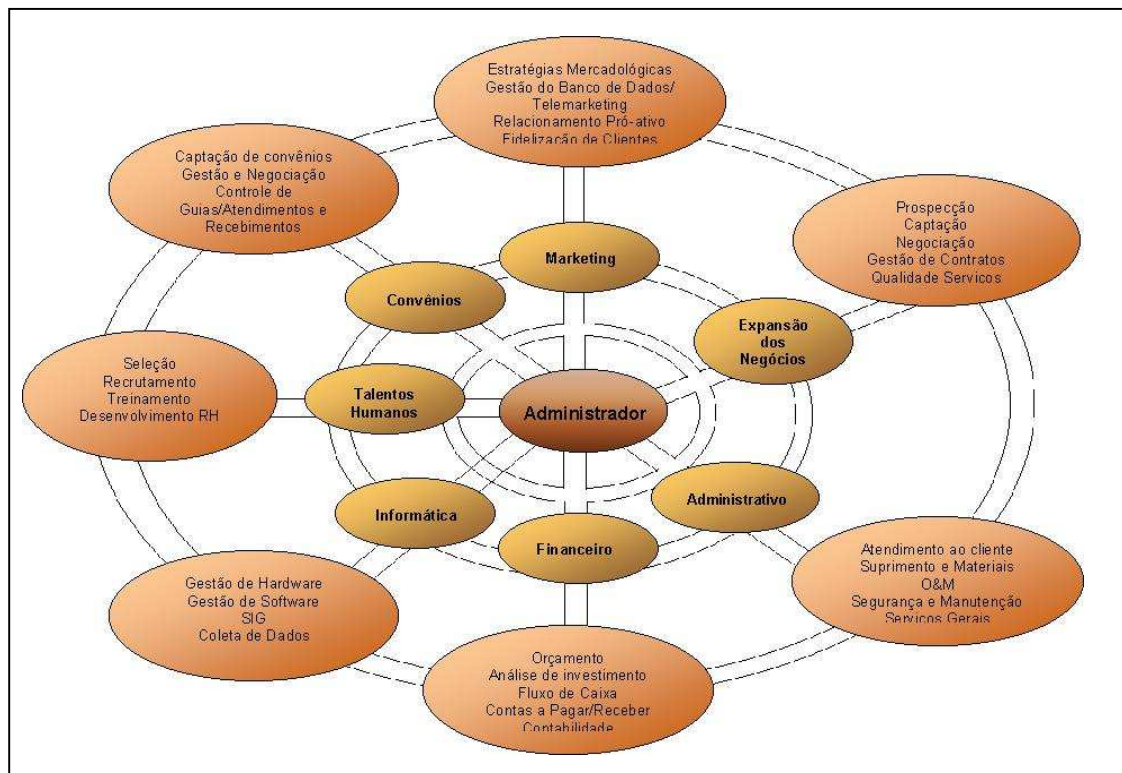


Figura 3 – Estrutura da Unidade Estratégica de Suporte e Controle - UESC

Fonte: Elaborado pelos autores em 2009.

LEGENDA:

Centros de Resultados

Detalhamento das principais atividades em cada centro de resultado

Na primeira etapa de implantação deste estudo, como a clínica é de pequeno porte, não haverá necessariamente uma pessoa específica para gerir cada centro de custo da UESC. Assim sendo, o administrador será responsável pelos centros de custos – marketing, expansão dos negócios, administrativo, financeiro, informática, talentos humanos e convênios – porém, no futuro, com a ampliação do negócio cada centro terá o seu coordenador da forma como acontece nas grandes organizações.

Portanto, neste momento, o administrador desenvolverá concomitantemente a equipe de colaboradores da clínica e os negócios envolvidos em cada centro de custo da UESC, oferecendo suporte e controle à oftalmologia que é a razão de existir deste empreendimento.

Para finalizar, na Figura 4, mediante o entendimento das atividades a serem desenvolvidas pela UEMA e pela UESC, apresenta-se os cargos que formarão o quadro de funcionários e médicos nesta estrutura em rede. Neste contexto, nota-se uma peculiaridade, pois os colaboradores da UEMA estarão subordinados hierarquicamente ao administrador e funcionalmente ao diretor clínico, pois o administrador não detém os conhecimentos médicos/científicos, sendo coerente, então, que a autoridade sobre estes aspectos esteja funcionalmente com o diretor clínico..

Porém, este fato não se torna uma limitação a partir do momento em que é claramente definido as subordinações e demonstrado à equipe as relações hierárquicas e funcionais que deveram ser estabelecidas com o administrador e o diretor clínico, respectivamente.

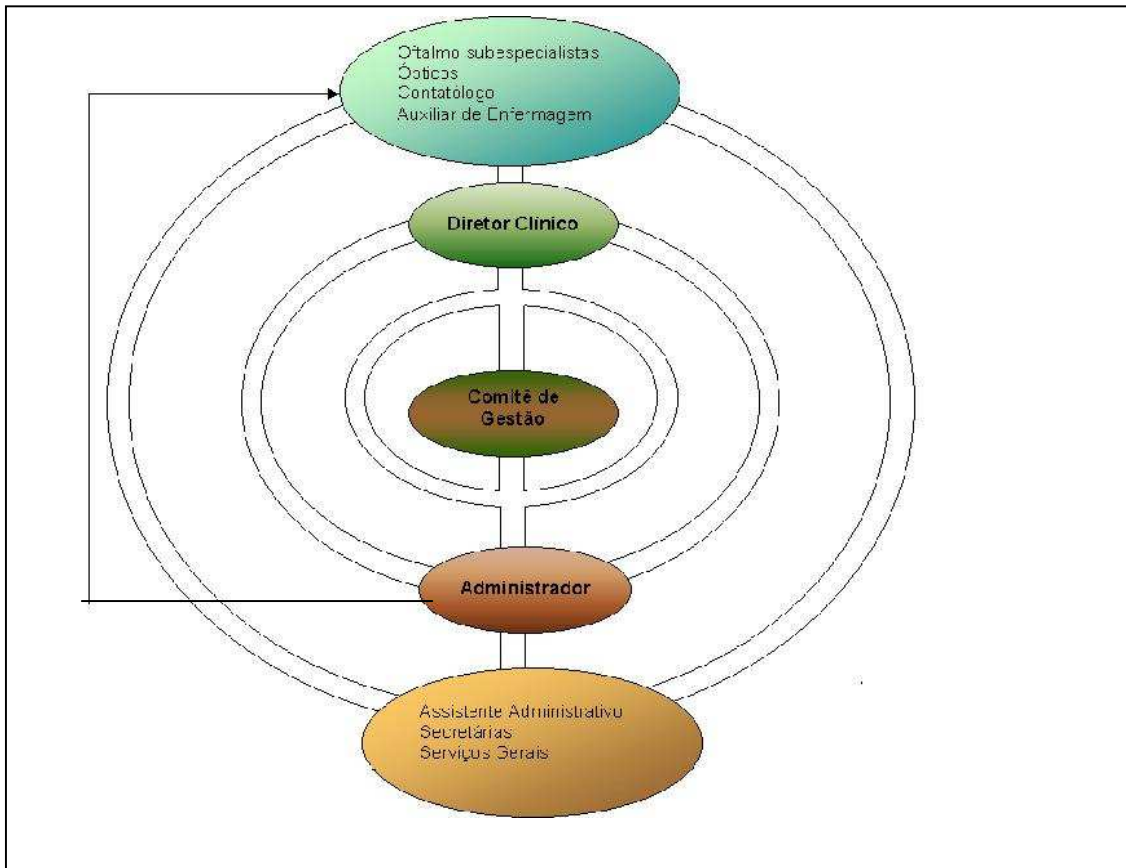


Figura 4 – Estrutura de Cargos UEMA/UESC
Fonte: Elaborado pelos autores (2009)

LEGENDA:

- UEMA – Unidade Estratégica de Medicina Avançada
- UESC – Unidade Estratégica de Suporte e Controle

Comitê de Gestão:

- Administrador
- Diretor Clínico
- Dois Médicos subespecialistas

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a construção deste estudo de caso foi realizado um diagnóstico da situação, destacando os aspectos relevantes encontrados na clínica, bem como os comentários e recomendações pertinentes a cada situação.

Como resultado deste trabalho projetou-se o desenho básico, na qual foi identificada a melhor estrutura organizacional para a clínica oftalmológica, apresentando assim a estrutura em rede que se adequava ao ambiente analisado pelo fato de se trabalhar com as subespecialidades oftalmológicas dentro da filosofia de centros de resultados. Desta forma, o *design* da estrutura

em rede demonstra claramente os níveis hierárquicos e as subordinações, de forma gráfica, nos organogramas.

A subespecialização está dentro do contexto da globalização, pois a mesma exige mudanças cada vez mais rápidas e para o médico estar atualizado em todos os aspectos da oftalmologia é difícil, portanto ao se subespecializar haverá maior liberdade para a busca de um conhecimento específico e o aprimoramento na prática da medicina, alcançando maior excelência no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

Desta maneira foi proposta uma estrutura em rede para uma clínica de pequeno porte, mostrando que a teoria de empresa-rede pode ser aplicada em parte em pequenas organizações.

Espera-se que o presente trabalho possa ser implantado e viabilizado para que seja visualizado, no cotidiano, os benefícios do desenvolvimento deste estudo.

Sabe-se que o método do estudo de caso possui a limitação de não poder ser generalizado para a totalidade de clínicas oftalmológicas de pequeno porte. Portanto, sugere-se para pesquisas futuras a replicação deste trabalho em outras clínicas oftalmológicas da cidade de Uberlândia e região para aprofundamento das análises desta pesquisa.

A partir do estudo de diversas clínicas na região e da consolidação dos dados, o modelo de unidades de negócio – UESC e UEMA – e o trabalho com subespecialidades dentro da oftalmologia poderão se tornar uma prática administrativa viável e inovadora nestas organizações.

Além disto, o estudo pode ser expandido para outras regiões do país e comparado também dentro de clínicas médicas atuantes em outras especialidades diferentes da oftalmologia.

Rodrigues (2001) ressalta que o gestor da área de saúde deve estar consciente que a sua função é viabilizar o negócio como uma empresa que não se limita à viabilidade financeira, mas o

fornecimento de um serviço de qualidade, atendendo às necessidades de saúde de seus pacientes.

As proposições feitas neste trabalho representam inovações importantes dentro da área médica e objetiva-se que este estudo seja o início da quebra de um paradigma, rompendo as barreiras da administração informal e pensando a organização como um negócio que deve ser administrado para ter continuidade e sobrevivência neste mundo competitivo e globalizado.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

DAFT, Richard L. **Organizações: teoria e projetos**. 1ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2002.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do Hospital moderno. **RAE – Revista de Administração de Empresas**. V.38, n.1, p.80-90, jan-mar 1998.

JÚNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2, 2002.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 18ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

PENHA, Cícero Domingos. **Empresa-Rede: uma nova forma de gestão**. 4ª ed. Uberlândia, 1999.

RODRIGUES, Flávio Gustavo. **Marketing hospitalar, é possível?** 2001, 30 fls. Monografia (Especialista em Marketing no mercado globalizado). Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2001.

YIN, Robert. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2ª ed. São Paulo: Bookman, 2001.