

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA

HELOISA CRISTINA MARTINS AMARAL

**O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA: ENTRE A INTENÇÃO E A PRÁTICA**

Florianópolis
2013

Heloisa Cristina Martins Amaral

**O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA: ENTRE A INTENÇÃO E A PRÁTICA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Administração Universitária.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Fernandes Pereira

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Amaral, Heloisa Cristina Martins

O processo de planejamento estratégico do Hospital
Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina:
: entre a intenção e a prática / Heloisa Cristina Martins
Amaral ; orientador, Prof. Dr. Maurício Fernandes Pereira -
Florianópolis, SC, 2013.
311 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa
de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Planejamento
Estratégico. 3. Implementação. 4. Hospital universitário.
5. Estrutura, comunicação, liderança, cultura. I. Pereira,
Prof. Dr. Maurício Fernandes . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração
Universitária. III. Título.

Heloisa Cristina Martins Amaral

**O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATEGICO DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA: ENTRE A INTENÇÃO E A PRÁTICA**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Administração Universitária, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Administração Universitária.

Florianópolis, 21 de fevereiro de 2013.

Prof. Pedro Antônio de Melo, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof. Maurício Fernandes Pereira, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Prof^a. Alessandra de Linhares Jacobsen, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro

Prof. Carlos Alberto Gonçalves, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais
Membro

Prof. Pedro Antônio de Melo, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina
Membro

*Dedico este trabalho a todos que,
em algum momento, contribuíram
para sua realização e acreditaram
que ele seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Durante toda a trajetória desta pesquisa científica, muitas pessoas contribuíram para a sua conclusão, portanto, muitas também são as pessoas a agradecer. Em especial:

A Deus, que me deu sabedoria para aproveitar as oportunidades que a vida me ofereceu, saúde e obstinação para concluir este trabalho.

Aos meus pais, Maurílio e Theresa, pelo amor, incentivo e apoio incondicional às minhas empreitadas.

Ao meu marido, Frankie, por compreender a importância desta etapa em minha vida e aceitar as minhas prioridades nos tempos de Mestrado. Sei que não foi fácil. Obrigada, pelo carinho e pela paciência.

Às minhas queridas filhas, Marina e Débora, por compreenderem as minhas ausências, pela ajuda e cumplicidade sempre que precisei, e pela paciência com que me socorreram tantas vezes, diante das minhas limitações no computador.

À minha única irmã, Márcia, pela torcida, pelo apoio e por não ter exigido de mim durante o período em que estive envolvida com o Mestrado.

Ao meu orientador, Professor Dr. Maurício Fernandes Pereira, por me aceitar, prontamente, como sua orientanda e acreditar na minha capacidade. Sua objetividade, espirituosidade, competência e capacidade de trabalho já são notórias, mas no convívio, se revelou, também, como uma pessoa generosa e sensível. Foi uma grande honra tê-lo como orientador e um privilégio fazer parte do seu grupo de pesquisa. Pela leveza na condução dos trabalhos e pelo aprendizado proporcionado, meus agradecimentos e admiração.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto Gonçalves, por aceitar o convite de fazer parte da Banca Examinadora. Sua presença é muito importante.

Ao Professor Dr. Pedro Melo, por aceitar o convite de fazer parte da Banca Examinadora e pela atenção dispensada em alguns momentos difíceis dessa trajetória.

À Professora Dra. Alessandra de Linhares Jacobsen, por aceitar mais uma vez participar dessa caminhada e por ter contribuído com suas preciosas considerações e sugestões na ocasião da qualificação do projeto. Sua seriedade e serenidade no exercício da docência são visíveis e admiráveis.

Ao Professor Dr. Luis Moretto Neto, que, na qualidade de

membro da banca de qualificação, me fez refletir, ainda mais, sobre a complexidade do campo empírico. Suas sugestões contribuíram significativamente para a qualidade e valoração desta pesquisa.

Aos demais professores e colegas do Programa de Mestrado, que compartilharam suas experiências e conhecimentos. Foram momentos especiais.

A todos os sujeitos desta pesquisa, meus colegas de trabalho no HU/UFSC, por entenderem a importância deste trabalho acadêmico e pela colaboração irrestrita.

Aos meus verdadeiros amigos do HU/UFSC, que me apoiaram, me incentivaram e torceram para que tudo desse certo.

À Miriam e à Jaque, amigas e parceiras de Mestrado, por partilharem comigo os momentos de alegria a cada etapa vencida, mas também, pela cumplicidade nos momentos de dúvidas e angústias. Sem vocês teria sido mais difícil.

Ao Pietro, que me ajudou com as ilustrações e com a transcrição das entrevistas.

Aos diretores do HU/UFSC, que autorizaram a realização da pesquisa.

Por fim, à Universidade Federal de Santa Catarina, que transformou em realidade aquilo que era apenas um projeto, um sonho - o Mestrado Profissional em Gestão Universitária.

Meus sinceros agradecimentos!

*Existem pedras no caminho,
guardo todas, pois um dia vou
construir um castelo.*

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Os hospitais universitários federais vêm enfrentando profundas e aceleradas transformações, decorrentes, sobretudo, da implantação de novas políticas públicas no sistema de saúde brasileiro. Para alcançarem suas metas, esses hospitais têm sido forçados a adotar ferramentas mais eficazes de gestão. Nesse contexto, encontra-se o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), que, para enfrentar esses desafios, implantou em sua gestão um planejamento estratégico, intitulado “Plano 2012”. Esta Dissertação tem por objetivo geral analisar o processo de implementação do Plano 2012 no HU/UFSC, considerando a influência dos fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura na implementação de um planejamento estratégico. Autores como Dussault (1992), Rivera (1995; 1996; 2003), Bittar (2004) e Mintzberg (2006) formaram as bases para o estudo sobre as organizações hospitalares. No estudo sobre estratégias, buscou-se embasamento teórico em autores como Ansoff (1991), Porter (1998), Hamel & Prahalad (2005), Whittington (2006), Mintzberg (2006a), Quinn (2006a). O tema planejamento estratégico, por sua vez, foi fundamentado principalmente pelos autores Ansoff e McDonnell (1993), Thompson & Strickland III (2000), Drucker (2002), Mintzberg (2000; 2004; 2006), Hrebiniak (2006) e Pereira (2010). Em relação à estrutura organizacional, o estudo foi norteado por autores como Mintzberg (2003; 2006b; 2006c), Hrebiniak (2006), Thompson & Strickland III (2000) e Rivera (1995; 1996; 2003). Autores como Robbins (1978), Rivera (1995; 1996; 2003) e Bueno (2005), fundamentaram o estudo sobre comunicação, enquanto o estudo sobre liderança organizacional apoiou-se especialmente em Gaj (1990), Senge (1990), Bennis (2001) e Ulrich (2001). Por fim, Fleury (1992), Freitas (1991; 2002), Fleury e Fischer (1996), Rivera (2003) e Schein (2009) fundamentaram teoricamente o estudo sobre cultura organizacional. A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso único, com enfoque qualitativo, no qual foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: análise documental e entrevistas semi-estruturadas. Por meio da coleta de dados, verificou-se que a implementação eficiente, eficaz e efetiva de um planejamento estratégico em organizações hospitalares somente é possível caso esteja integrado à sua estrutura, alinhado à sua cultura, alicerçado em uma liderança que apoie sistematicamente a capacidade coletiva de aprender e em um processo de comunicação que motive a construção de projetos a serem assumidos coletivamente. Os

dados do estudo revelaram que, entre os treze programas estratégicos contemplados pelo Plano 2012, apenas um foi implementado. Diante dos resultados da pesquisa, concluiu-se que os fatores organizacionais em foco exerceram total influência sobre o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Implementação. Hospital universitário. Estrutura, comunicação, liderança, cultura.

ABSTRACT

The federal university hospitals are undergoing profound and accelerated change, especially due to the establishment of new public policy in the Brazilian health system. In order to achieve their goals, these hospitals have been forced to assume more effective management tools. In this context is the University Hospital Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, of the Universidade de Santa Catarina (HU/UFSC), which, aiming to face these challenges, has adopted the implementation of a strategic plan, named “Plano 2012”. This dissertation aims to analyze the process of Plano 2012 implementation, considering the influence of the organizational factors structure, communication, leadership and culture in the implementation of strategic planning. Authors as Dussault (1992), Rivera (1995, 1996, 2003), Bittar (2004) and Mintzberg (2006) formed the basis for the study of hospital organizations. The study about strategies was based in authors as Ansoff (1991), Porter (1998), Whittington (2006), Mintzberg (2006), Quinn (2006a) and Hamel & Prahalad (2005). The theme of strategic planning was based mainly by the authors Ansoff and McDonnell (1993), Thompson & Strickland III (2000), Drucker (2002), Mintzberg (2000, 2004, 2006), Hrebiniak (2006) and Pereira (2010). Regarding the organizational structure, the study was guided by authors as Mintzberg (2003, 2006b, 2006c), Hrebiniak (2006), Thompson & Strickland III (2000) and Rivera (1995, 1996, 2003). Authors as Rivera (1995, 1996, 2003), Robbins (1978) and Bueno (2005) based the study on communication, while the study about organizational leadership relied primarily on Senge (1990); Bennis (2001); Ulrich (2001) and Gaj (1990). Finally, Fleury (1992), Freitas (1991; 2002), Fleury and Fischer (1996), Rivera (2003) and Schein (2009) theoretically justified the study of organizational culture. The research is characterized as a single case study with qualitative approach, in which the following tools for data collection were used: document analysis and semi-structured interviews. Through data collection it was possible to verify that an effective and effective implementation of a strategic planning in hospital organizations is only possible as well as it is integrated into its structure, aligned with its culture, and has a leadership which supports systematically a collective ability to learn and a communication process that motivates the construction of projects that can be assumed collectively. The research data showed that only one of the thirteen strategic programs contemplated by the Plan 2012 was implemented. Throughout the research results, it was concluded that the focus on organizational

factors exerted influence on the overall implementation process of strategic planning at the HU/UFSC.

Keywords: Strategic Planning. Implementation. University hospital. Structure, communication, leadership, culture.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Formas de estratégia	70
Figura 2 – Implicações das quatro perspectivas sobre estratégia	73
Figura 3 - O ciclo do modelo de Bryson	101
Figura 4 – Etapas do modelo de Pereira.....	104
Figura 5 – Etapas do planejamento estratégico	120
Figura 6 – Níveis de cultura	151
Figura 7 - Configuração das categorias de estudo.....	164
Figura 8 - Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC.....	165
Figura 9 – Sujeitos da pesquisa – membros da CAPIHU.....	168
Figura 10 - Programas definidos na primeira versão do planejamento estratégico do HU/UFSC.....	196
Figura 11 - Programas definidos na segunda versão do planejamento estratégico do HU/UFSC.....	209

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - As quatro perspectivas sobre estratégia.....	76
Quadro 2 – Processo de administração estratégica.....	82
Quadro 3 - Matriz da Análise FOFA	98
Quadro 4 – Variáveis exemplificadas em quadrantes	148
Quadro 5 - Elementos da cultura e seus conceitos	153
Quadro 6 – Declaração de Valores do HU/UFSC.....	190
Quadro 7 – Missão do HU/UFSC	191
Quadro 8 – Visão do HU/UFSC para o ano de 2012.....	191
Quadro 9 – Fatores Críticos de Sucesso do HU/UFSC	192
Quadro 10 – Análise do ambiente interno	193
Quadro 11 – Análise do ambiente externo.....	195
Quadro 12 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 1 – Gestão Institucional.....	197
Quadro 13 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 2 – Gestão de Pessoas	198
Quadro 14 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 3 – Gestão da Assistência.....	199
Quadro 15 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 4 – Informatização.....	200
Quadro 16 - Estratégias e ações estratégicas do Programa 5 – Captação de Recursos Financeiros.....	201
Quadro 17 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 6 – Gestão Financeira.....	202
Quadro 18 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 7 – Articulação Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão	202
Quadro 19 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 8 – Ciência e Tecnologia	203
Quadro 20 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 9 – Comunicação Interna.....	204

Quadro 21 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 10 – Gestão de Materiais e Equipamentos	205
Quadro 22 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 11 – Desenvolvimento e Implantação da Alta Complexidade	206
Quadro 23 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 12 – Transplantes	206
Quadro 24 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 13 – Marketing Institucional	208
Quadro 25 - Características da estrutura organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.	235
Quadro 26 - Características da comunicação organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.	249
Quadro 27 - Características da liderança organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.	264
Quadro 28 - Características da cultura organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.	275

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AGHU – Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários
- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAPIHU – Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU
- CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões
- CEME – Central de Medicamentos
- CIHDOTT – Comissão Intra-hospitalar de Doação e Tecidos para Transplantes
- CNCDO/SC – Central de Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina
- CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
- DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
- DNERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
- EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- EQUIPLAN – Equipe do Planejamento Estratégico do Hospital Universitário
- FAPEU – Fundação de Amparo a Pesquisa Universitária
- FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde
- FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
- FUNRURAL – Fundo dos Trabalhadores Rurais
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HUs – Hospitais Universitários
- HU/UFSC – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
- IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
- IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IFES – Instituições Federais de Ensino Superior

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PE-HU – Planejamento Estratégico-Hospital Universitário

PPGAU – Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária

SAMU – Sistema de Atenção Móvel de Urgência

SES/SC – Secretaria Estadual da Saúde/Santa Catarina

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 CONTEXTO E PROBLEMA DE PESQUISA	25
1.2 OBJETIVOS	31
1.2.1 Objetivo geral	31
1.2.2 Objetivos específicos	31
1.3 JUSTIFICATIVA.....	31
2 REVISÃO DA LITERATURA	35
2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	35
2.1.1 Evolução histórica dos hospitais	36
2.1.2 Complexidade da organização hospitalar	38
2.1.3 Histórico da saúde pública no Brasil	44
2.1.4 Os hospitais universitários.....	50
2.2 PLANEJAMENTO	57
2.3 ESTRATÉGIA.....	60
2.3.1 Origem e evolução da estratégia	60
2.3.2 Conceitos de estratégia.....	63
2.3.3 A Visão de Whittington sobre o processo estratégico	72
2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	77
2.4.1 Características gerais do processo de planejamento estratégico	77
2.4.2 Elaboração do processo de planejamento estratégico	88
2.4.2.1 Referenciais do processo de planejamento estratégico	100
2.4.3 Implementação do processo de planejamento estratégico	111
2.4.4 Avaliação e controle do processo de planejamento estratégico	118
2.5 FATORES ORGANIZACIONAIS E A INFLUÊNCIA QUE EXERCEM SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO.....	121
2.5.1 A estrutura organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico	121
2.5.2 A comunicação organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico	131
2.5.3 A liderança organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico	138

2.5.4 A cultura organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico.....	149
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	161
3.1 NATUREZA DA PESQUISA	161
3.2 OBJETO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	162
3.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	163
3.4 PERGUNTA DE PESQUISA	166
3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	166
3.6 TRAJETÓRIA DA PESQUISA	167
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	171
4.1 CONHECENDO O CAMPO EMPÍRICO.....	171
4.1.1 Histórico do HU/UFSC	171
4.2 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HU/UFSC.....	174
4.2.1 A elaboração do planejamento estratégico do HU/UFSC	174
4.2.2 O processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC	210
4.3 FATORES ORGANIZACIONAIS QUE INFLUENCIARAM O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HU/UFSC	225
4.3.1 A estrutura organizacional do HU/UFSC do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012	225
4.3.2 A comunicação organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012	235
4.3.3 A liderança organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012.	250
4.3.4 A cultura organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012.	264
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
5.1 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	279
APÊNDICES	306
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	307

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA DE PESQUISA

A história das organizações está intimamente ligada à história da sociedade humana. Já nos primórdios, os faraós utilizavam-se das organizações para construir as pirâmides. Os imperadores da China também as utilizavam, para construir grandes sistemas de irrigação. Os primeiros papas, por sua vez, criaram uma igreja universal, com o objetivo de servir a uma religião universal (ETZIONI, 1989).

Contudo, o desenvolvimento industrial, no final do século XIX, demonstrou a necessidade de sofisticação dos princípios tradicionais de organização, bem como, o desenvolvimento de uma ciência da Administração.

Para atender a essa demanda, foram criados princípios e técnicas de administração científica, as quais originaram a “Teoria Clássica de Administração” (CRUZ JUNIOR, 2006). Um dos pressupostos nos quais essa Teoria baseava-se era o de que as organizações funcionavam sem quaisquer relações com o ambiente externo, ou seja, eram interpretadas como sistemas fechados (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 2002). Segundo Ansoff e McDonnell (1993), naquela época o ambiente não sofria grandes alterações, portanto, essa premissa funcionava relativamente bem. Na sociedade contemporânea, entretanto, as organizações passaram a ser compreendidas como sistemas abertos (KATZ; KAHN, 1987), à medida que mantinham um relacionamento dinâmico com um ambiente em constante mutação (CERTO; PETER, 2005; ANSOFF; MCDONNELL, 1993; FISCHMANN; ALMEIDA, 1991). Por ambiente entende-se “todos os fenômenos que são externos à população em estudo e que as influenciam potencialmente ou realmente” (HAWLEY, 1968 apud HALL, 1984, p. 330). Tendo em vista que a população em estudo são as organizações, Hall (1984) considera os seus ambientes fatores cruciais para a compreensão do que se passa nelas e com elas.

Nas duas últimas décadas, as rápidas e profundas transformações no cenário político, econômico, social e tecnológico vêm afetando organizações do mundo inteiro. Nesse contexto, as organizações que não estão em constante sintonia com o seu meio externo estão fadadas ao fracasso (PEREIRA, 2010). Para o autor, todos os administradores envolvidos com ações organizacionais, devem, em graus variados, considerar os elementos e as forças do ambiente externo. Devem, ainda,

identificar, avaliar e reagir a essas forças, a fim de garantirem a sobrevivência e a competitividade da organização.

Segundo Hall (1984), uma variável ambiental frequentemente negligenciada, mas potencialmente crucial à sobrevivência das organizações, concerne às forças legais que fazem parte do meio que as cercam. Quando uma nova lei é aprovada ou uma interpretação modificada, as organizações precisam fazer mudanças para se adequarem, caso a lei seja relevante para elas.

Esta é, exatamente, a situação vivenciada atualmente pelos Hospitais Universitários brasileiros – HUs. Assim sendo, essas organizações não ficam incólumes às mudanças que as políticas públicas vêm implantando no sistema de saúde brasileiro. Pelo contrário, as organizações hospitalares passam por um complexo processo de transformação provocado pelas novas políticas que, dentre outras medidas, inserem os HUs no contexto socio-sanitário do país (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). Entre as reformas no setor, está a celebração de contratos de gestão entre os HUs e o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo, que teve início em 2004, foi definido como “contratualização”. Sua característica central consiste em um pacto por resultados e implica em uma nova forma de financiamento dos HUs, hoje atrelada ao cumprimento de metas de desempenho, relacionadas aos serviços prestados à população.

Esse novo modelo de financiamento prevê orçamento global misto para os HUs, uma vez que apenas os procedimentos de alta complexidade continuam sendo pagos por produção. A área de média complexidade, por sua vez, que apresentava maior déficit no SUS, é orçamentada de acordo com recursos adicionais, calculados a partir da série histórica de produção de cada instituição (CHIORO DOS REIS, 2011). Assim, segundo o autor, quanto maior a oferta de serviços ao SUS, maior será o incremento de recursos destinado aos HUs.

Ressalta-se que o novo modelo de gestão é fruto de um processo gerencial orientado para resultados econômicos, o que significa dizer que as organizações hospitalares universitárias, a partir do pacto com o SUS, passaram a manter uma relação mercantilista com o Estado.

Não obstante, os Hospitais Universitários são tradicionalmente definidos como instituições que se caracterizam como extensão de um estabelecimento de ensino em saúde, bem como um local específico que promove formação universitária na área de saúde (MEDICI, 2001). Tratam-se de organizações vinculadas, nos campos acadêmico e administrativo, às suas respectivas universidades. Após a “contratualização”, no entanto, sua gestão passou a estar vinculada não

apenas às reitorias e ao Ministério da Educação (MEC), mas também ao Ministério da Saúde (MS).

Com a mudança das políticas governamentais, essas instituições, além de suas funções essenciais – ensino e pesquisa, passam a ser referência secundária e terciária para o SUS e a se subordinar, progressivamente, à lógica desse Sistema (MÉDICI, 2001). Desse modo, a partir do pacto com SUS, os HUs passaram a se configurar como agentes nucleares de duas políticas de Estado – educação e saúde, o que provoca uma grande turbulência no bojo dessas instituições, diante da complexa e necessária articulação de tais políticas.

Austin (apud PEREIRA, 1996) argumenta que é em países de terceiro mundo que as políticas governamentais exercem um papel considerável para o contexto organizacional. Robbins (1978), por sua vez, adverte que a turbulência, a instabilidade e a incerteza do ambiente impõem às organizações a necessidade premente de que sua capacidade contínua de adaptação e mudança seja desenvolvida. Além disso, o autor alerta que o acelerado ritmo das mudanças exige que as organizações se antecipem a elas, por meio da adoção de uma postura proativa em relação às ameaças e as oportunidades que o ambiente oferece. De acordo com esse cenário, é imprescindível que as organizações aumentem sua agilidade na tomada de decisão, dando respostas rápidas e eficazes a essas transformações. Corroborando, Hamel e Prahalad (2005) advogam que a sobrevivência e o sucesso de uma organização dependem não apenas de sua participação no mercado, mas, sobretudo, do aumento de sua participação em oportunidades futuras. Nesse sentido, as organizações devem competir pensando no futuro, e para isso a celeridade é essencial. Ainda nessa perspectiva, Ansoff e McDonnell (1993) acreditam que em um cenário no qual as mudanças se tornaram menos previsíveis e as surpresas mais frequentes, o surgimento de um ambiente cada vez mais instável e competitivo tem forçado as organizações a buscarem métodos mais eficazes de gerenciamento.

Para Ferreira, Reis e Pereira (2002), da Administração Científica de Taylor aos dias atuais, os conceitos de administração têm evoluído em ritmo vertiginoso. Segundo os autores, o constante lançamento de teorias, adaptadas às últimas transformações ambientais, tem levado a uma diversidade de novas propostas, que buscam a qualidade na gestão organizacional. Todavia, em um cenário de constante mutação ambiental e organizacional, a administração deve ser sistematicamente repensada, de modo a derrubar formas ortodoxas de gestão e simultaneamente quebrar os paradigmas existentes, para que novos modelos de gestão sejam consolidados. Segundo Ansoff e McDonnell (1993), o sistema de

administração adotado por uma empresa é um ingrediente fundamental para a sua capacidade de resposta a mudanças no ambiente externo, uma vez que determina o modo pelo qual a administração percebe os desafios ambientais; diagnostica seu impacto sobre a organização; decide o que fazer e põe em prática suas decisões.

Dentre as ferramentas de gestão usadas no mundo empresarial, o planejamento estratégico vem sendo apontado como aquela que mais se aplica e que melhor responde às exigências das organizações (RIGBY; BRIDELLI; ALVES, 2003; RIGBY; BILODEAU, 2009 apud PEREIRA, 2010). Trata-se de uma ferramenta potencialmente poderosa para lidar com as condições de mudanças que cercam as organizações contemporâneas (ANSOFF E MCDONNELL, 1993), uma vez que proporciona sustentação metodológica para estabelecer a melhor direção a ser seguida (ACKOFF, 1982).

No entanto, há um consenso na literatura administrativa de que o planejamento constante, científico e sistematizado não é uma prática de organizações sem fins lucrativos, ao mesmo tempo em que as experiências com o planejamento não são regulares. O processo, quando iniciado, ocorre de maneira setorial ou periódica, com ações que abrangem, frequentemente, uma única gestão.

As organizações sem fins lucrativos, conforme afirmam Ansoff e McDonnell (1993), não estão sujeitas ao teste direto do mercado, pois os recursos que sustentam suas operações não são atrelados de uma maneira direta e mensurável à manutenção da utilidade de seus produtos ou serviços. Contudo, autores como Vasconcelos (2002); Dussault (1992); Medici (2001); Bittar (2004) e Cecício; Merhy (2003b) enfatizam que essas organizações encontram grandes dificuldades na definição e operacionalização de suas metas e não têm habilidade gerencial para estabelecer mudanças rápidas.

Para Ansoff e McDonnell (1993), praticamente em todas as organizações não empresariais a mudança não é bem vinda; deve ser controlada, “absorvida”, ou minimizada. Porém, como a mudança social é inexorável, essas organizações adotam um estilo reativo em resposta às mudanças, ou seja, a ação tende a ocorrer após a necessidade de mudança tornar-se clara e imperativa. As soluções são procuradas localmente, na tentativa de minimizar os incrementos de mudança em relação ao *status quo* anterior.

No entanto, frente à complexidade inerente aos HUs, bem como às mudanças provocadas pelas novas políticas públicas para a saúde, principalmente no que tange a sua forma de financiamento, esses hospitais tem sido forçados a implantar ferramentas eficazes de gestão,

que venham a favorecer a articulação das políticas de Estado, além de acelerar e melhorar o processo de tomada de decisão, como forma de viabilizar o cumprimento de suas metas.

O processo de contratualização é parte de uma política que estabelece metas para os HUs a partir de quatro eixos: compromissos com o SUS em relação à assistência da população (produção de serviços de saúde orientada pelas necessidades da população e do SUS); compromisso com o ensino, formação e educação permanente; polo de referência em pesquisa e avaliação tecnológica em saúde, bem como aprimoramento da gestão. Pressupõe, ainda, um potencial indutor de diversas políticas prioritárias do SUS a partir de interfaces com os HUs, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a participação dessas instituições nos sistemas estaduais de urgência e a implementação de mecanismos de gestão participativa e controle social (CHIORO DOS REIS; CECÍLIO, 2009).

De acordo com Chioro dos Reis (2011), o próprio contrato de gestão com SUS induz os HUs a trabalharem com planejamento estratégico plurianual participativo, em curto e médio prazo. Seu corpo gerencial deve adotar a tomada de decisões a partir do monitoramento de um sistema de avaliação de desempenho de gestão.

Foi a partir desse escopo que o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) iniciou, em 2005, o seu planejamento estratégico, com horizonte estratégico para o ano de 2012. O objetivo consistiu em ordenar e integrar de forma coesa os principais projetos e as principais políticas e ações da instituição, com vistas a, por meio do envolvimento dos seus profissionais, consolidar e renovar os valores e a cultura institucionais. O planejamento estratégico do HU/UFSC, denominado “Plano 2012”, foi concebido, em síntese, como um plano norteador da excelência nas práticas de gestão do Hospital, no âmbito da gestão Institucional.

Contudo, diante da relevância e complexidade dessa ferramenta de gestão, sua implementação ainda consiste em uma tarefa desafiadora para muitos administradores. Segundo Hrebiniak (2006), as organizações conhecem muito mais sobre planejamento do que sobre sua realização; sobre a criação de estratégias, do que sobre seu funcionamento real. Autores como Hrebiniak (2006); Thompson e Strickland III (2000); Mintzberg (2000; 2004; 2006a), por sua vez, advogam que a elaboração e a implementação do planejamento estratégico são etapas totalmente inter-relacionadas e interdependentes. Afirmam, ainda, que a falta de compreensão dessa relação representa um

dos grandes obstáculos no sucesso dos processos estratégicos das organizações.

Além disso, na busca incessante por explicações científicas que esclareçam as dificuldades enfrentadas por executivos na efetiva implementação do planejamento estratégico, inúmeros estudos acerca da influência dos fatores organizacionais nesse processo vêm sendo desenvolvidos. Entre eles, destacam-se a estrutura, a comunicação, a liderança e a cultura organizacional, como variáveis intervenientes no processo de implementação do “Plano 2012”, foco desta dissertação de mestrado.

Pereira (2010); Hrebiniak (2006); Mintzberg (2000; 2004; 2006); Rivera (2003); Senge (1990) e Schein (2001) estão entre os autores que afirmam que o sucesso do planejamento estratégico depende, sobretudo, de uma estrutura organizacional adequada às características da organização e ao modelo de planejamento adotado; um adequado processo de comunicação; uma liderança forte que estimule e influencie no momento certo; bem como uma cultura organizacional voltada à execução. Para fins deste estudo, entende-se por sucesso e fracasso do planejamento estratégico o grau de resolutividade que a instituição atinge a partir dos elementos estabelecidos em sua missão (GUNTHER; PEREIRA, 2013).

No entanto, é pertinente ressaltar que, em organizações do tipo profissional, segundo classificação de Mintzberg (2006c), como é o caso das organizações hospitalares, e, portanto, do próprio HU/UFSC, cresce ainda mais a relevância da compreensão dos fatores organizacionais como elementos decisivos de um determinado modelo de gestão (RIVERA, 2003). Essas organizações possuem características específicas, que envolvem, principalmente, um núcleo operacional altamente especializado, uma relativa impossibilidade de padronização mecanicista, uma intensa distribuição de poder, uma necessidade de interação no trabalho finalístico, além de uma grande autonomia dos profissionais, o que implica em resistências ao controle dos processos de trabalho (MINTZBERG, 2006c).

Rivera (2003), ao analisar as características da estrutura das organizações hospitalares, afasta qualquer possibilidade de implementação de um planejamento estratégico que não esteja alicerçado à escuta permanente do padrão cultural, em uma liderança que apoie, sistematicamente, a capacidade coletiva de aprender, e em um processo de comunicação que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente.

Diante da contextualização apresentada, esta pesquisa visa responder à seguinte pergunta: De que forma os fatores organizacionais - estrutura, comunicação, liderança e cultura influenciaram o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC – (Plano 2012)?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da presente pesquisa consiste em analisar o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC – Plano 2012, à luz dos fatores organizacionais – estrutura, comunicação, liderança e cultura.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são os seguintes:

- a) Descrever o processo de elaboração e implantação¹ do Plano 2012;
- b) Descrever o processo de implementação do Plano 2012 a partir da trajetória dos seus programas estratégicos;
- c) Identificar e avaliar a influência que os fatores organizacionais – estrutura, comunicação, liderança e cultura – exerceram nos resultados obtidos no Plano 2012.

1.3 JUSTIFICATIVA

Os hospitais universitários federais vêm passando por profundas e aceleradas transformações, decorrentes, sobretudo, da implantação das novas políticas públicas no sistema de saúde brasileiro, as quais, entre outras medidas, alteraram a forma de financiamento desses hospitais,

¹ Há uma diferença semântica entre as palavras implantação e implementação. Implantação se refere a introduzir, inaugurar, estabelecer algo, enquanto implementação se refere em dar execução a algo, levar à prática por meio de providências concretas (FERREIRA; FERREIRA; ANJOS, 2009). Neste estudo o termo implantação é usado sempre que se fizer referência a conclusão e divulgação do documento "planejamento estratégico" e o termo implementação sempre que fizer referência a realização do plano, isto é, a execução das estratégias formuladas no planejamento estratégico que foi implantado.

atrelando-o ao cumprimento das metas de desempenho definidas pelo SUS. Diante desse cenário, os HUs passam por momentos de grandes turbulências, e nessa condição, configuraram-se como um importante espaço de pesquisa.

Os HUs vivenciam um grande desafio de organização e gestão não somente para responder com resolutividade às necessidades de saúde da população exigidas pelo MS, mas também para continuar desenvolvendo suas funções acadêmicas na formação de profissionais na área de saúde e na produção de pesquisas científicas conforme as exigências do MEC. As crises dos hospitais universitários são múltiplas e históricas, as quais, marcadas principalmente pela falta de recursos financeiros, impactam diretamente em sua dinâmica interna. As atuais dificuldades vivenciadas pelos HUs são diversas: escassez de profissionais qualificados; excesso de contratações por meio das fundações vinculadas às universidades (servidores e estagiários); duplo vínculo empregatício dos profissionais e falta de espaço físico adequado e equipamentos.

A nova realidade dos HUs, contudo, exige que seu modelo de gestão seja sistematicamente repensado, de modo a derrubar formas ortodoxas de gestão e quebrar os paradigmas existentes. Consolidar um novo modelo de gestão e adotar estratégia para atender as prerrogativas do SUS é uma questão de sobrevivência para essas organizações. O momento exige, portanto, agilidade na tomada de decisão e respostas rápidas e eficazes a toda essa transformação. É neste sentido que alguns HUs vêm adotando o planejamento estratégico como ferramenta de gestão. Conforme Robbins (2000), o planejamento estratégico além de reduzir as incertezas e o impacto das mudanças, esclarece as consequências das decisões gerenciais frente a essas mudanças. No entanto, não basta elaborar boas estratégias, pois por mais bem concebidas que sejam, estarão condenadas ao fracasso caso não sejam implementadas com eficiência, eficácia e legitimidade (PEREIRA, 2010; WHITTINGTON, 2006; BOSSIDY; CHARAN, 2002; HREBINIAK, 2006).

Embora a execução seja essencial para o sucesso do planejamento estratégico, fazer a estratégia funcionar ainda representa uma tarefa desafiadora para muitos gestores. Em diversas organizações sem fins lucrativos, o planejamento estratégico é um exercício intelectual que, uma vez elaborado, é belamente encadernado e colocado na prateleira, satisfazendo a todos com a falsa sensação de missão cumprida (DRUCKER, 1990 apud BURMESTER; RICHARD, 1995).

Tais afirmações, aliadas à necessidade premente de que o HU/UFSC implemente estratégias para atingir as metas pactuadas com o SUS e assim garantir o seu financiamento, justificam a importância desta pesquisa.

Nesse sentido, a relevância da presente pesquisa concentra-se, exatamente, em compreender de que forma o planejamento estratégico vêm sendo aplicado no HU/UFSC; qual contribuição que representa no cumprimento de suas metas e como a estrutura, a comunicação, a liderança e a cultura dessa organização influenciou nos resultados do seu processo estratégico.

O estudo do processo de implementação do planejamento estratégico no HU/UFSC, a partir das categorias de análise estabelecidas, dos métodos empregados, bem como das facilidades e dificuldades encontradas em sua implementação trarão novas evidências empíricas, as quais poderão contribuir para a discussão da aplicação dessa ferramenta de gestão em outras organizações hospitalares. A pesquisa busca, portanto, contribuir para o fortalecimento da teoria na medida em que procura relacionar os conceitos teóricos com a prática do processo estratégico adotada no Hospital.

Pode-se, ainda, afirmar que o presente estudo é cientificamente relevante, tendo em vista a escassez de pesquisas acadêmicas sobre a implementação do planejamento estratégico em hospitais, mesmo porque, de acordo com a literatura administrativa, planejamento, de maneira geral, não é uma prática desse tipo de organização. No caso dos HUs, as novas políticas públicas para o setor induzem a implementação de um planejamento estratégico, todavia, devido à sua recente história, a implementação dessa ferramenta é um tema ainda tratado como relativamente novo, cujos processos e resultados precisam ser mais bem compreendidos.

Por fim, importa destacar que a crise dos HUs está na pauta do dia. A questão do seu financiamento; a dupla tarefa que lhe é imposta: ensino e assistência no âmbito do SUS; os conflitos de interesses nessa relação e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) – empresa pública de direitos privados, que está batendo à porta dos HUs, com a promessa de resolver a crise de sua gestão, são temas que vêm se destacado na mídia e que tem mobilizado o MEC e o MS. Por todas essas razões, o HU/UFSC vivencia, hoje, o momento mais importante de sua história, o que contribui para a relevância e originalidade da presente pesquisa. Trata-se de um trabalho que busca compreender a realidade, no exato momento em que ela se materializa.

Cabe ressaltar que alta relevância social do HU/UFSC; o momento vivenciado por ele, marcado por tantas mudanças, incertezas e instabilidades, bem como o grande envolvimento da pesquisadora com o campo de pesquisa, haja vista seu vínculo profissional com a instituição, foram os principais fatores que motivaram a escolha deste tema. Além disso, ao analisar a implementação do planejamento estratégico no HU/UFSC, o tema trata de questões relacionadas à gestão de um dos órgãos suplementares da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), portanto, configura-se de forma totalmente coerente com a proposta do Mestrado em Administração Universitária.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este tópico tem por objetivo investigar a literatura específica, a fim de fornecer sustentação teórica para a realização desta pesquisa de mestrado. Sendo o foco deste estudo a análise da implementação do planejamento estratégico no HU/UFSC, para atender aos objetivos propostos, o presente tópico será organizado da seguinte forma: inicialmente, será apresentada uma contextualização acerca campo de estudo definido, na qual serão destacadas a evolução histórica das organizações hospitalares e suas características. Com vistas a uma análise mais adequada acerca do problema da pesquisa, também será explicada a trajetória histórica da saúde pública no Brasil, delineando, dessa forma, o contexto no qual os HUs estão inseridos. Em seguida, será apresentada uma discussão sobre planejamento e estratégia, que abordará os seus conceitos, a sua evolução histórica e importância no mundo organizacional. Na sequência, será apresentado um estudo acerca do processo de planejamento estratégico, no qual serão relacionados os seus conceitos e objetivos, bem como os elementos intrínsecos à sua elaboração e implementação. Finalmente, no último tópico, serão destacados os seguintes fatores organizacionais: estrutura; comunicação; liderança e cultura, bem como sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico.

2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Conforme consagrou a literatura, as organizações hospitalares, diante da grande complexidade que envolve o pleno desenvolvimento de suas funções, podem ser consideradas diferentes e únicas, se comparadas a outros tipos de organização, uma vez que absorvem os mais diversos setores, os mais diversificados profissionais e os mais variados serviços, apresentando-se *sui generis* entre as demais. A forte autonomia dos profissionais, vinculada à intensa distribuição de poder são algumas das características que classificam as organizações hospitalares como atípicas e altamente complexas. Compreendê-las, portanto, assume total relevância para o desenvolvimento do estudo acerca dos seus processos de gestão.

Nesse contexto, este tópico está reservado a uma melhor compreensão do leitor quanto à relação existente entre a dinâmica e as especificidades dessas organizações e os desafios inerentes à implementação de um planejamento estratégico em organizações desse tipo.

A busca de referências históricas da origem e evolução dos hospitais, a complexidade dessas organizações, bem como o processo de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, permitirão uma maior visibilidade do processo de reformulação do setor hospitalar, e em especial, do momento vivenciado pelo HU/UFSC durante a implantação e implementação do Plano 2012.

2.1.1 Evolução histórica dos hospitais

A origem do termo hospital vem do latim *hospitium*, que significa local onde se hospedam pessoas, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV dC, cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos. O termo hospital tem hoje a mesma acepção de *nosocomium*, de fonte grega, que representa tratar os doentes (GONÇALVES, 1983).

Ribeiro (1993) ressalta que há indícios da existência de hospitais em épocas muito anteriores ao cristianismo. Na China, no Ceilão e no Egito, por exemplo, há registros de hospedarias, hospitais e hospícios patrocinados por almas pias, as quais cuidavam de pessoas necessitadas.

O hospital revela, em suas origens, uma profunda ligação com a igreja e, ao mesmo tempo, uma forte vocação de acolher pessoas excluídas da sociedade. Esse ambiente costumava a ser controlado por religiosos ou caridosos, que abrigavam os moribundos, pobres, leprosos e loucos, isolando-os das cidadelas, evitando que a enfermidade se alastrasse para as demais pessoas da sociedade. Assim sendo, durante muito tempo, o hospital ficou vinculado à morte e ao isolamento social, e não às atividades que visassem à cura (ANTUNES, 1991).

Contudo, conforme evidencia Ribeiro (1993), as transformações econômicas, políticas e sociais ocorridas na Europa pós-renascimento, trouxe um novo olhar para a finalidade do ambiente hospitalar. Naquele período, o crescimento do comércio provocou o deslocamento em massa da população do campo para as cidades, aumentando os problemas de saúde, e, conseqüentemente, a necessidade de um remodelamento dos hospitais.

Somente no final do século XVIII, no entanto, que os hospitais passaram gradativamente, a ser concebidos como um instrumento de cura, sob a responsabilidade do médico, figura que até então, não existia (FOUCAULT, 1996). O autor argumenta que no início dessa nova fase já havia uma preocupação em organizar internamente os hospitais, com o objetivo de anular o conceito negativo que sempre lhe foi atribuído. Isso implicava em reorganizar a estrutura, o tamanho, a dispersão

espacial, localização, separação de doentes e não doentes, criação de regulamentos, os registros de pacientes e controles de fluxos, ou seja, necessidades tipicamente organizacionais.

No século XIX, a prática dessa área se vinculou à racionalidade científica e a medicina ganhou novos horizontes. "As descobertas em diversos campos das ciências da natureza como, a biologia, anatomia, bacteriologia e outras disciplinas, começam a afastar a medicina do seu empirismo e construir o hospital científico moderno" (RIBEIRO, 1993, p. 25).

Foucault (1996) argumenta que, além dos avanços tecnológicos e científicos, o surgimento das especialidades foi outro grande marco na moderna concepção de organizações hospitalares, pois a necessidade de novas condições técnicas e de ambiência trouxe uma nova configuração para essas organizações e lhes atribuiu um perfil diferenciado.

Em sua evolução, os hospitais converteram-se em instituições sociais como obrigação do Estado, que passou a fundá-los e mantê-los, ficando sob a responsabilidade da administração pública a assistência médica gratuita em estabelecimentos hospitalares. Contudo, os recursos financeiros destinados ao seu funcionamento eram escassos e as condições de conforto e higiene muito precárias (ANTUNES, 1991). Destarte, somente os pobres frequentavam os hospitais, pois os que tinham recursos tratavam-se em suas próprias residências. Essa situação mudou somente a partir do aperfeiçoamento das instalações e dos equipamentos dos hospitais, bem como do progresso científico, quando os médicos passaram a impor o internamento dos seus doentes.

Entretanto, conforme Johnson e Schulz (1979), na segunda metade do século XX os hospitais deixaram de ser apenas um local de trabalho dos médicos e transformaram-se num centro de saúde, onde uma equipe multiprofissional atua, com a finalidade de diagnosticar e tratar a comunidade.

O desenvolvimento na medicina científica; a ampliação progressiva do campo de atuação dos profissionais da saúde; o crescimento dos convênios particulares; a maior atenção pública à qualidade do serviço dos hospitais e a legitimação social em relação à saúde foram alguns dos fatores que contribuíram para o desenvolvimento do setor hospitalar (TREVISAN, 1988).

O fato é que os hospitais, desde suas origens, configuram-se como instituições com múltiplas funções sociais, as quais envolvem desde um caráter asilar até um campo de práticas de pesquisa avançada em saúde.

Atualmente, um hospital é definido como uma organização

complexa, na qual são realizadas atividades industriais mescladas com ciência, tecnologia e procedimentos utilizados diretamente em seres humanos, além de componentes sociais, culturais e educacionais, que interferem na estrutura, no processo e nos resultados (BITTAR, 1997).

A complexidade dos hospitais pode ser mais bem compreendida a partir dos modernos conceitos que os define. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Informe Técnico n.º 122, de 1957, por exemplo, define um hospital como sendo:

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar às populações uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação bio-social.

Conforme a definição da OMS, as funções essenciais do hospital moderno compreendem: prevenir a doença (profilaxia); restaurar a saúde (cura); exercer funções educativas (ensino) e promover a pesquisa.

Nesse contexto, Ribeiro (1993) ressalta que o hospital não representa apenas uma organização que evoluiu, sendo muito mais do que isso: o hospital contemporâneo é uma organização nova. Suas características mudaram, assim como suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, instrumentos e processos de trabalho, enfim, sua missão mudou.

2.1.2 Complexidade da organização hospitalar

Autores como Schultz e Johnson (1979) afirmam que os hospitais estão entre os organismos mais complexos do mundo contemporâneo. Neles, está reunida uma ampla diversidade de serviços, que resulta em um alto grau de complexidade operacional. Essas organizações desenvolvem atividades relacionadas à assistência médica integral, curativa e preventiva, além de funcionarem como centros de educação e pesquisa em saúde. Desempenham, portanto, a papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, cujo funcionamento, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma série de processos e uma complexa estrutura.

A estrutura de um hospital divide-se em quatro grandes áreas: infraestrutura; ambulatório/emergência; diagnóstico – terapêutico e

internação – clínico/cirúrgica, as quais, por sua vez, decompõem-se em inúmeras subáreas. Cada uma dessas áreas e subáreas apresentam particularidades e características específicas, que tomam forma no negócio que cada uma desempenha, bem como competências específicas a serem desenvolvidas, com vistas à obtenção de processos e resultados com bom nível de qualidade. Um hospital se constitui, portanto, na soma de diferentes tipos de organização e com tempos de decisão próprios. Em função disso, existe uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores (BITTAR, 2004).

Compartilhando da mesma opinião, Glouberman e Mintzberg (1995 apud SANTOS, 1998) afirmam que os hospitais são constituídos por quatro diferentes “mundos”: cuidados; cura; controle e comunidade. De acordo com os autores, esses quatro diferentes “mundos”, representam quatro diferentes conjunto de atividades; quatro modos de organização e quatro irreconciliáveis conjuntos de pensamentos, sentimentos, emoções e percepções, o que confere uma grande complexidade a essas organizações e torna a sua gestão um grande desafio. Quanto mais divergentes forem as perspectivas de cada um desses “mundos”, maior o desafio de gestão na busca do equilíbrio organizacional.

Cecílio & Merhy (2003a) destacam que, dentro do hospital, o tratamento de um paciente depende do trabalho de vários profissionais. Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados que se complementam, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, diante de um processo de complementação e disputa, compõem o cuidado em saúde. Portanto, na concepção dos autores, coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado e fragmentado de procedimentos, de modo que eles resultem numa assistência eficiente e eficaz, é hoje, o grande desafio dos hospitais (CECÍLIO; MERHY, 2003b).

A complexidade do processo produtivo de um hospital está, exatamente, na diversidade de funções e no seu desenvolvimento simultâneo (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998). A ação do setor de saúde em áreas como hospitais é, portanto, fruto da interação de múltiplas disciplinas, tecnológicas e de múltiplos profissionais.

De acordo com Mintzberg (2003), a estrutura das organizações hospitalares é essencialmente burocrática, classificada como burocracia profissional. A complexidade dessas organizações resulta da existência de múltiplas especializações, originadas de um núcleo operacional

composto por médicos com diversas especialidades e por uma variedade de outros profissionais da saúde, cujos processos de trabalho são complexos e de difícil padronização, o que confere a esses profissionais um alto grau de autonomia.

Dussault (1992) explica que nos serviços de saúde, a autonomia dos profissionais é fundamental para a adaptação dos trabalhos às necessidades específicas de cada paciente, na medida em que há variações individuais e que cada pessoa tem uma demanda única. O autor argumenta que, em organizações hospitalares, o trabalho de produção exige qualificação de alto nível e não responde bem a mecanismos de formalização e controle dos processos de trabalho. O saber e as habilidades são formalizados por meio do processo de formação profissional, e as normas são definidas pelas suas respectivas associações de classe.

Essa autonomia, no entanto, frequentemente resulta em disputa de poder no ambiente hospitalar, constituindo-se num fator que aumenta ainda mais a complexidade de gestão nessas organizações. Carapinheiro (1998) argumenta que a disputa de poder dentro de um hospital, em especial nos HUs, que costumam ser ainda mais complexos, se manifesta em muito antagonismo entre vários atores. Segundo a autora, o antagonismo está presente nas relações entre dirigentes e dirigidos; os que sabem e os que fazem; os que ensinam e os que aprendem; os que sofrem e os que assistem; os que prestam assistência e os que pesquisam ou ensinam; os que administram e os que assistem. Além disso, ainda há o conflito entre os vários segmentos de profissionais, tanto na área assistencial como na área de apoio técnico-operacional, tudo emaranhado em um arranjo de saberes e poderes sob a hegemonia dos médicos docentes e pesquisadores.

Na mesma linha, Bittar (2004) reconhece que a autonomia dos profissionais tende a favorecer a segmentação de grupos com interesses divergentes e a tornar a estrutura hospitalar desagregadora por excelência. Tal condição enfraquece o vínculo desses profissionais com a organização e resulta em dificuldades adicionais, como a alta resistência às mudanças. O autor ainda acrescenta que fatores como turnos, plantões e cargas horárias distribuídas pelas diferentes categorias profissionais também dificultam a integração, a fluidez dos processos e o entendimento do doente de um modo holístico.

Nesse sentido, as organizações hospitalares são consideradas organizações complexas, tanto por sua estrutura quanto pelas características das suas relações sociais de trabalho (GONÇALVES, 1998).

Schortell e Kaluzny (1993 apud SANTOS, 1998) apresentam, de forma resumida, os principais fatores responsáveis pela complexidade das organizações hospitalares:

- a) A definição e mensuração dos resultados são difíceis;
- b) O trabalho desenvolvido é concebido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
- c) A maior parte do trabalho é de natureza emergencial;
- d) O trabalho proporciona pouca margem de ambiguidade e erro;
- e) As atividades dos membros da organização são extremamente profissionalizadas e eles são mais leais à profissão do que à organização;
- f) Existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o trabalho dos médicos;
- g) Em muitas organizações hospitalares existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e autoridade.

A complexidade da organização hospitalar não é, todavia, determinada apenas pelas especificidades e características inerentes às suas atividades, mas também pela relação que mantém com um ambiente externo em constante mutação (SCHULTZ; JOHNSON, 1979).

Na mesma perspectiva, Burmester e Richard (1995) ressaltam que o meio ambiente do hospital não escapa à evolução acelerada e complexa que caracteriza o conjunto das empresas modernas. Nesse sentido, apontam para vários fatores externos que impactam a dinâmica hospitalar: a) problemas econômicos que impõem restrições à evolução dos orçamentos hospitalares; b) fortes pressões das reivindicações sociais que obrigam os hospitais a evoluir em sua qualidade como empregador; c) surgimento de novas patologias para as quais os hospitais nem sempre estão preparados, mas precisam enfrentar e d) evolução rápida de tecnologias úteis e sedutoras, que os hospitais se obrigam a dispor. Além de todos esses fatores, os hospitais ainda precisam atender às exigências legais, que compreendem as obrigações de natureza jurídica, regulamentar ou política, que modelam progressivamente a imagem dos hospitais. Diante desse contexto, pode-se afirmar que os hospitais sofrem total influência do ambiente externo, cujas rápidas transformações obrigam essas organizações a adaptarem-se constantemente, aumentando ainda mais o seu nível de complexidade e lhes impondo um grande desafio de organização e gestão.

Diante do exposto, percebe-se que a complexidade do ambiente

hospitalar é caracterizada pelo dinamismo, pela ambiguidade e por comportamentos não lineares, características, que segundo Demo (2008) representam o caos estruturado. Nesse sentido, a complexidade não deveria ser compreendida apenas como algo complicado, como normalmente é abordada. Demo (2008, p.13) ao interpretar Holland (1998), argumenta que a complexidade remete a ideia de algo caótico e estruturado: “É caótico no sentido de que seu ser apresenta-se dotado de propriedades não lineares ou de dinâmica também ambígua/ambivalente. É estruturado porque, na maior desordem, sempre é possível divisar alguma ordem” (DEMO, 2008, p.13). Em complemento, o autor define complexidade a partir das seguintes características: dinâmica; não linearidade; reconstrução; processo dialético evolutivo; irreversibilidade; intensidade e ambiguidade/ambivalência. As implicações de tais características são explicadas a seguir:

- a) Dinâmica: Não pode ser dinâmico o que não for campo de forças contrárias. Não pode ser dinâmico o que executa movimentos permanentes recursivos ou na mesma direção [...].
- b) Não linear: É preciso ultrapassar a noção de simples organização das partes, para atingir modos de ser: na complexidade não linear pulsa relação própria entre o todo e as partes, feita ao mesmo tempo de relativa autonomia e profunda dependência. A não linearidade implica equilíbrio em desequilíbrio, já que a segurança de algo fechado coincide com a morte. Para continuar existindo, é imprescindível mudar, não apenas linearmente, de modo tranquilo, previsível e controlável, mas criativo, surpreendente e arriscado.
- c) Reconstitutiva: A complexidade não é propriamente reprodutiva, replicável, ou apenas recorrente. É irreversível: não se pode passar do depois para o antes, nem o depois é igual ao antes. Ao existir, se reconfigura conforme o fluxo do tempo e as circunstâncias encontradas. A dimensão reconstitutiva da complexidade aponta para outras dimensões fundamentais, como sentido de autonomia e aprendizagem. Tanto o processo evolutivo quanto o histórico insinuam fortemente que não se trata de mero crescimento cumulativo, mas qualitativamente diferenciado.
- d) Processo Dialético Evolutivo: Quando propusemos que fenômenos complexos podem aprender, insinuamos apenas que seus processos podem incluir criatividade autêntica, no sentido de que produzem modo de ser que são sempre também de vir a ser. Comportam-se de maneira reconstitutiva, recriando-se não

linearmente.

- e) Irreversível: Refere-se, em um primeiro momento, à inserção temporal. Com o passar do tempo, nada se repete, por mais que possa parecer; qualquer depois é diferente do antes; não se pode tomar como equação linear o antes e o depois.
- f) Intensidade: A intensidade dos fenômenos complexos busca ir além de indicadores empíricos mensuráveis. Em vez disso, busca diretamente dimensões de maior profundidade.
- g) Ambiguidade/Ambivalência: Diz respeito à estrutura, no sentido da composição também desconstruída de seus componentes, típica da “unidade de contrários”.

Outra grande contribuição no estudo da complexidade é de Humberto Mariotti (2008). O autor argumenta que a complexidade não se refere a um conceito teórico e sim a um fato da vida. Sua concepção de complexidade corresponde à multiplicidade, ao entrelaçamento e à contínua interação da infinidade de sistemas e fenômenos que compõem o mundo natural. Mariotti (2008, p.87) explica que “os sistemas complexos estão dentro de nós e a recíproca é verdadeira. É preciso, pois, tanto quanto possível, entendê-los para melhor conviver com eles”. Para o autor, a complexidade emerge da interseção entre a ordem pura e a desordem pura. Em suas palavras:

A ordem pura implicaria a impossibilidade do aparecimento de algo novo, diferente. A desordem pura resultaria no mesmo: para que surgisse e se desenvolvesse algo diverso dela, seria preciso um mínimo de desorganização. A complexidade é o resultado natural da complementariedade entre a ordem e a desordem, e mostra que uma não se reduz à outra nem ambas se resolvem numa síntese estática: elas convivem como polos antagônicos e mutuamente alimentadores (MARIOTTI, 2008, p.88).

Ainda assim, Mariotti (2008) afirma que nem sempre é possível resolver as contradições como pretendemos, sendo que muitas vezes é imperativo convivermos com elas. O autor coloca que a complexidade está nos pontos e momentos em que não é possível superar as contradições, vencer os antagonismos e os paradoxos.

Ao contrapor o pensamento linear e o sistêmico, Mariotti (2008) traz à baila os fundamentos do pensamento complexo. Em sua ótica, o pensamento linear é incapaz de entender a desordem pura, uma vez que

pauta-se exclusivamente na ordem pura. O pensamento sistêmico, em contrapartida, não consegue compreender a ordem pura. Frente a esse raciocínio, explica que a complexidade não pode ser compreendida por nenhum desses dois modelos mentais quando utilizados isoladamente, e sim pelo pensamento complexo, que, na sua pluralidade, lida com a ordem, a desordem, a interação e a organização. Nesse sentido, a complexidade só poderia ser entendida adequadamente por um sistema de pensamento aberto, abrangente e flexível. Somente o pensamento complexo permitiria entender que cada coisa é ao mesmo tempo causa e efeito, ou seja, seria possível pensar em termos de ciclos que se influenciam mutuamente e ampliar o significado de nossas conclusões.

Sendo as organizações hospitalares complexas por natureza, considera-se relevante resgatar as dimensões da complexidade, como forma de possibilitar uma melhor compreensão do processo estratégico dessas organizações. Entender a organização; estimular a capacidade de reagir ao processualismo e de conviver com a ambiguidade; reconhecer o caráter antagônico, conflitivo e competitivo das relações entre os vários atores organizacionais, enfim, reconhecer as necessidades humanas internas à organização, é colocado aqui como pano de fundo. Nesse sentido, Rivera (2003) argumenta que o reconhecimento do ato de planejar como relação interativa, a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível, a valorização da opinião do outro como parâmetro de crítica e, finalmente, o destaque dado à cultura no delineamento das regras institucionais, são elementos que abrem caminho para uma interpretação menos presa a uma racionalidade pura de fins.

Enfim, ressalta-se que a influência dos fatores organizacionais – estrutura, cultura, liderança e comunicação – implícitos nesta abordagem, será resgatada a diante, sendo que, por ora, pretende-se demonstrar que a crescente complexidade das organizações hospitalares torna inócuo quaisquer esforços na implementação de um planejamento estratégico que não considere as especificidades dessas organizações, bem como as dimensões de sua complexidade.

2.1.3 Histórico da saúde pública no Brasil

No Brasil, a preocupação com a saúde da população remonta as primeiras décadas de seu descobrimento, quando doenças até então desconhecidas, que acabaram por dizimar boa parte da população, começaram a surgir após a chegada dos portugueses e, posteriormente, dos negros africanos.

Assim, nos mesmos moldes das Santas Casas, existentes em Portugal, em 1943 foi fundada, por Braz Cubas, a Santa Casa de Misericórdia de Santos, configurando-se como o primeiro hospital brasileiro, que tinha como principal finalidade a filantropia e a caridade (ANTUNES, 1991).

Nos anos subsequentes, esse modelo de hospital foi reproduzido em várias cidades brasileiras, se constituindo, por três séculos, na única forma de assistência hospitalar do país, cujas tarefas eram entendidas mais como uma atividade religiosa do que médica (CASTELAR, 1995).

Com a chegada da Família Real portuguesa ao país, em 1808, as necessidades da corte forçaram a intervenção nas precárias condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias. Entre as primeiras providências, foi criada, naquele mesmo ano, a Organização Nacional de Saúde Pública e, em 1809, o cargo de Provedor-mor da Saúde da Corte, com vistas ao controle da entrada de doença nos portos brasileiros. Em 1811, foi criada a Junta de Instituição Vacínica, e, em 1850, diante da segunda grande epidemia de febre amarela, foi instituída a Junta Central de Saúde Pública, que mais tarde tornou-se o Ministério da Saúde.

Apesar dessas medidas, até o início do século XX pouco foi feito para melhorar as condições de saúde da população brasileira. Apenas após a chegada dos imigrantes europeus, que formaram a primeira massa de operários do Brasil, iniciou-se uma discussão para que fosse implantado um modelo de assistência médica para a população pobre.

Nesse contexto, na década de 1920, a saúde pública no Brasil cresceu como questão social e, por iniciativa do poder central, foi iniciada a organização do sistema público de saúde brasileiro. Como primeira providência, foi instituído em 1923, o sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), embrião do seguro social no Brasil (PINOTTI, 1997). Instituições como essa eram organizadas por empresas, por meio de um contrato compulsório e sob a forma contributiva e tinham como finalidade a prestação de benefícios e assistência médica a seus filiados e dependentes. Em 1930, as CAPs foram incorporadas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), autarquias centralizadas pelo Governo Federal que eram controladas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Essas estruturas, organizadas por ramos de atividade e categorias profissionais, estabeleciam benefícios igualitários para cada uma dessas categorias (COHN, 2005).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, o qual, voltado essencialmente à realização de campanhas sanitárias em nível

nacional, buscava impor aos estados e municípios uma estrutura de assistência às doenças endêmicas, em dispensários, por patologia, e posteriormente, em centros de saúde (PINOTTI, 1997).

De acordo com Cohn (2005), durante a década de 1950, diante do ritmo acelerado da industrialização, todo o sistema previdenciário cresceu em volume de recursos, tanto em aparato institucional quanto em clientela a ser atendida. Naquele período, as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos se estabeleceram e tornaram-se um importante vendedor de serviços hospitalares ao governo federal, prestando uma assistência cada vez mais distante das reais necessidades de saúde das classes assalariadas e da população em geral. Quando a situação alcançou o seu ponto de saturação, o governo federal passou a construir imensos hospitais federais e contratar profissionais de saúde a baixos salários.

Em 1953, houve um desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), que congrega todos os serviços de combate às doenças endêmicas. Somente a partir de 1960, no entanto, foram intensificadas as discussões relacionadas ao planejamento e à organização de hospitais, contexto no qual o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade na implementação de uma política hospitalar no país.

Contudo, durante toda a década de 1960 desencadeou-se a fase aguda da crise do sistema nacional de saúde. De um lado, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. De outro, a expansão do atendimento à Saúde Pública era incompatível com a escassez financeira do Estado e a falta de prioridade para o setor da saúde. Desenhava-se, progressivamente, um quadro desanimador, cujas causas ultrapassavam os limites das instituições encarregadas de prestar assistência à saúde no Brasil.

Em 1966, o governo unificou todos os IAPs em um único sistema, denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, incluindo as dos trabalhadores do comércio, da indústria e dos serviços, além de gerir as suas aposentadorias, pensões e assistência médica. Com essa unificação, a arrecadação da previdência elevou-se tanto que passou a quase se igualar à do orçamento nacional, contudo seu perfil é assistencialista e não controla as classes assalariadas (COHN, 2005).

Ainda segundo Cohn (2005), em 1968, para aumentar o número de leitos e atender aos trabalhadores inscritos na Previdência Social, o

governo anunciou linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais. Naquele mesmo período, o governo ampliou o atendimento para trabalhadores rurais por meio do Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), extinto em 1977, após a instituição do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse Instituto incorporou vários outros órgãos, tais como o INPS; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), fundado para coordenar as atividades médicas no país; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), bem como a Central de Medicamentos (CEME).

O autor ainda esclarece que a criação de todos esses órgãos dificultou ainda mais o controle do orçamento da Previdência, o que favoreceu o desvio de verbas e a corrupção, provocando assim, um enorme rombo financeiro na Previdência Social, já que a fiscalização praticamente inexistia.

Nesse mesmo período, sindicatos e partidos políticos aumentaram os questionamentos acerca das políticas de saúde no Brasil. Acadêmicos, cientistas e tecnocratas progressistas debatiam em seminários e congressos as epidemias, endemias e a degradação da qualidade de vida da população. A discussão tomou força com os movimentos populares (associações de moradores, mulheres, sindicatos, Igreja e partidos políticos), que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário (LUZ, 1991).

Diante desse quadro, com a finalidade de propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária e, assim, enfrentar o *déficit* existente, foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), cujas providências incluíam o aumento nas alíquotas de tributação (BERTOLLI FILHO, 1996). O Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, elaborado pelo CONASP, propunha três medidas básicas, que passaram a compor os conceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): a integração e articulação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de governo, com priorização de sua capacidade instalada; a racionalização e restrição à compra de serviços de terceiros e, por fim, a busca de um maior compromisso da assistência previdenciária com os serviços básicos de saúde (articulação e integração da estrutura da saúde pública com a medicina previdenciária).

Em 1986, foi realizada, em Brasília, a VIII Conferência Nacional

de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, do Governo, de usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, o evento significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor da saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira (CUNHA; CUNHA, 1998).

Essa foi a base para a criação, em 1987, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um programa governamental que passou a orientar as estratégias de transição dos sistemas então existentes (saúde pública e previdenciária) para um sistema integrado, gerido de forma descentralizada pelos estados e municípios, por meio do estabelecimento de convênios de integração e articulação dos serviços existentes, tendo como perspectiva futura um sistema (público) único de saúde.

A criação do SUS, aprovado na Constituição de 1988 e regulamentado por meio da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 1990, teve o objetivo de garantir a saúde como direito de todos e um dever do Estado. Seus princípios pautam-se na universalidade, equidade e integralidade; enquanto sua implementação baseia-se em diretrizes de hierarquização, participação da comunidade e descentralização, com delegação de poderes para os níveis estatal e municipal, sendo que o atendimento integral tem maior enfoque em atividades preventivas. A assistência privada à saúde é livre e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (COHN, 2005).

O SUS, no entanto, não pode ser implantado 'da noite para o dia', pois as mudanças que ele propunha eram muitas e complexas; assim como os interesses em disputa. Assim, pode-se afirmar que esse Sistema, como parte da Reforma Sanitária, é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação (RODRIGUEZ NETO, 1998).

Conforme afirmam Cunha e Cunha (1998), o processo de construção do SUS é resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. Fruto de concepções diferenciadas, as políticas de saúde e as formas como os serviços são organizados resultam de uma longa trajetória e de algumas conquistas históricas.

Castelar (1995) argumenta, todavia, que a evolução da rede hospitalar brasileira foi influenciada mais por definições políticas localizadas e interesses de grupos do que em função de uma política de Saúde de caráter nacional, o que resulta em um quadro de significativas diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços. Nesse

sentido, pode-se afirmar que o cenário no setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira, uma vez que se caracteriza pela falta de diretrizes que contemplem o longo prazo.

Autora ainda complementa que a rede hospitalar brasileira não vem respondendo adequadamente às necessidades de saúde da população, em parte devido à ausência de um planejamento central nos níveis federal, estadual e municipal, bem como o clientelismo político e o amadorismo na gestão. Esse último é considerado um fator de grande importância, pois as posições diretivas são determinadas mais por indicação política ou escolha baseada na competência enquanto profissionais de saúde, do que devido à profissionalização da gestão.

Na mesma linha, Paim e Teixeira (2007) explicam que o sistema de serviços de saúde ainda é fragmentado e, portanto, subordina-se a lógicas distintas, que se estendem desde o interesse público ao objetivo de lucro e acumulação de capital, em que há espaços de realização de privilégio de corporações e de trocas clientelistas de partidos políticos.

Além disso, a escassez de recursos financeiros, a carência qualitativa e quantitativa de recursos humanos e a ampliação da demanda social são fatores que só agravam a dramática situação do setor de saúde brasileiro (CASTELAR, 1995). Segundo Paim e Teixeira (2007), apesar de o SUS representar um grande exemplo de política pública democrática e descentralizada, o povo brasileiro ainda sofre com os maus tratos e a desumanização nas filas e nos serviços de saúde.

A efetiva implantação do SUS ainda precisa vencer uma série de obstáculos. Na opinião de Paim (2002), o maior deles concentra-se na dificuldade de descentralização da prestação de cuidados em saúde. Para Castelar (1995), uma importante estratégia para atender o que preconiza a Constituição Brasileira seria que descentralização pudesse alcançar até o seguimento mais próximo do usuário: a municipalização.

A preocupação de autores como Paim e Teixeira (2007) e Castelar (1995) aliada à pressão social que envolve o setor, resulta em uma série de discussões que se traduziram, nas últimas décadas, em uma sequência de reformas no setor de saúde brasileiro, cujo alvo principal é a descentralização das políticas públicas de saúde.

Diante dessas reformas, os hospitais universitários vêm sendo incorporados ao SUS e enfrentam, atualmente, um turbulento processo de transformações, a fim de adaptarem-se às novas regras impostas pelo Sistema.

As características desses hospitais, a forma como estão sendo inseridos na lógica do SUS, as políticas públicas que vem sendo implantadas para sustentar e viabilizar essa inserção, bem como o que

muda nos HUs a partir dessa nova situação são assuntos que serão, resumidamente, abordados no tópico a seguir.

2.1.4 Os hospitais universitários

Os hospitais universitários (HUs) foram criados com o objetivo de apoiar a formação de profissionais da área de saúde de nível universitário, se configurando, portanto, como uma organização de fundamental importância para o desenvolvimento do complexo sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a total interdependência existente entre ensino, pesquisa e atenção à saúde.

Mckee e Healy (2002 apud CALDAS, 2008) citam que um sistema de saúde não pode existir sem o suprimento de profissionais treinados ou do conhecimento gerado por meio da pesquisa. Ao mesmo tempo, no caso dos hospitais, ensino e pesquisa dependem das instalações do sistema de saúde como cenário para o seu desenvolvimento e fonte de material clínico.

No Brasil, esses hospitais ganharam expressão nas décadas de 1940 e 1950, como serviços de saúde próprios das universidades. Anteriormente, as aulas práticas necessárias para a formação dos profissionais da saúde eram desenvolvidas em instituições filantrópicas que cediam seus espaços e pacientes para viabilizar o ensino. Nas duas décadas seguintes, simultaneamente à expansão acelerada desses hospitais, aumentou o número de escolas de medicina (CALDAS JÚNIOR, 1999).

No entanto, de acordo com Medici (2001), até a década de 1970, apesar de mantidos, em muitos casos, por verbas públicas, os HUs cresceram como instituições independentes, afastadas do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas. Até a década de 1980, eles estavam, em sua maioria, vinculados às antigas Faculdades de Medicina, e tinham a única missão de servir como hospital-escola. O foco do atendimento eram os indigentes, ou seja, as pessoas que não tinham cobertura do INAMPS.

A Constituição de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), acabou com o conceito de indigência e ampliou o direito de saúde a todos os cidadãos brasileiros. Diante das reformas do sistema de saúde brasileiro, os HUs foram incorporados à rede do SUS, com a missão de, além do promover o ensino, a pesquisa e a extensão, se tornar referência no país em assistência secundária e terciária, assumindo, portanto, funções definidas pelo SUS e se subordinando progressivamente à lógica desse Sistema (MEDICI, 2001).

O autor ainda menciona que a concepção tradicional define um hospital universitário como uma instituição que se caracteriza pelos seguintes fatores: ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde; prover treinamento universitário na área da saúde; ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino; propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um hospital universitário é, antes de tudo, um centro de atenção médica de alta complexidade, com as seguintes características: a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa; c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e; d) exerce um papel político importante na localidade em que está inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Cabe destacar que, no Brasil, os HUs federais apresentam características que os diferem um dos outros. Essa heterogeneidade, segundo estudos de Machado e Kuchenbecker (2007), envolve desde naturezas jurídico-legais, perfis assistenciais, níveis de complexidade, porte e modelos de gestão, até a vinculação com as universidades e com o SUS. Há também, importante variação no perfil docente-assistencial dos HUs e no dimensionamento de pessoal envolvido na assistência direta. Em 2006, por exemplo, a média nacional era de 6,1 funcionários por leito, o que representava uma variação entre 4,2 e 9,4. Em relação ao percentual de docentes com mestrado e doutorado, as proporções mais baixas e mais altas correspondem a, respectivamente, 34,3% e 94,5%, totalizando uma média nacional de 60,7%. A relação docente e residente também apresenta variação, que fica entre 05 e 3,1 (BRASIL, 2006a).

Enfatiza-se que, apesar de que estudo não tem por objetivo a comparação de perfis institucionais, essas variáveis são consideradas importantes para uma melhor compreensão do grau de dificuldade que envolve a implementação do planejamento estratégico em HUs.

A variação dos dados apresentados, de certa forma, antecipadamente denuncia a falta de uma política nacional de saúde, conforme alertou Castelar em 1995. Assim como, as definições dos HUs apresentadas por Medici (2001) e pela OMS (2004a), já indicam as múltiplas atribuições, os múltiplos vínculos e atores envolvidos na organização e funcionamento dessas instituições, bem como a complexidade de gestão a que estão submetidas.

Os HUs vêm, progressivamente, ocupando uma importante posição no sistema de saúde brasileiro. Os discursos presentes nos meios

de comunicação não deixam dúvidas de que em algumas regiões do país esses hospitais são imprescindíveis, pois tratam-se das únicas alternativas de acesso a um atendimento de alta complexidade, a tecnologia de ponta e, muitas vezes, referem-se à opção mais viável para a prestação de serviços de média e baixa complexidade. Além disso, esses hospitais são centros formadores de um número expressivo de profissionais de saúde, responsabilizando-se, ainda, pela produção de grande parte da pesquisa clínica na área biomédica produzida no Brasil.

Schramm, Oliveira e Leite (2004 apud MACHADO; KUCHENBECKER, 2007), afirmam que somam-se a esse cenário fatores relacionados à acelerada transição epidemiológica e à mudança nos perfis e cargas de doença no país, que atualmente impactam os HUs em suas duas funções: educação e saúde. Machado e Kuchenbecker (2007) ressaltam que essa transformação impõe aos HUs, ainda, uma profunda discussão acerca da formação de profissionais da saúde e a implantação de novas modalidades de assistência, cujas necessidades atuais já ultrapassam os limites dos tradicionais níveis de complexidade de atenção à saúde, concebidos a partir da Alma Ata².

Apesar de sua alta relevância social, os HUs têm se confrontado, em vários momentos de sua história, com períodos de crises crônicas, que afetaram o seu funcionamento, sendo que os problemas de ordem financeira sempre foram os mais evidentes. As políticas de financiamento implantadas para os HUs sempre foram consideradas insuficientes e inadequadas para disponibilizar os recursos necessários ao seu funcionamento. Eles alegavam no final da década de 1990, por exemplo, ter mais de trezentos milhões em dívidas acumuladas por meio de suas fundações de apoio (CHIORO DOS REIS, 2011).

Para alguns estudiosos do tema, a crise dos HUs nunca foi uma crise isolada e sim uma crise de todo o sistema de saúde. Para autores como Vasconcelos (2002); Dussault (1992) e Medici (2001), a justificativa de insuficiência de recursos tem sido recorrente, e um maior investimento de recursos não garantiria, necessariamente, melhorias na qualidade dos serviços prestados por essas instituições. Segundo Medici (2001), a crise traz no seu cerne a má gestão dos HUs e a relativa

² Declaração de Alma-Ata é a carta de intenções resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. Enquadrou-se no movimento mundial, sob a responsabilidade e empenho da OMS, de combater as desigualdades entre os povos e a alcançar a audaciosa meta de saúde para todos no ano 2000.

estabilidade e impunidade de seus dirigentes, se configurando como os principais fatores responsáveis pelo sucateamento dessas instituições.

Um exemplo desse quadro foi constatado na aplicação dos recursos do próprio Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (FIDEPS), criado em 1990 por meio da Portaria SNES/MS n.º 15, de 1991 (BRASIL, 1991a) com o objetivo de promover a participação dos HUS no SUS. Os recursos financeiros desse programa, na ordem de 481 milhões ao ano, tinham como finalidade apoiar o desenvolvimento da infraestrutura necessária ao ensino e à pesquisa. No entanto, o FIDEPS não atingiu plenamente seus objetivos, pois seus recursos foram incorporados ao custeio dos hospitais, em uma tentativa de contornar problemas financeiros. Além disso, hospitais que não estavam voltados para o ensino e para a pesquisa foram beneficiados pelo programa, desrespeitando os critérios estabelecidos pelo próprio MEC, enquanto vários outros hospitais de ensino foram excluídos do programa (BRASIL, 2006b).

Ressalta-se que o FIDEPS, fundado como estratégia para ampliar a cooperação dos hospitais com o sistema de saúde e institucionalizar a formação e as pesquisas realizadas pelos hospitais de ensino superior, destinava-se apenas aos hospitais devidamente reconhecidos pelo MEC como sendo de ensino. Para que fossem reconhecidos dessa forma, esses hospitais deveriam estar em funcionamento regular há mais de cinco anos e pertencer, enquanto centro de referência nacional, ao Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (SIPAC) do MS (BRASIL, 1991b).

O fato é que, até 2004, os HUs eram custeados de forma compartilhada pelo MEC, responsável pelo pagamento de pessoal, e pelo MS, cujos recursos, repassados contra a prestação de serviços, somados aos recursos do FIDEPS, não foram suficientes para impedir as constantes crises do setor. Não obstante, as várias iniciativas propostas com o objetivo de promover mudanças no modelo de assistência hospitalar e fomentar a participação dos HUs no SUS estavam frequentemente acompanhadas de um desajuste entre as normativas e a sua efetiva operacionalização (BRASIL, 2004b).

Em 1999, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) já propunha, por meio de relatório, que a crise dos HUs fosse analisada e entendida a partir dos três seguintes fatos: a) a crise institucional, uma vez que passava o aparelho formador na área da saúde; b) a crise de financiamento e da estrutura de despesas do Sistema de Saúde e c) a fragilidade na condução das políticas públicas (BRASIL, 2003).

Esse relatório serviu como base para que a crise fosse

caracterizada não somente por aspectos financeiros, mas também, por aspectos que compreendiam questões de ordem política, gerencial, assistencial, acadêmica e social (VASCONCELOS, 2002). Nesse contexto, o Governo Federal iniciou, a partir de 2003, um programa de reestruturação dos hospitais de ensino, cujo foco principal constituía-se na revisão da certificação e a contratualização desses hospitais (BRASIL, 2004b).

O processo de certificação visava, antes de tudo, corrigir as impropriedades de inclusão e exclusão dos hospitais nas categorias de universitário e ensino, para que fossem reorientadas, assim, as relações do MS e o MEC com os HUs. Diante disso, em 2004, por meio da Portaria Interministerial do MEC e do MS n.º 1.000, de 2004, foram estabelecidas as novas regras para a certificação dos hospitais de ensino, os quais atualmente podem ser definidos como as instituições que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área de saúde, sejam gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniadas com Instituição de Ensino Superior (BRASIL, 2004c).

A contratualização, por sua vez, implicou na mudança na forma de financiamento dos HUs, cujo pré-requisito indispensável é a certificação. Nesse processo, o Estado, por meio de instrumentos contratuais, repassou às entidades não estatais a execução de determinados serviços. Em contrapartida, permaneceu como responsável pelas políticas públicas, exercendo ainda o papel de financiador, indutor e regulador, para que os serviços fossem prestados de forma adequada, com qualidade e eficiência. O processo de contratualização dos serviços de Saúde busca estabelecer uma relação clara e objetiva, bem como definir, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem atingidos, sempre com foco nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004b).

A elaboração de contratos de gestão de recursos implica em metas quantitativas e qualitativas, que envolvem a assistência à saúde, ao ensino, à pesquisa e à gestão, definidas diante de compromisso firmado entre os hospitais de ensino e o Gestor do SUS. Essas metas são revisadas anualmente e submetidas a um rígido controle de resultados. Nesse novo sistema, os HUs têm o seu financiamento vinculado ao cumprimento de metas firmadas com o Gestor do SUS. Nesse sentido, quanto maior a oferta de serviços ao SUS, maior o incremento de recursos para os HUs. O processo também tem a finalidade de equacionar custos e garantir a eficiência e efetividade dos serviços prestados (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, a política da contratualização proporciona materialidade ao processo de acompanhamento e avaliação sistemática de desempenho, induzindo os HUs a trabalharem com planejamento estratégico plurianual participativo em curto e médio prazo, o que impõe a essas instituições o desenvolvimento da sua capacidade de organização e gestão (CHIORO DOS REIS, 2011).

Segundo o autor, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, cuja formulação foi iniciada em 2003, frente a um contexto de crise crônica, constitui-se em um marco recente da história do SUS. Entre 2003 e 2008, foram certificados 151 hospitais como de ensino, sendo que, desses, 119 celebraram contrato com o Gestor do SUS, o que gerou um impacto, em valores anuais, na ordem de 345 milhões, bem como um incremento de novos recursos superior a 12%.

O fato é que os HUs transformaram-se em agentes nucleares de duas políticas de Estado: Educação e Saúde. Consequentemente, é no âmbito dessas instituições que se manifestam as tensões inerentes à complexidade de articulação de tais políticas. Possivelmente essa nova realidade represente o maior desafio vivenciado pelos HUs brasileiros, ou seja, de desempenhar as sua função essencial de formar profissionais da saúde e responder com resolutividade os problemas de saúde da população, num contexto onde as demandas sócio - sanitárias são múltiplas e crescentes (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Para os autores, o fortalecimento da sustentabilidade organizacional dos HUs possivelmente represente o mais importante passo a ser dado no presente momento. A sustentabilidade organizacional, entendida como resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação de capacidade de investimento e gestão de pessoas, representa o conceito chave no exercício da missão dessas instituições. Se os hospitais já são, por natureza, instituições tão complexas, em um contexto de mudanças como o atual, os desafios que se apresentam para sua gestão são ainda mais significativos.

No entanto, historicamente, esses hospitais vêm desenvolvendo suas ações com práticas imediatistas e sem nenhum planejamento (BITTAR, 2004). Segundo Drago (2011), as causas da fragilidade de gestão dos HUs, são múltiplas e históricas. A falta de contratações por concursos públicos; o excesso de terceirização de mão de obra e de estagiários e o duplo vínculo dos profissionais, especialmente os médicos, são alguns dos fatores apontados pela autora como responsáveis pela desestruturação dessas organizações, por refletirem na qualidade de sua gestão. Para ela, portanto, a má gestão dos HUs não

está desconectada das ações governamentais, que sucatearam as universidades públicas do país.

Na realidade, essa prática de gestão é um modelo que impera nas instituições universitárias brasileiras, que ainda estão à margem das grandes discussões e transformações experimentadas pela sociedade. Seus gestores demonstram certa apatia frente aos novos desafios do ambiente externo, comportamento que se materializa por meio de atitudes conformistas em relação a um *status quo* vigente (MEYER, 2003).

A mudança de paradigmas a que os HUs estão sendo submetidos é apenas mais uma prova de que esse quadro de inércia institucional precisa ser mudado. Segundo Meyer (2003), para que isso ocorra é necessário que seus gestores rompam barreiras internas burocráticas e, especialmente, comportamentais, ajustando-se, assim, dentro de uma nova realidade, que permitirá o cumprimento de sua missão de forma mais adequada, com vistas a prestar serviços relevantes à sociedade. O autor ainda adverte que os desafios impostos pelo ambiente externo não mais se adéquam à uma gestão improvisada, amadora e de cunho político, calcada apenas no bom senso, em experiências passadas e barganhas políticas. Sob a mesma perspectiva, Tachizawa e Andrade (2002) afirmam que os novos tempos exigem dos gestores uma postura diferente, voltada para uma administração profissional das instituições de ensino superior.

Enfim, seja por tradição, inércia, prudência ou comodismo (ou todas essas atitudes combinadas), a maioria dos gestores de hospitais públicos no Brasil adota uma postura mais reacional ao processo de mudanças e, portanto, não podem ou pouco fazem para influenciá-lo (BURMESTER; RICHARD, 1995).

Cabe destacar que, reconhecendo a fragilidade de gestão dessas organizações, o Governo Federal criou, recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O objetivo na criação dessa empresa, cujo estudo aprofundado foge do escopo desta pesquisa, é exatamente, de proporcionar mais agilidade e eficiência à gestão dos HUs. Trata-se de uma empresa pública de direito privado, criada por meio da Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que determina uma série de providências que prometem alterar completamente a configuração desses hospitais. No entanto, o cenário que se apresenta, atualmente, é desanimador, diante de tamanha instabilidade e de tantas incertezas.

Por fim, considerando-se todas as características intervenientes ao processo de gestão dos HUs, apresentadas neste tópico, presume-se a

necessidade de um enorme esforço de superação, para que essas instituições alcancem suas metas e cumpram plenamente sua missão. Tendo o HU/UFSC optado pelo planejamento estratégico como ferramenta de gestão capaz de nortear a excelência de suas práticas de gestão e, conseqüentemente, lidar com o contexto de mudanças no qual está inserido, na seqüência, será apresentada a fundamentação científica que sustenta a implementação desse processo.

2.2 PLANEJAMENTO

O planejamento, parte fundamental da administração, tem suas origens nas mais remotas civilizações. Apesar de nunca terem sido encontradas obras que comprovem seu desenvolvimento na antiguidade, há fortes indícios de que já havia planejamento naquela época. As grandes realizações arquitetônicas dos antigos impérios, por exemplo, fundamentam a hipótese de que desde aquele tempo existia algum tipo de plano que orientava as ações humanas (SILVA, 2001).

O planejamento enquanto processo aplicado à gestão organizacional de produção surgiu somente no início do século XX, com o advento da Administração Científica de Taylor. Considerado o pai da administração Científica, Taylor (1856-1915) foi o precursor da organização metódica do trabalho. Estudou os tempos e movimentos do processo produtivo, em busca da eficiência operacional e do conseqüente incremento da racionalidade organizacional, definindo o planejamento como uma das funções básicas da gestão. O planejamento naquela época surgiu como uma substituição da improvisação, sendo utilizado como forma de escolher as ferramentas e os métodos mais adequados de produção, com vistas ao aumento da produtividade (FERREIRA; REIS; PEREIRA, 2002).

De Taylor aos dias atuais, são inúmeras as contribuições de autores renomados, na busca por conceitos que melhor definam o que é planejamento e a forma de aplicá-lo adequadamente nas organizações. Segundo Ackoff (1982), as organizações modernas vêm enfrentando ambientes cada vez mais complexos e dinâmicos, assim, as que planejam estão mais preparadas para enfrentar os desafios e sobreviver nesse meio. No entanto, de acordo com autores como Vasconcellos Filho e Pagnocelli (2001), existe certa dificuldade em conceituar planejamento nas organizações, pois sua função muitas vezes é confundida com previsão, predição, projeção, resolução de problemas e planos. Para os autores, planejar significa desenvolver um processo de promoção ao alcance dos objetivos propostos.

De acordo com Stoner; Freeman (1999), o planejamento deve contemplar não somente os objetivos da organização, mas também a escolha dos meios para alcançar esses objetivos, baseados em algum método, plano ou lógica, em vez de palpite.

Na mesma linha, Ackoff (1982) define planejamento como projeto de um futuro desejado e de maneiras efetivas de alcançá-lo. Entretanto, enfatiza que o planejamento só é necessário quando a condição futura desejada envolve um conjunto de decisões interdependentes, em que a principal complexidade do planejamento derive da inter-relação das decisões e não da decisão em si. O planejamento, sob essa ótica, remete à esfera da elaboração da estratégia, tendo em vista que esse processo também trata das inter-relações entre as decisões organizacionais (MINTZBERG, 2004). O autor adverte, contudo, que o planejamento como tomada de decisão integrada impõe uma condição particularmente rigorosa: que as decisões sejam periodicamente integradas em um único processo firmemente ligado, para que todas possam ser tomadas, ou pelo menos aprovadas, na mesma hora. A mesma perspectiva é compartilhada por Ackoff (1982), ao ressaltar que o efeito de cada decisão no resultado dependem de, pelo menos, outra decisão do conjunto.

As tomadas de decisões, no entanto, não se restringem à cúpula, mas se estendem a todos os níveis da organização. Assim, a literatura posiciona o planejamento em diferentes níveis hierárquicos, classificando-o como: planejamento estratégico; planejamento tático e planejamento operacional.

O Planejamento Estratégico refere-se ao processo administrativo ligado ao nível de decisão mais alto da organização e relaciona-se com os objetivos de longo prazo e com as maneiras de alcançá-los. É um processo político que envolve conflitos, poder e interesses, ao mesmo tempo em que trata de questões que afetam toda a organização.

O Planejamento Tático, por sua vez, está ligado ao nível médio de decisão, como o Planejamento Tático de Marketing, Planejamento Tático Financeiro, Planejamento Tático de Recursos Humanos, entre outros. Neste nível, o planejamento relaciona-se com os objetivos de médio prazo. Seu objetivo é otimizar determinada área de resultado e não toda a organização, por meio da atuação na decomposição das estratégias e ações estratégicas estabelecidas no planejamento estratégico.

O Planejamento Operacional, por fim, diz respeito às decisões de nível operacional e relaciona-se aos objetivos de curto prazo. Ele é a formalização da metodologia de desenvolvimento e implementação de

resultados específicos a serem alcançados pela a organização (PEREIRA, 2010). Contudo, o autor lembra que todas as modalidades de planejamento devem estar em sintonia com o todo maior, que é o planejamento estratégico.

Para Mintzberg (2004), a chave para entender o planejamento está relacionada à sua formalização. O que diferencia a prática do planejamento dos outros processos é a sua ênfase na formalização e na sistematização do processo ao qual se pretende aplicar o planejamento. O autor procura caracterizar o planejamento não por seus resultados esperados, mas pela natureza de seu processo, e considera um erro confundir planejamento com tomada de decisão, com formulação de estratégia e administração ou com a maneira preferida de fazer qualquer uma dessas coisas, pois o planejamento seria simplesmente o esforço de formalizar suas partes por meio de decomposição, articulação e racionalização dos planos.

Pereira (2010) corrobora com a necessária característica formal atribuída ao planejamento por Mintzberg (2004) ao alertar que os planos não devem ser rígidos, pois engessam a organização. De acordo com o autor, o sucesso do planejamento está na capacidade da organização usar criatividade, inovação e flexibilidade no momento de colocar os planos em ação. A sua opinião é que a criatividade gera novas ideias e a inovação representa a aplicação prática dessas ideias, no sentido de gerar um novo processo ou procedimento administrativo. Em seu raciocínio, a criatividade provoca a inovação, enquanto a flexibilidade proporciona a abertura para tudo que seja novo, sem pré-julgamentos de valor. Nesse sentido, o conceito moderno de planejamento estaria vinculado à princípios mais humanos, que chegam a influenciar as pessoas em um âmbito além da simples complexidade de suas tarefas, e que por consequência, melhoram a compreensão dos desafios organizacionais.

Finalmente, Mintzberg (2004) considera o planejamento um processo que apresenta um benefício específico em contextos específicos, portanto, é necessário determinar um conjunto de papéis equilibrados para planejamento, planos e planejadores em organizações.

Sendo o foco deste estudo a implementação do planejamento estratégico, antes de apresentar o constructo teórico sobre esse processo, faz-se necessária a compreensão das diferentes concepções teóricas sobre a concepção e execução de estratégias organizacionais, que serão delineadas no tópico subseqüente.

2.3 ESTRATÉGIA

2.3.1 Origem e evolução da estratégia

A palavra estratégia deriva da palavra grega *strategos* e significa, literalmente, a “arte do general”, portanto, sua origem está intimamente relacionada à área militar (STEINER, 1981). Bethlem (1981) comenta que, inicialmente, estratégia significava a “arte do geral”, pois, em algum momento da história militar, o comandante da ação passou a se afastar da linha de frente para visualizar o conjunto das batalhas, em vez de se envolver diretamente na ação e ter seu campo de visão limitado a pequenos grupos. Para o autor, só posteriormente, a estratégia adquiriu uma conotação voltada para a arte do general em conduzir um exército por um caminho.

Quinn (2006a) argumenta que as estratégias militares existem desde a pré-história. Uma das funções dos primeiros historiadores e poetas, segundo o autor, era obter o conhecimento adquirido com essas estratégias, bem sucedidas ou não, e transformá-lo em sabedoria e orientação para o futuro. À medida que os conflitos se tornavam mais complexos, os conceitos estratégicos essenciais eram estudados, codificados e testados, com o intuito de gerar um grupo coerente de princípios. Esses princípios, em suas mais diferentes formas, foram destilados nas máximas de Sun Tzu, Maquiavel, Napoleão, Von Clausewitz, Lenin, entre outros, com o passar dos tempos.

O grande estrategista chinês Sun Tzu, em seu extraordinário livro “A Arte da Guerra”, escrito 500 a.C., compõe um panorama de todos os eventos e estratégias que devem ser abordados em um combate racional e nos ensina que o mérito supremo consiste em adotar estratégias para quebrar a resistência do inimigo (SUN TZU, 1999). Para ele, as vitórias nas batalhas não são um golpe de sorte e sim de escolha estratégica, em que os guerreiros se posicionam onde com certeza vencerão.

Na primeira metade do século XIX, de acordo com Quinn (2006a), o general prussiano Von Clausewitz, ao resgatar esses ensinamentos milenares, lembra que o uso da estratégia no campo militar refere-se a coisas importantes, “táticas” para os detalhes, e alerta que uma estratégia efetiva deveria se concentrar em princípios que possam criar, guiar e manter o domínio. Entre esses princípios, o general inclui muitos dos conceitos adotados nas guerras macedônicas: espírito de moral; surpresa; astúcia; concentração no espaço; domínio de posições selecionadas; uso de reservas estratégicas; unificação com o tempo; tensão e liberação, entre outros. Quinn (2006a) argumenta que

muitos dos conceitos que permeiam estratégias formais bem concebidas são derivados de princípios de estratégias datados da era grega. Para explicar melhor a sua tese, o autor faz uma analogia entre uma estratégia organizacional bem desenvolvida e a batalha de Chaeronea (em 338 aC.). Em ambos os casos, o estrategista se comporta da seguinte maneira:

[...] primeiro se aproxima e depois se afasta para determinar as forças dos oponentes, forçando-os a aumentar seu comprometimento, depois concentra recursos, ataca uma exposição clara, massacra um segmento de mercado selecionado, constrói uma cabeça de ponte no mercado e depois reagrupa e expandi, a partir dessa base, para dominar um campo mais amplo (QUINN, 2006a, p. 32).

Há indícios de que a ligação entre o uso da estratégia nas práticas militares e organizacionais surgiu muito cedo, quando Sócrates consolou um soldado grego que, ao disputar uma eleição para o cargo de general, foi derrotado por um simples homem de negócios. O filósofo explicou ao soldado que os deveres de um general e um homem de negócios são semelhantes, pois ambos envolvem o planejamento do uso de seus recursos para alcançar metas. Nessa época, a estratégia passou a ter uma conotação de habilidade administrativa, quando seu significado veio a expressar a ideia de poder, oratória, liderança e administração (BRACKER apud WHITTINGTON, 2006).

O conceito de estratégia militar relacionado aos negócios, todavia, perdeu-se durante a queda das cidades gregas (WHITTINGTON, 2006). Desde então, até a década de 20 do século passado, os conceitos de estratégia não foram mais aplicados no campo organizacional (ANDRADE, 1988 apud PEREIRA, 2002).

Whittington (2006) também estabelece a década de 1920 como marco para o uso de estratégias no mundo dos negócios, ao reportar-se à administração do executivo da General Motors, Alfred Sloan. Segundo o autor, Sloan, que presidiu a General Motors no período de 1923 a 1956, inovou ao reconhecer a necessidade do uso de estratégias e na importância de mantê-las separadas das operações diárias da empresa.

A primeira aplicação acadêmica que relaciona o uso da estratégia ao meio empresarial ocorreu em 1944, por meio da obra *Theory of Games end Economic Behaviour*, publicada pelos economistas matemáticos Von Neumann e Morgenstern (WHITTINGTON, 2006). Para Von Neumann e Morgenstern (apud MINTZBERG, 2006a, p. 24),

na teoria dos jogos, estratégia é “plano completo: um plano que especifica que escolhas o “jogador” vai fazer em cada situação possível”. Segundo Whittington (2006), os economistas colocaram a figura do “homem econômico racional”, no centro de sua concepção sobre estratégia. Para eles, trata-se de um “jogo” elaborado de movimento e reação, blefe e resposta, entre empresas concorrentes e ao mesmo tempo interdependentes.

Ansoff (1991) argumenta que foi a partir da segunda metade do século XX, frente às rápidas transformações do ambiente externo, que as organizações começaram a verdadeiramente reconhecer a necessidade de criar estratégias para manterem-se competitivas. Ele afirma que definir objetivos de forma isolada deixou de ser, naquele momento, suficiente como regras de decisão, surgindo à necessidade da criação de estratégias para guiar e reorientar as organizações, ao mesmo tempo em que elas se adaptam a novos desafios, a novas ameaças e oportunidades.

A partir dos anos 50, a economia mundial presenciou o surgimento progressivo de novos métodos e modelos de gestão. Em resposta à crescente turbulência ambiental, a administração passou a desenvolver enfoques sistemáticos, com vistas a lidar com os níveis crescentes de imprevisibilidade, surpresa e complexidade. Os sistemas evoluíram em resposta a dois desafios: a mudança crescente do ambiente, de um lado, e a previsibilidade decrescente do futuro, do outro. Os sistemas de administração tornaram-se mais sofisticados e, com a evolução, complementaram-se (ANSOFF, MCDONNELL, 1993). Nesse período, segundo os autores, o conceito de estratégia passou a fazer parte do vocabulário das empresas, ao mesmo tempo em que crença na possibilidade de prever o futuro a partir da extrapolação do crescimento do passado deu origem ao planejamento de longo prazo.

A década seguinte foi marcada pela implantação do planejamento estratégico ou de negócios, que substituiu a extrapolação por uma análise estratégica detalhada, na qual atenção inicial se concentrou na diversificação dos negócios.

Na década de 1970, começou a surgir uma nova percepção quanto ao crescimento econômico, e a atenção dos estrategistas migrou da diversificação para o aperfeiçoamento das estratégias de competição em suas linhas tradicionais. A adição de novas áreas de negócios não permitia que a empresa tirasse proveito de todas as suas oportunidades, além disso, muitos dos novos desafios se concentravam nas áreas de negócios tradicionais. Nesse período, frente ao desenvolvimento tecnológico; ao surgimento de novos concorrentes; à saturação do crescimento; e às pressões sociopolíticas, as empresas se defrontaram

cada vez mais com desafios estratégicos para manterem-se competitivas e até mesmo para sobreviverem (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Na década de 1980 a evolução continua, e segundo Fischmann e Almeida (1991), a Gestão Estratégica, um modelo que tem como base estruturante o Planejamento Estratégico, adicionou em sua implementação algumas perspectivas administrativas, tais como o pensamento sistêmico; o controle integrado; a gestão da mudança; a aprendizagem organizacional; a eficiência e eficácia organizacional. Nesse período, de acordo com Gaj (1990), as estratégias ganharam uma nova dimensão com o estudo de Michel Porter (1998), que destacou a imprescindibilidade de se analisar o concorrente, sendo todo o resto menos importante.

Porter (1998, p.11) advoga que “a essência da formulação estratégica é lidar com a competição”. Para o autor, a competição em um segmento organizacional depende de cinco forças básicas: poder de barganha dos fornecedores; poder de barganha dos compradores; ameaça de produtos e serviços substitutos; ameaça de novos entrantes, bem como competição por uma posição entre os concorrentes. Nesse contexto, o objetivo da estratégia competitiva consistiria em encontrar uma posição no setor onde a organização possa se defender contra essas forças ou influenciá-las a seu favor.

A partir da década de 1990, a crescente globalização dos negócios e as grandes alterações nos sistemas econômicos e sociopolíticos promovem um cenário de incertezas e instabilidade, que tem forçado as organizações a cada vez mais adotarem estratégias para manterem-se competitivas (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Por fim, a estratégia teve várias fases e significados, e apesar de ter evoluído historicamente de um conjunto de ações e manobras militares para uma disciplina do conhecimento administrativo, não deixou de manter em sua aplicação a raiz semântica, ou seja, indicar caminhos.

2.3.2 Conceitos de estratégia

Devido à sua abrangência e complexidade, o conceito de estratégia é apresentado na literatura administrativa por uma multiplicidade de autores e sob enfoques distintos. A vasta bibliografia existente sobre o assunto apresenta convergência em alguns aspectos que estão na base do conceito, porém, o conteúdo e o uso da estratégia apresentam abordagens muito diversas, que expressam em diferentes

contextos históricos a forma como os autores concebem a organização e entendem o seu funcionamento.

As inúmeras definições de estratégia revelam, ainda, o foco de cada autor na aplicação e no desenvolvimento do conceito, bem como a relação dessas definições com a evolução histórica da estratégia. Assim, o tema possibilita a análise de concepções teóricas que contemplam desde abordagens mais tradicionais e restritas, com enfoques analíticos racionais, até outras mais abrangentes, que preconizam a relevância de *insights*, criatividade, aprendizagem, inovação, e habilidades relacionadas às pessoas.

Nesse contexto, Rumelt, Schendel e Teece (apud SERRA et al., 2002) destacam os estudos de Chandler, Learned, Christensen, Andrews, Guth e Ansoff como seminais, que lançaram os conceitos básicos para o desenvolvimento dos demais conceitos de estratégia empresarial. Ressaltam ainda, que muitos dos aspectos que preocupavam os pesquisadores na década de 1990 foram abordados de forma embrionária na década de 1960.

Na definição clássica de Chandler (apud WHITTINGTON, 2006), por exemplo, a estratégia está associada à determinação de objetivos e metas de longo prazo de uma organização e a adoção de cursos de ação e alocação de recursos para atingi-las. O estudo do autor teve como foco a forma como a mudança de estratégia afeta a estrutura formal da organização. Ao preconizar a máxima de que “a estrutura segue a estratégia”, o autor afirma que a complexidade da estrutura resulta do encadeamento de várias estratégicas básicas.

Em uma abordagem mais abrangente, Andrews (2006) conceitua estratégia como um modelo de decisões de uma organização, que define e revela seus objetivos e suas metas, cria as principais políticas e os principais planos para que as metas sejam alcançadas e define o escopo de negócio que a organização vai adotar. A necessária interdependência de objetivos, políticas e ações organizadas é fundamental não somente para a particularidade de uma estratégia individual, mas também para a oportunidade de identificar vantagem competitiva. A unidade, a coerência, e a consistência interna das decisões estratégicas de uma organização é que irão posicioná-las em seu ambiente e dar-lhes identidade, poder para mobilizar suas forças e aumentar a possibilidade de sucesso no mercado. É a inter-relação de um conjunto de metas e políticas que cristaliza um conjunto de problemas que uma organização pode juntar e solucionar. Na formulação da estratégia, segundo Andrews (2006), a organização deve considerar os recursos que ela tem disponíveis. Sua capacidade real ou potencial de aproveitar as

necessidades percebidas no mercado ou lidar com possíveis riscos deve ser estimada de maneira precisa.

Outro autor clássico e de importante influência na literatura administrativa sobre estratégia é Igor Ansoff, que segundo Mintzberg (2004), se diferencia dos demais ao fornecer uma estrutura conceitual e metodológica global para o uso da estratégia. Em seu livro *Corporate Strategy*, publicado em 1965, Ansoff (apud MINTZBERG, 2004) realiza um escopo analítico acerca da política de negócios para crescimento e expansão das organizações, ao mesmo tempo em que apresenta uma lista de verificação dos itens importantes do problema estratégico, tais como: a definição dos objetivos da organização; a construção de perfis de competências, bem como o nicho competitivo e a construção de portfólios alternativos de entradas de novos produtos no mercado. Em sua percepção, a estratégia funcionaria como um “operador”, destinado a transformar a empresa da posição presente descrita pelos objetivos e sujeito aos obstáculos das competências e do potencial.

Ao analisar o conceito de estratégia, Ansoff (1991) a conclui como um conjunto de regras de tomada de decisão, capaz de guiar o comportamento de uma organização de modo que possa ter um crescimento ordenado e com resultado. As regras que compõe o seu modelo estratégico são as seguintes:

- 1) Padrões segundo os quais o desempenho presente e futuro da empresa possam ser medidos. Quando qualitativos esses padrões são chamados de objetivos, e quando quantitativos, são chamados de metas;
- 2) Regras para o desenvolvimento da relação da empresa com o seu ambiente externo: quais produtos e tecnologias a empresa irá desenvolver, onde e para quem os produtos serão vendidos, e como a empresa obterá vantagens sobre seus concorrentes. Este conjunto de regras é chamado de estratégia de negócio;
- 3) Regras para o estabelecimento de relações internas e processos dentro da organização; frequentemente, isto é chamado de estratégia administrativa;
- 4) As regras segundo as quais a empresa conduz suas atividades no dia a dia, chamadas de políticas operacionais. (p.95-96)

Michel Porter, um dos maiores ícones da área, por sua vez, tem como foco o estudo e a sistematização da estratégia das organizações na indústria. Porter (1990) afirma que a essência da formulação de uma estratégia competitiva consiste em relacionar uma organização ao seu meio ambiente, no qual o aspecto principal é a indústria ou a indústria em que ela compete.

De acordo com o autor, estratégias são ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição única na indústria, a fim de enfrentar com sucesso as forças competitivas e, assim, obter um retorno mais relevante sobre o investimento. Portanto, esse conjunto de ações que substanciam a estratégia busca não apenas garantir um espaço seguro no mercado, mas também aumentar o nível de competitividade frente aos concorrentes. Contudo, Porter (1998) ainda afirma que uma empresa pode ter apenas dois tipos básicos de vantagens competitivas: baixo custo ou diferenciação. Dessa forma, buscando criar uma posição sustentável dentro da indústria que a fortaleça para enfrentar as cinco forças competitivas, o autor identificou três estratégias genéricas:

a) Liderança em custo: Por meio dessa estratégia, a organização visa obter um baixo custo na indústria. A estratégia de liderança em custo é realizada através do investimento com instalações produtivas modernas e eficientes, produção em grande escala, baixa variedade e monitoração cuidadosa dos custos totais.

b) Diferenciação: Esta estratégia visa o desenvolvimento de bens ou serviços únicos. A diferenciação envolve uma série de fatores que justificam preços mais altos, tais como: exclusividade; qualidade superior; disponibilidade de peças e confiabilidade. Sua sustentabilidade está relacionada às habilidades internas e competências centrais exclusivas, o que torna a estratégia cara e difícil de ser copiada. Se por um lado ela detém uma fatia menor do mercado, por outro ela atrai clientes leais e dispostos a pagar mais, o que resulta em barreiras de entrada contra concorrentes.

c) Enfoque: Esta estratégia visa escolher um alvo restrito, no qual, por meio da diferenciação ou do custo, a empresa se especializará com vistas a atender a segmentos ou nichos específicos nos quais a concorrência tenha dificuldade em satisfazer eficazmente às necessidades dos consumidores.

A estratégia refere-se à escolha de uma posição única e valiosa, baseada em sistemas de atividades que são difíceis de copiar e que agregam valor. Assim, estratégia competitiva significa ser diferente do concorrente. O autor alerta, todavia, que para obter vantagem

competitiva, as organizações precisam fazer escolhas, pois ao perseguir melhorias em todas as frentes, se afastam de posições competitivas viáveis, o que às levam à obtenção de desempenho abaixo da média. Em sua visão, organizações que buscam, simultaneamente, estratégias de liderança em custo e de diferenciação ficam “atoladas no meio”, pois as duas estratégias não são simultaneamente sustentáveis. Ele afirma, ainda, que muitas organizações, guiadas pelo perigoso dogma da busca pela eficácia operacional, em detrimento da busca por um melhor posicionamento estratégico, confundem o verdadeiro sentido de estratégia. Para ele, a busca pela eficácia operacional, embora necessária, não configura-se como estratégia.

Em uma abordagem menos racional e economicista, Hamel & Prahalad (2005) ampliam o conceito de estratégia, ao incluir no contexto estratégico da organização questões concernentes ao “patrimônio invisível”, ao “aprendizado”, à “inovação”, aos “recursos”, ao “conhecimento”, à “visão” e à “liderança”. Com a percepção de que a estratégia é fruto do pensamento coletivo, os autores concentram suas ideias no funcionamento interno da organização, apostando em um modo diferente de pensar o futuro, no qual o segredo consistirá em chegar primeiro. Sob essa perspectiva, os mesmos autores (1994 apud PEREIRA, 2010) advogam que a essência da estratégia concentra-se no desenvolvimento de vantagens competitivas para o futuro, em uma velocidade que impeça os concorrentes de imitá-las. Assim, a melhor vantagem competitiva de todas não estaria apenas na capacidade da organização de melhorar suas habilidades, mas também de aprender novas habilidades.

De acordo com Quinn (2006a), a dificuldade da definição de um conceito consensual de estratégia pode ser explicada por sua associação a tantos outros conceitos, como planos, metas, políticas, programas e decisões estratégicas, cujo significado representa coisas diferentes, em diferentes contextos e em diferentes culturas organizacionais. Para o autor, todos esses termos são complementares ao conceito de estratégia e se inter-relacionam para que ela funcione.

Nessa perspectiva, a estratégia é vista como um plano ou padrão, que integra as principais metas, políticas e sequências de ação (programas) de uma organização em um todo coerente, com vistas a estruturar o processo decisório. As metas estabelecem o que a organização pretende alcançar e quando os resultados devem ser obtidos. As políticas, representam as regras que orientam os limites dentro dos quais os programas devem ser desenvolvidos para atingir os principais objetivos da organização. As decisões estratégicas, por sua

vez, concentram-se na eficácia global, moldando as verdadeiras metas da organização, definindo os limites de sua atuação, os recursos disponíveis para as suas ações e os principais padrões em que esses recursos serão alocados (QUINN, 2006a).

Em uma perspectiva mais ampla, Mintzberg (2006a) argumenta que estratégia não é apenas a maneira de lidar com o inimigo ou com um concorrente, conforme vários autores mencionam, mas também uma ferramenta para percepção e ação coletiva. Segundo o autor, a essência da estratégia está na construção de uma postura forte, coerente e flexível, capaz de capacitar a organização a atingir suas metas apesar das constantes mudanças e pressões do ambiente. Apesar de reconhecer que não há uma definição única para estratégia, que seja universalmente aceita, o autor adverte que o uso contraditório e mal definido do termo pode provocar muita confusão nessa área.

Diante disso, o autor propõe cinco diferentes definições para estratégia, argumentando que, ao explicá-las e usá-las, é possível evitar parte dessa confusão. Ao admitir que a estratégia seja usada de diferentes maneiras e em diferentes contextos, ele realiza um amplo escopo sobre o conceito do termo, definindo-a das seguintes formas:

a) Estratégia como plano: Neste caso, a estratégia é definida como um conjunto de diretrizes, elaboradas previamente para lidar com uma determinada situação. Refere-se a um tipo de curso de ação desenvolvido de forma consciente, que envolve deliberação e intencionalidade.

b) Estratégia como pretexto ou manobra: Neste contexto, a estratégia é concebida como uma armadilha, manobra ou tática específica, que visa abalar, neutralizar ou superar um rival ou concorrente.

c) Estratégia como padrão: A estratégia, neste caso, pressupõe uma consistência de comportamento da organização ao longo do tempo, podendo ser intencional ou não.

d) Estratégia como posição: Refere-se meio de situar a organização no ambiente. Nesse sentido, a estratégia torna-se a força mediadora entre o contexto interno e externo. É o nicho de mercado intencionalmente selecionado por meio de um plano ou pretexto, que pode ser alcançado ou encontrado através de um padrão de comportamento.

e) Estratégia como perspectiva: Esta estratégia consiste na maneira como os membros da organização percebem o mundo. Ela

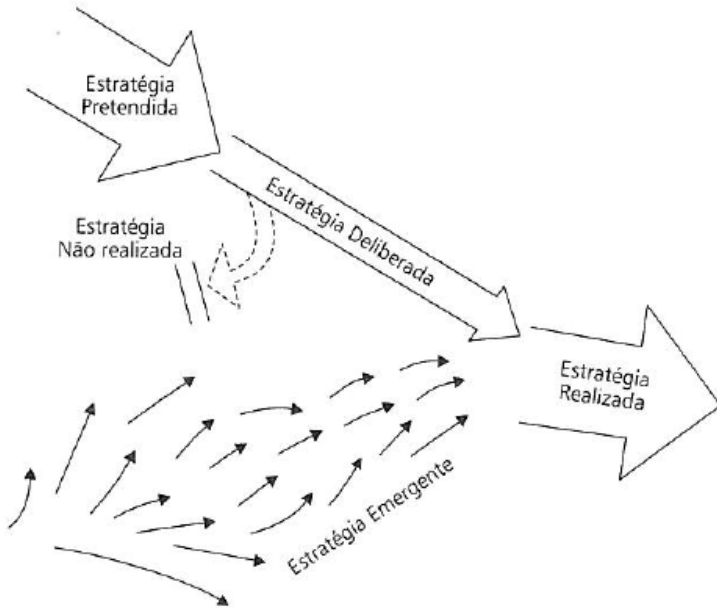
expressa a cultura da organização; o pensamento coletivo e o comportamento comum. É uma perspectiva compartilhada pelos integrantes da organização, por meio de suas intenções e ações. Segundo o autor, uma questão importante na análise da formação desta estratégia está na maneira de decifrar o pensamento coletivo para entender como ele se forma e quais ações devem ser implementadas em bases coletivas.

A favor da necessidade de ecletismo na definição de estratégia, Mintzberg (2006a, p. 28) explica que essas definições se relacionam, porém, nenhuma se sobrepõe às demais. Além disso, apesar de elas concorrem de várias maneiras entre si, possivelmente o mais importante é a maneira como se complementam, conforme enfatiza o autor:

Nem todos os planos tornam-se padrão, e nem todos os padrões desenvolvem-se como planejado; alguns pretextos são menos do que posições, enquanto que outras estratégias são mais do que posições embora menos do que perspectivas. Cada definição acrescenta elementos importantes ao nosso entendimento de estratégia; na verdade, as definições nos encorajam a tratar de questões sobre as organizações como um todo.

Ao conceituar estratégia a partir de cinco aspectos diferentes, Mintzberg (2006a) amplia o enfoque tradicional militar de estratégia e ressalta que não há um único caminho possível para criá-las. O autor também sugere que formas muito diferentes funcionam bem em determinados conceitos é que é necessário conhecer o contexto e a forma de funcionamento da organização, para então, decidir a forma mais adequada de administrá-la. O autor ainda enfatiza que as estratégias como plano ou pretexto podem ser planejadas ou pretendidas, e, assim, ser realizadas ou não. Conforme demonstra a Figura 1, as intenções totalmente realizadas podem ser denominadas estratégias deliberadas. É no comportamento das estratégias realizadas que os padrões de ação são desenhados, porém, nem todas as estratégias como padrão são resultantes de um plano. Com esse raciocínio, Mintzberget et al. (2000) traz a baila outro conceito de estratégia – as estratégias emergentes – que podem desenvolver-se sem terem sido planejadas.

Figura 1 - Formas de estratégia



Fonte: Mintzberg et al. (2000, p.19)

Na concepção de Mintzberg et al. (2000), grande parte das estratégias reflete em aspectos tanto deliberados quanto emergentes, pois é pouco provável que um padrão seja pretendido exatamente como realizado, uma vez que entre a concepção e a implementação da estratégia existem muitas variáveis que atuam como forças intervenientes no processo. Igualmente, o autor não acredita que uma estratégia puramente emergente se desenvolva sem nenhuma intenção pré-concebida. Sob essa perspectiva, a realidade ao mesmo tempo em que envolve um pensar a diante, exige certa adaptação durante o processo, dessa forma, é necessário alcançar um equilíbrio entre o aprendizado zero, sugerido pelas estratégias deliberadas, e o controle zero, sugerido pelas estratégias emergentes. Mintzberg (1998) defende que, para a criação de estratégias eficazes, os estrategistas devem, de alguma forma, misturar as duas propostas, ou seja, controlar, mas manter a flexibilidade, a criatividade e sobretudo fomentar o aprendizado.

As organizações buscam esse *mix*, nas chamadas estratégias guarda-chuva e nas estratégias de processo, consideradas deliberadamente emergentes. Na primeira, as linhas gerais são

deliberadas pelos gerentes, enquanto os detalhes são deixados para emergir no percurso. Na segunda, a gerência controla o processo de formulação de estratégia e deixa o conteúdo em si para os outros (MINTZBERG, 2006a; 2000). Contudo, só haverá eficácia em tais organizações caso elas permitam que seus implementadores também atuem como formuladores, pois o conhecimento técnico necessário concentra-se nas pessoas em níveis mais baixos da hierarquia.

Para explicar sua tese acerca da criação da estratégia emergente, a partir de um ponto de vista em que mãos e mentes são inseparáveis nesse processo, Mintzberg (1998) compara a formação dessas estratégias com uma peça que vai sendo modelada pelas mãos de um artesão. Em ambos os casos, trata-se de uma arte, que envolve qualidades tradicionais de habilidade, dedicação e perfeição, que se manifestam no domínio dos detalhes. O que move artesãos e gerentes, nessa comparação, não é tanto a razão, mas o sentimento de intimidade e harmonia com os materiais manipulados, desenvolvidos em função de longa experiência e comprometimento, ou seja, o aprendizado adquirido durante o processo.

O enfoque artesanal, usado analogamente por Mintzberg (1998), questiona as implicações do rompimento com a estrutura de conhecimento tácito existente no antigo sistema artesanal de produção, em que havia uma conexão entre ação e pensamento, entre trabalhador e trabalho. Segundo o autor, o distanciamento entre formulação e implementação de estratégias é premissa comum de que o pensamento deve ser independente da ação. Em outras palavras, voltando à analogia feita por Mintzberg (1998), o modelo implicaria em um artesão dedicar “alguns dias para pensar e outros para trabalhar”, o que resultaria em uma ruptura com a realimentação vital entre os dois “processos”. O autor comenta que um vendedor que se relaciona com um cliente insatisfeito pode deter parte da informação mais estratégica da organização. Porém, caso não seja usada pelo vendedor na formulação de uma estratégia para lidar com a situação, essa informação poderá não passar de um dado inútil. Nesse caso, seria necessário chamar os formuladores de estratégias? É exatamente a dicotomia entre mãos e mentes, presente nas organizações, que Mintzberg (1998) ressalta como sendo a grande falácia que coloca a formulação de estratégias sob o domínio exclusivo de pessoas em posição de destaque na organização.

Nesse sentido, Mintzberg (1998) expõe que a distância entre a formulação da estratégia e os problemas presentes no dia-a-dia de uma organização implica em um grande número de falhas drásticas que ocorrem nos negócios, nas políticas governamentais, e, sobretudo, na

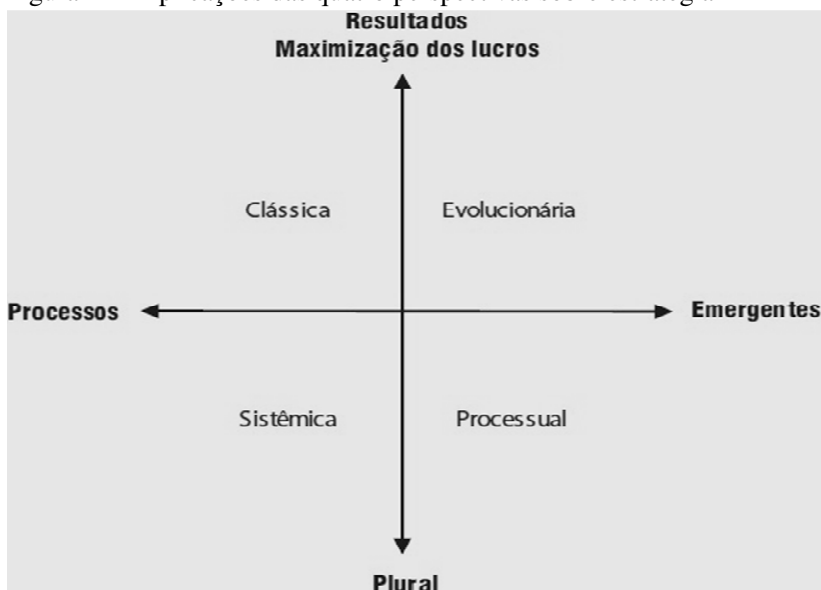
implementação de um planejamento estratégico.

Por fim, conclui-se que as estratégias devem ser criativas e inovadoras; se basear no resultado da análise do ambiente; criar vantagem competitiva; ser viáveis e compatíveis com os recursos e coerentes entre si; ter o grau de risco limitado pela organização; ser fundamentadas nos princípios da organização e buscar o compromisso das pessoas envolvidas (VASCONCELLOS FILHO E PAGNONCELLI, 2001).

2.3.3 A Visão de Whittington sobre o processo estratégico

Uma contribuição para compreender o complexo processo de formulação da estratégia pode ser encontrada em Whittington (2006). O autor apresenta quatro perspectivas teóricas diferentes sobre estratégia, que incluem desde abordagens nas quais o determinismo econômico racional impera a abordagens com alto teor de sensibilidade sociológica. Em sua ótica, cada teoria defende pontos de vista diferentes sobre a capacidade humana de pensar racionalmente e agir com eficiência, assim sendo, elas divergem amplamente sobre o processo de formulação da estratégia. O objetivo maior do autor, em seu estudo, é esclarecer os conceitos e as suposições subjacentes a cada abordagem, a fim de permitir uma ampla visão sobre o processo, e, assim, contribuir para a escolha da que melhor se ajuste à expectativa e experiência das organizações. Argyris (1977 apud WHITTINGTON, 2006) alerta que nada é mais perigoso do que pressupostos subjacentes ocultos, pois até que se faça emergir à superfície implícitas “teorias de ação”, não é possível testar sua precisão nem adequá-las à situações reais. Segundo o autor, não enfrentar esses pressupostos subjacentes significa ficar refém das próprias teorias. Diante dessa perspectiva, Whittington (2006) procura revelar o que está oculto nas abordagens genéricas de estratégias. As quatro abordagens propostas pelo autor – clássica; evolucionária; processual e sistêmica – se diferenciam em duas dimensões: os resultados da estratégia e os processos pelos quais ela se desenvolve, como pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Implicações das quatro perspectivas sobre estratégia



Fonte: Whittington (2006).

O eixo vertical mensura o grau em que os resultados de maximização dos lucros são produzidos pela estratégia. A partir da leitura desse eixo, é possível obter respostas em relação à finalidade da estratégia, ou seja, para que ela serve. O eixo horizontal, por sua vez, mensura o grau em que a estratégia consiste no produto de processos deliberados ou emergentes, ou seja, reflete respostas em relação à forma como a estratégia é desenvolvida.

Quanto às quatro abordagens de estratégias, suas posições nos eixos permite a interpretação de suas premissas básicas. Dessa forma, é possível perceber que as abordagens clássicas e evolucionária enxergam a maximização do lucro como resultado do desenvolvimento da estratégia, enquanto as abordagens sistêmica e processual são mais pluralistas, ao admitir a possibilidade de outros resultados além do lucro.

As abordagens também se diferenciam quanto à natureza de seus processos. Enquanto a evolucionária e a processual concebem a formulação da estratégia de formas emergente, a abordagem clássica e sistêmica enxerga o processo como algo deliberado. O autor apresenta, para cada abordagem genérica, uma variedade de perspectivas específicas, que possibilitam uma melhor compreensão acerca do seu

posicionamento nos eixos, como pode ser constatado a seguir:

a) Abordagem clássica

Na abordagem clássica, a estratégia deve ser formal e explícita, além de ter como principal objetivo a maximização do lucro, com vistas a aumentar a vantagem competitiva da organização em longo prazo. Para os clássicos, o sucesso ou fracasso das organizações são determinados internamente pela qualidade do planejamento, da análise e do cálculo gerencial.

A principal premissa sobre formulação de estratégias deriva da crença do ideal individualismo do homem econômico racional, o qual projeta a estratégia como produto de um único indivíduo empreendedor, que atua com perfeita racionalidade.

O processo de implementação da estratégia, por sua vez, tem suas bases nas máximas militares, nas quais as estratégias são executadas de acordo com os comandos transmitidos, por meio de uma obediente hierarquia. Nesse contexto, a estratégia se transformaria em ordens para outros executarem. Na abordagem clássica, a formulação e o controle é tarefa da gerência executiva, enquanto a implementação é tarefa dos gerentes operacionais, o que provoca uma dissociação entre a concepção e a implementação da estratégia.

b) Abordagem Evolucionária

De acordo com Whittington (2006), ao contrário dos clássicos, os evolucionistas desconfiam da habilidade dos gerentes em planejar e agir racionalmente. Nesta abordagem de estratégia, a crença é de que não são os gerentes, mas os mercados, que garantem a maximização dos lucros, assim como também são os mercados, e não os gerentes, que escolhem as estratégias predominantes em determinado ambiente. Apesar dessa divergência, ambas as abordagens concordam substancialmente quando o assunto refere-se à maximização dos lucros como objetivo principal da formulação de estratégia, sendo que os teóricos evolucionistas deram maior ênfase à adaptação ambiental, na crença de que as estratégias mais apropriadas dentro de determinado mercado emergem como processos competitivos, os quais possibilitam que os mais fortes sobrevivam com sucesso e os mais fracos morram. Dessa forma, os processos competitivos obedeceriam à lei da seleção natural.

Os evolucionários acreditam, ainda, que o desenvolvimento de grandes estratégias em longo prazo pode ser uma distração inútil. Em sua perspectiva, o desenvolvimento deliberado de estratégias é ineficaz para sustentar uma vantagem competitiva, tendo em vista a capacidade

limitada de previsão e reação às inconstâncias ambientais. Eles acreditam que, em mercados competitivos, a eficácia concentra-se na diferenciação, inovação e experimentação do maior número possível de pequenas iniciativas, bem como no investimento nas bem-sucedidas na eliminação das fracassadas.

c) Abordagem Processual

As bases da abordagem processualista rejeitam tanto os princípios do homem racional da abordagem clássica, quanto a perfeição dos mercados competitivos da abordagem evolucionista.

Os processualistas dão ênfase à complexidade interna das organizações, à medida que definem dois princípios fundamentais para o desenvolvimento desta abordagem: Os limites cognitivos à ação racional, em que o homem seria incapaz de considerar mais que uma série de fatos ao mesmo tempo, o que faz com que a interpretação dos dados seja apenas parcial; e a micropolítica das organizações, que é estabelecida pelo reconhecimento dos interesses individuais.

Para os teóricos processualistas, a combinação da barganha política com a limitada racionalidade humana favorece o conservadorismo estratégico. Nesse sentido, na perspectiva processual as organizações optariam pela “racionalidade adaptável”, em vez de formularem estratégias perfeitamente racionais. A estratégia, portanto, é descoberta durante a ação e caracteriza-se como um processo emergente, que consiste não apenas na maximização dos lucros, mas em um processo que visa cultivar cuidadosamente as competências internas. Segundo Whittington (2006), na perspectiva processualista, a estratégia pode ser um recurso heurístico de tomada de decisão, por meio do qual os gerentes tentam simplificar e ordenar um mundo complexo e caótico. Em sua concepção, essa abordagem coaduna com burocracias protegidas, presentes especialmente no setor público, onde o tamanho e a complexidade dessas organizações são características que exigem o envolvimento de vários atores sociais no seu processo estratégico.

d) Abordagem Sistêmica

O princípio central da abordagem sistêmica é que a estratégia deve ser sensível do ponto de vista sociológico, pois, para os teóricos sistêmicos, as decisões estão nas mãos de pessoas profundamente enraizadas em sistemas sociais densamente entrelaçados. Nessa perspectiva, o comportamento econômico das pessoas está inserido numa rede de relações sociais, que pode envolver suas famílias, o estado, suas formações educacionais e profissionais, sua religião e

origem étnica.

Nesse sentido, defendem que as organizações diferem de acordo com os sistemas sociais e econômicos em que estão inseridas, sendo a estratégia formulada e implementada, portanto, por influência das regras culturais da sociedade local.

Whittington (2006) apresenta de forma resumida as principais características das quatro abordagens, conforme pode ser observado na Quadro 1.

Quadro 1 - As quatro perspectivas sobre estratégia

	Clássica	Processual	Evolucionária	Sistêmica
Estratégia	Formal	Elaborada	Eficiente	Inserida
Justificativa	Maximização do lucro	Vaga	Sobrevivência	Local
Foco	Interna (planos)	Interna (política / cognições)	Externa (mercados)	Externa (sociedade)
Processos	Análítica	Negociações / aprendizagem	Darwiniana	Social
Influências-chaves	Economia / militarismo	Psicologia	Economia / biologia	Sociologia
Autores-chaves	Chandler, Ansoff; Porter	Cyert e March; Mintzberg; Pettigrew	Hannan e Freeman; Williamson	Granovetter; Whitley
Surgimento	Anos 1960	Anos 1970	Anos 1980	Anos 1990

Fonte: Whittington (2006).

Finalmente, Whittington (2006) ressalta que entre as quatro perspectivas sobre estratégia, não há aquela melhor ou pior do ponto de vista de sua eficácia, mas sim, aquela que melhor se adapta às posições filosóficas de cada indivíduo. Para o autor, o que dá sustentação a formulação e implementação da estratégia é a visão de cada um a respeito das capacidades e finalidades humanas. Dessa forma, o importante seria tornar a estratégia mais coerente e efetiva, independente da posição assumida.

A partir do arcabouço teórico apresentado, presume-se que a escolha de um modelo de formulação de estratégia deve ser cautelosa,

pois precisa considerar as diversas características e especificidades presentes na organização, entre as quais se destacam a complexidade, a cultura, a estrutura e o estilo de gestão. Isso impõe às organizações um grande desafio, que consiste na dificuldade em superar o paradoxo entre o enfoque racional e o enfoque flexível, criativo e inovador. Segundo Mintzberg (1998), este é o grande impasse na formulação de uma estratégia, pois é necessário reconciliar as forças conflitantes de estabilidade e mudança, que envolvem, simultaneamente, obter eficiência operacional e adaptação a um ambiente externo em constante mutação.

No entanto, a era da incerteza e volatilidade abre campo para um novo jeito de pensar e agir e, assim, de conceber e implementar estratégias. Para enfrentar um futuro não linear, é preciso compreender as estratégias como elemento chave para as ações organizacionais, aprendendo a lidar com o pensamento complexo e sistêmico e abandonando paradigmas lineares e cartesianos de conceber e analisar as coisas (AMOROSO, 2002).

Apresentada uma contextualização acerca do planejamento e da estratégia, a seguir será exposta a relação existente entre esses dois processos, tendo em vista o foco desta pesquisa, que consiste no processo de planejamento estratégico.

2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

2.4.1 Características gerais do processo de planejamento estratégico

O planejamento estratégico, incorporado ao mundo empresarial por volta de 1965, se difundiu rapidamente na maioria das corporações norte-americanas, tornando-se uma obsessão até atingir seu auge, no final década de 1970. A partir de então, durante aproximadamente uma década, foi alvo de críticas quanto à sua eficiência e eficácia. As limitações desse modelo eram evidenciadas, entre outras razões, por ignorar variáveis sociais e políticas internas e externas à organização, e por sua ênfase excessiva no racionalismo analítico e estruturado, com alto enfoque de orientação financeira e baixo valor pragmático (MINTZBERG, 2004).

Contudo, esta ferramenta gerencial ganhou amplitude, profundidade e complexidade, à medida que as organizações tornaram-se mais competitivas (FERREIRA et al., 2002). Na década de 1980, o impacto da ascensão das empresas japonesas, bem como sua inserção

em um mercado historicamente dominado por empresas americanas, trouxe um novo olhar para o processo estratégico das organizações.

As constantes mudanças do ambiente externo às organizações, a complexidade do seu ambiente interno e o aumento da competitividade global colaboraram para a proliferação de um número ainda maior de estudos e pesquisas na área, realizados com vistas a orientar o gerenciamento das mudanças organizacionais. Ansoff e McDonnell (1993), apoiando-se no conceito de racionalidade limitada de Herbert Simon, argumentam que o tamanho e a complexidade de algumas organizações tornaram-se superior à capacidade de compreensão de seus gerentes.

Para lidar com os níveis crescentes de imprevisibilidade, novidade e complexidade, os novos sistemas de administração tornavam-se mais sofisticados (ANSOFF; MCDONNELL, 1993). Assim o planejamento estratégico, rígido, linear e guiado pelo determinismo econômico da década de 1970, passa por uma reorientação a partir de 1980, voltada para um novo estilo de gestão, que agregava, em sua evolução histórica, novos ingredientes, tais como flexibilidade, criatividade, inovação e aprendizagem.

Ressalta-se que, durante os anos 80, apesar das críticas e da limitação de sua expansão no setor privado, o planejamento estratégico foi adaptado às organizações públicas. Uma das primeiras referências sobre esse fato é o artigo de John Bryson, publicado em 1981: *A Perspective on Planning and Crises in the Public Setor*.

Durante toda a década de 1980, diversas experiências bem sucedidas foram realizadas no setor público nos Estados Unidos, e, em 1988, Bryson publicou o primeiro manual de aplicação da técnica, formulado exclusivamente para o setor público e as organizações sem fins lucrativos, o qual será exposto, na presente dissertação, em um tópico reservado para tratar dos modelos de planejamento estratégico.

Bryson (1995) argumenta que o planejamento estratégico consiste em um conjunto de conceitos, procedimentos e ferramentas capazes de auxiliar os executivos a pensarem e agirem estrategicamente, criando ações e decisões que moldem e orientem o que a organização é, o que ela faz e por que o faz.

A vasta literatura sobre o tema é repleta de conceitos, concepções e modelos, que apesar de apresentarem características particulares, tendem, em sua maioria, a girar em torno das mesmas ideias, além de buscar por respostas às mesmas perguntas.

Cotterman e Wilber (2000 apud ALMEIDA; ESTRADA, 2007) ressaltam que o planejamento estratégico precisa responder às seguintes

perguntas: Onde estamos?; Onde queremos ir?; Como chegaremos lá?; Quando deveremos estar lá?; Quem nos ajudará ao chegar lá? e Como medimos e avaliamos o progresso do plano? Em outras palavras: Qual é a nossa missão?; O que queremos ser?; Quais nossos objetivos, metas e políticas? E, por fim, resumindo: onde; quando; com quem e como a organização realizará seus negócios?

Diante do exposto, pode-se afirmar que o planejamento estratégico representa uma ferramenta indispensável na gestão das organizações (DRUCKER, 2002), caracterizando-se, assim, como uma das principais tarefas dos seus executivos (SEMLER, 1988). Conforme argumenta Valadares (2002), o planejamento estratégico é considerado uma ferramenta moderna de gestão que, desde que a organização se baseie em teorias e práticas em que acredita, torna o ato de planejar uma forma inteligente de escolher uma sequência de ações futuras para a organização, na busca por seus objetivos maiores.

O planejamento estratégico, todavia, trata-se de um processo de múltiplas facetas, complexo e demorado, que consiste na análise racional das oportunidades oferecidas pelo meio, dos pontos fortes e fracos da organização, bem como na escolha de um modo de compatibilização (estratégias) entre os dois extremos, para que se possa satisfazer os objetivos da organização da maneira mais adequada (DECLERCK; ANSOFF; HAYES, 1985). Mintzberg (2004) ao admitir a complexidade do planejamento estratégico, argumenta que é preciso estar atento para não transformá-lo em um simples jogo de números e, assim, ignorar a sua verdadeira essência. Em sua visão, o planejamento estratégico refere-se a um instrumento para operacionalizar as estratégias, e não para criá-las.

Na concepção de Drucker (2002), planejamento estratégico não representa uma caixa de mágicas, tampouco um amontoado de técnicas; não é previsão, pois sua necessidade está exatamente na incapacidade de se prever o futuro; não opera com decisões futuras, e sim com o que há de futuro nas decisões atuais; e não é um processo que consiste em tentativas de eliminar riscos ou diminuí-los, mas de identificá-los e compreendê-los, enfrentando racionalmente aqueles para os quais a organização está mais preparada. A partir dessas considerações, o autor define planejamento estratégico como um processo contínuo de, sistematicamente e com o maior conhecimento possível do futuro contido, tomar decisões no presente que envolva riscos, organizar de forma ordenada as atividades necessárias à execução dessas decisões e, por meio de uma retroalimentação organizada e sistemática, mensurar o

resultado dessas decisões, confrontando-as com as expectativas alimentadas.

Dessa maneira, o planejamento estratégico não seria uma ciência que mostra o certo e o errado com relação ao futuro, mas uma ferramenta que possibilita uma visão do futuro, favorecendo a organização a aproveitar as oportunidade e explorar suas potencialidades. Nesse contexto, é por meio do planejamento estratégico que a organização determina o que fazer, como fazer e quando fazer, para que os objetivos possam ser alcançados (TIFFANY; PETERSON, 1998).

Pereira (2010, p.47) amplia o conceito de planejamento estratégico ao defini-lo da seguinte maneira:

[...] é um processo que consiste na análise sistemática dos pontos fortes (competências) e fracos (incompetências ou possibilidades de melhoria) da organização e das oportunidades e ameaças do ambiente externo, com o objetivo de formular (formar) estratégias e ações estratégicas com o intuito de aumentar a competitividade e seu grau de resolutividade.

O autor ainda relaciona algumas características intrínsecas a esse processo (2010):

- Tem caráter abrangente, pois diz respeito ao estudo e à análise de todos os aspectos de uma organização, em vez de apenas uma parte ou um determinado setor;
- É temporal, uma vez que tem um espaço de tempo previamente definido, chamado de horizonte estratégico da organização, ou seja, estabelece um prazo para a implementação do plano;
- Refere-se às implicações futuras de decisões presentes;
- É composto de ações inter-relacionadas e interdependentes, que visam alcançar objetivos previamente estabelecidos;
- O processo de planejamento é muito mais importante do que seu produto final;
- Ocupa-se intelectualmente com o futuro; mas reveste-se de ação e não apenas de pensamento;
- Avalia ações alternativas em relação a estados futuros; e,
- Escolhe ações alternativas, comprometidas com o futuro e não com o passado.

Segundo Drucker (2002), para que o planejamento estratégico alcance seus objetivos, não depende apenas que alguém os deseje intensamente, pois se trata de um processo que requer decisões, ações, riscos e determinação. Na concepção do autor, o processo deve basear-se em metas específicas, limitadas e claramente definidas, pois somente dessa forma é possível atribuir recursos para que elas sejam atingidas. Nesse contexto, a definição de objetivos claros é a parte principal do planejamento estratégico.

Este mesmo autor, ainda adverte que o planejamento estratégico deve ser guiado por critérios de eficiência e eficácia, por serem indispensáveis para o bom funcionamento das organizações. Por eficiência entende-se a maneira de fazer as coisas certas, e por eficácia o alcance dos objetivos almejados. O autor explica, no entanto, que nenhum nível de eficiência, por mais alto que seja, irá compensar a má escolha dos objetivos da organização, portanto, ser apenas eficiente não basta; o planejamento também precisa ser eficaz. Ansoff (1977) contribui com o tema ao afirmar que os problemas estratégicos, por serem mais difíceis de identificar, exigem maior atenção dos executivos, no entanto, as organizações investem incorretamente seus esforços na busca de maior eficiência operacional, quando a maior preocupação com oportunidades e ameaças poderia levar a melhorias no nível de desempenho de maneira mais significativa e imediata.

Nesse sentido, o planejamento estratégico consiste na definição dos objetivos de uma organização, no estabelecimento de uma estratégia global para alcançar esses objetivos, bem como no desenvolvimento de uma hierarquia de planos abrangentes para integrar e coordenar atividades. Portanto, diz respeito aos fins e meios (ROBBINS, 2000).

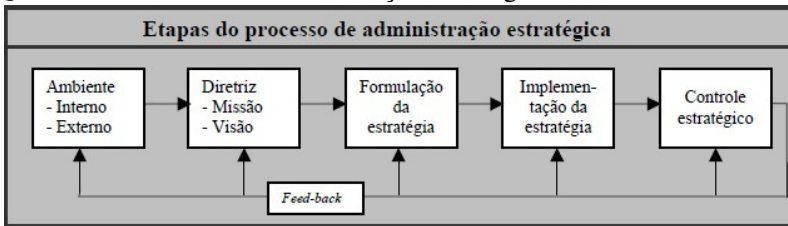
Apesar da ênfase dada à necessária congruência entre todas as ações do planejamento estratégico, observa-se que a grande maioria dos autores admite que ele ocorre em etapas, passando primeiramente pelas etapas da elaboração, em seguida da implementação e por último do controle e da avaliação. Essas etapas, no seu conjunto, definem o que autores como Maximiano (2006); Wright, Kroll e Parnell (2000) e Certo e Peter (2005), denominam administração estratégica. Nesse contexto, cabe destacar, também, os conceitos de administração estratégica, o que proporcionará um melhor entendimento acerca das diferenças e da relação existente entre os dois processos.

Fischmann e Almeida (1991) advogam que a Administração Estratégica refere-se ao processo de tornar a organização capaz de integrar as decisões administrativas e operacionais com as estratégias, com vistas a tornar a empresa ao mesmo tempo mais eficiente e eficaz.

O planejamento estratégico, por sua vez, consiste em uma atividade técnica administrativa que, por meio da análise do ambiente de uma organização, cria a consciência das suas oportunidades e ameaças e dos seus pontos fortes e fracos, para o cumprimento de sua missão, e, por meio dessa informação, estabelece a direção que a organização deverá seguir para aproveitar suas oportunidades e evitar seus riscos (FISCHMANN; ALMEIDA, 1991).

Certo e Peter (2005) corroboram com essa perspectiva ao explicarem que a Administração Estratégica é um processo contínuo iterativo, que visa manter a organização como um conjunto adequadamente integrado ao ambiente. Conforme apresenta o Quadro 2, o processo a que os autores se referem inclui todas as etapas do planejamento estratégico: realização de uma análise do ambiente; definição dos objetivos; formulação e implementação da estratégia organizacional e exercício do controle estratégico.

Quadro 2 – Processo de administração estratégica



Fonte: Certo e Peter (2005)

Ainda dentro de uma mesma concepção teórica, Wright, Kroll e Parnell (2000), atribuem essas variáveis para conceituar Administração Estratégica como um processo contínuo de determinação da missão e dos objetivos da empresa no contexto de seu ambiente e de seus pontos fortes e fracos internos; formulação de estratégias adequadas; implementação dessas estratégias e execução do controle para assegurar que as estratégias organizacionais sejam bem sucedidas em relação ao alcance dos objetivos.

A Administração Estratégica preocupa-se com a definição de objetivos e metas para a organização, bem como a manutenção de um conjunto de relações entre a organização e o ambiente, cujo produto final consiste no alcance dos objetivos da organização. Isso envolve recursos financeiros e humanos; informação; material e produto final; além de um conjunto de regras de comportamento social. A Administração Estratégica também se preocupa com a estrutura e a dinâmica interna da organização, no sentido de que seja mantida a

sensibilidade às mudanças no ambiente externo (ANSOFF; MCDONNELL, 1993). Segundo o autor, isso requer potencialidade de gestão; potencialidade de concepção e direção de respostas estratégicas; bem como potencialidade logística para projetar, desenvolver, testar e introduzir novos produtos e serviços.

Pereira (2002) elabora uma interessante análise sobre esses dois processos. Para ele, o planejamento estratégico, por sua característica de buscar um ajuste entre o planejado e o executado, pressupõe, implicitamente, um gerenciamento do processo. Porém, o que o planejamento estratégico declara explicitamente são suas atividades de elaboração e implementação, enquanto a administração estratégica, explicitamente, declara a sua função de gerenciamento, ou seja, o controle e os ajustes do planejamento estratégico. Portanto, tratam-se de processos que, apesar de se confundirem em um primeiro momento, apresentam funções diferentes dentro da organização, conforme demonstraram os conceitos apresentados.

Entre os objetivos do planejamento estratégico, Pereira (2002) destaca:

- a) Aumentar a competitividade da organização;
- b) Criar e manter potenciais de competitividade em áreas em que a empresa é boa ou poderá vir a ser;
- c) Diminuir riscos de tomar uma decisão errada;
- d) Pensar no futuro para prevê-lo;
- e) Integrar decisões isoladas em um plano;
- f) Fortalecer os pontos fortes e eliminar os pontos fracos da organização;
- g) Diminuir a influência dos concorrentes no mercado.

Fica claro que, ao realizar um planejamento estratégico, a organização poderá obter uma série de vantagens competitivas, que na percepção de Megginson, Mosley, Pietri Junior (1998), seriam:

- a) Possibilita a organização a adaptar-se às mudanças do ambiente;
- b) Auxilia na fixação de acordos importantes;
- c) Capacita os executivos a perceberem o quadro operativo com maior clareza;
- d) Ajuda a estabelecer as responsabilidades com mais precisão;
- e) Possibilita a integração entre as várias partes da organização;
- f) Define os objetivos e tende a torná-los mais específicos e

conhecidos;

g) Otimiza o tempo, os esforços e os recursos financeiros.

Outras vantagens que o planejamento estratégico traz as organizações são identificadas em Pereira (2002):

a) Possibilita o comportamento sinérgico das áreas funcionais da organização;

b) Transforma a organização reativa em proativa;

c) Desenvolve um processo descentralizado de planejamento;

d) Permite a obtenção de melhores resultados operacionais;

e) Orienta e agiliza o processo decisório;

f) Torna clara a razão de ser da organização;

g) Examina a estratégia mais apropriada para o alcance dos objetivos da organização, aumentando a probabilidade de sua própria sobrevivência;

h) Orienta tanto o planejamento tático quanto o operacional.

Porter (1990) comenta que as organizações, ao implantarem um planejamento estratégico, acreditam que existem benefícios significativos a serem obtidos com um processo explícito de formulação de estratégia, garantindo que, pelo menos, as políticas ou ações dos departamentos funcionais sejam acompanhadas, com vistas à formulação de um conjunto comum de metas.

Contudo, grande parte dos planejamentos estratégicos desenvolvidos nas organizações, segundo Hamel e Prahalad (2005), de estratégico só tem o nome, uma vez que estão repletos de rituais e fórmulas com raro teor de criatividade. Os autores, ao ampliarem o escopo da ação estratégica competitiva, defendem que o conceito de estratégia deve incluir, de forma mais abrangente, a realidade competitiva emergente, na qual a meta é transformar não apenas organizações, mas todo o setor em que ela se insere. Para que isso ocorra, as organizações devem ter uma arquitetura estratégica capaz de instrumentalizar a organização a competir pelo futuro. Os autores advertem, entretanto, que não se trata de um planejamento detalhado, rígido e inflexível, pois isso significaria uma “receita para a inércia e o incrementalismo”.

Pereira (2002) concorda com a necessária flexibilidade do planejamento estratégico ao advogar que o plano deverá possuir caráter contingencial, de modo a apresentar saídas estratégicas para enfrentar situações adversas às aspiradas. Essa é a mesma argumentação de

Thompson e Strickland III (2000) ao defenderem a flexibilidade do planejamento estratégico. Para eles, raramente a estratégia da empresa é tão bem sucedida e duradoura para suportar o teste do tempo, sem ser alterada. Mesmo os melhores planos precisam ser adaptados para as condições variáveis do mercado: novas necessidades e preferências do consumidor; manobras estratégicas das empresas rivais; experiências adquiridas sobre o que está e o que não está funcionando; oportunidades e ameaças emergentes; eventos imprevistos e uma nova maneira de pensar sobre como melhorar a estratégia.

Na mesma linha, Mintzberg (2000; 2004; 2006) dedica grande parte dos seus estudos argumentando que os gerentes não são tão inteligentes para prever o futuro, de modo a não admitirem que os rumos estratégicos possam ser mudados. Em sua visão, essa predeterminação é uma das maiores falácias do planejamento estratégico.

Essa crítica pode ser percebida no conceito de arquitetura estratégica lançado por Hamel e Prahalad (2005), quando eles afirmam que o planejamento estratégico deve identificar as principais capacidades a serem construídas, mas não os detalhes de como isso ocorrerá. Os autores fazem uma interessante analogia desse processo com a cartografia, para explicar que tanto nos mapas como no planejamento estratégico o importante é que eles ofereçam uma direção geral, pois os caminhos subjacentes poderão ser definidos durante a “viagem”.

Essa discussão ganha mais força com Quinn (2006b), por meio da abordagem que ele denominou “incrementalismo lógico”. Segundo o autor, organizações de sucesso, em geral, não adotam práticas que lembram os sistemas racionais e analíticos descritos na literatura; ao contrário, o processo estratégico dessas organizações quase sempre são fragmentados, evolucionários e intuitivos. As estratégias se desenvolvem em um processo amplamente compartilhado, à medida que as decisões internas e os fatos externos fluem juntos para criar um novo consenso para a ação. Ele argumenta, ainda, que a estratégia lida com o desconhecido, não com o incerto, e envolve forças com grande energia e poder para combinar o que ninguém conseguiria, em termos probabilísticos: prever acontecimentos.

A lógica apresentada sugere que se proceda de forma gradual, flexível e experimental, a partir de ideias amplas até comprometimentos mais específicos, colaborando, assim, para a redução do nível de incerteza, e permitindo que a organização se beneficie das melhores informações disponíveis. Esse é o processo do “incrementalismo lógico”: um processo consciente, proposital, objetivo, proativo e bem

administrado, que permite aos executivos combinar análise, políticas organizacionais e necessidades individuais em uma nova direção, coesa e amplamente compartilhada.

Neste ponto, retoma-se a analogia de Hamel e Prahalad (2005). Os autores alertam que, para realizar uma viagem, é necessário combustível; apenas o mapa não basta. O mapa, neste caso, seria o planejamento estratégico. A energia emocional e intelectual das pessoas que trabalham na organização que proporcionariam o combustível necessário para a “viagem”. Nesse sentido, eles defendem a necessidade de que os funcionários compartilhem dos objetivos da organização; que estejam acima e além do desempenho imediato das suas áreas de trabalho.

Na mesma perspectiva, Senge (1990) desenvolve o conceito de visão compartilhada como estratégia contínua e dinâmica, que favorece o comprometimento das pessoas com o planejamento estratégico da organização. A motivação, o potencial de desenvolvimento e a capacidade de assumir responsabilidades e compartilhar os objetivos da organização são características que, de acordo com Senge (1990), cada pessoa é capaz de desenvolver quando a organização favorece o desenvolvimento de processos de aprendizagem.

O autor explica que o aprendizado aprimora modelos conceituais, cria uma visão pessoal e estabelece visões compartilhadas. O processo permite, ainda, que as pessoas tomem consciência das suas possibilidades de intervenção na realidade e sejam despertadas pelo sentimento de pertencimento e corresponsabilidade, o que favorece, inclusive, a superação das resistências à implementação do planejamento estratégico. Na mesma linha, De Geus (2003) argumenta que o processo de aprendizagem faz com que as pessoas mudem seus próprios modelos mentais e construam um modelo comum enquanto conversam. Entende-se que esse é o verdadeiro sentido da célebre frase de Peter Drucker (2002), quando ele ressalta que o processo do planejamento estratégico é mais importante do que o seu resultado final. Segundo o autor, é principalmente durante as reuniões e discussões sobre a implantação do planejamento estratégico que ocorre o processo de aprendizagem.

Nesse contexto, o enfoque da aprendizagem do planejamento estratégico está, exatamente, no processo de perceber e refletir continuamente sobre o que está acontecendo e tirar lições para serem testadas em novos contextos. O aprendizado contínuo, o aprender a aprender, surgiu como uma estratégia capaz de fornecer às organizações

os alicerces para a criação de vantagens competitivas (MINTZBERG, 1998).

Jacques Delors (1999) contribui com o estudo acerca do processo de aprendizagem ao discutir os “quatro pilares” que sustentam esse processo: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver junto; aprender a conviver com os outros e aprender a ser. Acredita-se que esses pilares se encaixam perfeitamente no processo de planejamento estratégico, principalmente quando entendido sob a ótica de autores como Senge, Mintzberg, De Geus, Drucker e Semler.

Para Ansoff e McDonnell (1993), o uso crescente da aprendizagem estratégica é o que irá, cada vez mais, orientar o comportamento estratégico da organização. O autor advoga que o paradigma cartesiano tradicional, em que primeiro se planeja e depois se executa, será substituído por um modelo que combina aprendizagem por meio de análise com aprendizagem a partir do fazer.

Senge (1990) destaca que o aprendizado que ocorre no processo do planejamento estratégico favorece o desenvolvimento do pensamento sistêmico, definido como “a visão do todo”. Segundo o autor, enxergar a organização dessa forma possibilita a compreensão do funcionamento dos processos e as consequências de suas ações ao longo do tempo, em movimento que provoca uma reestruturação no modo de pensar. A essência do pensamento sistêmico está em entender as mudanças e ver os inter-relacionamentos subjacentes aos problemas. O autor reitera, ainda, que é durante o processo do planejamento estratégico que ocorre o diálogo, a troca de experiências, e sobretudo, é quando as pessoas percebem a inter-relação existente em um determinado evento, bem como a interdependência entre a formulação e a execução das estratégias.

Hamel e Prahalad (2005), apesar de concordarem com a criação de uma organização voltada para o aprendizado, argumentam que essa é apenas a metade da solução. Em sua visão, é igualmente importante a criação de uma organização voltada para o desaprendizado, como meio de romper com padrões obsoletos ou limitadores. Neste sentido, o grande desafio das organizações está em simultaneamente “esquecer” de modo seletivo e “aprender” com agressividade.

A aprendizagem organizacional é o ponto chave para transformar o planejamento estratégico em pensamento estratégico, que, de acordo com Mintzberg (1998), consiste em um dos maiores desafios da organização.

Enquanto planejamento estratégico refere-se a uma programação estratégica, caracterizada por articular e elaborar estratégias e visões já

existentes, o pensamento estratégico diz respeito a uma síntese que combina intuição e criatividade, resultando em uma perspectiva integrada ou visão de direção não necessariamente articulada. O pensamento estratégico refere-se a uma sensibilização humana na organização, representada por *insights* ou experiências pessoais, ou mesmo a capacidade de síntese dos executivos, indicando um novo caminho a ser seguido pela organização (MINTZBERG, 2004).

Por fim, pode-se observar que apesar de o planejamento estratégico apresentar inúmeras vantagens, vem sofrendo, ao longo de sua história, uma série de críticas e questionamentos, principalmente no que concerne aos seus aspectos prescritivos e inflexíveis. Porém, como lembram Almeida e Estrada (2007), os modelos e processos de planejamento estratégico estão em constante evolução, revendo suas falhas a partir das experiências e das inúmeras pesquisas acadêmicas na área.

2.4.2 Elaboração do processo de planejamento estratégico

Embora a literatura administrativa apresente a elaboração e a implementação do planejamento estratégico como tarefas separadas, conforme discutido no tópico anterior, essas duas etapas estão totalmente inter-relacionadas e possuem grande interdependência, o que inclusive dificulta uma abordagem de cada uma delas, em tópicos separados.

Conforme Hrebiniak (2006), os executivos precisam entender essa relação e administrá-la adequadamente, pois a falta dessa compreensão representa um dos grandes obstáculos ou desafios para o sucesso do planejamento estratégico. Essa interdependência sugere que, para o planejamento estratégico ter sucesso, os responsáveis pela execução também devem fazer parte do processo de elaboração. Segundo o autor, a elaboração tanto afeta a execução como é afetada por ela, portanto, quanto maior for a interação entre “os planejadores e os executores”, maior será a probabilidade de o planejamento dar certo.

De acordo Semler (1988), só quem vive o dia-a-dia da organização e tem experiência específica na área pode planejar. Segundo o autor, o planejamento estratégico pensado dessa forma possibilita uma visão simultânea do planejamento e do resultado, contribuindo para que as áreas de dificuldades sejam antecipadas já no momento da elaboração do plano.

Um tipo apropriado de planejamento, segundo Ansoff e McDonnell (1993), realmente funciona quando implantado de forma

adequada. Para eles, um bom começo é pensar no processo estratégico enquanto um processo participativo. Os autores explicam que o fluxo do planejamento estratégico não é de cima para baixo e nem de baixo para cima, e sim é o equilíbrio entre ambos, o que favorece uma interação construtiva entre as diretrizes integradoras vindas de cima e o conhecimento e experiência vindos de baixo.

Sob essa perspectiva, Pereira (2010) argumenta que a organização deve priorizar um maior envolvimento das pessoas na elaboração do plano, contudo esclarece que há três formas de montar uma equipe para realizar a elaboração do planejamento estratégico: O modelo *top down*, que consiste na tomada de decisão de cima para baixo, ou seja, as pessoas que estão em níveis hierárquicos inferiores da organização não participam desse processo; o modelo *botton-up*, que consiste na tomada de decisão de baixo para cima, e nesse caso todos participam do processo; e o modelo misto, em que todos os níveis hierárquicos participam do processo.

Outro ponto a destacar na formação da equipe do planejamento estratégico é a participação da Assessoria Interna e Externa.

Segundo Gaj (1990), os assessores internos, até pouco tempo, eram vistos como controladores. Uma área que incomodava e que era considerada inconvenientemente poderosa. Entretanto, a necessidade de enfrentar os desafios intrínsecos às mudanças ambientais mudou essa visão. O autor argumenta que hoje a assessoria deve ser entendida como colaboradores destinados a secretariar um processo que caberá aos executivos de linha elaborar os planos e implementá-los. Nesse sentido, o Setor de Planejamento deve se responsabilizar por:

- a) Estimular a criatividade nas atividades estratégicas, o que envolve a tarefa de lidar com tecnologia, cultura e motivação;
- b) Desenhar cautelosamente programas, tarefas e fluxos de trabalho. Esta tarefa está relacionada com a definição de prioridades e a assessoria deve se certificar de que o trabalho não está se desviando de sua finalidade;
- c) Envolver a alta cúpula como fator de estímulo, com vistas a manter constantemente o nível de credibilidade;
- d) Vincular as estratégias à necessidade de resposta e ao processo de controle. Esta tarefa significa que o Setor de Planejamento não deve adotar o papel passivo de simplesmente assistir o planejamento acontecer;

- e) Ampliar a aplicação de estratégia ao grupo e ao nível das gerências, sendo fundamental a visão de abrangência;
- f) Definir objetivos estratégicos claros;
- g) Assessorar na utilização das técnicas.

Em relação aos consultores externos, Gaj (1990) explica que estes são visto como agente de mudança, haja vista a larga experiência adquirida pela vivência de diferentes situações e em diferentes organizações. Além disso, eles podem catalisar processos internos com imparcialidade e sem envolvimento na disputa pelo poder ou na carreira interna da organização.

O autor enfatiza, no entanto, que todos os envolvidos no processo estratégico possuem funções específicas a cumprir, que, de forma integrada, facilitam a introdução da mudança organizacional e a implementação do planejamento. Portanto, os resultados a serem alcançados dependem da atuação conjunta de executivos, assessores e consultores.

Hrebiniak (2006) argumenta que há muitos obstáculos para a implementação eficaz do planejamento estratégico, sendo um deles é a falta de um modelo, guia ou mapa para orientar as decisões. Afirma, ainda, que sem um modelo é difícil desenvolver a elaboração de um plano que tenha um viés de execução sólido e lógico. Sem diretrizes, as pessoas fazem o que creditam ser mais adequado, o que normalmente resulta em decisões e ações desordenadas, divergentes e até mesmo conflitantes. Para o autor, adotar um modelo para a implantação do planejamento estratégico facilita uma visão simultânea da elaboração e da implementação. Um amplo panorama permite que os administradores visualizem e compreendam as principais variáveis que interferem no sucesso do planejamento estratégico e, dessa forma, antecipem os problemas de execução. Um modelo lógico associado a uma abordagem disciplinada são as chaves para compreender o processo de execução da estratégia, portanto, é necessária uma metodologia que evidencie o que deve ser feito, quando, por que e em que ordem, logo no momento da elaboração do plano.

Há um consenso na literatura administrativa que, a metodologia representa a espinha dorsal do processo de planejamento estratégico, porém, sua escolha deverá respeitar as condições peculiares de cada organização. Dessa forma, não há apenas uma única forma correta de elaborar e implementar o planejamento estratégico, ou seja, nenhum modelo é perfeito ou totalmente abrangente (HREBINIAK, 2006). A literatura sobre planejamento estratégico é vasta e apresenta diversos

modelos, que trazem diferentes perspectivas acerca da elaboração e implementação desse processo.

Apesar de cada modelo apresentar características distintas, pode-se observar, a partir dos conceitos pesquisados, que praticamente todos os modelos possuem no seu núcleo metodológico três macro etapas: 1) Elaboração do planejamento estratégico a partir de algumas premissas (valores; missão; visão; fatores críticos de sucesso; análise interna e externa; questões estratégicas e elaboração das estratégias); 2) Implementação do planejamento estratégico; e 3) Avaliação e controle do planejamento estratégico. Ressalta-se que, para cada modelo, essas macro etapas podem se diferenciar na sequência das ações que as compõem, na complexidade dos métodos analíticos adotados, e até mesmo na nomenclatura de alguns termos, porém, assemelham-se bastante em relação aos passos a serem seguidos na definição de estratégias.

Como parte da investigação literária, que objetiva à necessária sustentação teórica para a realização desta pesquisa de mestrado, serão apresentados dois modelos de planejamento estratégico, cujo critério de escolha foi a sua conhecida aplicação em organizações públicas.

Com vistas a promover uma melhor compreensão acerca da lógica aplicada em cada modelo, antes de apresentá-los, julga-se necessário abordar a base teórica que sustenta cada uma das macro etapas. Neste tópico, serão apresentadas as premissas que orientam a etapa de elaboração do planejamento estratégico, sendo que as etapas da implementação e do controle e da avaliação do plano serão abordadas separadamente, nas seções subsequentes.

As premissas que orientam a elaboração do planejamento estratégico são:

a) Declaração de Valores

Os valores, as crenças e os princípios são padrões que norteiam o comportamento organizacional, possibilitam às pessoas um senso de ação comum e servem de referência para o comportamento do dia-a-dia (SCOTT; JAFFE; TOBE, 1998). Os autores argumentam que hoje, com mais poder e autonomia, os membros da organização precisam ser conduzidos, não por regras e supervisão, mas principalmente pela compreensão dos valores da organização. Portanto, quanto mais compartilhados forem e quanto mais a organização conseguir transmitir e utilizar seus valores, mais forte ela será.

Segundo Deal e Kennedy (apud SCOTT et al., 1998), quando as pessoas conhecem os padrões que devem apoiar, é mais provável que

suas decisões os reforcem, como também é mais provável que essas pessoas se sintam parte importante da organização, o que reflete no aumento do grau de sua motivação.

Vasconcellos Filho e Pagnoncelli (2001) contribuem com o tema ao elencar os benefícios que podem resultar de uma Declaração de Valores, são eles:

- a) Cria um diferencial competitivo perante o mercado;
- b) Baliza o processo decisório da organização;
- c) Orienta o comportamento da organização;
- d) Contribui para o processo de formulação da estratégia;
- e) Orienta o recrutamento e a seleção de pessoas para a organização;
- f) Fundamenta o resultado e a avaliação da organização.

Segundo Pereira (2010) o mais importante em uma declaração de valores é que ela seja construída de forma participativa, escrita e divulgada para todos os membros da organização.

b) Missão

Há um consenso na literatura administrativa de que a missão de uma organização representa a sua razão de ser, existir.

Frente a essa perspectiva, Fischmann e Almeida (1991) argumentam que a missão serve para delimitar o campo de atuação da organização, além de indicar as possibilidades de expansão de suas ações. Além disso, uma missão organizacional deve contribuir com a concentração de esforços, garantir a compatibilidade dos processos organizacionais, fornecer uma razão lógica para a aplicação dos recursos, indicar as áreas gerais de responsabilidade funcional e fornecer os fundamentos para as metas organizacionais (CERTO; PETER, 1993). Nesse sentido, autores como Covey (2002) enfatizam a importância de que uma declaração de missão seja construída de forma participativa, com envolvimento de todos os membros da organização, em verdadeiras jornadas de discussão e delimitação, para que possa operar como uma verdadeira constituição institucional.

Na ótica de Thompson Jr. e Strickland III (2000), uma declaração de missão bem concebida e bem elaborada tem uma significativa importância para a organização, uma vez que:

- a) Cristaliza a visão dos gerentes acerca dos rumos da organização e dos negócios;

- b) Reduz o risco de uma gestão sem visão e tomadas de decisões desorientadas;
- c) Transmite uma finalidade e identidade organizacionais que provoca aumento no grau de motivação dos funcionários;
- d) Serve de baliza para que os gerentes de níveis inferiores elaborem missões departamentais, estabeleçam objetivos e aprimorem estratégias funcionais e departamentais, em sintonia com os rumos e estratégias da organização;
- e) Ajuda a organização a se preparar para o futuro.

Portanto, ao definir a missão a organização, deve-se, segundo Vasconcellos Filho e Pagnoncelli (2001), responder às seguintes perguntas: O que? (relacionado ao negócio); para quem? (mercado, cliente); e como? (desafio, diferencial). Para Wright, Kroll e Parnell (2000), a missão deve ser elaborada formalmente, por escrito, de forma genérica, mas duradoura, de modo que identifique o alcance das operações de uma organização. Portanto, ela deve ser simples, curta e extremamente objetiva. Compartilhando da mesma opinião, Thompson Jr. e Strickland III (2000) defendem que as declarações de missão mais bem elaboradas são simples e concisas; elas falam alto e claro, e devem ser apresentadas e repetidas constantemente como um desafio organizacional virtuoso, capaz de beneficiar os clientes de forma significativa.

c) Visão

Para Thompson Jr. e Strickland III (2000) a visão estratégica, assim como a declaração de missão da organização, é sempre altamente personalizada. Uma das finalidades de uma declaração de visão ou missão estratégica é destacar uma empresa das outras e estabelecer sua própria identidade. A visão estratégica indica “o que somos, o que fazemos e para onde vamos”. Ela não deve deixar dúvidas sobre o rumo de longo prazo da organização e para onde a gerência pretende conduzir a organização. Para isso, conforme explica Pereira (2010), a visão deve ter um Horizonte Estratégico, ou seja, uma definição do prazo em que a organização está se propondo a finalizar a implementação das estratégias estabelecidas.

Todavia, a visão deve ser uma situação altamente desejável de uma realidade futura possível (COSTA, 2002). Assim, Scott, Jaffe e Tobe (1998) enfatizam que não se deve perder de vista que ela vislumbra o futuro, mas deve basear-se na realidade. Uma vez que permite explorar as possibilidades e realidades desejadas, a visão se

torna a estrutura para o que se pretende criar, além de orientar as escolhas e compromissos de ação. Joel Baker (apud PEREIRA 2010, p. 93), alerta que “Visão sem Ação não passa de um sonho. Ação sem Visão é só um passatempo. Visão com Ação pode mudar o mundo”.

Scott et al. (1998), por sua vez, ressaltam que, ao estabelecer uma visão, a organização tem alguns benefícios, tais como:

- Reúne as pessoas em torno de um sonho comum;
- Orienta o trabalho de diferentes pessoas;
- Auxilia os membros da organização a tomarem decisões;
- Constrói o alicerce para o planejamento da empresa;
- Questiona as áreas de conforto ou os comportamentos inadequados;
- Torna o comportamento incoerente mais perceptível.

Contudo, a visão deve ser compartilhada com os executivos da organização e disseminada a todos os seus trabalhadores.

d) Fatores Críticos de Sucesso

Refere-se a um conjunto de condições fundamentais baseadas na análise do mercado e nas forças que a organização identificou como responsáveis pela estrutura do seu negócio, ou seja, pela sua sobrevivência (PEREIRA, 2010).

Segundo o autor, para chegar aos fatores críticos de sucesso, a organização deve fazer a seguinte pergunta: o que a organização tem que ter para sobreviver, com os olhos do mercado? Não é se a organização tem ou deixa de ter, mas sim aquilo que o mercado determina que ela deva ter.

e) Análise do Ambiente

A análise do ambiente consiste em um conjunto de técnicas que permite à organização identificar e monitorar, permanentemente, as variáveis que afetam a sua performance (VASCONCELLOS FILHO; PAGNONCELLI, 2001).

Segundo Ansoff e McDonnell (1993), este processo cria as condições para a formulação de estratégias que representem o melhor ajustamento da organização no ambiente em que ela atua. A elaboração de estratégias é um exercício que exige reflexão estratégica e análise, portanto, não é uma tarefa em que os executivos podem obter sucesso somente com boas intenções ou criatividade. A definição das estratégias

deve ser baseada em uma avaliação detalhada do ambiente em que a organização está inserida (THOMPSON; STRICKLAND III, 2000).

A análise do ambiente é entendida, na literatura administrativa, como o diagnóstico tanto do ambiente externo quanto do seu ambiente interno da organização. A análise do ambiente externo indica as oportunidades e ameaças que podem dificultar ou favorecer o sucesso da organização. A análise interna, em contrapartida, identifica as potencialidades (pontos fortes) e vulnerabilidades (pontos fracos) que podem influenciar de forma positiva ou negativa a sua capacidade de competir.

No planejamento estratégico, ou na guerra, é fundamental que se conheça o território de atuação, pois conforme ensina Sun Tzu (1999, p. 28):

Se conhecermos o inimigo e a nós mesmo, não precisamos temer o resultado de uma centena de combates. Se nos conhecemos, mas não ao inimigo, para cada vitória sofreremos uma derrota. Se não nos conhecemos nem ao inimigo, sucumbiremos em todas as batalhas.

f) Análise externa

Segundo Thompson e Strickland III (2000), as oportunidades e ameaças são as influências chave sobre a estratégia da organização que orientam para a ação estratégica. Portanto, a estratégia deve captar as melhores oportunidades de crescimento da organização e possibilitar a defesa do desenvolvimento futuro contra as ameaças externas. Para os autores, para ter sucesso, a estratégia precisa combinar muito bem essas variáveis, elaborando mudanças ofensivas para aproveitar as oportunidades mais relevantes e mudanças defensivas para proteger em longo prazo a posição competitiva da organização.

Muitos estudos nessa área direcionam-se para uma segmentação na análise do ambiente externo (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000; FISCHMANN; ALMEIDA, 1991; THOMPSON; STRICKLAN III, 2000). Esse conjunto de variáveis que influenciam o desempenho de uma organização normalmente está separado em dois grupos, que alguns autores denominam macro e micro ambiente, enquanto outros de ambiente geral e específico, ou ainda macro ambiente e ambiente operacional. Entretanto, essa divergência não impede que, de certa forma, todos apresentem uma lógica comum para a separação. De maneira geral, os autores classificam esses ambientes de acordo com as características das variáveis externas. A divisão está entre aquelas

variáveis que normalmente têm amplo escopo e afetam indiretamente a organização e aquelas que têm implicações específicas e relativamente mais imediatas.

No primeiro caso, estão incluídas as variáveis tecnológicas, políticas, econômicas, legais, sociais, demográficas e ecológicas, as quais a organização identifica, mas não consegue resolver imediatamente. No segundo caso, constituem-se variáveis mais próximas da organização, como concorrentes, fornecedores e clientes, cuja probabilidade de resolução é mais efetiva. Autores como Wright, Kroll e Parnell (2000) baseiam-se na argumentação de Porter (1998) a respeito das cinco forças competitivas, para analisar as variáveis que compõem o ambiente.

Para alguns autores, a divisão do ambiente facilita a monitoração das variáveis externas que apresentam, em determinado momento, maior facilidade para avaliar a relação de influências entre a empresa e seu ambiente. Contudo, o grau de relevância das variáveis de cada segmento ambiental, depende das características de cada organização, o que envolve o seu porte, a sua autonomia, o âmbito de sua atuação e o grau de sua participação no ambiente.

Em um cenário onde as mudanças no ambiente externo ocorrem de forma acelerada, as organizações que se desenvolvem, ou mesmo sobrevivem, serão aquelas com capacidade para avaliar, monitorar e adaptar-se rapidamente às diferentes características que o ambiente externo apresenta (BETHLEM, 1998).

g) Análise Interna

Há consenso, entre os autores pesquisados, de que a análise interna consiste na identificação dos pontos fortes e fracos da organização. Os pontos fortes representam as características, os recursos ou as competências da organização que facilitam o cumprimento de sua missão e o alcance de sua visão. Os pontos fracos, em contrapartida, dizem respeito às características, limitações ou incompetências da organização que dificultam a obtenção de resultados concretos. Ambos os casos envolvem variáveis e são possíveis de controlar, uma vez que a organização pode agir para interferir no problema ou na situação.

A opinião de Thompson e Strickland III (2000) sobre o tema é de que devem-se elaborar as estratégias em função daquilo que a organização faz bem, e ao mesmo tempo evitar estratégias cujo sucesso depende de algo que a organização é deficiente. Portanto, os executivos devem combinar a estratégia com a situação interna da organização. Em outras palavras, a estratégia deve ser muito bem combinada com os

pontos fortes e fracos da organização, pois os pontos fortes fazem com que algumas oportunidades sejam aproveitadas mais facilmente, enquanto os fracos fazem com certas estratégias fiquem arriscadas e impossíveis de alcançar. Por fim, os autores asseguram que a estratégia deve ser moldada de acordo com a disponibilidade de recursos e habilidades da organização.

Pereira (2010, p. 111-113) destaca, por área funcional, alguns elementos que, segundo sua concepção, são importantes como fonte de análise interna:

- a) Área de Marketing: Produto; preço; promoção e praça.
- b) Área de Produção: Capacidade de produção e expansão; planejamento e controle de produção; tecnologia; política de qualidade; custos; produção *versus* terceirização; pesquisa *versus* desenvolvimento; *just in time*; utilização da mão de obra; política de estoques; expedição e organização da fábrica.
- c) Área de Recursos Humanos: Capacitação; benefícios; segurança; rotação de funcionários nos postos de trabalho; promoções; relação superior e subordinado; condições de trabalho; estrutura organizacional; absenteísmo; velocidade das decisões; delegação; motivação; remuneração; plano de cargos e salários e critério familiar ou técnico.
- d) Área Financeira: Contas a pagar e a receber; orçamento; política de compras; política de investimento; fatores determinantes de despesas; rentabilidade, lucratividade; liquidez; fluxo de caixa; planejamento e controle financeiro.
- e) Elementos que afetam a organização inteira: estrutura organizacional; rotinas administrativas; processo de comunicação interna, sistema de informação gerencial; sistema de planejamento; habilidade da gerência e cultura organizacional, entre outros.

De acordo com Pereira (2010), a parte mais importante da análise externa e interna é quando ocorre a junção de ambas. Essa forma de análise é conhecida como matriz SWOT, traduzida em português como matriz FOFA (Pontos Fortes; Oportunidades; Pontos Fracos e Ameaças). O objetivo dessa análise consiste em reunir todos os fatores considerados como Pontos Fortes e relacioná-los com os Pontos Fracos, Oportunidades e Ameaças, com vistas à obtenção de uma visão mais ampla e aprofundada da situação em que se a organização se encontra. A Matriz FOFA é elaborada conforme demonstra o Quadro 3.

Quadro 3 - Matriz da Análise FOFA

Análise FOFA	Análise Externa Oportunidades O	Análise Externa Ameaça A
Análise Interna Fortes F	Como os nossos pontos fortes podem ser empregados para tirar proveito das nossas oportunidades?	Como os nossos pontos fortes podem ser usados para impedir que as ameaças atrapalhem nossas estratégias?
Análise Interna Fracos F	O que nós deveríamos fazer com os nossos pontos fracos para tirar melhor proveito de nossas oportunidades?	O que nós deveríamos fazer para reforçarmos os nossos pontos fracos para impedir que as ameaças nos prejudiquem mais ainda?

Fonte: Pereira (2010, p.115)

h) Questões Estratégicas

Esta é uma etapa do processo de planejamento estratégico encontrada na literatura como uma etapa que se insere entre o diagnóstico organizacional e a formulação das estratégias propriamente ditas. As questões estratégicas procuram evidenciar questões realmente importantes para a organização, emergindo dos aspectos apontados na análise da Matriz FOFA, de cuja solução dependerá a consecução da missão.

i) Estratégia

Conforme já discutido nos tópicos anteriores, a elaboração da estratégia é uma das etapas mais importantes do planejamento estratégico, uma vez que representa o meio para alcançar os objetivos programados à luz das circunstâncias da organização.

É consenso entre os autores que a tarefa de elaboração de estratégia inicia-se com uma detalhada análise do ambiente interno e externo da organização. Como argumentam Thompson e Strickland III (2000), somente após um sólido diagnóstico estratégico os executivos estarão preparados para elaborar as estratégias que conduzirão a organização a atingir seus objetivos. O autor explica que falhas no diagnóstico aumentam significativamente os riscos da organização

perseguir ações estratégicas mal concebidas. Como lembra Hrebiniak (2006), estratégias mal formuladas certamente resultarão em fracassos na execução, portanto, a execução realmente começa com uma boa estratégia.

Hrebiniak (2006) argumenta que pesquisas empíricas comprovam que estratégia vaga ou deficiente é o grande obstáculo para uma implementação de sucesso, portanto, é necessária a obtenção de uma estratégia, clara, focada e, sobretudo, viável. Parafraseando o autor, um planejamento insuficiente conduz o processo de execução para mares revoltos que se tornam cada vez mais difíceis de navegar. A estratégia cria, nessa perspectiva, demandas concernentes ao desenvolvimento de habilidades, recursos e capacidades organizacionais, que não podem ser ignoradas em sua elaboração. Sob uma ótica similar, Thompson e Strickland III (2000) alertam que não faz sentido algum elaborar um planejamento estratégico que não seja compatível com as capacidades, habilidades e com os recursos da organização.

Ressalta-se, neste momento, que apesar de não esgotado, este estudo já discorreu sobre todo o processo de elaboração de estratégia, abordando tanto sua forma deliberada quanto sua formação emergente. Dessa forma, é importante destacar que a maioria dos autores pesquisados concorda que o planejamento estratégico precisa ser flexível, ou seja, as estratégias elaboradas na fase de elaboração do plano podem sofrer mudanças à medida que “os ventos mudarem de rumo”, ou, nas palavras de Pereira (2002), deve-se virar o leme quando a situação exigir. Nesse sentido, Thompson e Strickland III (2000) alertam que as estratégias de uma organização resultam de uma mistura de ações planejadas e reações adaptáveis aos imprevistos e às novas pressões competitivas.

j) Ação Estratégica

Ação estratégica nada mais é do que a tática empregada para que uma estratégia seja efetivamente implementada. Sem ela, como afirma Pereira (2010, p. 129), “[...] a organização não vai conseguir atingir a estratégia, que por sua vez não vai conseguir resolver suas questões estratégicas e, por consequência, o planejamento estratégico como um todo”. De acordo com Mintzberg (2006a), as ações estratégicas são adaptativas, à medida que respondem às contingências ambientais conforme elas ocorrem, com vistas a executar uma determinada estratégia.

2.4.2.1 Referenciais do processo de planejamento estratégico

A vasta literatura sobre planejamento estratégico apresenta inúmeras abordagens e metodologias a sua implantação. Dentre essas, selecionou-se os modelos de John Bryson e de Mauricio Fernandes Pereira, ambos por sua reconhecida aplicação no setor público, foco deste estudo. Cabe destacar que o modelo de Pereira foi implantado, em 2005, em um dos hospitais universitários contemplados nesta pesquisa, sendo esse, portanto, mais um aspecto que influenciou na seleção do referido modelo.

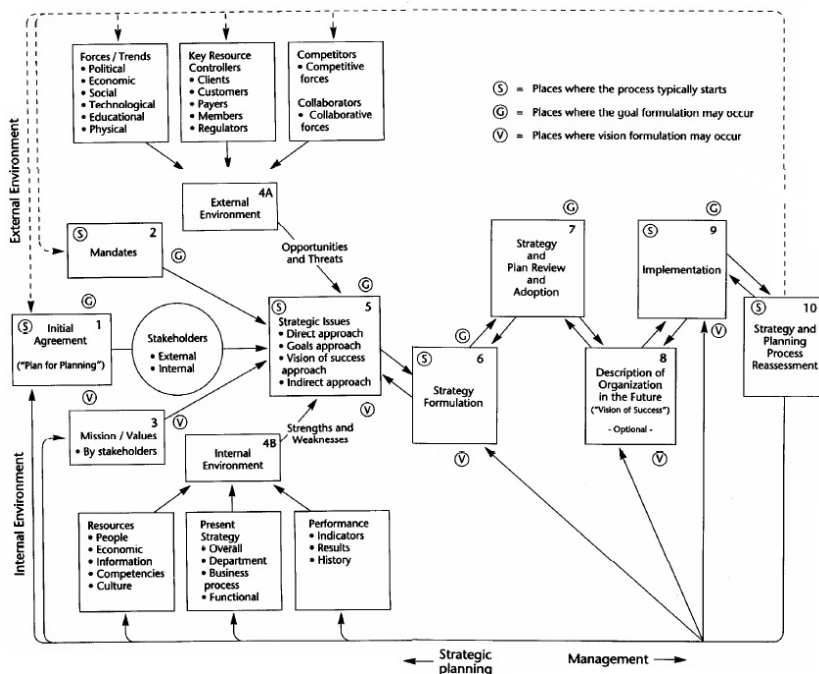
a) O Modelo de Bryson

O modelo proposto por Bryson (1995) para aplicação do planejamento estratégico no setor público apresenta um fluxo com dez etapas para o desenvolvimento desse processo, que o autor denominou de “The Strategy Change Cycle”. A sequência das etapas apresentadas na metodologia do autor são as seguintes:

1. Acordo inicial sobre o processo de Planejamento Estratégico;
2. Identificação dos mandatos da organização;
3. Desenvolvimento da missão e dos valores da organização;
4. Avaliação do ambiente externo da organização, verificando oportunidades e ameaças e o seu ambiente interno, bem como os pontos fortes e fracos;
5. Identificação das questões estratégicas da organização;
6. Elaboração de estratégias;
7. Revisão e adoção de um plano estratégico;
8. Estabelecimento de uma visão organizacional efetiva;
9. Desenvolvimento de um processo de implementação;
10. Reavaliação das estratégias e do processo de planejamento estratégico.

Cada uma das etapas que compõe o ciclo do modelo de Bryson está representada na Figura 3, e sua descrição será apresentada a seguir.

Figura 3 - O ciclo do modelo de Bryson



Fonte: Bryson (1995, p. 24-25).

1.O Acordo inicial

A primeira etapa deste modelo consiste em celebrar um acordo ou firmar um compromisso com as principais lideranças da organização, para viabilizar a implantação do planejamento estratégico.

As reuniões nesta etapa tratam de esclarecer e definir os seguintes pontos: quais esforços serão necessários para a implantação do processo; os objetivos do planejamento, suas vantagens e dificuldades; as etapas do processo; a agenda dos encontros; as regras; a coordenação do processo e quem participa da equipe do planejamento. Esse é o momento em que os líderes da organização se comprometem com os recursos necessários para a implementação do processo e autorizam a sua implantação.

2. Identificação do mandato da organização

O objetivo desta etapa consiste na identificação do conjunto de leis, normas, políticas, estatutos e regimentos que determinam as

funções exercidas pela organização. Isso inclui identificar os mandatos dos diversos atores e clarificar os limites de atuação de cada função, bem como possibilitar o conhecimento do verdadeiro campo de ação da organização.

3. Esclarecimento da missão e dos valores

No modelo de Bryson, a equipe de planejamento, a partir da identificação e análise dos grupos de influência, define, nesta etapa, quais os valores e qual a missão da organização, com base nas respostas elaboradas para as seguintes perguntas: quem somos nós?; Qual é o nosso objetivo?; O que fazemos para reconhecer, antecipar e responder aos objetivos?; De que forma responderemos aos nossos grupos de influência?; Quais são os nossos valores?; O que nos diferencia dos demais?

4. Avaliação dos ambientes externo e interno

Uma vez estabelecidos os valores e a missão da organização, a próxima etapa é a análise dos ambientes externo e interno da organização. Na análise do ambiente externo, são verificadas as principais ameaças e oportunidades à consecução da missão, enquanto na análise do ambiente interno são identificados os pontos fortes e fracos da organização. A partir dessas informações, por meio da matriz *SWOT* é realizado o diagnóstico estratégico da organização.

5. Identificação das questões estratégicas

As questões estratégicas são identificadas a partir das informações obtidas nas etapas anteriores. Nesta etapa, são realizadas revisões e discussões das características e implicações do mandato, dos elementos da missão, dos valores e do diagnóstico estratégico da organização.

Uma vez que essas questões representam os problemas mais significativos da organização, defini-los adequadamente é essencial para a implantação do processo, pois é em torno deles que serão formuladas e implementadas as estratégias. Na visão de Bryson, a escolha das questões estratégicas deve ser checada para evitar que falsas questões tenham sido selecionadas.

O autor propõe, em seu modelo, que a checagem seja realizada por meio da aplicação do *testlitmus*, que consiste em onze perguntas com três níveis de respostas difusas, que oscilam entre o sim e o não. As questões não serão consideradas estratégicas, mas sim operacionais, caso o número de respostas negativas predomine no resultado do teste.

6. Formulação das estratégias

A sexta etapa trata da formulação de estratégias para administrar e resolver as questões estratégicas identificadas na etapa anterior. Bryson (1995, p.138) sugere dois métodos para a formulação de estratégias: *The Five Step Process* e *The Oval Map Process*.

O primeiro é considerado um método mais simples e direto, que gira em torno das respostas elaboradas para as seguintes questões: 1. Que alternativas dispõem a organização para encaminhar as questões estratégicas? 2. Quais os impedimentos para fazer uso dessas alternativas? 3. O que é possível propor para encaminhar as alternativas e superar os impedimentos? 4. Quais ações são possíveis em curto prazo, para implementar estas propostas? 5. Quais passos específicos podem ser seguidos para implementar as propostas e quem são os responsáveis por este processo?

O segundo método apontado por Bryson é mais complexo, uma vez que consiste na relação entre os elementos do mandato, da missão, dos valores e do diagnóstico estratégico.

7. A Revisão do plano estratégico

Encerrada a etapa de formulação das estratégias, está concluído o plano estratégico. A finalidade da presente etapa consiste na obtenção de um comprometimento formal para adotar e realizar a implementação do plano. Esta etapa seria, portanto, um momento de negociação estratégica, no qual ocorre a busca de entendimento com os diferentes grupos de influência de cada uma das estratégias acerca da viabilidade de sua implementação, ou seja, a negociação gira em torno do que é pretendido e do que realmente é possível.

8. A visão organizacional

Nesta etapa é estabelecida a visão organizacional efetiva para o futuro. De acordo com Bryson, ela é construída a partir da definição da missão e das estratégias que foram formuladas para resolver os problemas estratégicos da organização. Na ótica do autor, uma visão de sucesso representa uma efetiva implementação do plano estratégico e a certeza de que a organização está cumprindo a sua missão.

9. A Implementação do planejamento estratégico

A nona etapa refere-se à implementação das estratégias previamente estabelecidas. No modelo de Bryson, entre as orientações para uma implementação com sucesso, está a definição dos atores

responsáveis por cada ação, a definição de orçamentos para cada um dos programas estratégicos, bem como a definição de cronogramas e a reserva de recursos.

10.Reavaliação do Planejamento Estratégico

A finalidade desta última etapa é fazer uma revisão dos resultados alcançados, para posteriormente realizar os ajustes necessários, mantendo e fortalecendo as estratégias implementadas com sucesso, aplicando ações corretivas nas estratégias fracassadas ou mudando completamente o rumo estratégico da organização. Este processo, na verdade, representa o começo de um novo ciclo estratégico para a organização.

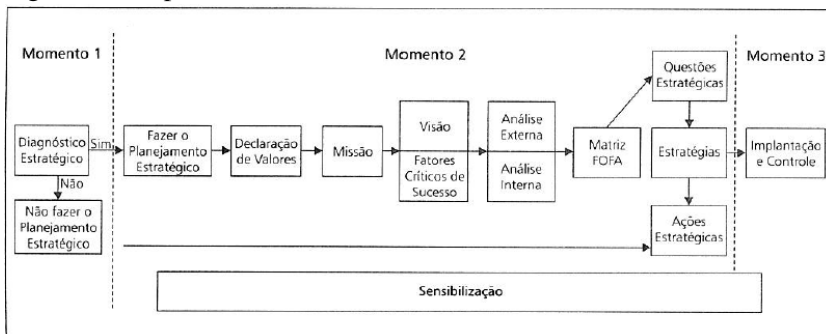
b) O Modelo de Pereira

No modelo apresentado por Pereira (2010), o Processo de Planejamento Estratégico é realizado em três momentos muito bem definidos:

- a)Momento 1: Diagnóstico Estratégico;
- b)Momento 2: Formulação das Etapas do Processo de Planejamento;
- c)Momento 3: Implementação e Controle do Processo de Planejamento Estratégico.

Cada uma das etapas que compõe o modelo de Pereira está representada na Figura 4, cuja descrição será apresentada a seguir.

Figura 4 – Etapas do modelo de Pereira



Fonte: Pereira (2010, p.57).

•Momento 1: Diagnóstico Estratégico

Na metodologia de Pereira, neste primeiro momento, a maior

coalizão dominante da organização deverá decidir pela implantação ou não do planejamento estratégico. Este seria, em outras palavras, o momento da aceitação por parte das pessoas que determinam os rumos estratégicos da organização. Duas questões são fundamentais para subsidiar esta decisão:

- a) Se a organização está internamente preparada para sustentar a implementação de um planejamento estratégico. Isso envolve fatores como dificuldades financeiras; conflito entre lideranças e necessidade de redução do quadro de funcionários, enfim, turbulências que podem inviabilizar totalmente a implementação do processo.
- b) Se há comprometimento da maior coalizão dominante da organização com a implantação do planejamento. De acordo com o autor, o processo só será implementado com sucesso se a alta liderança compreender o verdadeiro sentido do planejamento estratégico, estiver consciente de suas responsabilidades e se envolver inteiramente com o processo.

•Momento 2: Formulação das Etapas do Processo de Planejamento

Este é o momento em que as etapas do planejamento são documentadas. Para a formulação dessas etapas, o autor propõe que seja montada uma equipe com o maior número possível de pessoas. As equipes poderão ser montadas seguindo os modelos *top-down*, *botton-up* ou misto, depedendo do porte da organização e da maneira como o processo será desenvolvido. Independente do modelo que será adotado na montagem da equipe, a participação das coalizões dominantes da organização, tanto as formais quanto as informais, deve ser obrigatória, caso contrário, o processo estará fadado ao fracasso.

Para iniciar este momento, em que são formuladas as etapas do planejamento estratégico, é fundamental que ocorra uma sensibilização da equipe. Todos devem compreender os aspectos gerais que envolvem o planejamento estratégico, se envolverem e se motivarem durante a formulação e implementação do processo, além de se comprometerem com os seus resultados.

A sequência das etapas do planejamento estratégico, formuladas no momento 2, são as seguintes:

- a) Declaração de valores;
- b) Missão;
- c) Visão;

- d) Fatores críticos de sucesso;
- e) Análise externa;
- f) Análise interna;
- g) Matriz FOFA;
- h) Questões estratégicas;
- i) Estratégias; e
- j) Ações estratégicas

No modelo apresentado por Pereira (2010), todas essas etapas são construídas com a orientação de um Consultor Externo, que atuará como condutor e facilitador, além de organizar os trabalhos da seguinte forma:

Primeiramente, ele deverá reunir a equipe de planejamento estratégico e explicar detalhadamente o que significa cada uma das etapas, mostrando exemplos de outras organizações para que não haja dúvida alguma. Na sequência, a equipe deverá ser separada em pequenas equipes de até cinco pessoas, para que, dentro de um tempo estipulado pelo Consultor, possam construir uma proposta para cada uma das etapas.

O autor propõe que seja realizado um rodízio entre os membros que compõem essas pequenas equipes, para que cada etapa seja elaborada por grupos diferentes.

Iniciando pela elaboração da Declaração de Valores, cada pequena equipe apresentará o que elaborou para a grande equipe. O Consultor passará, então, a debater com a grande equipe, com o objetivo de chegar a um consenso e construir uma Declaração de Valores que congregue todas as ideias apresentadas pelas pequenas equipes. Formulada a Declaração de Valores, ela será exposta por escrito em um cartaz, a ser fixado no local onde todos estão reunidos, para que a equipe possa lê-la constantemente e, se for o caso, reformular a proposta.

Seguindo essa metodologia, cada uma das etapas será construída na mesma sequência. Ao finalizar a discussão de todas as etapas, o Consultor, juntamente com alguns membros da equipe, elaborará o documento final do planejamento estratégico.

De acordo com o autor, é recomendável que seja incluída no documento uma apresentação elaborada pela maior coalizão dominante formal da organização, para que fiquem claros o seu envolvimento e o comprometimento com o documento do planejamento estratégico e sua implantação.

A seguir são apresentadas cada uma das etapas, bem como a

orientação de Pereira (2010) para que elas sejam elaboradas:

a) Declaração de Valores

A construção da Declaração de Valores passa pela identificação das crenças e princípios que orientam a organização, portanto, quanto maior for o consenso da equipe que está participando da elaboração do planejamento estratégico acerca dos valores da organização, maior será a chance de que haja consenso nas demais etapas. De acordo com o autor, a elaboração da Declaração de Valores deve ser orientada por algumas perguntas, tais como:

- O que a organização defende?
- Quais são os comportamentos da organização?
- Como a organização trata os funcionários e os clientes?
- Qual o entendimento da organização sobre comportamento ético?
- Como a organização incentiva e valoriza seus funcionários?
- Como a organização é vista pela sociedade em que atua?

b) Missão

Na formulação da Missão a equipe deverá ter clareza de qual é o negócio da organização e quais são as suas possibilidades, ou seja, não prometer aquilo que não poderá cumprir. Como diz o autor: “Não fazer propaganda enganosa”. A Missão, além de definir a razão de ser da organização, estabelece limites de atuação e indica onde devem ser concentrados os esforços e as habilidades da organização. Na definição da Missão, o autor sugere que sejam realizadas as seguintes perguntas:

- O que a organização faz?
- Para quem faz?
- Para que faz?
- Como faz?
- Onde faz?
- Qual a responsabilidade social e ambiental?

c) Visão

A Visão refere-se ao futuro pretendido para a organização e quando se pretende alcançá-lo. Ela funciona como uma bússola, mostrando a direção na qual a organização está caminhando. De acordo com o autor, além de apontar o caminho para o futuro, a Visão faz com

que a organização queira chegar lá, uma vez que representa suas maiores esperanças. É a imagem compartilhada daquilo que os gestores da organização almejam que ela venha a ser no futuro.

Na metodologia de Pereira, a Visão pode ser expressa com uma ou duas frases que anunciam a aonde ela quer chegar ou pode definir um quadro amplo do futuro que as pessoas aspiram para a organização. Ela deve ser elaborada a partir de alguns elementos, os quais contribuição para que ela seja tornada irreal: ser atingível e não uma fantasia; adaptar-se aos valores da organização; ser fácil de comunicar, clara e simples, mas poderosa; mostrar aonde a organização quer chegar; abranger o espírito desejado pela organização; ser compacta; chamar a atenção das pessoas; descrever a situação escolhida para o futuro; poder ser sentida e vivenciada e, por fim, ser desafiadora, ou seja, ir além do confortável.

A Visão deve ser definida a partir da dinâmica do negócio em que a organização atua, além de estabelecer um horizonte estratégico, ou seja, quando a organização se propõe a realizar a Visão e finalizar a implementação das estratégias estabelecidas.

d) Fatores Críticos de Sucesso

Na análise dos fatores críticos de sucesso, a organização identificará o que ela precisa para sobreviver, por meio de uma leitura das condições determinadas pelo mercado.

A pergunta que auxiliará na definição desses fatores é: O que a organização tem que ter para sobreviver no mercado em que atua? Para o autor, não ter esses fatores significará falência. No caso das organizações públicas, apesar de a falência não ser declarada, o seu desempenho poderá ficar seriamente prejudicado e o seu negócio totalmente deteriorado.

e) Análise Externa

Neste momento, a organização deve fazer uma leitura de todas as forças ambientais externas, verificando as oportunidades e ameaças que podem afetá-la de forma direta ou indireta. Por oportunidades, o autor entende as forças ou variáveis que podem favorecer o cumprimento da missão ou as situações do meio ambiente que podem ser aproveitadas para aumentar a competitividade da organização. As ameaças, em contrapartida, referem-se aos fatores externos que dificultam o cumprimento de sua missão. Apesar de incontroláveis, esses fatores poderão ser evitados quando conhecidos em tempo para serem adequadamente administrados.

f) Análise Interna

Na análise interna, a equipe do planejamento deve identificar os pontos fortes e fracos da organização. Enquanto aqueles referem-se aos fatores ou características da organização que facilitarão a implementação de suas estratégias, este diz respeito às limitações da organização que dificultarão a obtenção dos resultados aspirados. O autor também chama essas ameaças de incompetências da organização ou possibilidades de melhoria, pois, segundo ele, após identificadas, a organização deverá formular estratégias para eliminá-las ou transformá-las em pontos fortes.

Quando a equipe de planejamento não for composta por todos os membros da organização, Pereira propõe que seja realizada uma pesquisa com os que não estão participando diretamente, a fim de se obter um diagnóstico mais preciso das condições do ambiente interno da organização.

g) Análise da Matriz FOFA

A Matriz FOFA refere-se à junção das análises externa e interna. O objetivo dessa etapa é reunir todos os fatores considerados como pontos fortes e relacioná-los aos pontos fracos, às oportunidades e às ameaças, a fim de obter-se uma visão mais ampla e aprofundada da situação em que a organização se encontra.

Para auxiliar na elaboração dessa matriz, o autor apresenta as seguintes perguntas:

- O ponto forte “x” ajuda a acabar com ponto fraco “y”? (Sim ou não)
- O ponto forte “x” ajuda a aproveitar a oportunidade “z”? (Sim ou não)
- O ponto forte “x” ajuda a minimizar o impacto da ameaça “m”? (Sim ou não)

Ao termino da elaboração da matriz, caso a organização apresente mais de 80% de respostas “sim”, significa que ela está muito bem.

h) Questões Estratégicas

No modelo proposto por Pereira, as questões estratégicas são elencadas a partir de todos os elementos definidos nas etapas anteriores. Elas referem-se às questões mais abrangentes e relevantes para a organização, constituindo-se, portanto, como os grandes projetos a serem elaborados e implementados para que a organização alcance sua

visão. Na percepção do autor, não existe um número exato de questões estratégicas a serem elaboradas, entretanto, elas devem contemplar todos os elementos constantes do planejamento estratégico até então construído.

Neste modelo, é aplicada uma dinâmica com o pequeno grupo e depois com toda a equipe, com vistas a definir a ordem de prioridade em que as questões estratégicas serão tratadas. Atribuir prioridades às questões estratégicas, além de ajudar na elaboração do cronograma de implementação do planejamento estratégico, permite que elas sejam resolvidas à luz do seu grau de impacto para a organização.

i) Estratégias

Para cada questão estratégica, a organização formulará quantas estratégias forem necessárias para resolver a situação, ou seja, as estratégias dizem respeito à resolução das questões estratégicas.

j) Ações Estratégicas

As ações estratégicas representam como fazer com que as estratégias sejam efetivamente implementadas. Nesse sentido, elas devem ser elaboradas com bastante detalhamento. O autor orienta que para cada estratégia devem ser formuladas várias ações estratégicas. Ressalta, ainda, que para cada ação deve haver um responsável e uma data de início e término da ação, além de recursos financeiros e algum indicador de desempenho (quantitativo e qualitativo).

•Momento 3: Implementação e Controle do Processo de Planejamento Estratégico

Este é o momento referente à implantação, ao acompanhamento e ao controle do processo de planejamento estratégico. Tendo em vista que esta é a etapa em que o documento é colocado em prática, ela demanda muito cuidado e muita atenção.

Na opinião do autor, criar uma equipe de acompanhamento, estabelecer cronogramas de execução das ações estratégicas, criar indicadores de desempenho (quantitativo e qualitativo) e, sobretudo, ter a coalizão dominante formal como grande parceiro nesse processo são fatores determinantes para o sucesso do planejamento estratégico. A equipe de acompanhamento e controle deve criar um cronograma de visitas aos responsáveis pelas questões estratégicas, estratégias e ações estratégicas, a fim de averiguar o que está sendo efetivamente implementado e se o cronograma de execução está ajustado entre o planejado e o executado.

2.4.3 Implementação do processo de planejamento estratégico

O sucesso do planejamento estratégico consiste, fundamentalmente, na implementação das estratégias elaboradas para a organização. No entanto, autores como Pereira (2010); Wright, Kroll e Parnell (2000); Whittington (2006) e Hrebiniak (2006) alertam que qualquer estratégia, por mais bem concebida que seja, está fadada ao fracasso se não for implementada com eficiência, eficácia e legitimidade. Bossidy e Charan (2002) acrescentam que de nada valem estratégias se as organizações não souberem como executá-las.

Contudo, conforme argumentam Hrebiniak (2006) e Thompson e Strickland III (2000), a implementação é uma tarefa muito mais difícil e complexa de se realizar do que a tarefa de elaboração. Nessa perspectiva, Ansoff (1991, p. 177) afirma que “[...] não há nenhum mistério em formular uma estratégia, o problema é fazê-la funcionar.”, portanto, é geralmente nesta etapa que o planejamento estratégico começa a apresentar problemas (PEREIRA, 2010).

Uma explicação para esse fato é apresentada por Thompson e Strickland III (2000). Na ótica dos autores, enquanto a elaboração das estratégias depende da visão, da análise adequada do ambiente organizacional e do espírito empreendedor dos seus líderes, a implementação depende da supervisão, da motivação e do trabalho das pessoas que compõem a organização. Nesse sentido, pode-se afirmar que a tarefa de fazer a estratégia acontecer exige muito mais habilidade dos gerentes, para direcionar a mudança organizacional, projetar e supervisionar os processos, gerenciar pessoas e atingir os objetivos de desempenho. Além disso, os gerentes precisam ter perseverança para lançar e fazer caminhar várias iniciativas, além de lidar com as resistências às mudanças que surgem durante a implementação do plano.

Nesse sentido, Hrebiniak (2006) alerta que é fundamental para a implementação do planejamento estratégico que os gerentes identifiquem os obstáculos e, acima de tudo, conheçam o que faz a estratégia funcionar, pois a implementação do planejamento estratégico consiste em um processo disciplinado ou um conjunto lógico de atividades integradas que permite que uma organização utilize a estratégia e a faça funcionar. Sem uma abordagem cuidadosa e planejada para a execução, as metas estratégicas não podem ser obtidas. Portanto, embora a execução seja essencial para o sucesso estratégico, fazer a estratégia funcionar ainda representa uma tarefa desafiadora para os administradores.

Apesar de sua importância e complexidade, o autor argumenta que as contribuições literárias, ao longo dos anos, têm focado mais na organização de novas ideias sobre planejamento e formulação do que nas técnicas necessárias para a sua efetiva implementação. Isso, em parte, explica o fato de a execução da estratégia não ser tão clara e compreensível quanto a sua elaboração. O fato é que as organizações conhecem muito mais sobre planejamento do que sobre realização; sobre a criação da estratégia do que sobre o seu funcionamento real (HREBINIAK, 2006).

Nesse contexto, Gaj (1990, p. 99) argumenta que as organizações conhecem bem as técnicas de planejamento estratégico, todavia, “[...] na prática poucos são os casos que coincidem estratégia explícita de sucesso, com aplicação dos conceitos e das técnicas estratégicas e comportamentos amadurecidos em ambientes participativos e integrados”. Segundo o autor, em algumas organizações, a formalidade das estruturas, a barreira dos dirigentes, a cultura enraizada e as políticas são mais fortes do que a agilidade necessária para lidar com a demanda ambiental. Desse modo, após realizadas todas as tarefas de elaboração, as pessoas acabam voltando para as suas rotinas de trabalho e esquecem que o planejamento estratégico precisa ser implantado, o que denota pouco valor à tarefa de execução.

Essa prática, segundo Drucker (1990 apud BURMESTER; RICHARD, 1995) é ainda mais comum em organizações sem fins lucrativos, nas quais o planejamento estratégico atua como um exercício intelectual que, uma vez finalizado, é “belamente encadernado e colocado na prateleira”, e todos se dão por satisfeitos, com a sensação de missão cumprida.

De qualquer forma, seja por falta de técnicas, treinamento, conhecimento ou pela complexidade da tarefa, muitas organizações frequentemente deixam a execução em segundo plano. Assim, inúmeros casos de planejamentos bem elaborados tem fracassado em função de esforços insatisfatórios para sua implementação (HREBINIAK, 2006). Neste sentido, são muitos os obstáculos que devem ser negociados para que o planejamento estratégico seja bem-sucedido.

Um ponto relacionado a isso é a separação que é feita entre o ato de planejar e o ato de executar (HREBINIAK, 2006; THOMPSON; STRICKLAND III, 2000; MINTZBERG 2004; 2000). Para Mintzberg (1998; 2004; 2006), a dissociação entre pensar e agir consiste em mais uma das grandes falácias do planejamento estratégico. O autor observa que quando uma estratégia não é realizada, quase sempre o motivo está relacionado às falhas na sua implementação, porém, acredita que o

problema está um passo à frente, na diferença que se faz entre a formulação e a implementação, e afirma que há uma suposição comum de que o pensamento deve, além de ser independente, anteceder a ação. Em sua ótica, os estrategistas deveriam ter sido mais astutos e permitirem que suas estratégias se desenvolvam, gradativamente, através das ações e experiências da organização. Dessa forma, conforme já discutido no decorrer desta revisão, defende o uso das chamadas “estratégias emergentes” durante o processo de implementação. Nessa perspectiva, a estratégia é entendida como um caminho em construção, calcado no aprendizado e que contempla diversos atores estratégicos.

De acordo com Mintzberg (2004), ainda há um grande número de organizações que acreditam que essa separação impede que os gerentes se envolvam nas rotinas do dia a dia, possibilitando que dediquem seu tempo ao ato de planejar, ou seja, que se concentrem em assuntos realmente importantes para a organização. Em sua visão, apesar de as organizações precisarem de bons estrategistas, essa separação têm se mostrado terrivelmente desastrosa para muitas delas, tendo em vista que estrategistas eficazes são pessoas que não se abstraem dos detalhes das tarefas, ao contrário, imergem neles para extrair mensagens estratégicas, pois é exatamente nos detalhes que muitas oportunidades podem estar ocultas. Em algumas organizações, a alta cúpula realmente acredita que a implementação do planejamento estratégico é tarefa para os funcionários que estão em níveis hierárquicos inferiores. A visão que prevalece nessas organizações é de que os gerentes devem se ocupar da tarefa que exige mais habilidade e inteligência, ou seja, elaborar o planejamento (MINTZBERG 2004; HREBINIAK 2006). Segundo os autores, quando a elite planeja e vê a execução como algo que está abaixo dela, a implementação bem-sucedida do planejamento estará certamente comprometida.

Além da argumentação de Mintzberg (2004) em relação às implicações dessa separação, ainda há os aspectos comportamentais, que de acordo com as discussões realizadas até aqui, estão diretamente relacionados com o sucesso do planejamento estratégico.

Sob essa ótica, Ansoff (1983) explica que à medida que as decisões estratégicas descem na hierarquia da organização, a fidelidade das pessoas aos objetivos estabelecidos diminui e as aspirações pessoais tornam-se cada vez mais fortes motivadoras do comportamento, ou seja, aqueles a quem as tarefas são simplesmente designadas não se sentem responsáveis pelo resultado ou sucesso do planejamento estratégico.

Muitos autores compartilham da opinião de que a execução exige um sentimento de pertença em todos os níveis da gerência e de todos os

membros da organização, sendo esse o fator chave para reduzir as resistências e aumentar as chances de sucesso na implementação do planejamento estratégico.

Ansoff e McDonnell (1993) argumentam que a implantação do planejamento estratégico provoca conflitos entre as atividades operacionais já existentes e as novas tarefas necessárias para a implementação das estratégias. Segundo os autores, as organizações geralmente não possuem a potencialidade, a capacidade ou os sistemas motivacionais para pensar e agir estrategicamente e lidar com esses obstáculos. Para eles, a estratégia introduz elementos de racionalidade que perturbam a cultura da organização e ameaçam os processos políticos, portanto, a racionalidade lógica é inadequada para explicar as diversas complexidades intrínsecas ao comportamento estratégico.

Thompson e Strickland III (2000) acreditam que, sendo os contextos organizacionais diferentes de uma organização para outra, os desafios de implementação do planejamento estratégico também o são. Segundo os autores, é preciso considerar as diferentes práticas de negócios e as diferentes circunstâncias competitivas, além dos incentivos de compensação, que também são desiguais. Há, ainda, diferentes mesclas de personalidades e históricos organizacionais, que variam de situação para situação. Porém, como não há uma abordagem personalizada para a implementação da estratégia, o que ocorre na prática são ajustes das abordagens disponíveis às circunstâncias das organizações. No entanto, independente das características da organização, algumas bases precisam ser cobertas para haja uma implementação com sucesso:

- a) Desenvolver uma organização capaz de executar a estratégia com sucesso;
- b) Desenvolver orçamentos para direcionar amplos recursos para as atividades internas que forem críticas para o sucesso estratégico;
- c) Estabelecer políticas e procedimentos de apoio ao planejamento;
- d) Motivar as pessoas a perseguirem as metas da organização, instituindo, se necessário, melhores práticas e mecanismos para a melhoria contínua;
- e) Instalar sistemas de suporte que capacitem o pessoal a desempenhar seu papel estratégico todos os dias;
- f) Associar a estrutura de recompensas e incentivos ao alcance dos objetivos programados e a uma boa execução da estratégia;

- g) Criar um ambiente de trabalho e cultura corporativa, que conduzam à implementação do planejamento de maneira bem-sucedida;
- h) Exercer uma liderança interna necessária para impulsionar a implementação para frente e melhorar a maneira de executar a estratégia.

Os autores acrescentam, ainda, que o sucesso do planejamento depende fundamentalmente de uma equipe competente, que tenha habilidades e capacidades competitivas, além de uma organização interna eficiente. Construir uma organização desse nível deve ser prioridade máxima, quando o que se pretende é uma execução eficaz. Eles apontam algumas ações que são primordiais na construção dessas organizações:

- a) Selecionar pessoas capazes para posições chaves.
- b) Certificar-se de que a organização tem as habilidades, competências básicas, talentos gerenciais, conhecimento técnico e capacidades competitivas de que ela precisa.
- c) Desenvolver uma estrutura organizacional que conduza à execução bem-sucedida da estratégia.

Conhecer os obstáculos e saber lidar com eles para gerar resultados positivos para a execução, segundo Hrebiniak (2006), é a chave do sucesso da implementação do planejamento estratégico. A seguir, são apresentadas oito áreas de obstáculos ou desafios para a execução da estratégia, destacadas pelo autor:

- a) Desenvolver um modelo para orientar as decisões ou ações da execução;
- b) Entender como a elaboração do planejamento afeta a sua implementação;
- c) Gerenciar as mudanças de forma efetiva, incluindo as mudanças culturais;
- d) Entender o poder ou a influência e usá-los para o sucesso da execução;
- e) Desenvolver estruturas organizacionais que estimulem o compartilhamento de informações, a coordenação e uma clara responsabilidade;
- f) Desenvolver controles efetivos e mecanismos de *feedback*;
- g) Saber como criar uma cultura de suporte à execução;

h) Aplicar a liderança com viés para a execução.

Ainda de acordo com Hrebiniak (2006), é necessário considerar que a execução da estratégia geralmente leva mais tempo do que a elaboração, o que também dificulta o foco e o controle do processo de implementação, pois com cronogramas mais longos muitos imprevistos que desviem a atenção dos gerentes podem ocorrer. A execução também envolve mais pessoas do que a elaboração, o que implica em mais obstáculos. A comunicação, por exemplo, torna-se um grande desafio dentro da organização. Igualmente, vincular os objetivos estratégicos com os objetivos e preocupações diárias da equipe de trabalho em diferentes níveis e locais da organização torna-se uma tarefa desafiadora. Por fim, quanto maior o número de pessoas envolvidas, maior será o desafio a ser superado para que a execução ocorra de forma efetiva.

Ansoff e McDonnell (1993) apresentam cinco razões que podem impedir o planejamento estratégico de funcionar: a) falta de mecanismo de implantação e controle; b) conflito de capacidade e prioridade entre o trabalho estratégico e o trabalho operacional; c) inexistência de uma base de dados estratégicos; d) falta de habilidade e compreensão dos líderes e e) resistência comportamental às mudanças.

Hrebiniak (2006), por sua vez, menciona que os incentivos e o controle do planejamento estratégico são fundamentais para operar a estrutura, mudar a cultura e tornar a implementação da estratégia realidade. O autor acredita que os incentivos motivam o comportamento das pessoas em relação aos objetivos da organização, enquanto os controles permitem que os gerentes avaliem os esforços da implementação e realizem as mudanças pertinentes.

Thompson e Strickland III (2000) afirmam que, caso não haja um plano de carreira e de incentivos associado à implementação da estratégia, poucas pessoas se comprometerão com o processo estratégico da organização. Sem um adequado sistema de incentivos e recompensas, o gerente fica com a opção inócua de “gritar as ordens” e implorar a execução da estratégia.

Motivar as pessoas e recompensá-las pelo seu bom desempenho inclui todas as técnicas de recompensa e punição: Desafios inspiradores; oportunidades de participar de alguma coisa emocionante; maior oportunidade de satisfação pessoal; definição de metas ambiciosas de desempenho; potencial de ser promovido ou ser deixado de lado; elogio; reconhecimento; crítica construtiva; pressão; maior ou menor responsabilidade; maior ou menor controle do trabalho e autonomia para

a tomada de decisão, bem como possibilidade de recompensas financeiras (THOMPSON; STRICKLAND III, 2000).

Contudo, Hrebiniak (2006) esclarece que os incentivos devem estar vinculados aos objetivos estratégicos ou de curto prazo derivados da estratégia e, sobretudo, devem ser mensuráveis. Nesse contexto, os objetivos relacionados aos resultados da execução devem ser definidos com clareza e informados a todos os membros da organização. Esse procedimento evitará surpresas no momento da avaliação de desempenho e permitirá que ela se concentre em medidas acordadas anteriormente, e, assim, possibilita que as relações entre as recompensas e o desempenho sejam construídas de forma consistente e inequívoca.

Embora os incentivos se apresentem como uma poderosa ferramenta para obter o comprometimento das pessoas com o plano estratégico, uma falha na sua utilização poderá gerar um efeito contrário (THOMPSON; STRICKLAN III, 2000). Diante disso, os autores alertam para os cuidados que os gerentes devem ter com a distribuição de incentivos e recompensas:

- a) A recompensa deve ser significativa;
- b) O sistema de incentivos deve estender-se para todos os gerentes e todos os membros da organização, não restringindo-se à alta gerência. É um grande erro esperar que os gerentes dos níveis mais baixos e os demais funcionários se empenhem na execução das estratégias para que poucos executivos sejam recompensados.
- c) O sistema de recompensas deve ser administrado com cuidado e equidade. Se forem estabelecidos padrões de desempenho muito acima da realidade ou se a avaliação de desempenho individual for falha e pouco documentada, a insatisfação gerada contra o sistema vai ser maior que qualquer benefício positivo.
- d) Os incentivos devem ser associados estritamente com alcance das metas de desempenho estabelecidas no plano estratégico.
- e) As metas de desempenho estabelecidas para cada pessoa devem ser viáveis, envolvendo resultados possíveis de alcançar.

Os autores afirmam que o sistema de incentivos e recompensas da organização, se utilizado de forma adequada, é certamente o veículo por meio do qual uma estratégia é emocionalmente ratificada na forma de comprometimento real.

Portanto, de acordo com Hrebiniak (2006), não basta cumprir todas as etapas necessárias para a implementação da estratégia. Sobretudo, é necessário garantir que as pessoas estejam motivadas e

comprometidas com o plano estratégico da organização. Para que isso ocorra, além das questões já abordadas, é essencial que a organização desenvolva um sistema de avaliação e controle do planejamento estratégico, com vistas a verificar se o comportamento e as ações das pessoas estão em sintonia com os principais objetivos estabelecidos, bem como fornecer um *feedback* sobre o seu desempenho e recompensá-las quando pertinente.

Aborda-se, a seguir, a última etapa do processo de planejamento estratégico, referente à avaliação e ao controle do processo.

2.4.4 Avaliação e controle do processo de planejamento estratégico

A avaliação é definida como o processo de monitoramento de atividades para determinar se as unidades individuais e a organização, em sua totalidade, estão obtendo e utilizando seus recursos de forma eficaz e eficiente, de modo a atingir seus objetivos. Caso eles não sejam atingidos, serão então, aplicadas as ações corretivas (ROBBINS, 1978). Os controles, por sua vez, segundo Hrebiniak (2006, p.199), “[...] fornecem *feedback* sobre o desempenho, reforçam os métodos de execução da estratégia, asseguram um mecanismo “corretivo” e facilitam a aprendizagem e a adaptação organizacionais”.

Esse processo inicia-se diante de uma comparação entre o desempenho real e o almejado. Sendo identificado um desvio significativo entre os dois, a análise de causa e efeito é absolutamente essencial. Após realizada essa “autópsia”, a próxima etapa será a da aprendizagem, em que os gerentes tentarão dissecar o problema e compreender as razões lógicas por trás da anormalidade do desempenho. Encerrada essa fase, finalmente é possível tomar algumas medidas para apresentar *feedbacks* ou corrigir a situação, promovendo a alteração e a adaptação organizacional (HREBINIAK, 2006).

Thompson e Strickland III (2000) ressaltam que, para monitorar adequadamente a implementação da estratégia, os gerentes precisam ter um retorno imediato e contínuo sobre o que está sendo implementado, para que as ações corretivas possam ser implantadas logo no início do processo, caso os primeiros passos pareçam desviar-se do curso programado. A eficácia desse processo, segundo os autores, depende fundamentalmente de um bom sistema de informação, que colete e transmita os problemas críticos para a execução da estratégia e desvende as medidas chaves de desempenho ao longo do tempo. Contudo, para que o processo de controle e avaliação tenha êxito, o monitoramento das atividades deve ocorrer com base nos mesmos indicadores utilizados no

momento da elaboração do planejamento estratégico (MAXIMIANO, 2006). Para que o controle realmente funcione, também é imperativo que as pessoas tenham clareza de suas responsabilidades com as tarefas relacionadas à execução (HREBINIAK, 2006). O autor ainda argumenta que o controle só é possível se os objetivos estratégicos forem claros, relevantes e mensuráveis, pois sem esses atributos torna-se inviável comparar o desempenho real com o aspirado, e, portanto, inexequível identificar desvios de metas.

Na visão de Rivera (2003), o processo de mudança exige o desenvolvimento de formas de medição do avanço. O principal desafio da medição consiste na necessidade de fazer da apreciação e do desenvolvimento de novas capacidades de apreciação uma prioridade entre aqueles que almejam a mudança. A chave está em gerar essa “cultura” a partir da criação de um sentido de responsabilidade sobre a avaliação, o qual subtende definições participativas. A necessidade de aprender a reconhecer e apreciar o progresso da mudança está relacionada à apresentação de resultados que auxiliem a alavancar o processo, criando novos níveis de motivação.

O desafio, na concepção do autor, consiste na produção consensual de indicadores de apreciação, bem como em aprender a apreciar as defasagens de tempo envolvidas na mudança profunda, pois os resultados nem sempre serão imediatos. Em sua concepção, a problematização que deveria acompanhar a constatação dessas defasagens é um importante instrumento de aprendizagem do raciocínio sistêmico.

Robbins (1978), por sua vez, ao sugerir uma maneira de implantar um processo de avaliação de desempenho, defende a necessidade de que a organização crie um padrão de performance, para que seja possível a realização de comparações de forma adequada.

A conhecida frase, “O que não é medido não pode ser gerenciado”, é usada por inúmeros autores para justificar, exatamente, a imprescindibilidade dos indicadores no processo de avaliação e controle.

Uma ferramenta frequentemente utilizada pelas organizações na avaliação do planejamento estratégico é o *Balanced Scorecard*, desenvolvido por Robert Kaplan e David Norton em 1990.

Essa ferramenta tem por finalidade traduzir a missão, visão e estratégia em objetivos e medidas, organizados em âmbito financeiro, de clientes, processos internos, aprendizado e crescimento. O modelo organiza uma estrutura e linguagem para comunicar a estratégia da organização, por meio da utilização de indicadores que informam aos funcionários sobre os vetores do sucesso atual e futuro, além de

englobar iniciativas que ajudam a reduzir a distância entre o desempenho atual e o desejado, favorecendo esforços, habilidades e conhecimentos específicos para o alcance das metas de longo prazo (KAPLAN E NORTON, 1997).

Contudo, para autores como Hrebiniak (2006); Robbins (1978) e Mintzberg (2000; 2004; 2006) o mais importante para o sucesso do planejamento estratégico é a busca da integração entre a elaboração, a implementação e o controle desse processo.

Desse modo, é preciso entender que cada uma dessas “etapas” não finalizam nelas próprias, ao contrário, estão inter-relacionadas e são totalmente interdependentes, portanto, funcionam como uma engrenagem, conforme demonstra a Figura 5.

Figura 5 – Etapas do planejamento estratégico



Fonte: elaborado pela autora.

Finalmente, a literatura aponta para inúmeras variáveis que interferem no funcionamento dessa engrenagem e, portanto, fazem a diferença entre o sucesso e o fracasso da implementação do processo de planejamento estratégico. Conforme Hrebiniak (2006), a execução das estratégias não é resultado de uma decisão ou ações únicas, mas resultado de uma série de decisões e ações integradas ao longo do tempo.

Thompson e Strickland III (2000) compartilham da mesma opinião, ao argumentarem que a implementação do planejamento

estratégico diz respeito a um processo, não a um evento. Ela acontece por meio do efeito cumulativo de muitas decisões administrativas sobre como fazer as coisas e como criar adaptações mais fortes entre as estratégias e as práticas operacionais internas.

Pereira (2010), Hrebiniak (2006), Mintzberg (2000; 2004; 2006), Rivera (2003), Senge (1990) e Schein (2001) estão entre os autores que afirmam que o sucesso do planejamento estratégico depende, sobretudo, de uma estrutura organizacional adequada às características da organização e ao modelo de planejamento adotado; um adequado processo de comunicação; uma liderança forte que estimule e influencie no momento certo; bem como uma cultura organizacional voltada para a execução.

Contudo, autores como Rivera (2003) e Dussault (1992) ao refletirem sobre a aplicação do modelo empresarial de planejamento estratégico à lógica do setor social, em especial, das organizações hospitalares, alertam para a necessidade de uma profunda compreensão das particularidades dessas organizações.

Ao analisar as características da estrutura das organizações hospitalares, Rivera (2003) afasta qualquer possibilidade da implementação de um planejamento estratégico que não esteja alicerçado em uma escuta permanente do padrão cultural, em uma liderança que apoie, sistematicamente, a capacidade coletiva de aprender e em um processo de comunicação que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente.

Em sua percepção, as especificidades dessas organizações aumentam ainda mais a relevância de pensar os fatores organizacionais em foco, como elementos decisivos na implementação de um planejamento estratégico, assunto que será abordado no tópico subsequente.

2.5 FATORES ORGANIZACIONAIS E A INFLUÊNCIA QUE EXERCEM SOBRE O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

2.5.1 A estrutura organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico

A estrutura organizacional possivelmente foi um dos primeiros fatores que despertou preocupação e interesse tanto no meio organizacional quanto no meio acadêmico. De acordo com Mintzberg (2006b), toda atividade humana organizada tem duas exigências

fundamentais e opostas: a divisão do trabalho em várias tarefas a serem desempenhadas e a coordenação dessas tarefas para executar a atividade. Destarte, o autor define estrutura organizacional como o total de maneiras em que o trabalho é dividido em tarefas distintas e, posteriormente, como é realizada a coordenação entre essas tarefas. Na mesma perspectiva, Stoner (1985) define estrutura como a disposição e a inter-relação entre as partes componentes e cargos de uma empresa. Em sua visão, a estrutura especifica a divisão das atividades, mostrando como estão interligadas e apresenta o nível de especialidade do trabalho e a disposição da hierarquia e da autoridade, mostrando as relações de subordinação.

Diferentemente dos tradicionais organogramas que mostram as estruturas das organizações, Mintzberg (2006b) apresenta um diagrama para representá-las, por meio de uma combinação visual das principais partes que as compõem. Segundo o autor, na base do diagrama encontra-se o núcleo operacional, formado pelo grupo de pessoas que desempenha o trabalho básico de fabricar e prestar serviços. No ápice estratégico estão os gerentes encarregados de supervisionar todo o sistema, garantindo que a organização cumpra a sua missão. Na linha intermediária, por fim, concentra-se uma hierarquia de autoridade entre o núcleo operacional e o ápice estratégico. São os gerentes dos gerentes.

Ao se tornarem mais complexas, as organizações normalmente precisam de outro grupo de pessoas, que Mintzberg (2006b) denomina de analistas. Eles são os responsáveis pela formação de sua tecnoestrutura, localizada na lateral esquerda do diagrama, e têm função de planejar e controlar formalmente o trabalho dos outros, na qualidade de “auxiliares”, como são rotulados.

Na outra lateral, encontra-se a equipe de apoio, onde estão as unidades especializadas, criadas com o objetivo de dar apoio à organização fora de seu fluxo de trabalho operacional. Essas unidades geralmente fazem parte do organograma de qualquer organização de grande porte e incluem desde copa ou sala de correspondência até serviços jurídicos ou relações públicas.

Por fim, a sexta parte de uma organização nesse diagrama é a ideologia, que engloba as crenças de uma organização que a diferenciam de outras e infundem vida ao esqueleto da estrutura.

No diagrama proposto por Mintzberg (2006b), o pequeno ápice estratégico está conectado por uma linha intermediária destacada a um grande núcleo operacional na base. Essas três partes de uma organização são apresentadas em uma sequência ininterrupta para indicar que estão conectadas por uma linha de autoridade formal. A tecnoestrutura e a

equipe de apoio, por sua vez, são apresentadas nas laterais, para indicar que estão separadas da linha principal de autoridade e que influenciam apenas indiretamente o núcleo operacional. A ideologia é demonstrada como um tipo de elo que envolve todo o sistema.

No entanto, uma organização pode definir sua estrutura de acordo com diferentes fatores situacionais ou contingenciais. Dentre eles, incluem-se a idade e o tamanho da organização, seu sistema técnico de produção, as características do ambiente (estabilidade e complexidade) e o sistema de poder (MINTZBERG, 2006b; HREBINIACK, 2006; THOMPSON; STRICKLAND III, 2000).

De acordo com Mintzberg (2006b), de forma hipotética, quanto mais velha for uma organização, mais formalizado será o seu comportamento, assim como quanto maior ela for, mais elaborada será a sua estrutura; suas tarefas e unidades são mais especializadas e o nível de hierarquização tende a ser maior, para aumentar a supervisão e fazer uso de sua tecnoestrutura de forma mais adequada. Quanto mais o sistema técnico de uma organização controlar o trabalho operacional, mais formalizado ele será e mais burocrática a estrutura do núcleo operacional, assim como quanto mais complexo for esse sistema, mais elaborada e profissional será a equipe de apoio. No entanto, na percepção do autor, a automação do núcleo operacional transforma a estrutura administrativa burocrática em uma estrutura orgânica, uma vez que gerentes que controlavam os operadores são substituídos por especialistas de suporte para cuidar dos equipamentos, coordenando seu próprio trabalho por meio de ajuste mútuo.

Mintzberg (2006b) também ressalta a relevância do ambiente na definição da estrutura organizacional. Em sua percepção, quanto mais dinâmico o ambiente organizacional, mais orgânica será sua estrutura; e quanto mais complexo, mais descentralizada ela será, tendo em vista que todas as informações necessárias para a tomada de decisão não podem ser compreendidas por uma única pessoa. Organizações inseridas em ambientes de extrema hostilidade tendem a centralizar sua estrutura, pois nesse caso, um único líder pode assegurar respostas rápidas e firmes a ameaças.

Ainda de acordo com Mintzberg (2006b), o poder é outro fator contingencial que influencia na definição da estrutura organizacional. Considerando suas hipóteses, quanto maior for o controle externo da organização, mais centralizada e formalizada será sua estrutura. Uma organização que é controlada pelo governo, por exemplo, tende a centralizar o poder no ápice estratégico para formalizar seu comportamento. Além disso, o controle externo força a organização ser

mais cautelosa com suas ações.

As hipóteses apresentadas por Mintzberg (2006b) revelam tendências sobre os efeitos desses fatores na estrutura organizacional, podendo cada um deles se sobressair mais em uma organização e menos em outra, no entanto, como as organizações não são apenas de um jeito ou de outro, é preciso entender que esses fatores muitas vezes se relacionam em seu interior.

No caso do campo empírico escolhido para esta pesquisa de mestrado, há uma mistura de alguns desses fatores. Ou seja, o hospital universitário em estudo, como poderá ser observado mais à frente, trata-se de uma organização de grande porte, com um complexo sistema de apoio e um ambiente altamente dinâmico e complexo, controlado externamente tanto pela sociedade quanto pelas políticas governamentais.

Conforme as hipóteses apresentadas por Mintzberg (2006b), essas organizações apresentam um misto na configuração de sua estrutura quanto à centralização e à descentralização vertical e horizontal do poder decisório. Em seu contexto, a descentralização do poder ocorre, especialmente, pelo modelo burocrático profissional de sua estrutura.

Mintzberg (2006c) dividiu o modelo burocrático Weberiano em burocracia mecanizada e profissional, e a partir da predominância desta em organizações hospitalares, as classificou como “organizações profissionais”. Sua estrutura caracteriza-se pela padronização de habilidades para coordenação, e pela contratação de especialistas altamente qualificados – profissionais – para o núcleo operacional, dando a eles um grande controle sobre o seu próprio trabalho. Nesse sentido, a estrutura surge como altamente descentralizada horizontalmente, com poder sobre muitas decisões, tanto em fluxos operacionais como estratégicos, em toda a linha hierárquica de cima para baixo, até os profissionais do núcleo operacional. Neste ponto, o núcleo operacional é parte principal da organização e possui uma estrutura uniforme, com linha intermediária reduzida e uma tecnoestrutura pequena. A única outra parte totalmente elaborada é a equipe de apoio, mas que se limita praticamente à execução das atividades do núcleo operacional.

No caso dos hospitais universitários, onde os sistemas técnicos são altamente elaborados e complexos, os profissionais têm sua autonomia reduzida, pois são forçados a trabalhar em equipes multidisciplinares. Todas essas características são normalmente refletidas em seus tradicionais organogramas.

De acordo com Mintzberg (2006c), nessas organizações os

profissionais não apenas decidem sobre o seu próprio trabalho, como também possuem controle coletivo sobre decisões administrativas que os afetam. Dessa forma, as organizações profissionais são descritas, algumas vezes, como “pirâmides invertidas”, nas quais há operadores profissionais no topo e administradores na base para servi-los. Ainda assim, os administradores desempenham uma série de papéis que podem gerar, indiretamente, um poder considerável sobre esses profissionais, porém, esse poder não é autônomo e eles o mantêm somente enquanto os profissionais consideram que ele atende aos seus interesses efetivamente.

No entanto, autores como Mintzberg (2006b) e Hrebiniak (2006) alertam que independente do tipo de organização, sua eficiência, sua eficácia e sua efetividade não dependem apenas da forma como essas estruturas são criadas, mas da integração e coordenação da partes que às compõem, pois possuem grande interdependência. Segundo Hrebiniak (2006), são múltiplos os métodos usados para a coordenação e a integração das “partes” da organização, mas os que causam efeito positivo são aqueles que fazem com que as pessoas das diferentes áreas da organização trabalhem em grupo.

Na percepção de Hrebiniak (2006), a estrutura organizacional tem deixado de constituir um esquema que represente uma amarração das pessoas e uma padronização do seu comportamento para se tornar um esquema amigável de suporte e apoio às pessoas no sentido de melhorar o seu relacionamento, processar a informação, tomar decisões a respeito de seu trabalho, focalizar o cliente interno ou externo, alcançar metas e resultados estabelecidos em conjunto com seus superiores, além de participar nos resultados obtidos pela organização.

Todavia, a relação estrutura *versus* estratégia, vem sendo tratada de uma forma polêmica pela maioria dos autores. É provável que pesquisas modernas sobre a relação dinâmica entre esses dois fatores, conforme informa Galbraith (2006), tenham começado com a obra *Strategy and Structure*, de Chandler, quando estudou a dinâmica de quatro empresas americanas. Há autores que, assim como Chandler, defendem a máxima de que a estrutura segue a estratégia, enquanto outros afirmam o contrário: que a escolha de novas estratégias é influenciada pela estrutura existente na organização.

Mintzberg (2006b, p. 185) apesar de acreditar que as estratégias raramente podem ser elaboradas de forma isolada das estruturas existentes, admite que deva haver um equilíbrio nessa relação. Rejeitando qualquer posição unilateral que o coloque em favor de uma ou outra tese, ele afirma que “a estrutura organizacional segue tanto a

estratégia como pé esquerdo segue o direito no ato de andar”. Em sua perspectiva, as duas existem independentemente, mas ambas se influenciam mutuamente. Hrebiniak (2006) também defende que a escolha da estrutura organizacional é afetada pelas novas estratégias, e de forma alternada, a estrutura existente é importante para a execução da estratégia. Hall (1984), partindo do raciocínio que as estratégias são formuladas pela cúpula da organização, defende a tese de que é a estrutura que define e modifica a estratégia. Thompson e Strickland III (2000), por sua vez, admitem que seja imprudente tentar executar uma nova estratégia com uma estrutura organizacional antiga. Essa é a mesma opinião de Ackoff (1982), ao proferir que manter a estrutura organizacional e não adequá-la à nova realidade, pode privar o planejador do seu meio mais eficaz de melhorar o desempenho da organização.

Nesse contexto, para executar a estratégia de maneira eficaz e efetiva, os executivos devem tomar decisões inteligentes sobre a estrutura, e, assim, desenvolver métodos ou processos para alcançar a integração necessária das unidades estruturais (HREBINIAK, 2006). O autor complementa que há várias questões nas estruturas organizacionais que afetam a execução da estratégia. Entre elas, está o impacto da estrutura organizacional em relação aos seus custos e benefícios; a busca por um equilíbrio adequado nos modelos de estrutura centralizada e descentralizada; a relação entre estratégia e estrutura, com vistas a desvendar os aspectos da estratégia que influenciam na escolha da estrutura e como a estrutura afeta a execução da estratégia; a coordenação e o compartilhamento de informações nas unidades organizacionais; bem como o esclarecimento acerca das responsabilidades de cada um, pois em uma execução, os membros da organização precisam saber quem é responsável por qual ação, quando e por que o será. Nesse sentido, Kich e Pereira (2011) afirmam que a estrutura de uma organização sofre uma grande influência da liderança, ou melhor, do estilo de liderança que ela possui.

Hrebiniak (2006) alerta que a estrutura organizacional frequentemente se torna um problema para a execução das estratégias, pois muitas vezes os esforços de planejamento ou replanejamento são mal orientados, frustrantes ou fadados ao fracasso. Além disso, a integração ou coordenação de diversas unidades estruturais é deficiente ou incompleta e a conexão com a estratégia durante as alterações na estrutura não é muito clara, ou, na maioria das vezes, simplesmente não existe. O autor ressalta que a deficiência no compartilhamento das informações entre as unidades e a falta de clareza na definição das

responsabilidades são problemas relacionadas à estrutura que afetam diretamente a implementação do planejamento estratégico, pois quanto maior for a estrutura de uma organização, maior será a dificuldade de comunicação entre as suas diferentes áreas.

A questão da centralização *versus* descentralização, por exemplo, é amplamente discutida na literatura, pois envolve muitos outros aspectos, tais como a relação de poder, a rede de informações e a cultura organizacional.

Uma estrutura organizacional centralizada tende a alimentar um excesso de burocracia e, conseqüentemente, paralisar a tomada de decisão enquanto um determinado processo passa por vários níveis de gerência, haja vista o caráter hierárquico vertical que ela possui. Uma estrutura organizacional descentralizada, em contrapartida, dispõe de gerentes com poder para tomar decisões em suas áreas de responsabilidade, o que diminui o nível hierárquico da organização. Esse processo direto de tomada de decisão normalmente encurta o tempo que uma organização consome para responder às ações dos concorrentes, à mudança de preferência dos clientes e aos outros desenvolvimentos do mercado. Além disso, encoraja o desenvolvimento de novas ideias, o pensamento criativo, a inovação e o maior envolvimento por parte dos gerentes subalternos e empregados (THOMPSON; STRICKLAND III 2000).

Na mesma ótica, Mintzberg (2006b) acrescenta que em estruturas descentralizadas há uma maior facilidade para a implementação do planejamento estratégico, enquanto estruturas centralizadas tendem a dificultar esse processo. No entanto, enfatiza que as organizações profissionais, apesar de possuírem características de estrutura descentralizada, normalmente não projetam estruturas que possibilitem a implementação de estratégias, pelo simples fato de que os formuladores de estratégias não entendem como essas organizações funcionam. O autor considera as estratégias como padrão de ação e afirma que é necessário compreender primeiro como as decisões e ações se ordenam em padrões com o correr do tempo, em vez de simplesmente “levantar as mãos” em sinal de resistência ao planejamento formal.

Nesse tipo de organização, muitas das questões estratégicas estão sob o controle direto dos profissionais, enquanto outras não podem ser decididas nem pelos profissionais e nem pela administração geral, e sim pela participação de diversas pessoas em um processo coletivo e complexo. Assim, de acordo com Mintzberg (2006c) nas organizações profissionais há um processo de criação de estratégia muito diferente e estratégias resultantes muito distintas, se comparadas às das

organizações tradicionais. Há um envolvimento de pessoas de diferentes áreas no processo de criação das estratégias, de forma que as estratégias resultantes podem ser muito fragmentadas. Há, também, forças que encorajam alguma coesão geral na estratégia, como forças comuns da autoridade administrativa, extensas negociações que ocorrem no processo coletivo e até mesmo as forças do hábito e da tradição, as quais, em uma ideologia extrema, podem permear uma organização profissional. Desse modo, a fragmentação das atividades e a influência dos profissionais acabam por desencorajar grandes “revoluções estratégicas” nessas organizações.

O autor argumenta, no entanto, que em nível mais restrito, a mudança é ubíqua. Dentro de pequenas categorizações, os serviços são alterados de forma continuada, os procedimentos são remodelados e a clientela é alterada, enquanto que no processo coletivo as categorizações são constantemente acrescentadas e reorganizadas. Assim, há uma necessidade premente de coordenar o trabalho dos profissionais com o da equipe de apoio, pois muitas vezes ela fica presa entre o poder vertical da linha de autoridade e o poder horizontal da especialização profissional. Como não há mecanismos óbvios para lidar com essa situação, ela inevitavelmente provoca muito conflito.

A cooperação dos profissionais é outro fator considerado por Mintzberg (2006c) como crucial para o funcionamento da estrutura de um hospital e, em consequência, para dar suporte à implementação de estratégias criadas para a organização, no entanto, de acordo com o autor, muitos profissionais resistem a ela furiosamente. Um ponto relacionado a isso está no fato de muitos profissionais dedicarem sua lealdade à profissão, não ao local onde a praticam. Como resultado, a relutância dos profissionais em cooperar, aliada à complexidade dos processos coletivos, podem gerar resistência à inovação, o que aumenta ainda mais o grau de dificuldade na implementação de um planejamento estratégico.

Segundo Hreniniak (2006) e Certo e Peter (2005), quando os profissionais estão altamente envolvidos em suas áreas de especialização, há uma tendência de que eles não entendam de forma holística os processos organizacionais, o que contribui para a deficiência na coordenação entre departamentos e dificulta, por consequência, a implementação das ações estratégicas. Na visão de Hrebiniak (2006), o planejamento estratégico representa um sistema composto por um conjunto de partes interagentes e interdependentes, que devem consolidar um todo com vistas a atingir um determinado resultado.

Compartilhando dessa visão, Kotler (1994) declara que o sucesso

de uma organização não depende apenas do desempenho de cada departamento, mas também de como as atividades interdepartamentais são realizadas. Sua assertiva é de que os departamentos muito frequentemente agem para maximizar seus próprios interesses e não os da organização, ou seja, planejam e decidem sem fazer uso do raciocínio sistêmico. Essas dificuldades na implementação do planejamento estratégico são percebidas nas organizações hospitalares, à medida que os saberes e a autonomia dos profissionais, especialmente dos médicos, conforme argumenta Mintzberg (2006c), implicam em um grande controle sobre o seu próprio trabalho, fazendo que com que eles trabalhem de forma relativamente independente de seus colegas. Nessa perspectiva, Crémadez (apud RIVERA, 2003) enfatiza que não há nos hospitais uma perspectiva de conjunto, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares. Desse modo, o autor afirma que, não se verifica nas organizações hospitalares um processo de formulação de estratégias, e sim a formação de estratégias emergentes para decisões de natureza mais operacional e pontual.

Não se trata, no entanto, como citaram Dussault (1992) e Rivera (2003), de violentar princípios culturais arraigados, como o da criatividade no trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, a não padronização rígida de procedimentos, mas de compreender a estrutura hospitalar em toda a sua especificidade e complexidade e, assim, aprender a lidar com as contradições existentes. Nas palavras de Rivera (1996, p. 43) uma das questões básicas do enfoque de gestão desse tipo de organização está em

[...] preservar o princípio da autonomia profissional, especialmente dos médicos, debilitando-o simultaneamente, ao apontar dois problemas básicos que deveriam ser enfrentados e que resultam em uma autonomia exagerada, quais sejam, a necessidade de responsabilização e a necessidade de coordenação dos membros da equipe de saúde e dos vários setores. Não se trata aqui de propugnar pelo fim da autonomia, mas de encontrar saídas para problemas eventualmente derivados, resgatando aquele princípio e aprimorando-o no sentido de corrigir os desequilíbrios imanentes, isto em um sentido participativo ou de não-exclusão.

Conforme abordado no tópico que tratou da complexidade das organizações hospitalares, a eficiência, a eficácia e a efetividade no

tratamento de um paciente dependem do trabalho de vários profissionais. Portanto, é primordial, para a implementação dos processos estratégicos dessas organizações, não somente respeitar a necessária autonomia dos profissionais, mas também compreender as peculiaridades da estrutura dessas organizações, no sentido de promover a integração e a coordenação dos seus diferentes atores e dos diversos setores que as compõem.

Diante desse contexto, ressalta-se que uma das características da complexidade, de acordo com Demo (2008), está na não linearidade, onde pulsa uma relação própria entre o todo e as partes, realizada ao mesmo tempo de relativa autonomia e profunda dependência. Com base nos fundamentos do pensamento dialógico, presume-se a necessária compreensão de que nem sempre é possível superar as contradições, então deve-se mantê-las atuantes e complementares, procurando lidar com a presença imprescindível e inevitável de processos ou ideias antagônicos (MARIOTTI, 2008). Como enfatiza Demo (2008, p.13) “[...] na maior desordem, sempre é possível divisar alguma ordem”.

Desse modo, ao analisar as características da estrutura das organizações hospitalares e suas inerentes contradições, Rivera (1995; 1996; 2003) aponta para uma racionalidade de gestão com base comunicativa e consensual, que, respeitando a autonomia profissional e a flexibilidade produtiva, oportunize condições para a coordenação do trabalho entre as equipes e uma adoção negociada de compromissos. O autor sugere o rompimento com a lógica de departamentalização vertical, por divisões profissionais, e recomenda a necessidade de uma departamentalização por produtos finais, em que as categorias profissionais principais (administrativa, médica e de enfermagem) negociem compromissos em nível de colegiados de gestão por unidades de produção. Sua lógica é de uma gestão pautada pela flexibilidade, pela coletividade das decisões, pela horizontalização dos fluxos de comunicação e das relações intra-organizativas, por meio de jornadas de problematização coordenadas, incluindo-se vários setores, com a finalidade de problematizar situações que implicam na integração. Em outras palavras, saber lidar com as peculiaridades da estrutura das organizações hospitalares significa, para o autor, criar formas de coordenação que operem como formas de tradução específica de uma proposta de compactação de processos (freios à divisão funcional corporativa e às formas de articulação horizontal) e no desenvolvimento de uma lógica comunicacional que, alicerçada na figura da problematização, implique em uma racionalização do processo de tomada de decisão, com ampla participação e negociação de interesses.

Diante disso, entende-se a integração entre as diferentes partes que compõem a estrutura de uma organização, bem como a relação comunicativa permanente entre os atores sociais, como condições *sine qua non* para que o planejamento estratégico não se configure como apenas uma grande panaceia e sim uma ferramenta de desenvolvimento institucional.

Com base no exposto pelos autores citados, percebe-se que estratégias e estrutura são fatores que se influenciam mutuamente, ou seja, tanto a estrutura existente nas organizações interfere na implementação de um planejamento estratégico, como a eficiência, a eficácia e a efetividade na execução dependem da remodelação da estrutura organizacional.

2.5.2 A comunicação organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico

O compartilhamento das informações e a transferência de conhecimento, por meio de uma comunicação eficaz, de acordo com Hrebiniak (2006), são fundamentais para a implementação do planejamento estratégico. A importância de uma comunicação adequada está principalmente no fato de que ela favorece o processo de aprendizagem organizacional, e contribui, por consequência, para uma maior participação dos funcionários na tomada de decisão (GEUS, 1997). O autor argumenta que o verdadeiro propósito do planejamento estratégico não é o de criar planos, mas mudar o microcosmo, ou seja, os modelos mentais que os tomadores de decisão carregam em suas mentes.

Segundo Senge (1990), o processo de aprendizagem desperta nas pessoas um sentimento de pertença com os objetivos e metas organizacionais. Além disso, o aprendizado favorece a implementação do planejamento estratégico, pois à medida que se consolida, gradativamente gera novas percepções, e faz aflorar novos modelos mentais, que embora não ocorram de imediato, provocam, ao longo do tempo, mudanças nos níveis mais profundos da cultura organizacional. Em outras palavras, em organizações voltadas para o aprendizado, as pessoas aprendem a ver a realidade sob uma perspectiva sistêmica, a partir do desenvolvimento de sua maestria pessoal e da sua capacidade de expor e reestruturar modelos mentais, de maneira colaborativa. Nessa lógica, a ideia burocrática de gabinetes de planejamento cede lugar a uma concepção dinâmica de laboratórios de aprendizagem, de oficinas

de planejamento, nas quais, conforme assertivas de Druker (1999), o processo interessa mais do que o resultado.

Nesse contexto, Bueno (2003) posiciona cultura e comunicação organizacional em vias de mão dupla, tendo em vista que uma cultura voltada para a participação das pessoas no processo estratégico da organização favorecerá a circulação de informações e, conseqüentemente, a interação entre os diferentes atores contribuirá para o fortalecimento dessa cultura.

Neste sentido, Pereira (2010) argumenta que mesmo que não seja possível todos os membros da organização participarem da elaboração do planejamento estratégico, e em sua opinião, isto realmente não é viável quando trata-se de uma organização de grande porte, manter toda a organização informada sobre a implantação do planejamento é de fundamental importância para o sucesso de sua implementação. Sem um bom canal de comunicação, conforme afirma o autor, fica praticamente inviável elaborar e levar em frente o processo de planejamento estratégico dentro de uma organização.

Nessa perspectiva, Thompson e Strickland III (2000) defendem que a comunicação da mudança com bastante clareza e persuasão é a chave para gerar o comprometimento das pessoas com a implementação das estratégias. O compartilhamento deficiente ou inadequado das informações entre os membros da organização ou unidades de negócios é um dos maiores obstáculos para uma execução eficaz (HREBINIAK, 2006). Como alerta Pereira (2002), uma comunicação inadequada em muitas ocasiões torna-se a “vilã” da história.

Sob o mesmo contexto, Bueno (2005) afirma que quando a comunicação não acontece, os esforços se dispersam, impedindo que ocorra uma convergência de interesses para a resolução de problemas coletivos.

Robbins (1978, p. 433) ao definir comunicação como um processo de “transferência e compreensão de significados”, afirma que “uma ideia, não importa quão boa, nada é até que seja transmitida e entendida por outros”.

Apesar da importância da comunicação, Montero e Pereira (2007) destacam que as instituições públicas ainda desperdiçam muitos esforços por conta da má administração dos seus processos comunicativos, nos quais frequentemente a comunicação ainda é vista como um processo de mão única, fortemente embasado por modelos mecanicistas, em que a preocupação está no ato de codificar e decodificar mensagens.

As organizações de maneira geral, conforme apregoa Bueno (2005), ainda apresentam dificuldades em partilhar informações e conhecimento, tanto por resistência em reduzir os níveis hierárquicos e delegar responsabilidades, quanto por sua visão conservadora e ultrapassada da comunicação nos processos organizacionais.

É pertinente ressaltar que as correntes de comunicação, ao longo do século XX, trataram-na de maneira semelhante à linearidade da racionalização dos processos e dos sistemas similares à organização científica do trabalho, mostrando-se limitadas para explicar o fenômeno da comunicação humana além do componente de transmissão de mensagens de um polo a outro (FÍGARO, 2010 apud OLIVEIRA; PAULA, 2010). Segundo a autora, as tradicionais abordagens de comunicação tinham como base analítica predominantemente a unidirecionalidade e a transmissão de informações para receptores considerados passivos, partindo, então, do pressuposto que elas eram assimiladas conforme as intenções do emissor. Entretanto, se por um lado ainda impera um modelo racional e cartesiano no âmbito organizacional, revestido de novas abordagens, por outro, as organizações ainda são forçadas a lidar com a complexidade e a considerar demandas sociais e política.

Nessa perspectiva, Fausto Neto (2008) afirma que as organizações vêm se reconhecendo cada vez mais como espaços complexos, confrontados por problemas sociais, econômicos, políticos e humanos, os quais provocam incertezas, conflitos e riscos. Esse cenário, na ótica do autor, evidencia as organizações enquanto espaços de complexas realidades comunicacionais, com diferentes posições, contextos, papéis e pressões, que se viabilizam pelas práticas comunicacionais que adotam.

O reconhecimento da complexidade parte do pressuposto de que não é viável reduzir a multidimensionalidade desse ambiente de profundas e constantes transformações a “explicações simplistas, regras rígidas, fórmulas simplificadoras ou esquemas fechados de ideias” (MARIOTTI, 2008, p. 87). Para que o diálogo proporcione bons resultados, é necessário que a legitimidade humana do outro seja respeitada. Nesse contexto, na concepção de Fausto Neto (2008), emissor e receptor não assumem posições polares, contrariamente, constituem-se por pontos de contato na comunicação, interconectados na posição discursiva.

Nessa conjuntura, Oliveira e Paula (2010) alertam que práticas mais efetivas de comunicação são aquelas que consideram a diversidade de discursos, posições e interesses presentes nas interações sociais, e ao

mesmo tempo evidenciam que os grupos sociais têm suas próprias estratégias comunicacionais, sendo necessário conhecer os processos espontâneos de trocas entre as pessoas. Esse cenário revela, segundo as autoras, a comunicação enquanto um processo em constante movimento, ao mesmo tempo demonstra que as interações das organizações emergem de processos complexos, multidimensionais e multidirecionais, que envolve contextos, pessoas, interesses e negociações, nos teorias clássicas da comunicação são prescrevidas.

Nas organizações contemporâneas, a comunicação tem sido alvo de preocupação, nesse sentido, deixa de ser uma atividade secundária, considerada apenas como despesa, para se transformar em uma questão estratégica e fundamental no processo de tomada de decisão, contribuindo para a formação da imagem, capacitação e integração (BUENO, 2005).

Bartoli (1992 apud RIVERA, 1996), ao considerar o funcionamento de uma organização como resultado de várias interações entre as estruturas, a estratégia, e as características socioculturais (poder, sistemas de ideias e valores), alerta que o seu desempenho depende da introdução de uma política global de comunicação, que equacione todos esses aspectos coordenadamente.

De acordo com a autora, uma intervenção que objetive mudanças supõe sempre um modelo de organização comunicante. Em sua opinião, uma organização que se pretende comunicante deve apresentar as seguintes características: aberta, para se comunicar com o exterior (meio) em emissão e recepção interativas; evolutiva, isto é, nem rotineira nem excessivamente formalista para manejar a evolução e o imprevisto; flexível, para permitir uma dose adequada entre comunicação formal e informal; com metas claramente definidas, para proporcionar um fio condutor para a comunicação formal; e, por fim, com responsabilidades compartilhadas, a fim de evitar a busca de um poder artificial por parte de alguns mediante a retenção de informação.

Considerando a inseparabilidade entre comunicação e organização, Bartoli (1992 apud RIVERA, 1996) ressalta que uma organização comunicante deve apoiar-se em uma comunicação organizada, cujas características são: ter uma finalidade, ou seja, estar vinculada a objetivos e a um plano de conjunto; ser multidirecional; estar instrumentada e utilizar-se de ferramentas, suportes, dispositivos, indicadores selecionados em função dos objetivos; estar adaptada, integrando sistemas de informação administráveis, administrados e adaptados às necessidades específicas de cada setor, considerando a cultura do meio; além de ser flexível, para integrar o informal e criar

estruturas que o favoreçam.

Na opinião de Montero e Pereira (2007), é preciso entender que a gestão da comunicação interna pertence à instância estratégica da instituição. Assim, a gestão estratégica da comunicação é fundamental para o desenvolvimento de processos de mudança organizacional, uma vez que o êxito desse processo requer o envolvimento e o empenho coletivo. Nessa perspectiva, os autores sugerem um modelo de comunicação educativa, que foca o sujeito como protagonista do ato comunicativo, com autonomia para fazer escolhas que lhe interessem para sua formação.

O Modelo de Comunicação Educativa apresentado pelos autores fundamenta-se em três princípios:

- a) Princípio 1 – A comunicação é educativa: A comunicação é vista dentro de um processo educativo do sujeito. A comunicação forma um ‘laço comum’ que provoca a (de)formação dos sujeitos envolvidos. As pessoas recolhem da mensagem do outro aquilo que lhes serve, que entendem ou simpatizam, para usarem em sua própria concepção do mundo. Por sua vez, devolvem ao outro a mensagem modificada. Resulta desse processo um ambiente social de aprendizagem. Considerando-se que ato comunicativo provoca instantaneamente o ato educativo, formador do sujeito, comunicar é educar.
- b) Princípio 2 – A comunicação é intencional: Entende-se que a comunicação parte de uma intenção comunicativa de alguém, de um grupo ou instância. Alguém propõe a comunicação em função de um propósito particular. Para obter êxito, ou seja, para que se consuma o laço comunicativo, é necessário que o outro corresponda à intenção comunicativa.
- c) Princípio 3 – A comunicação se dá entre sujeitos: Para obter êxito na ação comunicativa, é necessário entender que o processo se dá entre pessoas (ou organizações constituídas por pessoas), e, por isso, o foco deve estar no sujeito e não no objeto-mensagem. Os produtos comunicativos são utensílios aplicáveis no processo comunicativo educativo.

Esse modelo, segundo os autores, requer uma sequência de ações realizadas por agentes comunicadores, que tem como função trazer reflexões e análises da cultura organizacional para o coletivo. A partir da análise do problema da comunicação e da identificação dos públicos alvos da comunicação intencional, os agentes comunicativos criam as estratégias que promoverão a comunicação educativa entre o

Comunicador Intencional e o público alvo, que responde ao apelo comunicativo.

Pensar a comunicação do ponto de vista estratégico organizacional remete a reflexões acerca do conceito de estratégia como prática, desenvolvido por Whittington (2004), uma vez que uma das premissas dessa concepção consiste em entender as estratégias como uma atividade realizada socialmente, construída e modificada no cotidiano, a partir de reflexões, ações e interações de múltiplos atores. Dessa maneira, no contexto organizacional são os indivíduos que dão significados às estratégias, e, em práticas diárias, dão sentido às suas ações.

De acordo com Canhada, Casali e Rese (2011), a comunicação é crucial para a compreensão da estratégia como prática, no sentido de que é a partir de discursos estratégicos que a estratégia formal é implementada, além disso, é por meio da interação social que a estratégia é colocada em prática. Citando Bruner (1997), os autores destacam que a prática estratégica é estruturada e organizada por meio de narrativas e possibilitada pelas estruturas da linguagem humana que lhe dão sentido. Nessa perspectiva, as organizações são socialmente construídas, legitimadas e institucionalizadas a partir das interações e práticas sociais.

Por meio da abordagem sistêmica de Whittington (2006), também é possível perceber a inseparabilidade existente entre a comunicação estratégica, a concepção e a implementação de estratégia organizacional. O autor argumenta que as estratégias são criadas e implementadas de acordo com a compreensão e o envolvimento dos indivíduos com os processos organizacionais, e estão profundamente enraizadas em sistemas sociais densamente entrelaçados.

Outra importante contribuição para compreender a comunicação no processo estratégico das organizações, especialmente as da área da saúde, é de Rivera (1995; 2003). Fazendo um contraponto teórico-metodológico entre a Teoria do Agir Comunicativo de Habermas e a Teoria do Planejamento Estratégico em Saúde, o autor objetiva ampliar as perspectivas do planejamento estratégico, “na direção de uma maior flexibilidade metodológica, resgatando o planejamento a serviço de um ambiente de comunicação ampla, da busca por legitimidade e do consenso na construção das propostas pertinentes” (RIVERA, 2003, p. 9).

Apoiado em Habermas, Rivera (1995) argumenta que o planejamento estratégico, sob um enfoque comunicativo, subtende um questionamento profundo do paradigma do sujeito, isto é, nessa

perspectiva, o planejamento deixa de relacionar sujeitos isolados com objetos, sob a maneira de conhecer ou atuar. Em sua interpretação, há nesse modelo “uma substituição da categoria sujeito pela figura de uma intersubjetividade linguística mediada, que conhece a atua sobre estados de coisas do mundo objetivo, configurações normativas do mundo social e vivências do mundo subjetivo” (RIVERA, 1995, p. 53).

Rivera (2003) estabelece uma correlação entre planejamento e subjetividade por meio dos fundamentos dos processos de aprendizagem. Suas assertivas são de que a aprendizagem pressupõe uma relação permanente para fora, uma intersubjetividade e uma relação com o objeto em geral, em situações de práxis. Para o autor, embora a aprendizagem ocorra em contextos de acoplamento, trata-se de um processo primariamente individual. Assim, a possibilidade de que ela venha a se reverter em usos sistêmicos dependerá de sua transformação em sistemas de ideias dotados de legitimidade.

No cerne de sua reflexão, está a construção de um novo paradigma no campo da gestão e planejamento – o comunicativo – como possibilidade de construção de organizações dialógicas. Um ponto crucial relacionado a esse enfoque está na busca da integração e da possibilidade de um projeto solidário, entendido como desafio gerencial permanente. O autor ressalta que a perspectiva comunicativa envolve o processo gerencial em sua íntegra, considerando a vida dos indivíduos envolvidos em uma postura dialógica, que motive a construção de projetos a serem assumidos coletivamente como compromissos. Nesse sentido, auxiliar a desenvolver um fluxo de comunicação que potencialize o diálogo gerador de compromissos refere-se ao fio condutor de uma nova compreensão do planejamento estratégico.

Para o autor, as características das organizações profissionais, principalmente no que concerne ao poder fortemente compartilhado ou distribuído pelos vários centros operadores e núcleos profissionais e operativos, demanda que se busque o aperfeiçoamento da comunicação e da capacidade de negociação em sua gestão. Assim, Rivera (2003) ao analisar as características dessas organizações, afasta totalmente a possibilidade de uma gerência tradicional, de uma normatização “mecanicista” de processos, e defende um modelo de gestão comunicativo e consensual, que tem no ajustamento mútuo, na negociação de interesses e na perspectiva ganhar-ganhar um dos seus traços mais marcantes.

Suas afirmações partem das seguintes considerações: a) o envolvimento em uma malha emaranhada e diversificada de uma ampla gama de serviços e de categorias profissionais, ligados a processos em

permanente diversificação; b) o corporativismo dessas categorias, que conspira contra a ideia de coletividade; c) a necessidade de definir coletivamente mecanismos de avaliação de resultados e responsabilidade; e d) o caráter interativo para o alcance dos resultados. Além disso, o entendimento da administração pública como um espaço de interesses de múltiplos atores, em disputa por uma dada hegemonia, reforça a ideia de aprimorar a comunicação interna como meio para a cristalização de pactos normativos capazes de coerir essas organizações.

Sob esse contexto, Rivera (2003) destaca a importância de que haja uma comunicação intensiva entre a cúpula e os profissionais, como forma de possibilitar um maior envolvimento dos atores de base e a criação de elos de ligação entre o planejamento estratégico e o operacional.

Diante do exposto neste tópico, percebe-se que, assim como a estrutura, a comunicação também exerce uma grande influência na implementação dos processos estratégicos de uma organização.

2.5.3 A liderança organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico

A liderança é um tema que vem sendo amplamente estudado e abordado na literatura administrativa. Esse complexo fenômeno é foco de muitas pesquisas há décadas, as quais geraram inúmeras interpretações sobre o assunto.

Segundo Bridges (2001), ao longo da história da humanidade, a liderança foi sendo moldada de acordo com o estágio evolutivo de cada sociedade, bem como seus valores e suas crenças. A diferença entre as interpretações se traduz em teorias que, de certa forma, propõem enfoques complementares entre si. É o conjunto de todas elas que oferece uma visão mais completa sobre o assunto (BERGAMINI, 1994).

Na ótica de Bennis (1996), uma dessas interpretações gerou a teoria conhecida como a “Teoria do Grande Homem”, que define a liderança como uma habilidade nata, ou seja, ninguém se torna um líder, e sim nasce com essa condição. Nessa concepção de liderança, o poder seria privilégio de uma reduzida quantidade de pessoas, cuja herança e destino às convertiam em líderes. Nem o aprendizado nem o desejo poderiam alterar o destino de um indivíduo: ou ele nascia com características adequadas para ser líder ou seria para sempre liderado.

Outra teoria, que segundo Bergamini (1994), também define a liderança como sendo nata é a “Teoria dos Traços de personalidade”, a qual se assemelha muito à Teoria do Grande Homem. Essa teoria

defende que somente indivíduos que nascem com certos traços de personalidade e caráter podem chegar ao poder. Sociabilidade, habilidades interpessoais, autoconfiança, ascendência e domínio, participação nas trocas sociais, fluência verbal, equilíbrio emocional, controle e busca de responsabilidade são alguns exemplos de traços apontados pela teoria. Com essas características, os líderes passaram a ser entendidos como pessoas que se diferenciavam das demais, sendo esses traços responsáveis não só por fazê-los emergir, mas também por mantê-los em suas posições (BERGAMINI 1994).

Diante das transformações no mundo do trabalho, pesquisas referentes à liderança nas organizações passaram a identificar e comprovar que a eficácia dos líderes não estava ligada a traços de personalidade, mas sim a comportamentos que poderiam ser aprendidos (GIL, 2008). Foi nesse contexto que surgiu a “Teoria dos Estilos de Liderança”. De acordo com o autor, essa teoria define a liderança em termos de estilo do comportamento do líder em relação a seus subordinados. Assim, existiam três estilos de liderança: o autocrático, o democrático e o liberal.

No estilo autocrático, a ênfase está centrada no líder. É ele quem define as diretrizes do trabalho, sem que haja qualquer participação do grupo.

No estilo democrático, o líder tende a tomar decisões por meio do consenso do grupo, incentivando a participação de todos, procurando delegar autoridade e usando *feedback*.

No estilo liberal, também chamado *Laissez-Faire*, há liberdade completa para as decisões grupais ou individuais, com participação mínima do líder.

Devido à sua fragilidade, a teoria do estilo de Liderança não se sustentou por muito tempo, deixando margem para que surgisse a “Teoria Contingencial” (GIL, 2008). Nessa teoria, o foco deixa de ser o líder e passa a ser a liderança. Fica, então, estabelecida uma relação na qual não se pode falar em líderes sem falar em liderados, e tampouco falar em poder sem falar sobre como ele é exercido (VERGARA, 2000).

Segundo Bergamini (1994), apesar de terem surgido tantas teorias sobre liderança, há dois fatores comuns a todas elas. O primeiro é que a liderança está ligada a um fenômeno grupal, ou seja, envolve duas ou mais pessoas. O segundo é que ela se refere a um processo no qual os líderes exercem, de forma intencional, influência sobre seus seguidores.

Diante disso, muitos estudos buscam o entendimento da relação entre os líderes e liderados, com o objetivo de conseguir que eles atinjam os resultados aspirados pela organização.

A configuração evolutiva das organizações, bem como a sua complexidade, gerada principalmente pelo avanço tecnológico e pelas transformações sociais, demográficas e econômicas, têm despertado um interesse cada vez maior sobre as formas e habilidades de liderança que se adaptam aos novos ritmos de organização do trabalho. Diante da substituição do trabalho rotineiro pela máquina, os funcionários comuns deixaram de realizar simples tarefas repetitivas e passaram trabalhar com base no conhecimento, em atividades que envolvem, sobretudo, inovação, aprendizado constante, flexibilidade e criatividade, ou seja, tarefas que tornaram o ato de liderar muito mais complexo (HELGESEN, 2001).

Para Hesselbein (2001), uma nova realidade organizacional exige novas respostas. Nesse sentido, o modelo piramidal de liderança, com líderes executivos no topo ditando ordens e mantendo o controle não é mais viável, uma vez que deixou de ser capaz de responder às demandas da complexidade organizacional. Na visão da autora, para que as organizações se mantenham competitivas, precisam acompanhar “os ventos da mudança”, por meio da adoção de uma filosofia que traga uma nova linguagem, abordagem e diversidade de liderança. Uma liderança que funcione de forma circular, distribuída por todos os “cantos” da organização.

Helgesen (2001) corrobora com essa perspectiva ao advertir que é necessário considerar as ideias, as experiências, o talento e as informações que cada membro da organização detém. As pessoas possuem, hoje, um conjunto de habilidades e especializações e tem à sua disposição tecnologias poderosas que lhes permitem o acesso a amplas e profundas informações, assim como os meios para aplicá-las diretamente na execução de suas tarefas. Portanto, essa é a verdadeira razão pela qual o estilo de liderança hierárquico, de cima para baixo, é largamente percebido como fadado ao fracasso. Quando a liderança surge dentro das equipes, favorece o desenvolvimento de características como: capacidade de autogerenciamento, agilidade para a tomada de decisões, compartilhamento dos valores e visão da organização, enfim, os membros da equipe assumem responsabilidades que até então se restringia à cúpula (BRIDGE, 2001). O autor condena o mito do “grande homem” e do executivo dando ordens no topo da pirâmide e nos ensina que por trás de um grande homem está uma grande equipe, uma verdadeira parceria.

Segundo Bennis (1996), bons líderes são aqueles que possibilitam que as pessoas se sintam no centro das coisas em vez de na periferia. Quando isso acontece, elas sentem que fazem diferença no sucesso da

organização, o que lhes promove sentido ao trabalho e as motiva. Bergamini (1994), ao analisar a relação entre liderança e motivação, constata que esses dois termos, a partir de um determinado momento, parecem definitivamente unidos na teoria e na prática por uma relação de causa e efeito.

A motivação, o potencial de desenvolvimento e a capacidade de assumir responsabilidades e compartilhar os objetivos da organização são características que, de acordo com Senge (1990), cada pessoa é capaz de desenvolver quando os líderes favorecem o desenvolvimento de processos de aprendizagem organizacional. O autor explica que o aprendizado aprimora modelos conceituais, favorece o diálogo, cria uma visão pessoal e estabelece visões compartilhadas, mas que esses desafios não podem ser enfrentados por líderes heroicos isolados, pois a alta liderança sozinha não é capaz de provocar mudanças expressivas e duradouras na organização.

Sua assertiva é de que o líder deve ser capaz de atuar, simultaneamente, como projetista, professor e regente. Em sua ótica, esses papéis desafiam os modelos mentais vigentes e possibilitam padrões de pensamento mais sistêmicos, os quais exigem novas habilidades, como a capacidade de construir visão compartilhada. Nesse novo padrão de liderança, o carisma cede lugar à mobilização social em torno dos objetivos e metas organizacionais. De acordo com Mintzberg (2006a), lideranças sem habilidades de pensamento sistêmico podem trazer consequências desastrosas à organização, pois administram quase que exclusivamente no nível dos fatos, agindo nas visões e nas crises e pouco fazem entre as duas. Em sua opinião, o resultado é de que a visão das pessoas acaba se tornando dominada por fatos e reações, o que contribui para que até mesmo os mais comprometidos percam sua motivação.

Dentro de uma perspectiva sistêmica, Senge (1990) argumenta que a primeira tarefa do líder projetista envolve a criação de ideais dominantes de objetivo, visão e valores essenciais. A segunda relaciona-se às políticas, estruturas e estratégias construídas coletivamente, enquanto a terceira consiste na criação de processos de aprendizagem efetivos. Frente à concepção de que por trás de políticas, estratégias e estruturas apropriadas estão processos de aprendizado eficazes, Senge (1990) faz alusão às estratégias emergentes de Mintzberg (2006a). Em organizações bem-sucedidas, as estratégias se formam à medida que aprendem continuamente sobre condições organizacionais mutantes, avaliando o que é desejado e o que é possível. O essencial não é conseguir a estratégia correta, mas possibilitar o pensamento estratégico,

o que, segundo Mintzberg (20006a), consiste na principal função do líder.

O líder como professor auxilia as pessoas a reestruturarem suas visões de realidade, tornando-as capazes de enxergar as causas subjacentes a um problema, isto é, ver além das condições e superficialidade dos fatos e, assim, perceber possibilidades de mudanças.

Enquanto regente, o líder é um catalizador de esforços; o guia das pessoas no cumprimento da missão da organização.

Compartilhando da concepção da liderança voltada para o aprendizado organizacional, Bennis (2001) enfatiza que a liderança depende de um processo de aprendizagem que se realiza na experiência histórica e pessoal de cada sujeito, bem como na sua interação com os outros. Nesse contexto, a liderança atuaria para agregar valores, gerar motivação em cada ator organizacional e promover o desenvolvimento de dinâmicas de equipes e interação disciplinar que favoreceriam a inovação e a mudança.

Rivera (2003), ao interpretar Bennis (2001), destaca que sua lógica reforça tanto a ideia de liderança enquanto processo de aprendizagem, como também enquanto instância de mobilização das capacidades individuais e intersubjetivas da organização. A capacidade do líder para mobilizar equipes, segundo Rivera (2003), compreende um investimento em comunicação como forma de argumentação da sua visão, dos seus atos e para a responsabilização da equipe com os objetivos da organização. No entanto, para o autor, uma liderança voltada para a democratização das decisões e para o entendimento intersubjetivo necessita, mais do que argumentar sobre sua visão, oportunizar a todos os membros da organização a argumentação discursiva, bem como a tomada de decisão com base em consensos. Nessa perspectiva, o autor defende que a qualidade de ser líder diante de uma reconstrução voltada para o diálogo concerne, fundamentalmente, à:

[...] sua capacidade de mobilizar os sujeitos organizacionais e de promover argumentação entre os sujeitos sobre as suas visões da missão, dos objetivos para alcançá-la e das ações necessárias correspondentes. Esta seria uma liderança calcada na ética e na capacidade de buscar o alcance da missão pela competência cognitiva e relacional, fundada na promoção da integração dos sujeitos para o alcance de um

adequado desempenho organizacional. Esta seria uma liderança voltada para a responsabilização e a socialização dos sujeitos organizacionais (RIVERA, 2003, p. 209).

A partir do pressuposto de que ao se falar em liderança é necessário entender o relacionamento dialógico no qual líderes e liderados se influenciam mutuamente, Mariotti (2007) concebe a liderança como um fenômeno emergente, que nasce da interação entre líderes e liderados. Essa lógica altera o antigo conceito segundo o qual a liderança se caracterizaria pela autoridade e pelo poder que poucos exercem sobre muitos. O autor apregoa que a liderança enquanto propriedade emergente deriva de uma ideia fundamental do pensamento complexo, isto é, líderes e liderados não são opostos mutuamente excludentes. Diante disso, Mariotti (2007, p.171) argumenta que:

Se o fenômeno liderança é interativo e participativo, isto é, inclui a parte do líder e dos liderados, os atores sociais precisam entender que doravante a liderança precisa ser entendida num âmbito mais amplo. Ele engloba e complementa visões tradicionais, amplia as responsabilidades de parte a parte e tende a diminuir tanto o autoritarismo quanto a passividade.

Compreende-se, entretanto, que para criar uma cultura organizacional que favoreça mudanças e implantação de ações estratégicas, não basta o líder querer ou “decretar”, conforme afirma Schein (2001, p. 88-89); é necessário que ele próprio vivencie profundas mudanças em seu comportamento, com vistas a desenvolver características como:

- Níveis extraordinários de percepção e compreensão das realidades, do mundo e de si mesmo;
- Níveis extraordinários de motivação, que lhe possibilite passar pelo inevitável desconforto de aprender e mudar, sobretudo em um mundo de fronteiras menos precisas, no qual a lealdade fica mais difícil de definir;
- Força emocional para gerenciar a própria ansiedade e a dos outros à proporção que o aprendizado e a mudança se tornam cada vez mais um modo de vida;
- Novas habilidades para analisar premissas culturais, identificar premissas funcionais e disfuncionais, bem como desenvolver

processos que ampliem a cultura por meio da construção baseada em pontos fortes e elementos funcionais;

- Disposição e capacidade de envolver os demais e evocar sua participação, tendo em vista que as tarefas serão muito complexas e as informações distribuídas de forma muito ampla para que os líderes resolvam sozinhos os problemas.

Schein (2001, p. 90) acrescenta que o líder deve ter disposição e capacidade para compartilhar poder e controle, permitindo e incentivando o surgimento da liderança por toda a organização. Por fim, resume que o líder eficaz é aquele que “pode conduzir e seguir, ser central e marginal, estar hierarquicamente acima e abaixo, ser individual e membro de equipe, e, acima de tudo, ser um eterno aprendiz”.

Diante do exposto, constata-se que a verdadeira liderança não está mais focada em como fazer, e sim na capacidade de desenvolver nas pessoas habilidades, criatividade, inovação e flexibilidade, ou seja, em como ser (HESSELBEIN, 2001).

A liderança é definida por Urich (2001) como algo complexo e, ao mesmo tempo, simples; uma arte que poucos dominam totalmente. Segundo o autor, a complexidade da liderança é paradoxal, pois se trata simultaneamente de arte e ciência; envolve mudança e estabilidade; utiliza atributos pessoais e requer relacionamentos interpessoais; define visões e resulta em ações; administra coisas e conduz pessoas; atende a empregados e clientes; exige aprender e desaprender e, por fim, pauta-se em valores e é avaliada pelo comportamento. O autor ainda adverte que os líderes do futuro precisam descobrir modelos simples que alcancem a complexa base de sustentação da liderança bem-sucedida.

Drucker (2001, p.12) explica o viés de simplicidade da liderança ao numerar quatro coisas simples que líderes eficazes conhecem:

1. A única definição de líder é alguém que possui seguidores. Sem seguidores, não podem existir líderes;
2. Um líder eficaz não é alguém amado ou admirado. É alguém cujos seguidores fazem as coisas certas. Popularidade não é liderança. Resultados sim;
3. Os líderes são bastante visíveis. Portanto, servem de exemplo;
4. A liderança significa responsabilidade.

Destaca-se que uma das bases de sustentação da liderança eficaz, segundo Urich (2001), concentra-se na credibilidade pessoal e competência administrativa do líder. Ele tem que ser fidedigno para gerar confiança naqueles que dirige e, para isso, precisa desenvolver

bons hábitos, levar uma vida virtuosa e construir um caráter moral no âmbito pessoal. O líder eficaz também precisa desenvolver suas competências administrativas, adaptando, estruturando, implementando e melhorando processos organizacionais que visam alcançar as metas da organização. Para o autor, os líderes que demonstram credibilidade e competência geram nas pessoas respeito, entusiasmo, compromisso e desempenho, sendo esses, portanto, fatores cruciais na orientação dos processos organizacionais que objetivam transformar aspirações em ações. Nesse sentido, presume-se que o líder, para ter credibilidade, precisa, sobretudo, ter um discurso coerente com sua prática, ou seja, precisa fazer o que diz que vai fazer. Os líderes mantêm a credibilidade em consequência de suas ações ao desafiar, inspirar, permitir, guiar e encorajar (KOUZES; PORNES, 2003).

Drucker (2001) afirma que líderes eficazes são aqueles que agem, são ativos e colocam-se à frente das “batalhas”, sempre focados nos resultados; não se perdem na realização de tarefas triviais, em vez disso, as delegam; Centram-se naquilo que só eles podem fazer com excelência, no que define padrões e deixará um legado.

Seguindo a lógica de que verdadeiros líderes “arregaçam as mangas e vão à luta”, Blanchard (2001) recorda que durante muito tempo se afirmou a existência de dois papéis funcionais distintos nas organizações. Um que representava o papel do líder, que tinha como meta pensar as coisas certas e definia a visão da organização. O outro que representava o papel do gerente, que objetivava executar as coisas certas e se responsabilizava pela implementação. O autor faz uma analogia entre as organizações que adotam esse modelo e um carro com o freio puxado. Em sua visão, a liderança só é eficaz quando o líder está comprometido tanto com a visão estratégica da organização, quanto com a implementação das ações estratégicas e, sobretudo, quando envolve todos os membros da organização em ambas as etapas do processo. Quando isso ocorre, o resultado é semelhante ao carro que teve, finalmente, seu freio solto. Todavia, é muito comum nas organizações o modelo no qual o gerente se preocupa com a visão e o líder com a implementação. Para Covey (2002), somente líderes são capazes de identificar as premissas e motivações subjacentes a esse paradigma e desafiá-lo, indagando a sensatez de continuar com sua aplicação.

Nessa lógica, autores como Thompson e Strickland III (2000) advogam que o principal fator que determina o sucesso da implementação do planejamento estratégico é a maneira como ele é conduzido pela liderança da organização. Segundo os autores, isso envolve fatores como: a experiência e o conhecimento que adquiriram

sobre o negócio; sua rede de relacionamentos pessoais dentro da organização; sua capacidade de solução de problemas e seu nível de autoridade; bem como seu estilo de liderança.

Em complemento, Ansoff e McDonnell (1993) destacam alguns compromissos que a liderança deve assumir, com vistas a uma efetiva participação no processo estratégico da organização: participação no mesmo treinamento estratégico dado aos administradores de escalões mais baixos; envolvimento no processo de planejamento estratégico; atenção à avaliação, à revisão e ao avanço das estratégias; foco na evolução de estratégias e projetos estratégicos nas análises de desempenho; manutenção de contato com as demais lideranças para discutir todos os problemas das estratégias da organização; reconhecimento verbal do comportamento estratégico e empreendedor das lideranças de escalões inferiores. Para os autores, uma das limitações do planejamento estratégico concentra-se na falta de habilidade e compreensão dos líderes e de resistência comportamental às mudanças. Na percepção dos autores, a falta de conhecimento e habilidades leva os líderes tanto a resistir à implantação do planejamento estratégico quanto a realizá-lo inadequadamente.

Nessa perspectiva, Pereira (2010) argumenta que para o planejamento estratégico ser bem-sucedido, a organização precisa de uma liderança forte que estimule e influencie no momento certo. Como afirmam Tregoe; Zimmerman (1984), é no momento de sua implementação que a perseverança da liderança da organização é testada de forma mais intensa.

Hrebiniak (2006) adverte que o planejamento estratégico não deve ser considerado apenas uma afirmação das aspirações de uma organização, mas sim um processo que inclui, também, o que deve ser feito para torná-las realidade, o que segundo Ulrich (2001), consiste na principal função do líder. Para o autor, não basta escrever declarações de valores, elas têm que realmente criar valor; não é suficiente declarar uma intenção, ela precisa apresentar resultados.

O poder de influência da liderança na implementação do planejamento estratégico é tão significativa que a simples troca de diretoria pode colocar em risco todo o processo estratégico da organização (GAJ, 1990). Segundo o autor, o processo sucessório é de fundamental importância para o futuro da organização, haja vista que todas as alterações na cúpula afetam os alicerces e provocam mudanças e descontinuidade nos projetos organizacionais. Deve-se considerar que os longos períodos de adaptação provocam atrasos, paralisia e desconfianças, além disso, os novos gestores e as novas relações que

surgem podem gerar conflitos inesperados ou provocar reações de desmotivação, frequentemente veladas.

Nesse sentido, o autor alerta que a troca de pessoas chaves na organização sem uma sucessão planejada pode aumentar ou reduzir os riscos das estratégias elaboradas, dependendo do espírito empreendedor e do estilo nos novos gestores. Em sua opinião, tanto os sucedidos quanto os sucessores devem estar cientes de que o planejamento estratégico não se refere a um processo de gestão, dessa forma, ambos têm responsabilidade na continuidade do processo. Os que deixam o poder têm a obrigação de planejar a sucessão, enquanto os que estão chegando devem dar continuidade à implementação do plano.

De acordo com Pereira (2002), as relações de poder no processo de planejamento estratégico ou o poder das coalizões dominantes, sejam elas formais ou informais, jamais deverão ser desconsiderados, uma vez que determinam os rumos estratégicos da organização.

Sob o mesmo enfoque, Hrebiniak (2006, p. 42) afirma “reconhecer o poder existente nas organizações e saber como criar e usar a influência pode significar a diferença entre o sucesso e o fracasso da execução”, pois esse é um processo que envolve motivar outras pessoas a executar determinados procedimentos ou mudar seu comportamento. Ele ressalta que é muito mais fácil executar uma estratégia que tem o apoio de pessoas poderosas do que aquela que cultiva e provoca ira nos atores influentes. Contudo, para atingir esse nível de influência, há três questões importantes que os gerentes devem considerar na relação poder *versus* execução: a necessidade de definir as bases e as relações de poder existentes; a importância de consolidar alianças com aqueles que estão no poder; bem como a necessidade de focar em resultados mensuráveis e em valor agregado para obter influência.

Gaj (1990) demonstrou em seu estudo que, para uma implementação eficaz, a organização deve se preocupar com o processo analítico, baseada em informações relevantes para o desempenho da organização e com o foco na ação concreta, baseada no interesse e envolvimento da coalizão dominante formal. A ausência dessas variáveis cria hiatos na organização que prejudicam todo o processo estratégico, conforme pode ser observado no Quadro 4:

Quadro 4 – Variáveis exemplificadas em quadrantes

Envolvimento da direção na ação Análise Informações Fatos relevantes	Grande envolvimento	Pequeno envolvimento
Alta atenção	Ênfase na ação (Não no processo)	Hiato de comprometimento
Baixa atenção	Hiato com turbulência	Ênfase no processo (não na ação)

Fonte: GAJ (1990, p.100).

O quadrante um demonstra o pouco envolvimento da alta direção na elaboração e implementação do planejamento estratégico, além de pouca atenção à análise dos fatos. Como resultado, as estratégias elaboradas serão de pouca utilidade e criarão resistências no momento da implementação.

O quadrante dois evidencia o envolvimento da alta direção e uma participação efetiva das equipes responsáveis pelas estratégias de negócios, porém, apesar dos esforços, as estratégias não se baseiam em fatos, e a inviabilidade de execução cria um hiato de turbulência na organização.

O quadrante três apresenta uma análise cuidadosa do ambiente, todavia, a alta cúpula está muito ocupada com o dia-a-dia para se dedicar com a elaboração, delegando essa tarefa para outros. Em consequência, as estratégias elaboradas não terão credibilidade, sofrerão alterações e não conquistarão o necessário comprometimento das pessoas responsáveis por fazer a estratégia acontecer, criando assim, o que autor denomina de hiato do comprometimento.

O quadrante quatro contempla ambas as variáveis, ou seja, o envolvimento da liderança formal e a análise cuidadosa do ambiente. As estratégias elaboradas, nesse contexto, terão maiores possibilidades de uma implementação efetiva, em vez de ficarem apenas no papel.

A partir do raciocínio do autor, compreende-se que o comportamento da alta liderança é uma ferramenta poderosa para criar

uma cultura favorável à implementação do planejamento estratégico. No entanto, conforme mencionado anteriormente, a alta liderança sozinha não é capaz de provocar mudanças expressivas e duradouras na organização. Dessa forma, a coalizão dominante da organização deve ter disposição e capacidade para compartilhar poder e controle, permitindo e incentivando o surgimento da liderança por toda a organização.

Diante do exposto, pode-se perceber que o fenômeno liderança tem sido, desde os primórdios, um campo de investigação aparentemente inesgotável. Conforme enfatiza Mariotti (2007, p.175), não há processo de mudança cultural no qual os líderes não desempenhem um papel importante. Sua assertiva é de que influenciar e provocar mudanças no pensamento coletivo é papel dos líderes, em razão disso, eles são fundamentais à reforma do pensamento e, conseqüentemente, às mudanças na cultura organizacional.

2.5.4 A cultura organizacional e sua influência no processo de implementação do planejamento estratégico

O interesse pelos estudos acerca da cultura organizacional cresceu exponencialmente, tanto no meio acadêmico quanto no mundo dos negócios, na década de 1980, sendo até hoje considerado um tema crucial na análise e compreensão das práticas organizacionais (ROBBINS, 2000; FREITAS, 2002; FLEURY E FISCHER, 1996). De acordo com Fleury e Fischer (1996), essa abordagem ganhou amplitude à medida que as características objetivas de uma organização mostraram-se incapazes de explicar o desenvolvimento dos seus processos por si só, em especial daqueles que envolvem mudanças, conflitos e reações.

Entre as possíveis causas que explicam o aumento das investigações sobre o tema, Robbins (2000) e Aktouf (1994) destacam a alta intensidade da competitividade global ocorrida a partir do início da década de 1980, em particular devido à ascensão das empresas japonesas em um mercado até então dominado por empresas americanas. Na visão de Aktouf (1994), o relativo declínio da economia americana, aliado ao ganho de competitividade dos japoneses, naquele período, são fatores que impulsionaram uma reação imediata em busca de respostas. Além disso, o autor destaca a crescente preocupação da administração com os complexos processos comportamentais dos sujeitos trabalhadores, bem como a subjetividade intrínseca aos fenômenos organizacionais.

As dificuldades encontradas por pesquisadores ao tentarem captar

a essência desses fenômenos ou obstáculos enfrentados por administradores para implantar processos de mudança indicam a necessidade de incorporar a questão da cultura organizacional às discussões (FLEURY; FISCHER, 1996).

O estudo em torno da cultura organizacional, conforme destaca Silva (2002), vem seguindo uma base conceitual fornecida pela antropologia social, na qual as caracterizações são realizadas diante das qualidades de um determinado grupo de indivíduos, e serão passadas de geração a geração.

No entanto, Fleury e Fischer (1996) afirmam que o termo “cultura”, quando aplicado às peculiaridades de uma determinada organização, dispõe de uma roupagem específica, que incorpora padrões psicológicos, políticos e sociais. Nesse sentido, por sua abrangência e complexidade, o estudo sobre cultura organizacional segue diversas correntes teóricas, que contemplam aspectos diferentes de um mesmo fenômeno, o que dificulta a emersão de um consenso na definição do termo.

No entendimento de Hrebiniak (2006), a cultura diz respeito às normas e aos valores de uma organização, somados à visão compartilhada por seus membros. Em geral, a cultura contempla fatores comportamentais que definem a forma como a organização decide e executa as coisas, compete, assume riscos, põe ênfase na ética e na justiça, além de como as pessoas tratam ou avaliam as ações e contribuições de outros para a organização.

Schein (2009), reconhecido como referência no assunto, advoga que a cultura extrapola as fronteiras do visível e as explicações possíveis para termos associados, como normas, valores, padrões de comportamento, rituais e tradição. O autor defende pressupostos subjacentes inconscientes para definir cultura, como estabilidade estrutural, profundidade, extensão e padronização ou integração. A estabilidade estrutural favorece o surgimento de uma identidade grupal. Quando isso acontece, mesmo que algumas pessoas saiam da organização, a cultura sobrevive, pois dificilmente poderá ser alterada. A profundidade relaciona-se ao inconsciente do grupo. A extensão refere-se à capacidade da cultura, após formada, de envolver todos os membros da organização. A padronização ou integração, por sua vez, estabelece um vínculo entre os elementos mais profundos da mentalidade do grupo.

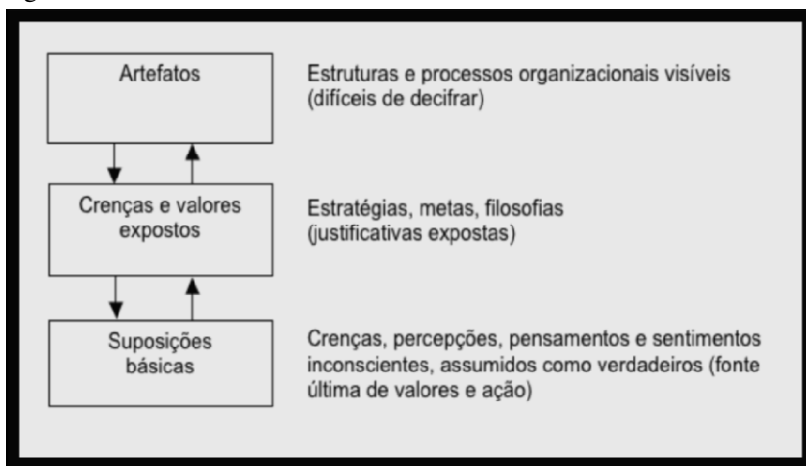
Nessa perspectiva, Schein (apud FLEURY; FISCHER, 1996, p. 20) define cultura organizacional da seguinte forma:

Um conjunto de pressupostos básico que um

grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas.

Segundo Fleury e Fischer (1996), Schein procurou desenvolver um conceito de cultura organizacional sob uma ótica de aprendizagem do grupo a partir das realidades percebidas. Schein (2009) apresenta um modelo dinâmico que possibilita que a cultura seja aprendida, transmitida e mudada. Em sua concepção, há três diferentes níveis por meio dos quais a cultura de uma organização pode ser apreendida, conforme demonstra a figura 6.

Figura 6 – Níveis de cultura



Fonte: Schein (2009, p.24).

Os artefatos visíveis compreendem o produto visível como organograma, o comportamento das pessoas, a maneira como elas se vestem e os documentos públicos. No entanto, esse nível de análise, segundo Schein (2009), pode ser enganador, pois apesar de fáceis de perceber, esses fatores são dificilmente interpretáveis. Assim, é possível descrever como um grupo constrói o seu ambiente, bem como quais os padrões de comportamento existente entre seus membros, porém, dificilmente se consegue compreender a lógica subjacente ao comportamento do grupo.

Quanto às crenças e aos valores, o autor afirma que são mais difíceis de observar diretamente, sendo necessário entrevistar os membros-chaves da organização, ou analisar o conteúdo dos seus documentos oficiais. No entanto, após identificados, esses valores expressarão apenas os elementos manifestos, pois as razões subjacentes aos comportamentos das pessoas permanecerão escondidas ou inconscientes.

O nível das suposições básicas, por sua vez, determina como os membros do grupo percebem, pensam e sentem, o que resulta em um padrão de comportamentos decorrentes de experiências anteriores, relacionadas a crenças e valores individuais. De acordo com Fleury e Fischer (1996) pela natureza inconsciente, os pressupostos básicos da cultura não se entregam à observação direta, e seus significados esgueiram-se por trás do discurso dos atores organizacionais. Para revelar seu verdadeiro significado, é necessário ir além das aparências e primeiras impressões. É necessário observar os atos falhos dos discursos, os lapsos de memória e as contradições entre os discursos e a prática.

Schein (2009 apud FLEURY; FISCHER 1996) lembra que nas organizações, também existem as subculturas, as quais tendem a se desenvolver quando grupos com ocupações semelhantes interagem entre si. Em relação à perspectiva metodológica a ser utilizada para captar e entender a cultura organizacional, o autor propõe:

- a) Analisar o teor e o processo de socialização de novos membros;
- b) Analisar as respostas a incidentes críticos da história da organização;
- c) Analisar as crenças, os valores e as convicções dos criadores ou portadores de cultura;
- d) Analisar e explorar junto às pessoas de dentro da organização as observações surpreendentes que são descobertas durante as entrevistas.

A partir dos estudos de Schein (2009), Fleury e Fischer (1996, p. 22) apontam a necessidade de uma proposta conceitual que incorpore a dimensão política à interpretação de cultura organizacional. Assim, as autoras concebem a cultura organizacional como:

Um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto age

como elemento de comunicação e consenso, como resulta e instrumentaliza as relações de dominação.

Na percepção de Fleury e Fischer (1996), para criar uma cultura e mantê-la incorporada ao ambiente da organização, é necessário que as concepções, as normas e os valores sejam legitimados pelos seus membros, por meio de uma comunicação clara e objetiva. Para as autoras, formas culturais, como rituais, artefatos, gestos, estórias e mitos, podem servir como elementos tangíveis para que a cultura seja absorvida.

Na concepção de Freitas (1991, p. 18), “a cultura organizacional é um poderoso mecanismo que visa conformar condutas, homogeneizar maneiras de pensar e viver a organização, introjetar uma imagem positiva da mesma, onde todos são iguais escamoteando as diferenças e anulando a reflexão”. A autora também classifica alguns elementos que constituem o conceito de cultura, conforme demonstra o quadro 5.

Quadro 5 - Elementos da cultura e seus conceitos

ELEMENTOS DA CULTURA	CONCEITOS
Valores	São as crenças e conceitos básicos de uma organização. Representam a essência da filosofia da organização para alcance do sucesso, pois eles fornecem um senso de direção comum para todos os empregados e um guia para o comportamento diário.
Crenças e Pressupostos	Aquilo que é dito como verdade na organização.
Ritos, Rituais e Cerimônias	São atividades planejadas que têm consequências práticas e expressivas, tornando a cultura organizacional mais tangível e coesa.
Estórias e mitos	Referem-se a narrativas baseadas em eventos ocorridos e que informam sobre a organização e mitos são estórias consistentes com os valores da organização, porém não sustentadas pelos fatos. Caracterizam-se por simbolismos flexíveis que podem ser mudados e reinterpretados de acordo com o contexto e no momento em que estão inseridos.
Tabus	Rituais que não funcionam. São importantes na cultura da organização porque orientam o comportamento e demarcam áreas de proibições.
Heróis	Os heróis personificam os valores e condensam a força da organização.

Normas	É o comportamento sancionado, através do qual as pessoas são recompensadas ou punidas, confrontadas ou encorajadas, ou postas em ostracismo quando violam as normas. As normas são criadas a partir de outras variáveis culturais, ou seja, das crenças e pressupostos, valores, dos conceitos de tabus, transmitidas através dos sistemas formais de comunicação e dos heróis, ritos, rituais, estórias e mitos.
Comunicação	É a maneira como as pessoas interagem dentro da organização, sendo por transações simbólicas, verbalizações, vocalizações, comportamentos não verbais, dentre outros.

Fonte: adaptado de Freitas (1991).

A cultura pode igualmente ser percebida, segundo Freitas (2002), como um instrumento de poder. Segundo a autora, cultura e poder são fatores inter-relacionados que influenciam mutuamente, portanto, assumem uma importância expressiva na definição do perfil de uma organização.

Na concepção de Fleury e Fischer (1996), o poder molda a cultura, a sanciona e pode transformá-la em ocultação e dominação. Presume-se, com isso, que ignorar as questões políticas e as relações de poder existentes nas organizações aumentam as probabilidades dos processos estratégicos fracassarem em sua implementação. Nesse contexto, Pereira (2002, p. 78) afirma que “[...] os efeitos de uma relação de poder comprometem toda e qualquer ferramenta gerencial a ser aplicada em uma organização”.

A relação entre cultura e poder remete à influência que os líderes exercem na cultura organizacional. Schein (apud FLEURY; FISCHER, 1996) argumenta que embora a cultura seja formada pelo conjunto de pessoas que compõem a organização, os seus fundadores exercem um papel importante no processo de moldar os padrões culturais. Para o autor, os primeiros líderes, ao desenvolverem formas próprias para equacionar os problemas da organização, acabam imprimindo sua visão de mundo aos demais, além de sua visão de como ela deve funcionar. Depois dos fundadores, os demais gerentes também desempenham esse papel. Dessa forma, o autor acredita que apesar de todos serem iguais no processo de criação e modelagem da cultura, uns acabam sendo mais iguais que os outros e alguns produzem e internalizam os padrões culturais, outros nele são socializados e internalizados.

Na mesma linha de pensamento, Cudicio (1992 apud RIVERA,

1996) explora o papel que o corpo diretivo tem na transmissão de valores, diretrizes e projetos aos demais membros da organização. Para o autor, essa condição corresponde ao estilo de personalidade do dirigente em sua relação com a capacidade de comunicar; com a competência comunicativa, que define as possibilidades de agregação em torno de determinados objetivos. Tal comportamento gera a motivação das pessoas e fortalece a cultura da organização, à medida que provoca a sensação de compartilhamento e pertencimento a algo importante.

Segundo Rivera (1992), a perspectiva em tela reforça a compreensão da comunicação como um prolongamento necessário da cultura. Assim, surge a necessidade de uma política de comunicação que a impacte diretamente. Esse raciocínio, defendido por Bueno (2003) no tópico que tratou da comunicação organizacional, estabelece uma relação dialética entre cultura e comunicação, pois ao mesmo tempo em que a comunicação refere-se à base da constituição da cultura, a comunicação eficaz e efetiva pressupõe um contexto cultural comum (BARTOLI apud RIVERA, 1992). De acordo com a autora, os elementos que constituem essa cultura dizem respeito ao conhecimento comum da organização (resultado de uma política de informação); a uma clara visão dos problemas existentes; a um *savoir-faire* comum dos métodos de trabalho; bem como às bases de uma linguagem comum.

Gaj (1990) corrobora com os demais autores citados ao argumentar que cultura organizacional é mais que um estilo gerencial. Em sua percepção, a cultura é a forma como uma organização desenvolve uma série de tarefas, e também uma forma de vínculo emocional que mantém a organização funcionando como conjunto. Nesse sentido, a cultura organizacional se caracteriza pelas tradições internas, pelo modo de pensar e sentir, bem como pelas reações às oportunidades e ameaças com as quais a organização se depara. Gaj (1990) ainda alerta que essa variável organizacional pode representar uma barreira à implementação de um planejamento estratégico, tendo em vista que ela impõe limites às novas e necessárias estratégias que a organização pretende implantar.

Sob a mesma ótica, Pereira (2010) comenta que a cultura organizacional é um dos fatores que interfere tanto no sucesso quanto no fracasso do planejamento estratégico, pois, considerando que são as crenças e atitudes das pessoas que decidem o que fazer com o documento estratégico, ter uma cultura própria e voltada para a execução é fundamental para que os planos não fiquem somente na intenção.

Conforme Gaj (1990), a cultura é reflexo de experiências passadas, do clima do presente, da tecnologia adotada, da especificidade das atividades desenvolvidas, e, fundamentalmente, do perfil das pessoas que trabalham na organização. Assim, quando a rigidez cultural impede uma adequação ambiental, uma alternativa para a organização consiste em mudar culturalmente para manter-se competitiva e atender às próprias pressões de transformação internas.

Apesar de concordar com essa assertiva, Hrebiniak (2006) argumenta que mudar a cultura não é algo fácil, portanto, não basta os líderes apelarem para os indivíduos mudarem suas crenças, seus valores ou a forma de fazerem as coisas. É necessário focar na mudança das pessoas, em uma liderança capaz, em uma comunicação efetiva, nos incentivos, nos controles e na estrutura organizacional, pois a mudança desses fatores afeta o comportamento e, conseqüentemente, proporciona mudanças na cultura.

Motta (1998) entende que somente os valores, hábitos e comportamentos resultantes de uma experiência coletiva e de compartilhamento entre os membros da organização podem mudar a sua cultura. Interpretando Kanter, o autor argumenta que toda história de mudança tem antecedentes históricos, ou seja, condições organizacionais próprias, que favorecem a identificação de problemas e o surgimento de propostas para solucioná-los. Nesse sentido, sua assertiva é de que a mudança exige condições de cultura organizacional, e que, antes de ser um processo técnico, consiste essencialmente em um processo cultural de alteração de valores. Assim sendo, os indivíduos precisam de tempo para compreender, adquirir e praticar novas habilidades, bem como para se adaptar às novas condições de trabalho impostas pelas estratégias criadas para a organização. A expansão do hiato entre o estratégico e o operacional, como forma de reduzir resistências e fortalecer a cultura organizacional, parece estar implícito no raciocínio de Motta.

Diante desse contexto, Rivera (2003, p. 274) lembra que a liderança tem papel fundamental nesse processo, e deve, portanto, “[...] evitar atirar nos próprios pés ao pretender radicalizar o processo de mudança (agora ou nunca) e exigir das pessoas condutas avançadas, absolutamente transparentes e dialógicas”. A ordem, então, é de não tentar diminuir o hiato entre o “onde estamos” e o “onde queremos estar” de uma só vez, mas pouco a pouco.

Ainda segundo o autor, “a única possibilidade de mudar a cultura a longo prazo reside na capacidade de construção legitimada de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação

em processos comunicativos, de aprendizagem”. Para gerar impactos sobre a cultura, ele sugere a introdução de um sistema de gestão criativa, que priorize formas de tomada de decisão baseada no consenso e que sejam capazes de estimular a comunicação.

A mudança cultural pode surgir como resultado de uma abordagem indireta, por meio da implantação progressiva e negociada de um projeto gerencial alicerçado na democratização das estruturas de poder, no fortalecimento da comunicação interna e no desenvolvimento de formas de avaliação e de prestação de contas. Isso significa, na avaliação de Rivera (2003), que a montagem de sistemas gerenciais enquanto acumulações pode retroagir sobre as regras do jogo organizacional e suas bases culturais, contribuindo para que sejam modificadas. Nessa perspectiva, o alcance de novos resultados positivos no enfrentamento de problemas, derivados de um aprimoramento da gestão, pode cristalizar novas representações culturais a respeito das regras organizacionais. Guiado pelos princípios habermasianos, que correlaciona o mundo de vida e agir comunicativo, o autor ressalta que a comunicação refere-se à estratégia genérica de mudança cultural, pois a comunicação e a cultura se interpenetram de maneira imanente; uma depende da outra.

Ainda de acordo com Rivera (2003), um aspecto fundamental na criação de bases para a mudança cultural é o tipo de liderança presente nas organizações, em especial nas hospitalares. Apoiado nos estudos de Crozier; Sérieyx (1994) e Covey (1994), o autor defende que pensar uma liderança comunicativa implica ver a liderança não mais ligada à supervisão, mas à viabilização de processos interacionais necessários ao desenvolvimento das organizações. A complexidade do trabalho, a impossibilidade relativa de padronização mecanicista e a intensa distribuição do poder, de acordo com Rivera (2003), sugerem um modelo de gestão comunicativa, voltada para processos de ação interativos, consensuais e contributivos.

A imprescindibilidade da liderança na mudança cultural também é confirmada por Pettigrew (1996). O autor considera que essa mudança é difícil, porém possível, e destaca alguns fatores que podem contribuir para que ela seja efetivada: a mudança de crença na alta cúpula; um ambiente externo favorável à mudança; a implementação de mudanças estruturais; o aproveitamento das situações de crise; bem com o uso intensivo da comunicação por meio da exploração de modelos de desempenho e busca de um aprofundamento das mensagens valorativas de mudança, que priorizem a capacitação e o desenvolvimento de pessoal.

Rivera (2003) afirma que há duas ideias centrais implícitas na visão de cultura como mundo da vida compartilhado. A primeira é de que a cultura se forma a partir do agir comunicativo dos atores organizacionais, em processos de aprendizagem nos quais se destaca a busca do consenso como fundamento do agir. A segunda, por sua vez, diz respeito à possibilidade de mudança da cultura quando ela se torna sem função para o desenvolvimento dos processos normativos.

Nesse contexto, importa destacar que a busca pela adequação entre cultura e estratégia representa uma forma de olhar a organização em sua totalidade e, portanto, determinar uma aprendizagem no trabalho de implementação do planejamento estratégico (GAJ, 1990). Conforme afirmam Hrebiniak (2006) e Kich e Pereira (2011), uma cultura forte, com um alinhamento sólido aos métodos de execução do planejamento estratégico, é condição fundamental para o sucesso desse processo.

Nesse sentido, Rivera (2003, p.20) lembra que:

[...] uma cultura forte é uma cultura constituída em termos ideais, como um conjunto legítimo de valores, capaz de regular positivamente uma organização, acima de tudo quando falham os mecanismos de regulação burocrática. Mas, uma cultura forte é uma possibilidade, com variações. Uma cultura fraca, ao contrário, é um tipo de cultura com baixa capacidade de legitimação. Corresponderia a uma situação de fragmentação e de enfraquecimento dos sistemas de ideias como fatores de regulação/legitimação.

O reconhecimento do planejamento como ação interativa e como um processo participativo, segundo Rivera (2003), é condição básica para a efetiva implementação de um planejamento estratégico. Pautado nessas premissas, ele defende que o objetivo do planejamento não está relacionado simplesmente à formulação de boas estratégias, mas ao estímulo ao envolvimento de todos os atores em processos que auxiliem no desenvolvimento de capacidades de aprendizagem e de raciocínio estratégico, bem como a fazer escolhas apoiadas em critérios de legitimidade.

Essa perspectiva remete à influência da cultura com possibilidades para além da execução das estratégias, uma vez que ela viabiliza a transformação do planejamento estratégico em pensamento estratégico, o que, de acordo com Mintzberg (1998), consiste em um dos maiores desafios da organização.

Como pode ser evidenciado neste tópico, a literatura aponta para

vários fatores que influenciam fortemente a implementação do planejamento estratégico, os quais não devem ser estudados ou analisados de forma isolada, tendo em vista a grande interdependência que possuem e a inevitável influência que exercem uns sob os outros.

Os estudos de Kich e Pereira (2011) acerca da influência da liderança, cultura, estrutura e comunicação organizacional no processo de implantação do planejamento estratégico, são conclusivos quanto a essa interdependência. De acordo com os autores, é inviável falar sobre cultura organizacional sem citar a liderança, haja vista que a cultura é moldada a partir das características dos líderes. A cultura e o estilo de liderança da organização, por sua vez, exercem influências sobre as redes de comunicação interna. Da mesma forma, a eficiência, a eficácia e a efetividade da comunicação organizacional dependerão da estrutura da organização, a qual é influenciada pelo estilo de liderança e pela cultura organizacional.

Essa interdependência indica que somente o alinhamento perfeito entre os fatores citados farão do planejamento estratégico um processo de sucesso. Nesse sentido, é preciso entender a organização como um todo, e não apenas parte dela, pois é o “conjunto da obra” que revelará as causas dos fracassos e dos sucessos do planejamento estratégico.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste tópico são apresentados os procedimentos metodológicos que nortearam a presente pesquisa de mestrado, os quais forneceram elementos que deram sustentação ao desenvolvimento teórico e prático deste estudo, tanto de forma técnica quanto científica.

Conforme apregoa Demo (1995, p.19), a “metodologia é uma preocupação instrumental. Trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas e dos Caminhos”.

Minayo et al (2001), por sua vez, enfatizam que o método científico possibilita que a realidade social seja reconstruída enquanto um objeto do conhecimento, por meio de um processo de categorização que une, dialeticamente, o teórico e o empírico. Desse modo, entende-se que a explicitação de um método refere-se a uma etapa essencial para demonstrar como a pesquisa será desenvolvida.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

A pesquisa científica diz respeito a um processo que tem por finalidade a busca por respostas para determinado problema, mediante a utilização de procedimentos científicos. Assim, após a definição do problema e do objetivo geral da pesquisa, o pesquisador deve delinear um conjunto de atividades a serem desenvolvidas ao longo do seu processo de investigação (GIL, 1999).

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo teórico-empírico, de natureza qualitativa, no qual se utilizou de um método descritivo e indutivo, por meio de um estudo de caso.

A abordagem qualitativa justifica-se, especialmente, pelos objetivos estabelecidos nesta Dissertação, que não se limitaram apenas aos resultados da implementação do planejamento estratégico, mas ao processo pelo qual tais resultados foram alcançados. A pesquisa objetivou, portanto, a compreensão do fenômeno de forma aprofundada e contextualizada, considerando os fatores organizacionais - estrutura, comunicação, liderança e cultura como variáveis intervenientes no processo de implementação do planejamento estratégico.

De acordo com Johnson et al (apud WHITTINGTON, 2004), à medida que o pesquisador aproxima-se da prática, mais ele percebe que “estratégia” não é unicamente um atributo das organizações, mas constitui também uma atividade realizada pelas pessoas. Nessa ótica, e concebendo a estratégia enquanto prática social, Whittington (2004) argumenta que o pesquisador deve desenvolver um relacionamento mais

íntimo com o objeto de estudo, o que reforça a tese de que a abordagem qualitativa é a mais indicada para o estreitamento dessa relação e, portanto, mais oportuna para a compreensão do fenômeno de forma holística.

A pesquisa qualitativa, cujo estudo é essencialmente descritivo, tem por principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis, o que exige do pesquisador uma série de informações (GIL, 1999). Segundo Richardson (1999), a pesquisa qualitativa descritiva, além de identificar e descrever o fenômeno, também se ocupa de caracterizá-lo e procura mostrar como ele verdadeiramente é. Considerando que o presente estudo exigiu da pesquisadora o detalhamento das informações para descrever com exatidão o fenômeno pesquisado, ele pode ser considerado descritivo

O método mais frequentemente utilizado na análise dos dados, nesse tipo de pesquisa, é o indutivo (TRIVIÑOS, 1992), sendo, portanto, o método adotado na presente pesquisa de mestrado. Ao utilizar esse método, a pesquisadora, *a priori*, não se preocupou em comprovar hipóteses pré-estabelecidas, pois de acordo com Ruiz (1996), o pesquisador parte de registros de fatos singulares para chegar a uma conclusão ampliada para o fenômeno em sua totalidade.

Entre as várias formas que a pesquisa qualitativa pode assumir, o método de investigação aplicado nesta foi o estudo de caso, que, segundo Triviños (1992), permite ao pesquisador analisar profundamente uma determinada unidade. Trata-se de uma forma de realizar pesquisa que investiga, empiricamente, fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto real, principalmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidas, podendo o pesquisador se utilizar de múltiplas evidências para conduzir a coleta e a análise dos dados (YIN, 2005).

3.2 OBJETO E SUJEITOS DA PESQUISA

O objeto estudado é o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). A escolha justifica-se pela alta relevância da instituição no contexto social em que está inserida, bem como pelo fato de que esse Hospital adotou, em sua gestão, um planejamento estratégico, o que estabeleceu a primeira condição para a viabilidade desta pesquisa.

Além disso, trata-se de uma organização complexa, que passa por profundas transformações, incertezas e instabilidades, ingredientes

considerados instigantes e que aguçaram a aspiração da pesquisadora em compreender a implementação do processo estratégico de uma organização com tais características.

Ressalta-se, ainda, que outro fator relevante para a escolha do HU/UFSC, está relacionado ao vínculo profissional que a pesquisadora estabelece com a instituição há 32 anos e pelas facilidades de acesso aos servidores e a toda a documentação oficial necessária para a realização da pesquisa.

Em relação aos sujeitos da pesquisa, a amostra foi constituída, intencionalmente, por 36 servidores do HU/UFSC e do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC) que compuseram o Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do Hospital Universitário (CAPIHU) e que mantiveram o seu vínculo profissional com a instituição em estudo durante todo o período que compreendeu a elaboração e implementação do processo estratégico, ou seja, de 2005 a 2012. Essa seleção considerou o foco da pesquisa, que trata dos fatores organizacionais que influenciaram a implementação do planejamento estratégico da instituição. Dessa forma, considerou-se fundamental compreender a percepção daqueles que participaram de todas as etapas do processo.

O CAPIHU teve como função construir, de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, uma ferramenta técnica de gestão para a instituição. O referido comitê foi constituído por 42 lideranças (formais e informais) das mais diferentes áreas do HU/UFSC, além de representantes do corpo docente dos cursos ligados às áreas da saúde. Entre as lideranças, estavam todos os representantes do primeiro escalão do HU/UFSC: Diretor Geral, Vice-Diretor Geral, Diretor de Medicina, Diretor de Enfermagem, Diretor de Apoio Médico Assistencial e Diretor de Administração.

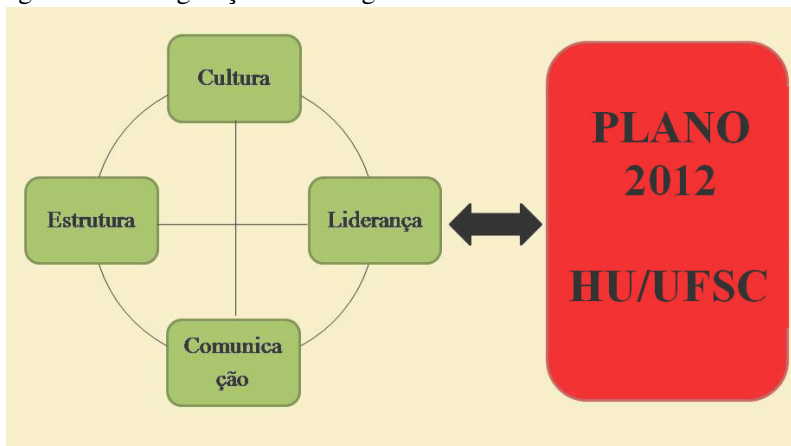
Dos 42 membros do CAPIHU, apenas 36 atenderam, totalmente, aos critérios estabelecidos para a amostra, pois quatro se aposentaram e dois passaram a desenvolver suas atividades em Brasília (DF), não estando, portanto, presentes na etapa de implementação do planejamento estratégico. Ressalta-se que a maioria dos entrevistados (em torno de 85%) exerce suas atividades no HU/UFSC há mais de 20 anos.

3.3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

As categorias de análise deste estudo foram definidas a partir da revisão da literatura, em especial, à luz dos fatores organizacionais mais citados como variáveis intervenientes na implementação do planejamento estratégico. Diante disso, foram identificadas quatro

categorias de análise: a estrutura, a comunicação, a liderança e a cultura organizacional, conforme demonstra a Figura 7.

Figura 7 - Configuração das categorias de estudo

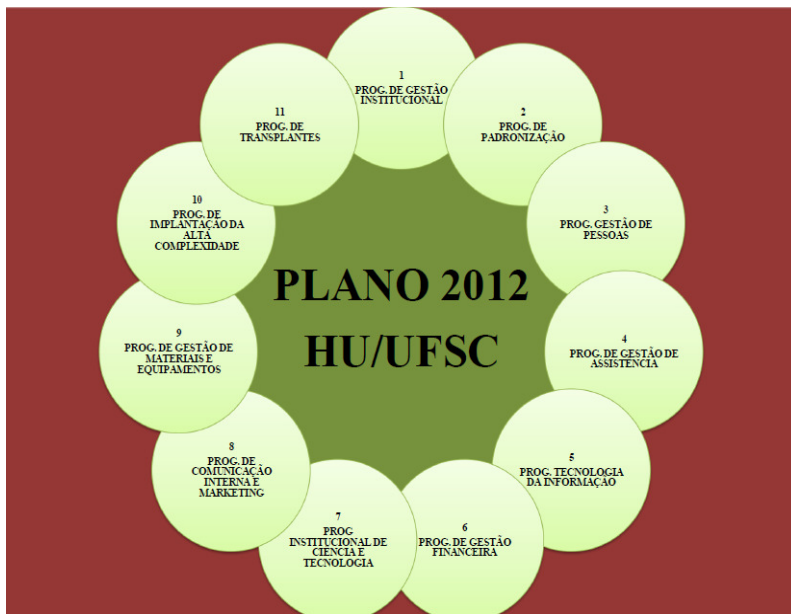


Fonte: elaborado pela autora.

Durante a etapa de coleta de dados, a pesquisadora não percebeu necessidade de incluir outras categorias, tendo em vista que as estabelecidas no roteiro de entrevista proporcionaram um grau adequado de clareza para sistematização, compreensão e análise das informações. Desse modo, as categorias de análise mostraram-se satisfatórias para atender ao objetivo geral proposto neste estudo: Analisar o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC à luz dos seguintes fatores organizacionais: estrutura, comunicação, liderança e cultura.

Com vistas a uma clara compreensão do processo de implementação do Plano 2012, primeiramente foi realizada uma análise de todo o processo, desde a sua concepção até a sua implementação, descrevendo a trajetória de cada um dos Programas estratégico definidos no referido Plano, conforme identifica a Figura 8.

Figura 8 - Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC



Fonte: adaptado do Plano 2012 (HU/UFSC).

Na sequência, foram analisadas as características da estrutura, comunicação, liderança e da cultura do HU/UFSC, bem como a forma como esses fatores organizacionais influenciaram nos resultados obtidos no planejamento estratégico da instituição.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram selecionados dois conceitos norteadores principais:

a)Estratégia: É uma atividade realizada a partir de reflexões, ações e interações de múltiplos atores no meio social, construída e modificada no cotidiano (WHITTINGTON, 2004). As estratégias são criadas e implementadas de acordo com a compreensão e o envolvimento dos indivíduos com os processos organizacionais, e estão profundamente enraizadas em sistemas sociais densamente entrelaçados (WHITTINGTON, 2006).

b)Planejamento Estratégico: É um processo que consiste na análise sistemática dos pontos fortes (competências) e fracos (incompetências ou possibilidades de melhoria) da organização, bem como das oportunidades e ameaças do ambiente externo,

com o objetivo de formular (formar) estratégias e ações estratégicas com o intuito de aumentar a competitividade e seu grau de resolutividade (PEREIRA, 2010).

3.4 PERGUNTA DE PESQUISA

Para atender aos objetivos deste trabalho, o estudo foi norteado pelas seguintes questões, elaboradas a partir da revisão bibliográfica:

1. De que forma ocorreu o processo de elaboração e implementação do “Plano 2012”?
2. Quais os sucessos e fracassos na implementação dos Programas estratégicos estabelecidos nesse Plano?
3. Como os fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura influenciaram nos resultados obtidos no referido Plano?

3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo, foram coletados dados de origem primária e secundária. Os dados secundários, coletados inicialmente, foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica tem como propósito colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado tema (LAKATOS; MARCONI, 2002).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre organizações hospitalares, estratégia, planejamento estratégico e fatores organizacionais (estrutura, comunicação, liderança e cultura), e, a partir dessa revisão, foram estabelecidas as categorias de análise para o desenvolvimento do estudo.

Na pesquisa documental, que teve por objetivo obter informações concernentes, principalmente, ao perfil, histórico, e processo estratégico do HU/UFSC, foram investigados documentos oficiais da instituição em estudo. Entre esses documentos, destacam-se: o Regimento Interno; o Plano Operativo; o Relatório do Rehuf; a Cartilha do Plano 2012; relatórios da Equipe de Planejamento (EQUIPLAN) e Páginas do HU/UFSC na internet. Segundo Yin (2005), as informações documentais são relevantes a todos os tópicos de estudo de caso.

Quanto à coleta dos dados primários, a pesquisadora adotou a técnica de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos membros do CAPIHU. A utilização dessa técnica justifica-se pela propriedade com

que ela penetra na complexidade de um problema (RICHARDSON, 1999), o que facilita a obtenção de dados a respeito do comportamento organizacional em profundidade (GIL, 1999).

O instrumento de pesquisa foi constituído de um roteiro de entrevistas semiestruturadas, que teve como finalidade: a) conhecer a forma como ocorreu todo o processo de planejamento estratégico, desde sua concepção até sua implementação; b) descrever a trajetória de todos os Programas Estratégicos estabelecidos no Plano 2012; e c) identificar algumas características da estrutura, comunicação, liderança e cultura do HU/UFSC e como esses fatores organizacionais influenciaram nos resultados desse processo.

Quanto à análise dos dados, os procedimentos adotados pela pesquisadora obedeceram a critérios qualitativos, tendo em vista a natureza dos dados coletados e os fundamentos teóricos que nortearam a pesquisa. Partiu-se então, da realização e transcrição de entrevistas semiestruturadas, seguidas de uma análise acerca dos dados coletados, orientada de acordo com os seguintes passos:

- a) Análise de classificação: Leitura de todos os depoimentos e organização dos dados a partir da triagem das informações mais relevantes ao propósito da pesquisa, classificando-os dentro das categorias de análise.
- b) Descrição analítica: Descrição detalhada dos dados, observando os objetivos específicos e as perguntas da pesquisa.
- c) Interpretação inferencial: Análise inferencial, por meio de uma reflexão e interpretação dos discursos à luz dos fundamentos teóricos estudados.

De acordo com Bardin (1977), o uso do método sistemático de análise permite ao pesquisador reunir um grande número de informações por meio de uma esquematização dos dados coletados, com o propósito de facilitar a correlação entre os eles e a teoria, além de possibilitar a sistematização das informações. Segundo o autor, esse método, que predomina em pesquisas qualitativas, favorece a compreensão acerca da construção dos significados que os atores sociais externam em seu discurso.

3.6 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

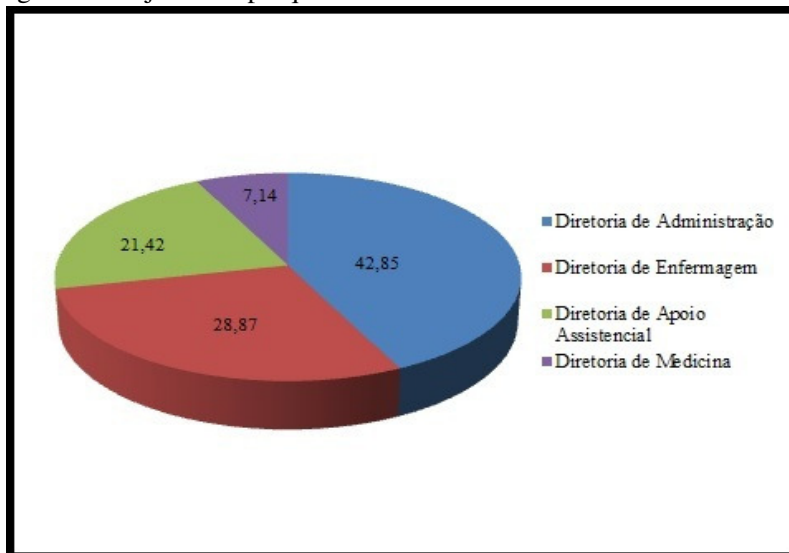
Em maio de 2012, o instrumento de coleta de dados, representado por um roteiro de entrevista (Apêndice A), passou por um pré-teste,

realizado com dois membros do CAPIHU, dispensando qualquer tipo de ajuste.

Na sequência, iniciou-se o agendamento das entrevistas, que foram realizadas nos meses de junho e julho de 2012, de acordo com disponibilidade dos entrevistados. Com exceção de duas entrevistas, que foram concedidas na Reitoria da UFSC e no CCS/UFSC, todas as demais foram realizadas dentro das dependências do HU/UFSC, sendo a maioria no próprio local de trabalho dos entrevistados. As que fugiram a essa regra foram realizadas no local de trabalho da pesquisadora, também dentro do HU/UFSC.

Da amostra planejada, ou seja, 36 membros da CAPIHU que mantiveram o seu vínculo profissional com a instituição em estudo durante todo o período de elaboração e implementação do processo estratégico, 28 participaram da entrevista, chegando-se, assim, a um percentual de 77,77% da referida amostra. Das oito pessoas que não participaram da pesquisa, dois não se sentiram em condições de contribuir, alegando desconhecer o processo, sendo que desses, um declarou ter participado somente de um único encontro para discutir o Plano 2012; enquanto os outros seis, a inviabilidade ocorreu em função de suas agendas. A figura 9 permite visualizar o percentual de servidores, por diretorias, que participaram da pesquisa.

Figura 9 – Sujeitos da pesquisa – membros da CAPIHU



Fonte: Dados primários (2012)

O tempo médio de duração das entrevistas foi bastante variável, uma vez que não houve restrições em relação ao tempo. Ressalta-se que o menor tempo registrado foi de 25 minutos e o maior de 1 hora e 40 minutos.

No início de cada entrevista, a pesquisadora apresentou uma contextualização do tema e explicou ao entrevistado os objetivos da pesquisa, a sequência das perguntas e, por fim, solicitou autorização para realizar a gravação. A maioria das entrevistas foi realizada sem interrupções, o que possibilitou um clima tranquilo para o desenvolvimento da linha de raciocínio dos depoentes. Quando necessário, foram prestados esclarecimentos complementares. Em muitas ocasiões a pesquisadora procurou fazer um *link* entre a elaboração e a implementação do Plano 2012, no sentido de esclarecer que as etapas influenciam-se mutuamente. Algumas perguntas foram adicionadas e outras excluídas, caso o assunto já tivesse sido abordado. Muitas vezes, uma resposta envolvia várias perguntas do roteiro, principalmente aquelas mais pontuais sobre a influência dos fatores organizacionais (estrutura, liderança, comunicação e cultura na implementação do Plano 2012). Essa “mistura de assuntos”, apesar de dificultar a classificação dos dados por categoria de análise, comprovou o que já havia sido constatado no estudo teórico quanto à inter-relação e interdependência desses fatores. Assim, não foi possível abordar um fator organizacional sem citar os demais.

Durante as entrevistas, o clima estabelecido foi de muita confiança e cooperação, à medida que os depoentes demonstraram muito interesse em relação aos resultados da pesquisa. Pode-se perceber, ainda, em alguns deles, um sentimento de angústia e frustração ao falar sobre o planejamento estratégico do HU/UFSC. Ao mesmo tempo, outros demonstraram muita expectativa no sentido de que o seu depoimento e os próprios resultados da pesquisa pudessem servir como avaliação do Plano 2012 e contribuir de alguma forma para a retomada do processo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, resultando num material que totalizou 430 páginas digitadas. Objetivando manter o anonimato dos depoentes, no tópico 4 desta Dissertação, que corresponde à análise dos dados, sua identificação foi feita de forma codificada. Desse modo, utilizou-se a letra E (significando entrevistado), seguido de um número ordinário, com uma sequência de 1 a 28, tendo em vista que esse é o número máximo de pessoas que participaram da pesquisa.

Por fim, ressalta-se que todos os depoentes colocaram-se à disposição para complementar suas informações, caso houvesse a

necessidade de solucionar dúvidas, fato que ocorreu em duas situações, sendo que a pesquisadora foi prontamente atendida.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste tópico são apresentados os resultados do estudo empírico, os quais foram estruturados de acordo com os objetivos específicos estabelecidos.

Inicialmente, realiza-se uma contextualização do campo de estudo, apresentando o histórico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e as principais atividades que esse hospital desenvolve. Na sequência, é realizada uma análise do processo de planejamento estratégico da instituição, desde sua elaboração até a sua implementação. Para atender ao último objetivo específico do estudo, o tópico é finalizado com uma análise da influência que os fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura exerceram sobre o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC – “O Plano 2012”.

4.1 CONHECENDO O CAMPO EMPÍRICO

4.1.1 Histórico do HU/UFSC

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) foi fundado em 2 de maio de 1980, e, em homenagem ao seu idealizador, recebeu o nome de Professor Polydoro Ernani de São Thiago. No entanto, sua história teve início duas décadas antes de sua fundação e foi marcada por intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais, na busca por recursos que permitissem seu funcionamento. Registra-se que a idealização do Hospital ocorreu em 1960, na ocasião da fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina (SÃO THIAGO, 1983).

Segundo São Thiago (1983), em 1963, foi constituída a Comissão de Implantação do Hospital de Clínicas, que tinha por finalidade orientar os trabalhos de planejamento e construção. Contudo, somente no final de 1965 foi realizado o estaqueamento e apenas três anos mais tarde as obras de estruturação do prédio iniciaram. Em 1971, a construção foi paralisada e, somente em 1975, foi rearticulada a Comissão de Implantação e reiniciada a obra, que foi concluída em 1980.

Destaca-se que o primeiro Diretor Geral do HU/UFSC foi o médico Dr. Polydoro Ernani de São Thiago que, em seu discurso inaugural, reafirmou o compromisso de que a instituição funcionaria na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão, conforme havia sido concebida (SÃO THIAGO, 1983).

Na Estrutura Organizacional da UFSC, o Hospital Universitário é considerado um órgão suplementar, vinculado diretamente ao Reitor. Está classificado como um hospital geral, e tem por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins.

Atualmente, o HU/UFSC abrange 31.995,29 m² de área construída, por onde circula cerca de 3.500 pessoas diariamente. É um organismo vivo que existe e funciona por meio do trabalho de servidores docentes, vinculados aos diversos departamentos do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC), técnico-administrativos, estudantes, bolsistas vinculados à UFSC, funcionários terceirizados e voluntários. Dispõe de 1.205 servidores efetivos, 318 funcionários de empresas terceirizadas e 155 contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU).

Em outubro de 2004, o HU/UFSC foi reconhecido como Hospital de Ensino por meio de credenciamento junto aos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS), conforme determinação da Portaria Interministerial n.º 1000, de 15 de abril de 2004. Naquele momento, também firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pactuando serviços e atividades e explicitando as diretrizes e metas físicas de qualidade para cada uma das áreas de atuação pactuadas: atenção à saúde; atividades de ensino e pesquisa e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar (UFSC, 2010).

Ressalta-se que a partir do contrato de gestão firmado com a SES/SC, denominado contratualização, o HU/UFSC passou a manter uma relação mercantilista com o Estado, uma vez que suas despesas de custeio passaram a ser financiadas pelo o que produz. O novo modelo de gestão estabeleceu um pacto de metas quantitativas e qualitativas, revisadas anualmente, que preveem um valor financeiro mensal aos procedimentos de média complexidade realizados. Os procedimentos de alta complexidade continuam sendo pagos por produção mensal, com base em um teto financeiro estipulado no contrato de gestão. Desse modo, a contratualização consiste em um compromisso firmado entre o hospital de ensino e os gestores estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formalização é consubstanciada por um Plano Operativo Anual.

A partir do processo de contratualização, o HU/UFSC reforçou seu papel como referência hospitalar para urgências e emergências, assim passou a fortalecer progressivamente o seu perfil assistencial, concentrando suas ações na atenção hospitalar de média e alta complexidade, incluindo o atendimento das urgências e emergências

referenciadas pelos mecanismos pactuados nas instâncias regulatórias do SUS, em nível local e regional. Desse modo, inserido no Sistema de Atenção Móvel de Urgência (SAMU), o Hospital passou a respeitar a Central de Regulação de Urgências e Emergência do Estado, o que elevou significativamente a complexidade dos atendimentos que realiza. Destaca-se que seu atendimento de Emergência 24 horas atinge a média de 200 pacientes por dia. O HU/UFSC dispõe, atualmente, de 272 leitos e disponibiliza aos seus usuários tratamentos clínicos e cirúrgicos, de obstetrícia com alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e neonatal), emergências adulto, ginecológica e pediátrica, ginecologia e um moderno Centro de Tratamento Dialítico.

Em 2007, o HU/UFSC tornou-se referência para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (CNCDO/SC) e implantou a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). Desde 2008, vem sendo implantados serviços de alta complexidade, como: atenção ao portador de obesidade grave; cirurgia vascular; oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia); nefrologia; terapia nutricional e alguns procedimentos de saúde auditiva. Em função de sua trajetória, e diante do objetivo de responder à Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, o HU/UFSC realizou, em dezembro de 2009, os seus primeiros transplantes de córnea e, em 2011, o primeiro transplante de fígado.

Inserido na Política Nacional Humaniza SUS, o HU/UFSC destaca-se, ainda, por seu caráter humanizado de assistência na maternidade, com os títulos Hospital Amigo da Criança; Maternidade Segura; Programa Capital da Criança e Internato da décima fase em Programas de Saúde Comunitária e Programa Saúde da Família.

Enfatiza-se que o HU/UFSC dispõe, atualmente, de um Corpo Clínico Multidisciplinar nas diversas especialidades da medicina moderna, tanto em nível de ambulatório quanto nas especialidades médico-cirúrgicas, dentre as quais se destacam: Buco Maxilar; Cabeça e Pescoço; Cardiologia; Cirurgia Plástica; Cirurgia Geral; Endocrinologia; Proctologia; Dermatologia; Gastroenterologia; Hematologia; Nefrologia; Hemoterapia; Ginecologia; Obstetrícia; Mastologia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Reumatologia; Urologia; Vídeo-Cirurgias; Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica.

O Hospital possui, também, equipamentos para realização de exames como: Eletrocardiograma; Ecocardiografia Transtorácica e Transesofágica; Teste Ergonômico; Eletroencefalograma; Endoscopia

Digestiva Alta e Colonoscopia; Colposcopia; Histeroscopia; Mamografia; Radiografias Convencionais; Ultrassonografias; Angiografias e Cineangiocoronariografia e Tomografia Computadorizada.

Em relação aos Serviços de Apoio Assistencial, a Instituições dispõe dos Serviços de Prontuário do Paciente; Farmácia; Serviço Social; Psicologia e Nutrição e Dietética. A área de Diagnóstico Complementar está representada pelos Serviços de Hemoterapia; Análises Clínicas; Anatomia Patológica e Radiologia. Além desses serviços, conta com profissionais da Fonoaudiologia e Fisioterapia, além dos Serviços de Hemodinâmica e Quimioterapia Ambulatorial. O Hospital ainda é referência estadual e municipal para a avaliação de incorporação tecnológica nas áreas de imagenologia; gerenciamento de resíduos e no atendimento de intoxicações e envenenamentos (Centro de Intoxicações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC)).

Assistência, ensino, pesquisa e extensão são os quatro pilares importantes e articulados, nos quais o HU concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população; ensino qualificado e pesquisa científica.

4.2 O PROCESSO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HU/UFSC

4.2.1 A elaboração do planejamento estratégico do HU/UFSC

Embora, na prática, o planejamento estratégico seja dividido em etapas, estas são consideradas, no mundo acadêmico, como fases que possuem total interdependência e, portanto, afetam-se mutuamente. Autores como Hrebiniak (2006) e Robbins (1978) alertam que a integração entre a elaboração, a implementação e a avaliação do planejamento estratégico é essencial para o sucesso desse processo. Nesse sentido, para que fosse obtido um claro entendimento de como os fatores estrutura, comunicação, cultura e liderança influenciaram o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC, tornou-se crucial o conhecimento de como ocorreu a elaboração desse processo.

O processo de elaboração do planejamento estratégico do HU/UFSC teve início em março de 2005, diante da criação do Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU), que teve como atribuição construir de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, uma ferramenta técnica de gestão para a instituição.

Esse comitê foi constituído por 42 lideranças (formais e informais) das mais diferentes áreas do HU e de representantes do corpo docente e discente dos cursos ligados à área da saúde. Entre essas lideranças estavam todos os representantes do primeiro escalão, ou seja, Diretor geral, Vice-Diretor Geral, Diretora de Medicina, Diretora de Enfermagem, Diretora de Apoio Médico Assistencial e Diretor de Administração. O lançamento oficial da implantação do processo de Planejamento Estratégico do HU/UFSC aconteceu no dia 13 de setembro de 2006, no Auditório do Hospital, e, a partir dessa data, recebeu a denominação de Plano 2012, em referência ao horizonte estratégico definido para o alcance de sua Visão.

Como forma de compreender os reais motivos que impulsionaram a implantação do planejamento estratégico do HU/UFSC, e dessa forma conhecer os alicerces que sustentaram a construção dessa ferramenta de gestão, considerou-se relevante mencionar o momento histórico-político vivenciado pela organização no período em que o Plano 2012 foi elaborado. Destaca-se que, no âmbito interno, a organização vivenciou um período marcado pela troca de gestão, com um novo mandato para 2004-2008. No âmbito externo, as novas políticas públicas implantadas no sistema de saúde brasileiro pressionavam o HU/UFSC a alterar completamente sua configuração, principalmente no que concerne à sua forma de financiamento e ao aumento de suas demandas.

A mudança de gestão, com ênfase no perfil do novo Diretor Geral do HU/UFSC, foi citada por cem por cento dos sujeitos entrevistados como sendo o fator determinante para a implantação do Plano 2012. O E15, por exemplo, afirmou que “a mudança de gestão, a visão e a experiência do gestor foi um ponto de partida para buscar o planejamento estratégico para a instituição [...]”. Com a mesma percepção, o E1, declarou que “foi o perfil do Diretor Geral que definiu efetivamente a implantação, porque na verdade precisava alguém que efetivamente acreditasse no planejamento estratégico como uma ferramenta e tomasse a frente e decidisse por isso [...]”. Para o E2, “o Diretor viu importância nesse Projeto, porque sem esse envolvimento do Diretor as coisas não andam”. Ratificando os demais depoimentos, o E8, argumenta que “[...] parece que foi a própria gestão, a administração mesmo da instituição naquele momento que levantou essa possibilidade, talvez existisse muita vontade mais ninguém tivesse tomado a frente, [...] então, acho que foi o perfil do gestor”.

O entendimento da alta liderança enquanto o grande motivador para a implantação do planejamento estratégico dá credibilidade às assertivas de Pereira (2010), quando argumenta que essa ferramenta está

relacionada a uma visão mais ampla sobre o processo de gestão, assim, a sua condução é de responsabilidade dos níveis hierárquicos mais altos da organização.

Aliado ao reconhecimento do perfil empreendedor e inovador do novo líder, todos os entrevistados relacionaram a intenção de implantar um planejamento estratégico no HU/UFSC à necessidade de mudanças organizacionais.

No entanto, pode-se perceber que, salvo algumas exceções, apenas aqueles ligados diretamente ao primeiro escalão da organização manifestaram clareza na compreensão das novas políticas públicas que estavam sendo implantadas no sistema de saúde brasileiro e do impacto que elas causariam na organização. Os demais compreendiam a necessidade de planejar e confiavam no discurso do gestor em relação à necessidade de mudanças institucionais, contudo, não conheciam as reais dimensões de tais políticas, nem que elas mudariam por completo a lógica de atendimento que até então imperava no hospital. Desse modo, verificou-se que a ampla maioria dos membros da CAPIHU não relacionou as pressões do ambiente externo à elaboração do Plano 2012. A percepção dos depoentes quanto às razões que levaram a organização a implantar um planejamento estratégico, pode ser constatada nas declarações abaixo:

Foi uma bandeira de campanha do então candidato a direção do HU. Não consegui estabelecer uma ligação do planejamento estratégico com as pressões externas, até mesmo porque eu não entendo muito da contratualização. Naquele momento inicial eu não estava participando da elaboração, então eu não sei quais foram os motivos, pois não houve nenhum tipo de trabalho de sensibilização nas bases (E9).

Sinceramente não sei dizer quais foram os motivos. Eu acho que foi uma decisão administrativa, com o objetivo final de tentar organizar a instituição, mas não sei dizer o real motivo porque se optou por essa ferramenta, naquele momento. [...] por mais que se entenda que as mudanças externas estão acontecendo, eu não sei dizer se diante da complexidade dessa ferramenta, se conseguíamos visualizar tudo isso no momento que elaboramos o planejamento. Eu acho que não, até porque como pessoa mais envolvida na área técnica administrativa, eu não

sei, exatamente, o que é contratualização, não sei o que está mudando nas políticas públicas, apenas ouvi-se falar, aí acabamos construindo essa ferramenta baseado no que achamos, agora, qual o seu impacto em aumento disso, em dimensão daquilo eu não sei, conseqüentemente eu não participei do planejamento com essa visão (E5).

O grupo não tinha clareza das mudanças que estavam por acontecer. O meu olhar era para minha área, eu não sabia como as outras áreas se relacionam e que outras influências poderia ter (E11).

Na época, não ficaram claros os fatores externos que estariam impactando o HU. Desejava-se tanto uma gestão participativa, que eu não me dei conta do que estava acontecendo, me dei conta da questão da contratualização só porque impacta diretamente aqui no meu trabalho. Mas essa clareza do que foi o ano de 2004 e a partir de 2004 para os hospitais universitários eu só tenho hoje (E16).

A falta de clareza sobre as pressões que as novas políticas públicas exerciam na organização em estudo, principalmente no que concerne à necessidade do cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão com o SES/SC, pode ser entendida como fator limitador na elaboração do seu planejamento estratégico. Essa constatação se apoia, sobretudo, na argumentação de autores como Pereira (2010); Hrebiniak (2006); Bryson (1995) e Thompson e Strickland III (2000), os quais enfatizam a necessidade de uma cuidadosa análise externa que identifique as oportunidades e as ameaças que podem afetar a organização, sendo essa informação, portanto, influência chave na criação de suas estratégias.

Hrebiniak (2006) enfatiza que é preciso ter clareza das razões para a mudança. Presume-se, portanto, que em um cenário no qual as mudanças no ambiente externo ocorrem de forma acelerada, as organizações que vão se desenvolver, ou mesmo sobreviver, segundo Bethlem (1998), serão aquelas com capacidade para avaliar, monitorar e se adaptarem rapidamente às diferentes características que o ambiente externo apresentar.

Todavia, o corpo diretivo e alguns colaboradores mais próximos manifestaram total conhecimento das pressões do ambiente externo.

Para o E2, por exemplo, as pressões do ambiente externo associado ao espírito empreendedor do líder foram fatores determinantes para a implantação do Plano 2012, o que corrobora com as assertivas de Thompson e Strickland III (2000). Nas palavras do entrevistado:

Na época foi muito importante à questão da contratualização e da certificação. A acreditação, por exemplo, leva a uma qualidade na assistência, então, se percebia que o que estava fora nos obrigava a procurar a qualidade nos nossos processos. E para conseguirmos esta qualidade, todas as áreas tinham que trabalhar juntas. A visão macro só aconteceu a partir das políticas e da discussão do PE. [...] foram as pressões externas que nos fez sair do nosso mundo e ver as coisas de uma forma maior. Até então, cada setor do HU resolvia as coisas na sua casinha, sem discutir com os outros setores. O que sempre faltou na verdade, foi um líder que promovesse essa discussão, [...] que servisse de elo. E isso, na época, aconteceu graças à figura do diretor geral. Primeiro, porque dependia de recursos financeiros, depois, porque não é nada fácil reunir tantas pessoas, numa organização tão complexa como o HU.

Nesse sentido, o E20 manifesta com muita clareza a necessidade de existência de um planejamento estratégico como forma do HU/UFSC atingir as novas metas que estavam sendo estabelecida pelo SUS:

Eu acho que se tinha a clareza que, para alcançarmos determinadas metas, temos que ter um planejamento, quer dizer, até o fato de elaborarmos algumas metas precisa-se partir de um planejamento. Que metas são essas? A partir do que? Nós estávamos em um momento político muito especial que era a contratualização com o SUS, e que iria mudar de forma determinante a dinâmica do hospital. Com o hospital se transformando então de fato, como hospital de ensino, então ele tinha que atender certas demandas do ponto de vista do ensino, ele tinha que atender certas demandas no ponto de vista da assistência, porque por muito tempo o HU foi quase que um hospital de bairro. Ele atendia a universidade e o entorno, então claro que aquelas

pessoas que faziam parte desse pequeno e seletivo grupo tinha um atendimento hiper, mega, ideal. Acontece que com a demanda da população, o HU entrando na rede estadual, de certa forma, logicamente pela contratualização, tendo demandas não só mais essas específicas que atendiam a universidade e a sua população do entorno, mas sim uma demanda estadual de saúde, nós íamos ser obrigados a ter alguma coisa palpável para indicar o caminho [...] vamos planejar e como é que isso vai ser feito? [...] era um momento muito decisivo, eram muitas mudanças acontecendo, e precisávamos ter um norte e para isso, no nosso entendimento, era necessário fazer um planejamento. As políticas públicas pressionaram e quase que não era uma questão de escolha, era realmente uma pressão externa dizendo: vamos planejar, vamos ver o que agente vai poder fazer.

Diante da mesma percepção, o E18 declara:

Por ser um hospital de ensino, um hospital certificado como hospital de ensino, com implementação, também digamos assim, uma mudança conceitual das missões, não sei bem se é essa palavra, da proposta que vem do MEC, do próprio ministério da saúde do que seriam os hospitais universitários, eles sentiam a necessidade dessa modificação. [...] houve um movimento de que os hospitais universitários começassem a se dedicar muito mais a alta complexidade, dentro da ótica de que os hospitais são estruturas complexas, que tem que atender a coisas complexas, por exemplo, um bicho de pé não precisa ser tirado aqui no HU, a atenção primária pode dar conta disso, isso é uma tendência em relação aos HUs [...] e, para isso, precisávamos nos preparar. Então é uma mudança, e essa mudança não acontece de uma hora para outra, precisa estar preparado, até porque o nível de exigência para um hospital que está trabalhando com alta complexidade é muito grande, porque implantar um transplante, por exemplo, tem um nível de exigência muito grande, em relação aos profissionais, todos que

estarão na área, em relação à qualificação desses profissionais, em relação a determinadas situações básicas que o hospital precisar ter para dar conta.

Os depoimentos revelam que havia muita urgência de que fosse implantado um planejamento estratégico na instituição. Dando credibilidade às afirmações de Chioro dos Reis (2011), o novo contrato de gestão, embora não exigisse, induzia os HUs a trabalharem com planejamento estratégico em curto e médio prazo. No entanto, ressalta-se esse processo tem múltiplas facetas, é complexo e demorado (DECLERCK; ANSOFF; HAYES, 1985). Dessa forma, conforme ressalta Hrebianiak (2006), é preciso estabelecer uma velocidade apropriada para que as mudanças efetivamente ocorram.

Independentemente do grau de entendimento acerca dos motivos que impulsionaram a implantação do planejamento estratégico, em convergência com as assertivas de Thompson e Strickland III (2000), os sujeitos entrevistados foram unânimes em manifestar a necessidade de um planejamento que orientasse as ações e provocasse mudanças na organização. Da mesma forma, apesar de a maioria não conhecer as novas políticas públicas do sistema de saúde brasileiro, tampouco como elas afetariam a dinâmica hospitalar, foi a confiança na experiência, na capacidade gerencial do líder e na sua visão em relação às mudanças que seriam necessárias, os grandes fatores motivacionais para o envolvimento da CAPIHU neste processo.

Evidenciou-se, igualmente, que todos reconhecem no planejamento estratégico uma grande oportunidade de pensar a organização de uma forma sistêmica, conforme destaca o E25: “[...] depois da implantação do programa de qualidade total, ocorrido no início da década de 1990, essa foi a primeira grande oportunidade que surgiu para que se discutisse a instituição de forma global”.

Com a mesma percepção, o E2 argumenta:

A vida inteira, o HU estava trabalhando na base do apagar incêndio. Acontece um problema, todo mundo se uni e resolve [...] nós estávamos cansados de trabalhar dessa forma e, nessa época, foi a primeira proposta que se teve conhecimento para mudar essa situação e organizar as nossas ações. A enfermagem já trabalhava com planejamento, mas era um planejamento voltado somente para a enfermagem, [...] mas percebemos que o HU era muito maior do que a enfermagem. E todas nós que representávamos a enfermagem

passamos a nos dedicar apenas ao planejamento institucional. Passou-se a entender que o Planejamento dentro de uma determinada diretoria não tinha a eficácia necessária.

A compreensão do planejamento estratégico enquanto uma ferramenta de gestão que favorece uma visão sistêmica vai ao encontro dos ensinamentos de Senge (1990), pois, em sua concepção, o aprendizado que ocorre durante o processo do planejamento possibilita o desenvolvimento do pensamento sistêmico, definido por ele como a visão do todo. Para o autor, enxergar a organização dessa forma possibilita que as pessoas compreendam os processos e as consequências de suas ações ao longo do tempo, diante de um movimento que provoca uma reestruturação no modo de pensar.

A opinião do E1 é que “sem um planejamento estratégico a gente não consegue ter uma integralidade da informação, na verdade fica tudo muito fragmentado, cada um conhece apenas a sua realidade”. Ratificando essa visão sistêmica que o planejamento possibilita, o E8 declara:

[...] pensando em como que foi o planejamento, ele não trabalhou com as áreas específicas, por categoria, ele trabalhou o planejamento geral do hospital, e eu acho que é isso. Eu vejo um planejamento estratégico para a instituição, não para áreas dentro da instituição, tem que ser global, tem que seguir uma meta, um objetivo, por isso que tem essa coisa toda de visão [...].

Nesse sentido, o planejamento estratégico é definido pelos sujeitos entrevistados, como “uma grande ferramenta de gestão (E10)”; “Uma ferramenta que pode realmente dar uma luz, dar um caminho [...] acho que é um instrumento muito bom (E8)”; “Uma ferramenta adequada e de suma importância para a instituição [...] para gerir melhor os recursos, o pessoal e para atender às demandas de uma forma mais organizada (E15)”. O E7 argumenta que:

[...] para, micro e pequenas empresas, é até possível fazermos um planejamento mental, na cabeça de uma pessoa, e se o cara for bom em elaboração de cenário futuro, cenário de ambiente externo e interno, ele toca sua microempresa sozinho, mas um negócio do porte do hospital universitário e empresas grandes, não tem como

fazer, tem que tornar um processo coletivo. Até porque, todos nós trabalhamos com planejamento, tu estas aqui na minha frente porque já planejasse ontem estar aqui, e eu estou aqui por também planejei estar aqui, tu já sabes onde iras ao meio dia, hoje à noite [...] e final de semana nós também já temos meio que formulados, o grande problema é quando tem que fazer um planejamento coletivo, porque eu e você devemos concordar naquilo que vamos fazer. Imagina uma empresa de 1500 funcionários tendo que trabalhar harmonicamente, não se faz isso sem uma ferramenta formal, não tem como.

Na mesma linha, o E18 declara:

Em tudo, mesmo que a gente não denomine de planejamento estratégico, agente tem que ter um eixo para saber aonde a gente quer chegar. Então eu tenho que trabalhar para chegar até lá, é assim que eu vejo o planejamento estratégico, como uma boa ferramenta, foi um momento de pensar, de se sentar, de envolver todos os segmentos, praticamente a única vez que se fez isso. Pelas características do hospital e pela sua complexidade, a gente acaba conversando pouco entre si, porque as demandas do dia a dia são muito grandes. Então o PE serviu para gente refletir sobre o que acontece dentro do hospital. Por exemplo, eu tenho muita dificuldade de conversar com alguém que trabalha no centro cirúrgico, porque essas pessoas já estão muito absorvidas pela complexidade do trabalho.

Pode-se perceber, de maneira geral, em concordância com o referencial teórico que norteia este estudo, que os depoimentos relacionam a eficiência, a eficácia e a legitimidade do planejamento estratégico com fatores como: liderança, participação, comunicação, flexibilidade, estrutura, cultura, implementação e avaliação:

O PE é uma grande ferramenta, mas para que ele seja efetivamente implementado nas suas ações, precisa de alguém puxando, o maestro da orquestra. Tem que ter um compromisso, um compromisso das pessoas que estão envolvidas no planejamento estratégico (E10).

O planejamento estratégico deve ser dinâmico, permitindo adequações de acordo com as mudanças necessárias (E12).

Eu acho que ele traz muitas vantagens, não vou dizer que ele garante absolutamente, porque papel aceita tudo, porém quando eu firmo alguns compromissos, e quanto mais coletivos os compromissos, maior a chance de eu ser cobrada e de eu dar um retorno para isso. Então, eu acredito, piamente, nesse planejamento. A melhor ferramenta que se tem para trabalhar. Ter um planejamento, ter suas metas, ter a sua avaliação. Então hoje é minimamente esse roteiro aqui (se referindo a cartilha do plano 2012) que serve para nos dizer o que se alcançou e o que não se alcançou. De alguma maneira ele espelha um anseio desse período, e quando eu faço uma avaliação ele me possibilita mensurar minimamente o que eu alcancei e o que eu não alcancei e até traçar novas metas. O que eu entendo é que um planejamento ele não pode ser engessado. Ele tem um compromisso de tentar atender e alcançar metas, mas não pode ser engessado, logicamente nesse percurso surgem outros fatores externos que me movem em determinadas situações. Hoje, por exemplo, se de fato vai mudar o sistema de gerenciamento do HU (se referindo à criação da EBESERH), imagina se eu não tenho que agora priorizar em atender, se for o caso, essa nova demanda (E20).

O planejamento estratégico não pode ser engessado, ele tem que sofrer modificações, então o grupo planejou uma ação, essa ação não deu para executar, não significa que não vai dar certo, pode usar outros instrumentos para chegar (E21).

Na verdade acho que o planejamento estratégico é uma boa ideia, é um caminho para se conseguir uma gestão mais participativa, e que tenha essa coisa da participação de todos, desde a elaboração até a execução dele, mas também tem uma dificuldade entre os trabalhadores de entender isso aí, que o planejamento não pode ficar no planejamento, ele tem que ter o a seguir (E13).

O PE deu conta do processo, não digo assim do resultado. Porque uma coisa é tu pensares, refletires e estabeleceres metas, isso é uma coisa, o papel aceita tudo. Só que para esse processo ter resultados positivos, ele depende de muitas variáveis, que são muito maiores que a ferramenta do planejamento estratégico em si. É a mesma coisa que um computador, é uma excelente ferramenta, mas não posso esquecer de que é só uma ferramenta (E18).

O PE é uma excelente ferramenta de gestão, mas obviamente o envolvimento precisa acontecer para ele ter resultados, não é só para publicar o nome na parede e dizer que tem. Eu penso que o PE é muito importante porque você precisa saber para onde vai, que objetivo você tem, e não é só você, é toda uma equipe de trabalho, porque eu penso que PE pode atender dificuldades que são comuns nas instituições. Contudo, a coalizão dominante precisa estar muito envolvida, muito entendida, e todo o restante da equipe também, ter conhecimento e estar envolvido. [...] tem que saber fazer acontecer, a maioria das pessoas sabem que o PE é bom, mas tem que começar e finalizar, é necessário conhecer, considerar e saber lidar com os fatores que influenciam no PE, porque o mais importante do PE é entender que ele deve finalizar numa ação, ele tem que chegar num resultado. Se você começa, faz todo um movimento, pensado que a parte mais importante do PE é a parte do diagnóstico, não é, a parte mais importante do PE é o resultado. Quando o PE foi implantado a impressão que tivemos foi de que as coisas aconteceram muito naquele deslumbre, a gente está fazendo, está acontecendo. As pessoas precisavam ter o entendimento de que maneira se chegaria aos resultados, com o foco de que teríamos que chegar lá, pois o PE em si, ele não acontece. Então, toda essa trajetória é para que? Isso tem ficar esclarecido, a visão maior é de chegar lá, o compromisso é de chegar lá, não de fazer o PE por fazer, não apenas de diagnosticar os problemas, não de criar estratégia, isso fica muito no nível intelectual e não se faz nada (E14).

O último depoimento revela uma grande preocupação com o viés de execução do Planejamento Estratégico (PE), o que vai ao encontro das proposições de Hrebiniak (2006), quando ele alerta que é fundamental para a implementação do planejamento estratégico que os gerentes conheçam os obstáculos e, acima de tudo, conheçam o que faz a estratégia funcionar. Com essa mesma preocupação, Bossidy e Charan (2002) afirmam que de nada valem estratégias se as organizações não souberem como executá-las. No entanto, quando questionados sobre o assunto, os entrevistados declaravam que, no momento da elaboração, o grupo estava muito “empolgado” com a ideia do planejamento estratégico, além de “muito empenhados para que efetivamente se construísse algo que proporcionasse direção, assim, não havia uma discussão ou uma preocupação com os possíveis obstáculos da execução (E10)”.

Compreendidos os motivos que levaram não apenas o gestor, mas os membros da CAPIHU a iniciar a elaboração do PE, bem como os conceitos, a importância e as vantagens atribuídas por cada um a essa ferramenta, buscou-se captar a percepção dos sujeitos entrevistados quanto à adequação da metodologia aplicada na implantação do processo.

Adotar uma metodologia para a orientação dos trabalhos foi considerado, por todos, como um fator positivo para que os resultados desejados fossem alcançados. Essa compreensão converge com os ensinamentos de Hrebiniak (2006), quando ele afirma que, sem um modelo, é difícil desenvolver a elaboração de um plano que possua um viés de execução sólido e lógico. Sem diretrizes, as pessoas fazem o que acreditam ser mais adequado, o que normalmente resulta em decisões e ações desordenadas, divergentes e, até mesmo, conflitantes. Para o autor, adotar um modelo para a implantação do planejamento estratégico facilita o desenvolvimento de uma visão simultânea da elaboração e da implementação.

Ressalta-se que o processo de implantação do planejamento estratégico do HU/UFSC seguiu uma única metodologia, desenvolvida por Pereira (2010) e apresentada no tópico 2.4.2.1 deste trabalho. Para aplicar a metodologia, o HU/UFSC contou com a assessoria de um consultor externo e criou uma comissão de planejamento, denominada EQUIPLAN, que fazia o papel de uma consultoria interna e tinha por função participar das reuniões, com o objetivo de acompanhar as atividades dos grupos e oferecer atividades de qualificação e capacitação aos coordenadores dos Programas.

A implantação do planejamento estratégico do HU/UFSC dispôs,

portanto, de uma assessoria interna e um consultor externo, os quais, na visão de Gaj (1990), são dois importantes agentes facilitadores do processo estratégico das organizações. O primeiro, por ser, em tese, conhecedor da dinâmica da organização e dos seus aspectos informais, além de ter maior facilidade de acesso aos funcionários. O segundo, por possuir uma larga experiência adquirida em diferentes organizações e poder catalisar processos internos com imparcialidade e sem envolvimento na disputa pelo poder ou na carreira interna da organização.

Na metodologia desenvolvida por Pereira (2010), o Processo de Planejamento Estratégico é realizado em três momentos muito bem definidos: o momento 1, no qual é realizado o diagnóstico estratégico; o momento 2, em que são formuladas as etapas do PE e o momento 3, que trata da implementação e controle do processo.

Na construção do momento 1, segundo a metodologia de Pereira (2010), a maior coalizão dominante da organização deve decidir pela implantação ou não do planejamento estratégico. Refere-se ao momento de aceitação por parte das pessoas que determinam os rumos estratégicos da organização. Duas questões são fundamentais para subsidiar essa decisão: a) Se a organização está internamente preparada para dar sustentação à implementação de um planejamento estratégico e b) se há comprometimento da maior coalizão dominante da organização com a sua implantação.

Assim sendo, de acordo com o E7, o explícito comprometimento do então Diretor Geral do HU/UFSC com a implantação do Plano, bem como a confiança transmitida por ele de que a organização estaria devidamente preparada para implementá-lo, deram o “sinal verde” que o Consultor precisava para iniciar o processo.

No entanto, para alguns depoentes, havia muitas fragilidades internas que comprometiam a implantação do planejamento estratégico. Segundo o E10, “[...] não adianta olhar para o macro se o meu micro está esfacelado [...]”.

Nesse mesmo sentido, o E5 manifesta:

Nós não tínhamos maturidade suficiente, não estávamos estruturado de forma ainda suficiente para brincar de fazer uma ferramenta dessas. Então, usamos uma bazuca para matar um mosquito, aí não funciona. [...] mas eu só consigo ver isso hoje, está bem mais claro, usamos a ferramenta errada na hora errada e aí eu acho que não tivemos sucesso novamente (se referindo ao

Programa de Qualidade Total), [...] não conhecíamos nem as nossas rotinas internas e queríamos planejar uma coisa que não estava nem estruturada [...].

A falta de preparo da instituição para iniciar o planejamento estratégico, foi relacionada pelos depoentes, à falta de contratação de funcionários e excesso de terceirização. Esses fatores, segundo Drago (2011), são responsáveis pela desestruturação dos HUs e, conseqüentemente, refletem na qualidade de sua gestão. Na visão da autora, a crise dos HUs é reflexo de causas múltiplas e históricas que não estão desconectadas das ações governamentais que sucatearam as universidades públicas do país.

Por outro lado, pode-se perceber, nos discursos, que o planejamento estratégico estava sendo entendido como um grande desafio, exatamente pela necessidade de lidar com todas as condições desfavoráveis que a instituição se encontrava. Essa lógica converge com os argumentos de Machado e Kuchenbecker (2007), quando defendem que o fortalecimento da sustentabilidade organizacional dos HUs talvez se refira ao mais importante passo a ser dado para enfrentar os desafios que lhes são impostos. A sustentabilidade organizacional, entendida como resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação de capacidade de investimento e gestão de pessoas, de acordo com os autores, representa o conceito chave no exercício da missão dessas instituições.

Outro ponto a ser mencionado diz respeito à falta de sensibilização antes e durante a elaboração do Plano 2012. Sob esse aspecto, o E7 declara que “o hospital estava, vamos dizer assim, qualificado para fazer, mas talvez não devidamente sensibilizado”. Ressalta-se que a sensibilização, de acordo com a metodologia aplicada, acontece na etapa que antecede o Momento 2, ou seja, após o Diretor da organização ter decidido ou não pela implantação do processo estratégico.

Em relação ao Momento 2, o Consultor primeiramente propôs a formação da equipe de planejamento seguindo um modelo misto, ou seja, com representantes de todos os níveis hierárquicos, já que se tratava de uma organização com mais de 1500 funcionários. Em organizações de grande porte, como o HU/UFSC, Pereira (2010) não recomenda nem o modelo *top-down*, pois pode comprometer a legitimidade do processo, tampouco o *botton-up*, pois torna-se impraticável realizar um planejamento estratégico com a participação de

um número tão grande pessoas. Dessa forma, foi criado o CAPIHU, composto por 42 pessoas, as quais representavam os mais diferentes setores do HU, conforme mencionado no início deste tópico.

Com vistas a nortear todas as discussões que conduziram a elaboração da primeira versão do planejamento, foram realizadas duas pesquisas: uma acerca do clima organizacional (avaliação interna) e outra de satisfação dos usuários (avaliação externa). No entanto, curiosamente, essa pesquisa foi citada por apenas três dos 28 sujeitos entrevistados, o que apesar de não ter sido explorado pela pesquisadora, a priori, denota a pouca importância atribuída ao seu resultado ou desconhecimento sobre o assunto.

Conforme mencionado anteriormente, de acordo com a metodologia de Pereira (2010), antes de iniciar a formulação das etapas do planejamento estratégico, é fundamental que ocorra uma sensibilização da equipe. Todos devem compreender os aspectos gerais que envolvem o planejamento estratégico, envolvendo-se e se motivando durante a formulação e implementação do processo e comprometendo-se com os seus resultados.

No entanto, alguns atores apontaram para a falta de sensibilização da própria equipe, convergindo, nesse caso, para os depoimentos iniciais sobre a falta de conhecimento da maioria dos membros da CAPIHU em relação às pressões do ambiente externo e seus impactos na organização. Outros apontaram, também, para a falta de um trabalho de sensibilização junto aos demais membros da organização. Para o E25, “a impossibilidade de todos participarem do processo de elaboração, não impedia que a sensibilização se desse também nas bases [...]”. O E22, por sua vez, atribui a falta de preparo a falhas na comunicação: “Muitas pessoas não sabiam e não sabem até hoje que o hospital passou por um processo de Planejamento Estratégico. Então, se houve algum projeto de sensibilização, não funcionou”. Sobre o assunto, o E 20 reconhece que:

[...] a direção do HU estava muito no olho do furacão, que acabou sendo uma falha de vender mal a necessidade desse produto (referindo-se à cartilha do Plano 2012). Assim, estávamos conscientes que aquilo era necessário, mas não houve mobilização, eu entendo que poucas pessoas foram mobilizadas, tinha que ter uma sensibilização muito maior. [...] Enquanto membro da direção, eu tinha clareza da necessidade daquilo, ninguém precisava me convencer daquilo, eu sabia daquilo, agora não é a

minha opinião ou o meu pensamento que deveria construir isso daqui. A necessidade, que talvez que eu tenha percebido, era fazer com que as outras pessoas também percebessem que existia a necessidade de se criar esse planejar, agora não adianta tu dizeres: - olha precisa. Mas precisa por quê? Precisa para chegar aonde? Em que tu vai mudar? Então a gente trabalhou de uma maneira muito incipiente na sensibilização daquela comunidade que trabalha ali, daquele contexto, precisava ter tido um conjunto de pessoas, não só essas quarenta e tantas aqui (se referindo ao CAPIHU). Então falando assim, no sentido real da palavra, sensibilização [...] enquanto o gestor maior entendeu que era necessário, a direção estava hipersensibilizada, mas no meu entendimento não basta isso, eu acho então, que equivocadamente, pensávamos que todos estavam tão sensibilizados quanto nós, quanto ao momento de estar fazendo aquilo, talvez fosse muito próximo daquilo, mas precisava mais gente envolvida no processo, porque as outras etapas não são feitas a fórceps, elas são feitas justamente pelo entendimento da necessidade. [...] Faltou essa vivência administrativa e, que mais coisas deveriam ser feitas para gerar o momento [...], o momento do ponto de vista da necessidade eu não tenho dúvidas, eu não sei se era o momento do ponto de vista estratégico, para iniciar o processo.

Pode-se observar que as fragilidades no processo sensibilização foram atribuídas à urgência em implantar um planejamento e não à metodologia em si, pois essa, de maneira geral, foi considerada adequada pelos sujeitos entrevistados. O E7, por exemplo, declara que: “eu acho tão boa que estou adotando profissionalmente hoje em todos os trabalhos que eu faço”. O entrevistado comenta que a metodologia foi aplicada, com muito sucesso, na implantação do planejamento estratégico em outro hospital de Florianópolis. Em sua opinião, “deu uma reoxigenada naquele hospital, ele voltou a ser competitivo, moderno e organizado com essa metodologia. Essa metodologia é simples e bem objetiva”. Para o E17, “a metodologia foi participativa e construtiva”. O último depoimento representa o pensamento de praticamente a maioria dos entrevistados e faz referência, principalmente, à metodologia aplicada na construção do momento 2,

em que cada uma das etapas foi construída de forma coletiva, primeiro em pequenos grupos e depois no grande grupo, sempre com a orientação do Consultor.

As etapas realizadas durante o processo de planejamento estratégico foram: declaração de valores; missão; visão; fatores críticos de sucesso; análise interna (pontos fortes e fracos); análise externa (oportunidades e ameaças); estratégias e ações estratégicas. De acordo com os depoentes, ao final de cada etapa, o resultado era escrito em um cartaz e afixado na sala, para que a equipe pudesse ler constantemente e, se considerasse pertinente, reformular a proposta. O Consultor realizou várias reuniões com a CAPIHU, a maioria fora do Hospital, mas dentro das dependências da própria UFSC, com exceção de um final de semana em que o Comitê reuniu-se em um hotel de Florianópolis.

As etapas do planejamento estratégico do HU/UFSC foram construídas da seguinte forma:

a) Declaração de Valores

Em convergência com os ensinamentos de Pereira (2010), a Declaração de Valores foi a primeira etapa que o grupo elaborou. De acordo com o autor, esse é o primeiro passo a ser tomado em um planejamento estratégico, pois os valores representam as crenças e os princípios que orientam a organização, que guiam suas atividades e operações, e, portanto, norteariam a construção das demais etapas.

Os valores do HU/UFSC foram definidos conforme o Quadro 6:

Quadro 6 – Declaração de Valores do HU/UFSC

<p>Ética Qualidade Humanização Valorização e qualificação profissional Compromisso social Construção e socialização do conhecimento Público e gratuito Competência profissional Respeito aos princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade e resolutividade Articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência Inovação</p>

Fonte: Plano 2012, p.9 – HU/UFSC.

b) Missão

Há um consenso, na literatura administrativa, de que a missão de uma organização representa a sua razão de ser; de existir. Além disso, conforme advogam Certo e Peter (2005) uma missão organizacional deve contribuir com a concentração de esforços, garantir a compatibilidade dos processos organizacionais, fornecer uma razão lógica para a aplicação dos recursos, indicar as áreas gerais de responsabilidade funcional e fornecer os fundamentos para o alcance das metas organizacionais. Imbuídos desses conceitos e dos valores da organização, os membros do comitê construíram a Missão do HU/UFSC, a qual foi definida conforme demonstra o Quadro 7.

Quadro 7 – Missão do HU/UFSC

“Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”.

Fonte: Plano 2012, p.11 – HU/UFSC.

c) Visão

A visão estratégica, assim como a missão, é sempre altamente personalizada (THOMPSON e STRICKLAND III, 2000). De acordo com Pereira (2010), a visão refere-se à imagem compartilhada daquilo que os gestores da organização querem que ela venha a ser no futuro. Ela funciona como uma bússola, que mostra a direção na qual a organização está caminhando e deve estabelecer um horizonte estratégico para que ela seja alcançada. Observou-se que, apesar dos sujeitos entrevistados desconhecem que a política da contratualização já forçava os HUs a trabalharem com alta complexidade, a visão da instituição foi, exatamente, de atingir até o ano de 2012 esse nível de complexidade. Assim, a Visão do HU/UFSC para o ano de 2012 foi definida conforme demonstra o Quadro 8.

Quadro 8 – Visão do HU/UFSC para o ano de 2012

“Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar”.

Fonte: Plano 2012, p.13 – HU/UFSC.

d) Fatores críticos de sucesso

Seguindo as orientações do Consultor Externo, os membros da CAPIHU realizaram uma leitura das condições determinadas pelo mercado, observando o que a instituição necessitava para sobreviver e identificando, desse modo, seus fatores críticos de sucesso, expostos no Quadro 9.

Quadro 9 – Fatores Críticos de Sucesso do HU/UFSC

Gestão profissional.
Integração com a UFSC.
Credibilidade.
Capacidade de articulação política com a sociedade.
Estabelecimento de parcerias.
Acompanhar e aderir às políticas públicas de saúde.
Captação de recursos.
Público e gratuito.
Investimentos tecnológicos.
Valorização profissional, institucional e pessoal.
Compromisso profissional.
Articulação entre Ensino, pesquisa, extensão e assistência.
Qualidade na atenção à saúde.

Fonte: Plano 2012, p.15 – HU/UFSC.

e)Análise do ambiente interno

Em conformidade com a literatura estudada, os membros da CAPIHU realizaram uma análise do ambiente interno do HU/UFSC, identificando seus pontos fortes e fracos, demonstrados no Quadro 10. O objetivo dessa análise foi conhecer as características, os recursos e as competências da instituição que viessem a facilitar o cumprimento de sua missão e o alcance de sua visão, bem como as características, limitações ou incompetências que pudessem dificultar a obtenção dos resultados.

Quadro 10 – Análise do ambiente interno

PONTOS FORTES

Ser hospital de ensino.
 Qualificação do corpo funcional.
 Estar inserido na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
 Espaço propício à pesquisa.
 Público e gratuito.
 Tecnologias.
 Política com relação ao acompanhante do usuário.
 Acréscimo da força de trabalho em relação aos demais hospitais, por ser hospital de ensino.
 Indicadores assistenciais e epidemiológicos positivos.
 Referência no atendimento à saúde materno-infantil e ao idoso.
 Gestão humanizada.
 Pagamento em dia os fornecedores.
 Comissão de Permanentes de Materiais de Enfermagem.
 Ser referência em alguns programas de alta e média complexidade.
 Credenciamento como hospital sentinela.
 Gestão participativa.
 Busca constante pela inovação.
 Reconhecimento pelos usuários da qualidade assistencial.
 Quantitativo significativo de profissionais comprometidos com a instituição.
 Qualificação profissional.
 Saneamento financeiro.
 Credibilidade junto a clientes e fornecedores.
 Referência junto às demais instituições de ensino.
 Processo de informatização.
 Flexibilidade para a inovação.
 Processo eleitoral interno.
 Expressividade no número de atendimentos.
 Humanização no atendimento.
 Oferta crescente de serviços.
 Oficinas de trabalho.
 Receptividade ao trabalho voluntário.
 Redução dos custos de aquisição de materiais.
 Integração entre as Diretorias.

PONTOS FRACOS

Visão institucional departamentalizada.
 Falta de Planejamento institucional.
 Excesso de corporativismo em determinadas áreas.

Integração do curso de odontologia.
Desvios de função.
Operacionalização dos sistemas de informática.
Diferentes modelos de contratos de pessoal.
Grande número de bolsistas substituindo pessoal efetivo.
Relação entre os setores.
Falta de indicadores de desempenho.
Cumprimento de horário.
Interdisciplinaridade.
Áreas de Recepção.
Dimensionamento de pessoal.
Saúde do trabalhador.
Pouco preparo e pessoas capacitadas a elaborar projetos.
Cultura da acomodação de alguns setores em relação à qualificação profissional.
Falta de política de qualificação profissional equânime.

Fonte: Plano 2012, p.16-18 – HU/UFSC.

f) Análise do Ambiente externo

Para realizar a análise do ambiente externo, os membros da CAPIHU identificaram as oportunidades e ameaças que poderiam, de forma direta ou indireta, afetar o Hospital, conforme pode ser observado no Quadro 11. Nesse processo, como oportunidades foram consideradas as forças ou variáveis que pudessem favorecer o cumprimento da missão e o alcance da visão da instituição; enquanto as ameaças foram identificadas como aquelas que pudessem dificultar o alcance dos objetivos delimitados.

Quadro 11 – Análise do ambiente externo

OPORTUNIDADES
<p> Editais de pesquisa e extensão. Tecnologias disponíveis para testagens. Polo de educação permanente. Possibilidade de apresentar projetos fora dos polos. Cursos ofertados pelos diversos programas da UFSC. Políticas públicas que estimulam a ampliação dos procedimentos alta complexidade. Programa Docente Assistencial. Relação com SMS e SES. Relação com Centros de Ensino e Reitoria da UFSC. Produção de conhecimento pelos Centros de Ensino. Políticas públicas de saúde. Mesa de negociação permanente dos profissionais de saúde no MEC. Fundações: gerenciamento e aquisição de recursos materiais e de pessoal. Integração com os departamentos da UFSC. Políticas públicas de saúde. Política de admissão por Concurso Público. Captação de recursos de outras fontes. Inovações tecnológicas. Reconhecimento da sociedade. Contratualização. Certificação. Captação de melhores fornecedores. Amigos do HU. ANVISA. QUALI SUS. HUMANIZA SUS. DECIT / MS. </p>
AMEAÇAS
<p> Falta de autonomia de gestão orçamentária e financeira. Insuficiência de financiamento dentro da realidade dos serviços prestados. Política de saúde não sintonizada com a realidade das instituições. Cartelização dos fornecedores. Incorporação acrítica de novas tecnologias. HU não ser uma unidade acadêmica. Mudanças nas políticas públicas. Gestão de RH: plano de cargos e salários e falta de autonomia para </p>

contratações.

Entraves na legislação de administração pública.

Falta de reposição de pessoal.

Desvinculação do MEC (perda da característica de hospital-escola).

Ameaça de extinção da folha FAPEU.

Fonte: Plano 2012, p.20-21 – HU/UFSC.

A partir do diagnóstico do ambiente em que o HU/UFSC está inserido, bem como do que foi definido nas etapas anteriores, o comitê passou a elencar as suas questões estratégicas, as quais totalizaram treze e passaram a ser chamadas de Programas, conforme apresenta a Figura 10.

Figura 10 - Programas definidos na primeira versão do planejamento estratégico do HU/UFSC



Fonte: adaptado do Plano 2012 - HU/UFSC.

Esses Programas foram escolhidos por serem os maiores desafios da instituição, além de envolverem ações estratégicas que implicavam no cumprimento de sua missão e no alcance da visão estabelecida para o ano de 2012. Como relata o E1, “as estratégias [...] refletem, primeiro, o panorama que o grupo queria que fosse melhorado no HU. E, segundo, que o HU não participasse da rede do SUS apenas como coadjuvante,

mas como uma instituição que compreendesse a necessidade de crescer no atendimento de altas complexidades”. Finalizada essa etapa, o Diretor Geral do HU/UFSC designou um Coordenador para cada Programa Estratégico, para que eles formassem suas equipes e, juntos, passassem a formular as Estratégias (E) e suas respectivas Ações Estratégicas (AE), representadas nos quadros (12 a 24) à seguir:

Quadro 12 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 1 – Gestão Institucional

E/AE	DESCRIÇÃO
E1	DEFINIÇÃO DO MODELO JURÍDICO DE GESTÃO
AE 1.1	Constituir uma comissão interna para estudar e apresentar modelos jurídicos de gestão.
AE 1.2	Promover e participar de eventos para análise dos atuais modelos de gestão dos hospitais de ensino.
AE 1.3	Definir o modelo de gestão ideal/possível para o HU.
AE 1.4	Desenvolver proposta de articulação político-administrativa para a implementação do novo modelo eleito.
E2	IMPLANTAR O PLANEJAMENTO INSTITUCIONAL DO HU (PIHU)
AE 2.1	Definir uma Comissão interna para estudar e construir a proposta do PIHU.
AE 2.2	Coordenar a implementação gradativa do PIHU conforme prioridades.
AE 2.3	Acompanhar Planos de Melhorias setoriais alicerçados no PIHU.
E3	IMPLANTAR MELHORIAS NOS PROCESSOS INTERNOS TRABALHO
AE 3.1	Criar o Núcleo de Gestão de Processos.
AE 3.2	Revisar o organograma vigente, adequando-o à realidade das funções atuais.
AE 3.3	Discutir com cada Serviço os limites de autor e responsabilidade dos seus processos de trabalho.
AE 3.4	Criar e/ou atualizar manuais de normas e rotinas dos serviços.
AE 3.5	Iniciar a implantação da Acreditação do HU - Nível 1.
AE 3.6	Iniciar a implantação da Acreditação do HU - Nível 2.
AE 3.7	Iniciar a implantação da Acreditação do HU - Nível 3.
AE 3.8	Viabilizar junto à UFSC um assessoramento jurídico.
E4	IMPLANTAR GESTÃO PARTICIPATIVA
AE 4.1	Criar mecanismos para maior democratização do processo decisório no HU.
AE 4.2	Instituir Reuniões Gerais periódicas de avaliação e

	acompanhamento dos processos.
AE 4.3	Diretorias de Área criarem Agenda Mensal de Visita aos setores subordinados.
AE 4.4	Criar o Programa Institucional de Valorização da Criatividade nos processos de trabalho.
AE 4.5	Criar uma "Audiência Pública Interna" anual que envolva todos os servidores.
E5	IMPLANTAR GESTÃO DA INFRA ESTRUTURA
AE 5.1	Criar uma Coordenação ligada à Direção Geral para estudo, avaliação e implantação e/ou reformas de novos serviços.
AE 5.2	Submeter todas as alterações na estrutura interna à legislação vigente.
AE 5.3	Definir uma normatização e fluxo interno de encaminhamentos dos Projetos, obedecendo às políticas de saúde.
E6	REVER O PAPEL E A COMPOSIÇÃO DO CONSELHO DIRETOR DO HU

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 13 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 2 – Gestão de Pessoas

E/AE	DESCRIÇÃO
E7	APERFEIÇOAR O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO PERMANENTE
AE 7.1	Constituir a comissão interna de implantação e monitoramento do Plano de Cargos/UFSC.
AE 7.2	Aplicar e utilizar o levantamento de necessidades de capacitação da Divisão de Capacitação e Afastamento para Formação (DCAF/DDPP) no HU.
AE 7.3	Criar plano de capacitação HU 2006/2012.
AE 7.4	Apresentar plano de capacitação e qualificação profissional do HU junto ao DCAF/DDPP.
AE 7.5	Divulgar o Plano de Capacitação do DCAF/DDPP no HU.
AE 7.6	Apresentar o levantamento de necessidades aplicado no HU pela DCAF/UFSC.
AE 7.7	Organizar e aplicar os cursos necessários no HU – 2006-2007.
AE 7.8	Reavaliar a indicação da Comissão Interna Plano de Cargos/UFSC.
AE 7.9	Reavaliar o instrumento de levantamento de necessidades do DCAF/DDPP no HU – 2008-2009 e 2010-2011.
AE 7.10	Reavaliar necessidades de aplicar levantamento de necessidades para 2008-2009 e 2010-2011.
AE 7.11	Manter curso de educação permanente 2008/2011.

E8	QUALIFICAR GESTORES
AE 8.1	Mapear as necessidades específicas das chefias do HU.
AE 8.2	Propor soluções para essas necessidades em consenso com a Direção Geral.
AE 8.3	Implantar e acompanhar o plano de qualificação permanente dos gestores do HU.
E9	APOIO PERMANENTE AOS GESTORES
AE 9.1	Promover reuniões dos Diretores com suas respectivas chefias de divisão e de serviços.
AE 9.2	Levantar os problemas e as possíveis soluções.
AE 9.3	Execução pelos Diretores das soluções condensadas.
E10	VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL E PESSOAL
AE 10.1	Atividades para dias temáticos (aniversários, dia do servidor público etc.).
AE 10.2	Criar a figura do funcionário revelação – Indicado pelos usuários.
AE 10.3	Atividades relacionadas à qualidade de vida.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 14 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 3 – Gestão da Assistência

E/AE	DESCRIÇÃO
E11	APERFEIÇOAR A QUALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE
AE 11.1	Constituir comissão multiprofissional/interdepartamental para discutir propostas com vistas à qualidade da assistência, conforme as políticas públicas de saúde.
AE 11.2	Analisar a pesquisa de satisfação dos usuários e listar os principais problemas.
AE 11.3	Priorizar problemas diagnosticados.
AE 11.4	Criar propostas de solução e pactuá-las junto à Direção Geral e às áreas envolvidas.
AE 11.5	Implantar as medidas propostas conforme cronograma e disponibilidade de recursos.
AE 11.6	Avaliar sistematicamente a eficácia das medidas implantadas e adotar ações corretivas.
E 12	ESTABELECEER O PROCESSO DE INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA
AE 12.1	Criar comissão multidisciplinar para implementar propostas de integralidade da assistência.
AE 12.2	Implementar ações de referência e contra-referência para o SUS em parceria com instituições usuárias.
AE 12.3	Implementar ações de acolhimento na emergência e no ambulatório.

AE 12.4	Capacitar a equipe de saúde no sentido de se construir vínculos dos trabalhadores e usuários.
AE 12.5	Articular os serviços de saúde da instituição com vistas à integralidade da assistência.
AE 12.6	Implementar o trabalho em equipe interdisciplinar, estimulando a criação de grupos.
AE 12.7	Elaborar uma rede de cooperação do HU com rede básica e outros hospitais da rede de saúde.
AE 12.8	Discutir sobre a possibilidade de criar linhas de produção do cuidado como estratégia gerencial, articulando as coordenações por unidades de produção, viabilizando o processo de coordenação do cuidado.
AE 12.9	Implantar as medidas propostas conforme cronograma e disponibilidade de recursos.
AE 12.10	Avaliar sistematicamente e eficácia das medidas implantadas e adotar ações corretivas.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 15 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 4 – Informatização

E/AE	DESCRIÇÃO
E13	PROSPECTAR SISTEMATICAMENTE SOLUÇÕES DE HARDWARE
AE 13.1	Fazer levantamento técnico voltado para um Diagnóstico da Situação atual em Hardware.
AE 13.2	Definir o tipo de equipamento mais adequado para aquisição em função das necessidades dos serviços.
AE 13.3	Definir formas de equipar laboratório de manutenção de equipamento.
E 14	AMPLIAR EQUIPE TÉCNICA DE MANUTENÇÃO
AE 14.1	Definir formas de ampliar a equipe/suprir necessidades de RH.
E 15	PROSPECTAR SISTEMATICAMENTE SOLUÇÕES DE SOFTWARE
AE 15.1	Fazer levantamento técnico voltado para um Diagnóstico da Situação atual em Software.
AE 15.2	Implementar prontuário eletrônico em áreas não contempladas.
AE 15.3	Migrar prontuário eletrônico para sistema de maior abrangência e reprodutividade.
AE 15.4	Manter uma equipe de pessoal para desenvolvimento e manutenção de software.
AE 15.5	Criar cursos com vistas à adesão progressiva dos usuários do prontuário eletrônico.
E 16	PROSPECTAR SISTEMATICAMENTE SOLUÇÕES EM

REDE	
AE 16.1	Fazer levantamento técnico voltado para um Diagnóstico da Situação atual em Rede.
AE 16.2	Ampliar a Rede HU acompanhando o aumento do Hardware.
AE 16.3	Realizar a restauração da rede existente.
AE 16.4	Preparar o HU para telemedicina e ensino a distância.
E 17	CRIAR EQUIPE DE MANUTENÇÃO INFORMÁTICA 24 HORAS
AE 17.1	Buscar recursos para ampliar a equipe de informática, possibilitando a criação de uma equipe de manutenção do sistema de informática 24 horas.
E 18	IDENTIFICAR POTENCIALIDADES DE UTILIZAÇÃO DE HARDWARE E SOFTWARE
E 19	PRODUZIR E DOCUMENTAR REGISTROS COMPLETOS DOS SOFTWARES E REDE HU

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 16 - Estratégias e ações estratégicas do Programa 5 – Captação de Recursos Financeiros

E/AE	DESCRIÇÃO
E 20	CONSTITUIR NÚCLEO/ASSESSORIA DE PROJETOS
AE 20.1	Estruturar a busca de editais nas áreas de assistência, ensino e pesquisa e assessoria para projetos.
AE 20.2	Capacitar equipe para elaboração, acompanhamento e execução dos projetos, até a sua finalização.
AE 20.3	Divulgar as atividades da equipe de assessoria.
AE 20.4	Capacitar setores para elaboração de seus próprios projetos.
E 21	MANTER PARCERIAS: MS, MEC, SES, SMS
E 22	PROMOVER OS AGENTES FACILITADORES DOS RECURSOS CAPTADOS
AE 22.1	Buscar assessoria para marketing institucional em parceria com o Departamento de Jornalismo da UFSC.
AE 22.2	Manter contatos com os meios de comunicação: AGEKOM, jornais, TV etc.
AE 22.3	Elaborar Mural Divulgação dos recursos captados.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 17 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 6 – Gestão Financeira

E/AE	DESCRIÇÃO
E 23	AUMENTAR O FATURAMENTO TOTAL DO HU
AE 23.1	Construir sistemas de faturamento.
AE 23.2	Melhorar o volume e qualidade da informação da produção hospitalar.
AE 23.3	Melhorar os mecanismos de avaliação do faturamento.
AE 23.4	Criar interfaces com os sistemas de informação hospitalar.
AE 23.5	Desenvolvimento de Software que suporte ao sistema de faturamento.
E 24	RACIONALIZAR O CUSTO TOTAL DO HU
AE 24.1	Criar equipe técnica para atuar na Gestão de Custos em parceria com os Departamentos da UFSC competentes.
AE 24.2	Capacitar as gerencias para tomada de decisão com base na gestão de custos.
AE 24.3	Adquirir equipamento e local adequado para o setor de custos.
AE 24.4	Adequar e melhorar o sistema de custos existentes.
AE 24.5	Reduzir os custos das unidades criando parcerias com o CPMA e demais serviços.
AE 24.6	Promover parcerias com os departamentos de ensino e Coordenação Financeira da UFSC.
AE 24.7	Desenvolver mecanismos de desenvolvimento de pessoal.
AE 24.8	Estabelecer parâmetros de produtividade.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 18 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 7 – Articulação Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão

E/AE	DESCRIÇÃO
E 25	ESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE ARTICULAÇÃO ASSISTÊNCIA – ENSINO – PESQUISA – EXTENSÃO
AE 25.1	Criar Comissão exclusiva para tratar do assunto.
AE 25.2	Garantir representação do HU no Conselho Departamental do CCS.
AE 25.3	Lutar para que os professores substitutos dos departamentos sejam preferencialmente profissionais do HU.
AE 25.4	Garantir representação do HU nos Colegiados de Curso.
AE 25.5	Criar comissão de ensino e pesquisa no HU com participação de docentes.
AE 25.6	Criar comissão de extensão no HU com participação de docentes.

AE 25.7	Fazer com que as atividades de educação permanente tenham a participação de docentes.
AE 25.8	Promover reuniões de planejamento e avaliação das atividades de ensino entre profissionais HU e docentes.
AE 25.9	Lutar pela participação de profissionais do HU em grupos de pesquisa.
AE 25.10	Estabelecer articulação com os diferentes Centros de Ensino da UFSC.
AE 25.11	Estudar as normas de estágios da UFSC e propor melhorias e mudanças para melhor atender ao HU.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 19 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 8 – Ciência e Tecnologia

E/AE	DESCRIÇÃO
E 26	CRIAR COMISSÃO PERMANENTE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA HU – CPCT
AE 26.1	Alocar e espaço físico e insumos para funcionamento da Comissão.
AE 26.2	Elaborar as normas para funcionamento da Comissão.
AE 26.3	Elaborar critérios para aprovação e desenvolvimento de estudos e projetos dentro do HU.
E 27	APOIAR A FORMAÇÃO DE GRUPOS INTERESSADOS EM DESENVOLVER EQUIPAMENTOS, TESTES E NOVAS TECNOLOGIAS
AE 27.1	Desenvolvimento de equipamentos, testes e outras tecnologias aplicadas à educação e à saúde.
AE 27.2	Celebrar convênios com instituições financiadoras para renovação e atualização de equipamentos através de centros de incorporação crítica de tecnologias.
AE 27.3	Celebrar convênios com instituições de desenvolvimento tecnológico e empresas incubadoras de tecnologias.
E 28	APOIAR O DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
AE 28.1	Divulgar as ações de desenvolvimento de tecnologia.
AE 28.2	Implantar infraestrutura para a realização de teleconferências nacionais e internacionais para as diferentes áreas.
AE 28.3	Desenvolver métodos ou instrumentos para facilitar a aceitação, adaptação e cultura de utilização de novas tecnologias.
E 29	PROSPECTAR AS POTENCIALIDADES DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÃO DE INTERESSE DO HU JUNTOS AOS CENTROS DE ENSINO

E 30	INCENTIVAR A PESQUISA NO ÂMBITO DO HU
AE 30.1	Estudar a possibilidade de criação de um Comitê de Ética próprio para o HU.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 20 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 9 – Comunicação Interna

E/AE	DESCRIÇÃO
E 31	TRANSFORMAR A PÁGINA DO HU EM UM PORTAL DE INFORMAÇÕES
AE 31.1	Criar cultura institucional de acesso ao portal, por meio de capacitação.
AE 31.2	Configurar os computadores do HU para abrirem o navegador da internet sempre na página do HU.
AE 31.3	Desenvolver linguagem mais atrativa das informações na Página do HU.
AE 31.4	Melhorar a comunicação via rede no âmbito interno do HU e do HU com a UFSC.
E 32	MELHORAR O SISTEMA DE CIRCULAÇÃO DE DOCUMENTOS
AE 32.1	Criar um sistema informatizado para a circulação de documentos.
AE 32.2	Estudar e/ou aperfeiçoar o fluxo das solicitações escritas.
AE 32.3	Estudar e/ou aperfeiçoar a padronização de impressos do HU.
AE 32.4	Capacitar trabalhadores acerca da circulação de documentos.
E 33	MELHORAR COMUNICAÇÃO VISUAL DA INSTITUIÇÃO
AE 33.1	Elaborar plano de estruturação da comunicação visual da instituição.
AE 33.2	Implementar um projeto de quiosques de informação no HU.
AE 33.3	Implementar uma política de utilização de murais.
E 34	CRIAR BOLETIM INFORMATIVO DO HU
AE 34.1	Criar assessoria para elaborar o jornal.
AE 34.2	Destinar uma pessoa da área de jornalismo para elaborar o jornal.
E 35	CRIAR ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
AE 35.1	Buscar articulações/parcerias de cursos de jornalismo.
AE 35.2	Buscar assessoria/parceria de órgãos de comunicação da UFSC.
AE 35.3	Criar parceria com o Departamento de Jornalismo da UFSC para ter estagiários da área no HU.
E 36	IMPLANTAR SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS
AE 36.1	Disponibilizar na Página do HU Relatório de Custos com hierarquia de acesso.

AE 36.2	Disponibilizar gradativamente outros dados gerenciais, de acordo com a demanda.
---------	---

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 21 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 10 – Gestão de Materiais e Equipamentos

E/AE	DESCRIÇÃO
E 37	REVISAR E MELHORAR O PROCESSO DE ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS
AE 37.1	Sistematizar os procedimentos com vistas a corrigir as falhas na aquisição e recebimento de materiais.
AE 37.2	Criar Banco de Dados atualizado de preços de mercado de materiais de consumo e equipamentos.
AE 37.3	Aperfeiçoar os procedimentos para emissão dos processos licitatórios.
AE 37.4	Padronizar a especificação e uniformizar o vocabulário dos materiais permanentes e de consumo.
AE 37.5	Ampliar o banco de dados de pareceres técnicos, de modo a centralizar todas as Informações.
AE 37.6	Reavaliar, Racionalizar e Padronizar o fluxo para materiais de consumo e permanentes.
E 38	MELHORAR A CONSERVAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS
AE 38.1	Definir com mais clareza as áreas de responsabilidade pelos diversos equipamentos do HU.
AE 38.2	Desenvolver programa de computador para a construção prontuários eletrônicos equipamentos (PEE).
AE 38.3	Desenvolver Manual de Operação do PEE contemplando os diversos usuários.
AE 38.4	Sensibilizar e treinar <i>in loco</i> os usuários do PEE nas respectivas unidades e turnos.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 22 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 11 – Desenvolvimento e Implantação da Alta Complexidade

E/AE	DESCRIÇÃO
E 39	AVALIAR OS CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE JÁ EXISTENTES
AE 39.1	Prover manutenção e atualização do cadastramento com base nos critérios estabelecidos pelo gestor.
E 40	IMPLANTAR NOVOS SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE
AE 40.1	Conhecer dentro das políticas do SUS quais os Serviços de Alta Complexidade.
AE 40.2	Elencar os serviços que o HU tem potencial para oferecer Alta Complexidade.
AE 40.3	Fazer um levantamento do impacto financeiro com a implantação de um serviço.
AE 40.4	Articular as políticas de implantação com o Gestor Estadual e Federal.
AE 40.5	Desenvolver plano de capacitação para dar suporte aos serviços que pleiteiam credenciamento.
AE 40.6	Estruturar os serviços que dão suporte as ações de Alta Complexidade.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 23 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 12 – Transplantes

E/AE	DESCRIÇÃO
E 41	VIABILIZAR ESTRUTURA FÍSICA: INTERNAÇÃO, AMBULATÓRIO, CC, UTI, SETORES DE APOIO
AE 41.1	Obter junto ao MS recursos financeiros para construção, reforma e adaptação de áreas.
AE 41.2	Elaborar projetos (construções e adaptação das áreas) junto ao Escritório Técnico Administrativo da UFSC (ETUSC)
AE 41.3	Realizar processos licitatórios para execução das obras.
AE 41.4	Supervisionar a execução das obras junto ao ETUSC.
E 42	ADQUIRIR EQUIPAMENTOS COM QUALIDADE E QUANTIDADE SUFICIENTES
AE 42.1	Especificar e licitar equipamentos e mobiliários.
AE 42.2	Alocar na área física leitos, mobiliário e equipamentos.
AE 42.3	Sensibilizar o Governo Estadual para a compra de um Tomógrafo.
AE 42.4	Comprar Tomógrafo Computadorizado.

AE 42.5	Instalar de Tomógrafo Computadorizado.
E43	CRENCIAR A UNIDADE HEMOTERÁPICA DO HU JUNTO AO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL
AE 43.1	Adequar a estrutura física às normas de credenciamento do MS.
AE 43.2	Adequar os equipamentos às normas de credenciamento do MS.
E 44	CRENCIAR O PROGRAMA TRANSPLANTE JUNTO A SES/SC
AE 44.1	Encaminhar a documentação necessária à SES e acompanhar o trâmite do processo.
E 45	FIRMAR CONVÊNIOS/CONTRATOS ENTRE A SES/UFSC E UNIVERSIDADE NACIONAIS E ESTRANGEIRAS PARA AJUDAR A SUPERAR AS DIFICULDADES ENCONTRADAS
E 46	DEFINIR AS EQUIPES
AE 46.1	Identificar quadro pessoal profissionais com habilidades/afinidades para atuar no Serviço de Transplante.
AE 46.2	Avaliar a necessidade de novas contratações.
AE 46.3	Viabilizar a contratação de pessoal junto ao MEC (Concurso Público).
E 47	CAPACITAR E TREINAR PESSOAL
AE 47.1	Viabilizar estágios em centros de referência em transplantes, para profissionais relacionados.
AE 47.2	Capacitar pelo menos um profissional de cada área por semestre.
AE 47.3	Mobilizar profissionais para reorganização do processo de trabalho.
AE 47.4	Ampliar o número de vagas para estágios de graduação e pós-graduação (especialização, residência médica, mestrado e doutorado).
E 48	CELEBRAR CONVÊNIO PARA A REALIZAÇÃO DE TESTES DE HISTOCOMPATIBILIDADE
AE 48.1	Celebrar com o Hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC) convênio para realização dos testes de imunogenética para determinar compatibilidade doador- receptor.
E 49	ELABORAR JUNTO COM PESSOAL DE LABORATÓRIO LISTA DE NOVOS TESTES A UTILIZAR
AE 49.1	Levantar testes necessários de rotina de transplante e quais laboratórios ainda não o realizam.
AE 49.2	Adquirir os testes que ainda não são realizados.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Quadro 24 – Estratégias e ações estratégicas do Programa 13 – Marketing Institucional

E/AE	DESCRIÇÃO
E 50	ELABORAR PROJETO DE MARKETING INSTITUCIONAL
AE 50.1	Definir responsável(eis) pela tarefa.
AE 50.2	Buscar formação e/ou subsídios = capacitação do(s) responsável(eis).
AE 50.3	Considerar os dados da Pesquisa de Clima Organizacional.
AE 50.4	Considerar os dados da Pesquisa de Satisfação dos Usuários.
AE 50.5	Entrar em consenso sobre as propostas com a Direção Geral.
AE 50.6	Executar as ações.

Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC.

Após a conclusão de todas as etapas, o Plano 2012 estava finalmente concluído, sendo lançado oficialmente em 13 de Setembro de 2006. A sua divulgação ocorreu por meio de diferentes canais de comunicação, sendo que, para as chefias e demais pessoas ligadas diretamente à elaboração do Plano, foi distribuída uma cartilha com os registros de todas as etapas do processo de elaboração. O Plano 2012 também foi divulgado por meio de comunicados anexados aos contracheques dos servidores e painéis que foram afixados por todo o Hospital. Além disso, foi criada uma página com o objetivo de atualizar todas as informações e o andamento dos Programas. Foi criado, ainda, um boletim informativo para a divulgação de matérias sobre o assunto.

Nesse contexto, a Direção Geral do HU e a EQUIPLAN passaram a monitorar o Processo em sua totalidade, por meio da realização de reuniões mensais com os coordenadores dos Programas, na tentativa de uniformizar a linguagem, sincronizar as ações e manter uma visão sistêmica do Processo.

Depois de transcorridos dois anos de sua implantação, em setembro de 2008, com o HU sob nova Direção Geral, o Plano 2012 foi submetido a uma revisão, com vistas à sua necessária atualização. Para que essa etapa fosse cumprida, houve orientação do Consultor Externo. Além disso, foram realizados quatro encontros entre a Direção do Hospital, a EQUIPLAN, os colaboradores do antigo CAPIHU e novos convidados.

Após a efetiva revisão do Plano 2012, os Programas, que inicialmente eram treze, foram reduzidos para onze por questões técnicas. As alterações ficaram por conta do desmembramento do

Programa de Gestão Institucional, em virtude da necessidade de que fosse criado um programa específico para planejar a implantação da acreditação hospitalar³. A partir disso, foi criado o Programa de Padronização, para o qual foram migradas todas as estratégias e ações estratégicas referentes à acreditação, que até aquele momento faziam parte do Programa de Gestão Institucional. Houve também, a junção dos Programas de Captação de Recursos Financeiros e Gestão Financeira, e dos Programas de Comunicação Interna e Marketing Institucional. Ainda na revisão, o Programa de Articulação Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão foi excluído do Plano 2012. Diante dessas alterações, o Plano 2012 passou a ter outra configuração, conforme demonstra a Figura 11.

Figura 11 - Programas definidos na segunda versão do planejamento estratégico do HU/UFSC.



Fonte: Plano 2012 – HU/UFSC

A partir da atualização do Plano 2012, alguns coordenadores de

³ A acreditação hospitalar “[...] coloca-se como uma referência que estimula os dirigentes das organizações de saúde a cumprirem padrões que expressem em determinado momento o estado da arte da assistência à saúde” (QUINTO NETO; OLIMPIO, 2004, p. 11).

Programas foram substituídos e novas pessoas foram convidadas a compor as equipes de trabalho.

No final de dezembro de 2009, o grupo reuniu-se juntamente com todos os seus colaboradores, para avaliar os trabalhos desenvolvidos durante aquele ano. No encerramento das atividades, foi realizado um seminário no qual os coordenadores das equipes puderam apresentar o andamento dos seus respectivos programas, bem como as facilidades e dificuldades encontradas no percurso. Todavia, após esse encontro, o grupo não reuniu-se mais, e a partir de abril de 2010, o processo simplesmente não foi mais retomado.

A trajetória de cada Programa, bem como os sucessos e fracassos no processo de implementação do Planejamento Estratégico do HU/UFSC são assuntos a serem tratados no tópico seguinte.

4.2.2 O processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC

Neste tópico, apresenta-se a trajetória de cada Programa Estratégico, descrevendo-se os sucessos e fracassos da implementação das estratégias, bem como as facilidades e dificuldades encontradas pelos grupos de trabalho desde o ano de 2006, quando o Plano 2012 foi implantado.

a) O Programa de Gestão Institucional

Este programa tratava de questões importantes, como a revisão do regimento interno e do organograma do HU/UFSC, ambos criados em 1980. Pode-se observar, por meio dos depoimentos dos entrevistados, a grande expectativa em torno da implementação desse Programa, especialmente no que diz respeito às ações estratégicas para mudança no organograma, pois, na opinião de todos, a implementação dos demais Programas dependia de uma readequação da estrutura organização. Contudo, o necessário envolvimento de toda a comunidade hospitalar na discussão desse processo não aconteceu, o que fez com que as decisões ficassem centralizadas no topo da pirâmide. Frente a esse contexto, Rivera (1995; 2003) enfatiza a necessidade de adoção de modelos de gestão interativos, valorativos e comunicativos, que promovam um amplo compartilhamento dos objetivos organizacionais. Como afirma Senge (1990), a visão compartilhada como estratégia contínua e dinâmica favorece o comprometimento das pessoas com o planejamento estratégico da organização.

Apesar da importância desse Programa, não há, no período de

2006 a 2008, registro ou informação por parte dos entrevistados quanto a avanços no seu desenvolvimento. De acordo com o depoimento do E7, “[...] realmente não se fez nada, nem se avançou um único item desse Programa número um”. Este resultado, segundo o entrevistado, pode ser atribuído, entre outros motivos, à “[...] desmotivação e/ou a falta de tempo do então, coordenador do programa”. Durante a gestão do HU/UFSC, no período de 2008 a 2012, o coordenador foi substituído pelo então Vice-Diretor Geral, e, por falta de equipe para desenvolver os trabalhos, o próprio Coordenador da EQUIPLAN passou a atuar como membro do Programa.

Na tentativa de alavancar o Programa no sentido de que avançasse na implementação de suas ações, duas estratégias foram eleitas como prioritárias na revisão do Plano 2012: 1) Realização sistemática de reuniões entre a Direção Geral e Diretorias Setoriais; e 2) Definição mais clara dos Papéis das Pessoas que Compõem o HU. Segundo o E7, “a intenção com essas estratégias era de cobrar com mais intensidade a participação das chefias dentro do processo decisório, pois não havia reuniões de trabalho, não havia estabelecimento de metas, não havia cobrança de resultados, não havia orientação [...]”.

A decisão em priorizar apenas duas estratégias do Programa era exatamente para focar os esforços na sua efetiva implementação, entretanto, essas estratégias não saíram do papel. O único avanço prático identificado no Programa de Gestão Institucional, conforme afirma o E7, refere-se ao resgate do Conselho Diretor do HU/UFSC, que não se reunia desde 1996.

Evidencia-se que as dificuldades na operacionalização do Programa estavam relacionadas à falta de mecanismos de cobrança, envolvimento da alta liderança, centralização na tomada de decisões e envolvimento da comunidade hospitalar.

b) O Programa de Padronização

Devido à necessidade de avaliação e adequação à legislação vigente, com base principalmente na Organização Nacional de Acreditação (ONA), as estratégias referentes à acreditação hospitalar migraram do Programa de Gestão Institucional para o Programa de Padronização, criado especificamente para tratar desse assunto. Em reuniões semanais e quinzenais, a equipe analisou os resultados parciais do Diagnóstico Organizacional Simplificado emitido pela ONA e, a partir disso, elaborou as estratégias para este Programa.

Apesar de sua importância, o Programa de Padronização, que tinha como função principal utilizar o sistema de Acreditação de

padronização dos procedimentos na área da saúde e, assim, atender às exigências do novo contrato de gestão do HU com a SES-SC (contratualização), apresentou muitas dificuldades em sua condução. Entre elas, segundo o E16, estava o desconhecimento, de toda a comunidade do hospital, acerca do significado de acreditação. Diante dessa falta de informações, houve dificuldades de agregar pessoas ao Programa. Outra dificuldade identificada pela equipe foi “a falta de entendimento da própria direção do hospital de que esse Programa era crucial para a melhoria contínua dos processos (E9)”. Tais depoimentos reforçam as argumentações de autores como Senge (1990) e Rivera (2003) em relação à necessidade de uma visão sistêmica nos processos estratégicos das organizações. A essência do pensamento sistêmico, segundo Senge (1990), está em entender as mudanças e ver o inter-relacionamento subjacente a um problema. Esse processo permite às pessoas tomarem consciência das suas possibilidades de intervenção na realidade, despertando nelas o sentimento de pertencimento e corresponsabilidade, o que favorece, inclusive, a superação das resistências à implementação do planejamento estratégico.

A implementação das ações estratégicas desse Programa esbarrou, ainda, segundo os entrevistados, na indisponibilidade de recursos financeiros, o que converge com as assertivas de Andrews (2006); Vasconcellos Filho e Pagnoncelli (2001), que afirmam que as estratégias devem ser viáveis e compatíveis com os recursos disponíveis na organização.

Destaca-se, por fim, que nenhuma estratégia formulada para este Programa foi implementada, assim, o planejamento ficou apenas “no papel”.

c) O Programa de Gestão de Pessoas

Diversos pontos fracos da organização, identificados por ocasião da análise interna, estavam relacionados à questão estratégica, o que levou muitos dos entrevistados a considerar a falta de uma política de pessoal como um dos maiores entraves na gestão do HU/UFSC. Na opinião do E10, um ponto relacionado a isso estava na fragmentação dos processos, “[...] porque nós temos um nó na gestão de pessoas nessa instituição, ela se dá muito pela forma como as coisas estão organizadas, pela fragmentação que existe, ou mesmo porque determinadas ações são feitas por uma única pessoa que tem o domínio de tudo [...]”.

Outro ponto considerado relevante no momento de formular as estratégias e ações estratégicas do Programa estava relacionado aos ruídos na comunicação entre o HU/UFSC e a Pró-Reitoria de

Desenvolvimento Humano e Social (PRHDS/UFSC), o que muitas vezes resultou em distorções nas informações repassadas. Nesse sentido, segundo o E10, “era necessário reformular toda a Divisão Auxiliar de Pessoal do HU, fazendo uma ponte com a PRDHS/UFSC para se ter uma estrutura que falasse inclusive com a Universidade”. Todavia, o ponto considerado mais relevante nessa reestruturação referia-se à valorização do sujeito trabalhador: “isso implicava em se ter outro olhar para esse trabalhador” (E10).

Nesse contexto, o Programa de Gestão de Pessoas tinha o objetivo principal de propor uma política de gestão que objetivasse estabelecer uma valorização dos trabalhadores, consubstanciada nos princípios do SUS, com vistas a uma gestão de qualidade, em que a valorização do trabalho fosse um instrumento importante para a atenção à saúde e a criação de vínculos entre os trabalhadores, a população e a própria instituição. Assim, o teor da proposta contemplava o desenvolvimento de processos que envolvessem: agregar; integrar; incentivar; desenvolver; manter e acompanhar pessoas.

De acordo com o E3, “O grupo realmente se dedicou e trabalhou durante dois anos para que essa política fosse efetivamente construída [...]”. A equipe se reuniu, discutiu e elaborou uma proposta com base na literatura, nas legislações pertinentes à gestão de pessoas, nas rotinas existentes na UFSC, bem como nas necessidades identificadas durante a elaboração do Plano 2012.

Ao concluir os trabalhos, a equipe disponibilizou a proposta na página do HU/UFSC, para que as pessoas pudessem contribuir com sugestões que aprimorassem o processo. O próximo passo consistiu na submissão da proposta para avaliação da Diretoria de Administração do Hospital e da PRDHS/UFSC. Não havendo retorno sobre a avaliação da proposta por parte dos dois setores, ela foi encaminhada à Direção Geral do HU para providências quanto à sua implementação. Diante de mais uma tentativa frustrada e de uma resposta que nunca foi dada, o E7 declara que “o Programa caminhou bem até a conclusão da proposta de uma política de gestão de pessoas para o HU/UFSC, no entanto, a sua implementação simplesmente não aconteceu. Não foi feita nenhuma tentativa sequer para colocar essas ações em prática”. O E14, quando questionado sobre o viés de execução das estratégias, declarou que:

No Programa de Gestão de Pessoas não foram formuladas estratégias que fossem inaplicáveis. Ficou um trabalho que havia possibilidade de implementar. O que aconteceu é que aquele trabalho não foi nem cogitado a ser praticado, é

diferente, não é porque ele estava dissociado da prática, é porque não foi dada continuidade, não foi dito, não foi esclarecido que aquilo era para ser implementado, ninguém disse vamos fazer, a diretoria não disse vamos fazer. E ficou por isso. É claro que teriam dificuldades, alguns enfrentamentos, mas nem foi tentado. [...] se implementado, as propostas do programa mudariam muitas coisas, muitas políticas, por exemplo: política de avaliação, política de frequência, política de ação, e essas mudanças nem sempre são fáceis, então, isso também não aconteceu porque se colocou ali dificuldades em assumir, de encarar, sei lá. Por isso, é que eu digo: Como envolve questões políticas e relações de poder, tem que se pensar muito se este PE é desejado pelos dirigentes, por quem tem o poder da caneta.

O depoimento confirma as assertivas de Bossidy e Charan (2002) de que de nada valem boas estratégias se a organização não souber executá-las. Assim como também reforça as afirmações de Pereira (2010) em relação ao Planejamento estratégico enquanto um processo político que envolve conflitos, poder e interesses. Segundo o autor, as relações de poder jamais deverão ser desconsideradas, uma vez que determinam os rumos estratégicos da organização.

Pode-se perceber uma grande frustração do grupo que trabalhou essa questão estratégica, pois apesar de a política de gestão de pessoas ter sido efetivamente concluída, a falta de envolvimento da Direção Geral do HU, das lideranças na área de gestão de pessoas da UFSC e do próprio Hospital resultou no engavetamento da proposta de implementação. Em concordância com a fundamentação teórica que norteou este estudo, o resultado reforça a importância da liderança na condução do planejamento estratégico das organizações. Segundo Hrebiniak (2006), o planejamento estratégico não deve ser considerado apenas uma afirmação das aspirações de uma organização, mas sim um processo que inclui o que deve ser feito para tornar estas aspirações em realidade.

d) O Programa de Gestão da Assistência

O principal objetivo deste Programa estava relacionado às orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), quanto a melhorias da

qualidade na atenção à saúde e na definição de processos que visassem à integralidade da assistência.

Diante disso, foram criadas estratégias no Programa para identificar, por meio de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, problemas e especificidades da segurança dos pacientes nas diversas unidades de internação da instituição, com vistas a propor a partir de então, ações de melhoria contínua.

Na primeira ação para a implementação dessas estratégias, a equipe solicitou a aquisição de pulseiras de identificação dos pacientes e placas acrílicas para a sua identificação nos leitos. Entretanto, de acordo com o E8 e E9, a Direção do HU entendeu que a atuação das equipes se limitava a elaborar propostas, não lhes cabendo, portanto, decidir pela execução. O E9 argumenta que “[...] era frustrante, porque executar não podia, propúnhamos, mas não avançava [...], essa postura acabou por gerar muito conflito, desmotivação e por fim, a desarticulação da equipe que conduzia esse Programa”. Nas palavras do E8, “[...] apesar de exaustivamente, ter se tentado implantar as ações para identificação dos pacientes, a direção nunca achou isso importante. E, nesse caso, não dependeu sequer de recursos financeiros, porque a tal pulseirinha não é cara. Foi desestimulante, ficar quatro anos tentando atingir uma única estratégia e não conseguir nada”.

No fim de 2008, o Programa ganhou uma nova coordenação e outras pessoas foram convidadas a integrar a equipe. Após muita discussão, o grupo decidiu por resgatar o pedido de identificação dos pacientes, então, os encaminhamentos para as aquisições necessárias foram autorizados. Inicialmente, foram adquiridas as placas de acrílico e, em parceria com a Área de Informática do Hospital, desenvolvido um Sistema para identificação dos pacientes. Quanto às pulseirinhas, o grupo aguarda a realização de um processo licitatório. No entanto, como enfatiza o E9, a utilização das pulseiras envolve mudança de procedimento na Enfermagem e no Serviço de Pronto-atendimento do Paciente. Nesse sentido, para se instrumentalizar melhor, o grupo participou de um curso prático que tratava do tema, promovido pelo Hospital Albert Einstein. Posteriormente, com mais clareza, o grupo solicitou à Direção do Hospital que fosse criado um Comitê de Segurança do Paciente, desvinculado do Plano 2012, que acabou sendo aprovado em outubro de 2010, com a nomeação dos membros por meio da Portaria n.º 140/DG/2010. Sobre o assunto, o E9 informa que a função do comitê não consiste em apenas identificar o paciente, mas em investigar as causas de erros e propor melhorias.

Nesse sentido, o grupo implantou um plano piloto em uma das

clínicas de internação do HU, para testar o uso do formulário de notificações. Simultaneamente, o comitê encaminhou um curso de capacitação para treinar as pessoas a usarem a impressora das pulseiras e sensibilizá-las sobre a importância de notificar e informar, e, mais do que isso, o que seria feito com essas notificações.

Todavia, todos os estudos e encaminhamentos para implementação das ações já não estão mais vinculados ao Planejamento Estratégico (PE), conforme informa o E9,

[...] o grupo persistiu por vontade própria, em nenhum momento nos foi solicitado, nos foi cobrado [...] nenhuma ação sequer. [...] então pensamos se não era possível ter um PE atrelado à vontade e as diretrizes de uma direção e fluindo da forma como deveria ser, mas que era possível fazer alguma coisa e, o mínimo que se conseguisse já era melhor do que nada. No entanto, temos clareza que está ficando muito difícil, e que sem apoio podemos fazer muito pouco. [...] a implementação das estratégias pensadas para este programa, envolve mudança na infraestrutura, melhoria nos processos, reformas, aquisição de mobiliários mais adequado, em fim, envolvimento e apoio da direção para que essas coisas aconteçam. Como chegamos a esta conclusão e como as pulseiras não foram adquiridas, cancelamos o curso de capacitação e estamos aguardando, pacientemente, a troca de gestão para apresentar uma proposta.

Tais depoimentos confirmam as argumentações de Pereira (2010) de que para o planejamento estratégico ser implementado com sucesso, a alta liderança da organização deve compreender o seu verdadeiro sentido, estar consciente de suas responsabilidades e se envolver inteiramente no processo.

Ainda em relação às dificuldades enfrentadas para operacionalizar o Programa, o E13 acrescenta a grande dificuldade de agregar pessoas ao grupo, principalmente, os profissionais médicos, cuja participação, em sua opinião, seria imprescindível. Nesse aspecto, presume-se uma forte relação do planejamento estratégico com as características das organizações hospitalares, amplamente discutidas por Mintzberg (2006c), Rivera (2003) e Dussault (1992).

Por fim, pode-se verificar que este Programa passou por três

coordenações, e, apesar da dedicação de todas as pessoas envolvidas no trabalho, nenhuma de suas estratégias foram efetivamente implementadas.

e) O Programa de Tecnologia da Informação

O Coordenador desse programa, juntamente com sua equipe, elaborou uma planilha com uma proposta detalhada para a implementação das estratégias pensadas no Plano 2012. Essa planilha foi encaminhada a todos os setores do Hospital, para avaliação e possíveis contribuições. De acordo com o E17, alguns servidores devolveram o documento com sugestões e algumas foram incluídas na planilha. Apesar de não ter havido uma avaliação do Programa, como afirma o E13, algumas ações estratégicas vêm sendo parcialmente implementadas, como por exemplo: implantação de mecanismos de atendimento às necessidades de manutenção de equipamentos de informática; implantação de uma política de impressão no HU, com um maior compartilhamento de impressoras nos setores e substituição de impressoras deficientes por mecanismos mais eficientes e alteração gradativa na estrutura de rede.

No entanto, para o E17, algumas ações estratégicas seriam implementadas independente de se terem ou não um planejamento estratégico. Em suas palavras: “[...] foi parcialmente implementado, mas não por uma questão associada ao planejamento estratégico, a necessidade impunha isso, [...] e o tempo nos obrigou a implementar aquilo ali, pois tratava de coisas absolutamente óbvias que tinham que acontecer [...]”.

Os entrevistados E13 e E17 acrescentam que, além das estratégias pensadas no Plano 2012, outra estratégia vem sendo formada no decorrer do período, e atribuem isso não somente devido ao rápido desenvolvimento da Tecnologia de Informação, mas também à necessidade de que o Hospital implantasse um novo sistema informatizado para gerenciar suas atividades - o Aplicativo de Gestão para os HUs (AGHU). O projeto é do Ministério da Educação (MEC) e têm por objetivo padronizar práticas assistenciais e administrativas entre os 46 hospitais universitários ligados às Instituições Federais de Ensino Superior. O aplicativo faz parte das ações do Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários (REHUF). Enfatiza-se que a formação de estratégias emergentes para decisões de natureza mais pontual e operacional, conforme menciona Crémadez (apud RIVERA, 2003), é uma característica própria das organizações hospitalares.

Apesar do esforço da equipe em implementar estratégias que

objetivavam contribuir para o alcance das metas organizacionais, o Programa enfrentou problemas tanto de ordem financeira quanto de entendimento por parte do corpo diretivo acerca do significado de planejamento estratégico, conforme declarou o E17. Essa afirmação encontra respaldo em Ansoff e McDonnell (1993), quando alertam que uma das limitações do planejamento estratégico está na falta de habilidade e compreensão dos líderes e resistência comportamental às mudanças. Para eles, a falta de conhecimento e habilidade leva os líderes tanto a resistir à implantação do planejamento estratégico, quanto a realizá-lo inadequadamente.

O E7 corrobora com o assunto ao argumentar que houve um bom envolvimento da equipe para a elaboração do plano de trabalho, mas a sua implementação esbarrou em inúmeros problemas, principalmente os concernentes ao respaldo adequado da alta liderança do HU/UFSC.

f) O Programa de Gestão Financeira

Na primeira versão do Plano 2012, este Programa tinha por objetivo implementar estratégias que visassem melhorias no sistema de captação de recursos financeiros, bem como a redução de custos e o aumento no faturamento do HU/UFSC. Ressalta-se que esses eram dois Programas separados, no entanto, devido às dificuldades em implementá-los, as duas equipes, em concordância com a EQUIPLAN, decidiram por juntá-los e priorizar uma única estratégia, que era de reduzir os custos e aumentar o faturamento da instituição.

De acordo com a E16, “o HU possui um sistema de faturamento muito ultrapassado, [...] o hospital produz, mas por falta de informação, há uma grande dificuldade para faturar os procedimentos que são realizados”. Para melhorar o faturamento do HU/UFSC, o grupo procurou discutir ações para a implantação de um sistema de faturamento hospitalar informatizado, com vistas a melhorar a qualidade da informação na produção. No entanto, essa estratégia não foi implementada, pois dependia da informatização do prontuário dos pacientes, e esse Sistema não havia sido implantado. O E4 argumenta que o sistema de faturamento hospitalar, “é um grande sistema que precisa de envolvimento de outras áreas, ele não consegue evoluir nunca, porque pra digitalizar você necessariamente precisa do prontuário do paciente informatizado, porque todos os dados do faturamento estão relacionados a um número que é o paciente [...]”.

Quanto à estratégia para redução dos custos hospitalares, os entrevistados declararam que houve muita dificuldade de agregar pessoas para discutir uma proposta de ação. Segundo o E 16, “chegou

um momento que vimos que era necessário trabalhar em conjunto com as clínicas de internação e com o Programa de Gestão de Materiais. [...] nós necessitávamos dessa integração e como nós não conseguimos fazer isso”. Para o entrevistado, faltou sensibilização nas bases acerca da importância do PE para a instituição.

Assim, para o E7, o Programa de Gestão Financeira avançou nas discussões, porém praticamente todas as estratégias definidas para aumentar o faturamento e racionalizar os custos do HU/UFSC não foram implementadas, pois, a exemplo dos demais Programas, não houve uma programação de recursos financeiros, contratação de pessoal e envolvimento da Direção Geral do Hospital para que isso ocorresse.

g) O Programa Institucional de Ciência e Tecnologia

De acordo com a Cartilha do Plano 2012, houve a nomeação de um Coordenador para operacionalizar este Programa, contudo, não foi identificado nenhum registro nos relatórios da EQUIPLAN quanto à formação de uma equipe para discutir a sua operacionalização. Em decorrência disso, nenhuma atividade foi realizada para a implementação de estratégias nessas áreas. Pode-se comparar esse fato à citação de Ansoff (1991, p. 177), de que “[...] não há nenhum mistério em formular estratégias, o problema é fazê-la funcionar”.

h) O Programa de Comunicação Interna e Marketing

Este Programa surgiu a partir da junção do Programa de Comunicação Interna e do Programa de Marketing. Para que houvesse uma melhor operacionalização do Programa de Comunicação Interna e Marketing, ele foi dividido em dois subgrupos: Comunicação Visual e Comunicação Educativa.

Para a implementação das estratégias que visassem uma melhoria na comunicação visual do HU/UFSC, foi desenvolvido um estudo para criar uma logomarca para o Hospital, além de placas de sinalização (direcionais e proibitivas) para serem colocadas em todas as suas instalações. De acordo com o E1, como parte desse estudo “foram vistas as questões práticas quanto à comunicação visual da organização, através de visitas nos locais, para sentir a real necessidade”. Ressalta-se que esse trabalho foi desenvolvido em parceria com a UFSC e teve, ainda, a colaboração de um professor do Curso de *Desing*, além da participação de toda a Diretoria do HU/UFSC. Nas várias reuniões que aconteceram, o grupo definiu a logomarca, bem como as cores, fontes e símbolos que constituiriam as placas.

Embora a colocação das placas tenha acontecido, o E14

argumenta que “para implementar as ações dependia de tomada de decisão e o grupo começou a se desarticular, as reuniões começaram a minguar, as pessoas foram desistindo até as reuniões não acontecerem mais”. Ainda, segundo o entrevistado, apesar de não haver o envolvimento da Direção do HU, a chefia do Serviço de Comunicação do HU, em parceria com o Professor do Curso de *Desing* e alguns alunos que eram bolsistas na época, deu continuidade à implementação da estratégia.

“No presente momento já foi realizada a comunicação visual em todo o primeiro andar do hospital e há um planejamento para que o segundo andar também seja contemplado, dependendo apenas da realização de um processo licitatório para a aquisição do material necessário”, informa o E14.

A equipe de Comunicação Educativa, por sua vez, ficou responsável por desenvolver o processo de comunicação interna no Hospital, apoiando-se, para isso, em uma proposta de gestão da comunicação interna, desenvolvida com o apoio da Agência de Comunicação da UFSC. O Modelo de Comunicação Educativa refere-se a uma ferramenta auxiliar para a definição de estratégias comunicativas, mas também é um processo educativo, que objetiva o desenvolvimento da competência comunicativa do HU/UFSC.

De acordo com o E1, o grupo estudou a legislação pertinente, para então discutir o que seria realmente necessário para que essa estratégia fosse efetivamente implementada. Inicialmente, a equipe promoveu três cursos de capacitação: 1) Agentes Comunicadores do Plano 2012 do HU; 2) A Gestão da Comunicação Educativa Organizacional no HU; e 3) Formação de Multiplicadores da Comunicação Educativa no HU. Na sequência, foi construído um projeto de pesquisa com autorização do comitê de ética da UFSC, cujo título era: “Processo de mudança para o desenvolvimento de modelo de gestão apoiado na comunicação educativa em hospital público.” O objetivo geral da pesquisa era avaliar a percepção de servidores do setor saúde sobre os problemas comunicacionais existentes em um hospital-escola público e buscar perspectivas para sua resolução, antes e depois da aplicação do Modelo de Comunicação Educativa (MCE).

O grupo ainda tinha como responsabilidade incluir uma proposta para a comemoração dos trinta anos do HU/UFSC, que aconteceria em maio de 2010. A proposta consistia na elaboração de um vídeo institucional, além de uma série de atividades festivas.

Apesar das inúmeras reuniões, o grupo enfrentou problemas de diversas ordens, como: falta de envolvimento da liderança formal; falta

de recursos financeiros; dificuldades no relacionamento entre alguns de seus membros, e, por consequência, falta de consenso na elaboração das propostas. Nesse sentido, houve uma desmotivação geral e o número de pessoas nas reuniões passou a diminuir significativamente, como informa o E23. Assim, a implementação das ações ficou consideravelmente comprometida. Nas palavras do E23: “As festividades, algumas ações foram realizadas, outras não, os cursos, alguns aconteceram, outros não. O colaborador responsável pelo vídeo institucional se queixava da falta de material para realizar o projeto e a pesquisa não saiu do papel”.

Por fim, a Coordenadora do Programa aposentou-se em 2010 e, diante disso, as discussões para a implementação das estratégias não foram mais retomadas.

i) O Programa de Gestão de Materiais e Equipamentos

A formulação das estratégias para o programa de materiais e equipamentos tinha por objetivo a criação de uma política de compras que garantisse a qualidade e a adequabilidade dos produtos; a rapidez de resposta no processo de suprimentos e a participação de todos os envolvidos nas etapas do processo de compras, informa o E25. O entrevistado ainda explica que o Programa visava melhorar os processos de aquisição, identificação, visualização e manutenção dos equipamentos hospitalares, pois a falta desses cuidados representa insegurança sobre a sua eficácia frente às necessidades assistenciais.

A Coordenadora do Programa conseguiu formar uma equipe com pessoas que representavam as diversas áreas envolvidas no processo de compras do HU/UFSC, no entanto, como informa o E24, as discussões giravam basicamente em torno dos problemas operacionais de cada uma das áreas e das angustias dos atores envolvidos. Nesse contexto, o E22 lembra que um ano após o início das reuniões o grupo já estava totalmente desmotivado, e, como consequência, as reuniões deixaram de acontecer.

Em junho de 2008, diante da troca de gestão do Hospital, o Programa ganhou uma nova Coordenação, que desistiu da função seis meses após sua nomeação. Sob a coordenação de uma terceira pessoa, o grupo voltou a se reunir em 2009, mas também encontrou muitas dificuldades em avançar na elaboração de uma proposta. O E25 argumenta que “começamos do zero, havia muita angústia e descontentamento”. O E22, por sua vez, esclarece que “nas reuniões as pessoas sentiam necessidade de falar sobre os problemas de seus setores e da instituição em geral e houve muitas discussões do que seriam

rotinas e do que seriam estratégias”.

No entanto, o E25 explica que “o grupo também conseguiu trabalhar tecnicamente, buscando conhecer outras realidades, como o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o Grupo Conceição-RS, para subsidiar as propostas de implementação das estratégias”.

De acordo com os entrevistados, foi diagnosticada uma série de problemas no processo de compras do HU/UFSC, porém, a implementação de ações que representassem mudanças mais significativas não aconteceu, pois dependia de contratação de pessoal e envolvimento da liderança formal da instituição. De acordo com o E25, “[...] quando o grupo estava motivado e preparado para elaborar uma política de compras para o HU/UFSC, o Plano 2012 já estava agonizando [...]”. O depoente informou ainda que, como consequência, o Programa ficou somente no nível de discussões, porém, por exigência do Tribunal de Contas da União (TCU) e da Controladoria Geral da União (CGU), algumas estratégias emergentes passaram a ser implementadas.

j) O Programa de Desenvolvimento e Implantação de Alta Complexidade

De acordo com a Cartilha do Plano 2012, houve a nomeação de um Coordenador para viabilizar este Programa, contudo, não foi identificado registro algum nos relatórios da EQUIPLAN quanto à formação de uma equipe para discutir sobre a sua operacionalização. Em decorrência disso, nenhuma atividade foi realizada para a implementação de estratégias nessas áreas. No entanto, ressalta-se que o transplante, apesar de estar inserido no grupo de alta complexidade, recebeu tratamento diferenciado, com a criação de um Programa próprio para agilizar sua operacionalização. Ainda de acordo com os registros da EQUIPLAN, não houve, por parte da liderança formal da organização, um claro entendimento do que o Plano 2012 representava para o HU/UFSC.

k) O Programa de Transplantes

A implantação do Programa de Transplantes foi uma das metas pactuadas, em 2004, entre o HU/UFSC e a Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC) (gestor do SUS), objeto inclusive, da Visão estabelecida no Plano 2012.

Este estudo empírico constatou que o Programa de Transplantes foi o único totalmente implementado, porém, os depoentes afirmaram que isso ocorreria independentemente do hospital ter ou não um

planejamento estratégico. Tais afirmações estão relacionadas, principalmente, ao insucesso dos demais Programas, haja vista que o Programa de Transplante foi o único que teve total envolvimento do corpo diretivo da instituição.

Segundo o E26, “todos os esforços da Direção do Hospital se concentraram para viabilizar esse Programa, incluindo a captação de recursos financeiros e contratação de profissionais médicos”. Além disso, o E1 ressalta que “também contribuiu para o sucesso desse programa o fato de que o Coordenador era um médico que atuava também na SES/SC e com um grande envolvimento nos programas de transplantes das maiores instituições de saúde do país”.

Por outro lado, na avaliação do E10, “[...] a gente não é referência em alta complexidade, porque não temos uma política de alta complexidade implementada na instituição”. Na opinião do E14, “as cirurgias de transplantes foram feitas de forma isolada, e com interesses individuais envolvidos. [...] com integração, o sucesso do resultado é mais garantido [...]”.

Tais depoimentos refletem uma angústia em relação aos impactos que as cirurgias de transplantes causaram na instituição, principalmente no que se refere ao aumento de demandas em todas as áreas. A ênfase dada pelos depoentes foi quanto à não implementação dos demais Programas, os quais, segundo eles, foram criados, exatamente, para dar suporte à transformação do HU/UFSC em um centro de excelência em alta complexidade, com vistas a garantir, dessa forma, a qualidade necessária para o alcance de sua Visão.

Diante dos resultados obtidos na implementação do Plano 2012, constatou-se uma frágil compreensão de que, para a organização alcançar os seus objetivos, é mandatório que haja uma congruência entre todas as suas estratégias, não apenas no momento de criá-las, mas, sobretudo, no momento de implementá-las. Desse modo, verificou-se que o entendimento da organização enquanto um conjunto de processos inter-relacionados e indissociáveis, que afetam uns aos outros, não prevaleceu no momento da execução do Plano 2012, implicando em distanciamento entre a intenção e a prática desse processo. Em outras palavras, constatou-se um afastamento entre o que os membros da CAPIHU acreditavam no momento da elaboração do Plano 2012 e os resultados revelados nesta pesquisa no que concerne a sua implementação. Esse resultado vai ao encontro dos ensinamentos de Porter (1999), quando o autor define estratégia como a criação de compatibilidade entre as atividades da organização, e afirma que seu êxito depende do bom desempenho de muitas atividades – não apenas de

umas poucas – e da integração entre elas.

Nesse sentido, caso não haja compatibilidade entre as atividades, não existirá uma estratégia diferenciada e a sua sustentabilidade será mínima, como pode ser comprovado neste estudo de caso. Considerando que as estratégias não têm um fim nelas próprias, é preciso que estejam conectadas e inter-relacionadas, para que a ação resultante desse processo favoreça as mudanças necessárias na organização.

Ainda que uma série de fragilidades tenha sido constatada, a maioria absoluta dos sujeitos entrevistados, quando questionados sobre as vantagens que o Plano 2012 trouxe ao HU/UFSC, apontou para uma melhor compreensão do funcionamento da instituição como um todo. Considera-se relevante, então, destacar alguns depoimentos nesse contexto:

- E16: “A parte boa foi a união das pessoas, [...] facilitou a funcionalidade dos setores, a gente consegue conversar com as pessoas de uma maneira diferente”.
- E4: “[...] o que melhorou foi a comunicação entre as diversas raiais que estão envolvidas com seu planejamento tático [...]”.
- E5: “Nós tivemos durante esse período um processo de amadurecimento, [...] a gente melhorou bastante, crescemos como instituição, a gente conheceu quais os anseios, as frustrações e as dificuldades dos outros setores [...]”.
- E6: “[...] o planejamento chegou a mexer com as pessoas e isso foi bom [...]”.
- E7: “[...] aprender como não deve ser feito é um negócio inestimável, [...] porque nós erramos um monte, se a gente voltar a fazer outro PE, certamente nós já vamos eliminar vários erros e vamos aumentar muito a chance de dar certo, então, eu acho que a pedagogia do erro é fantástica [...]”.
- E9: “[...] hoje nós temos clareza dos nossos pontos fracos, foram algumas horas trabalhadas, então não dá para dizer que foi trabalho em vão”.
- E10: “[...] ele permitiu, apesar de ser um grupo pequeno, que parássemos para pensar a instituição e definíssemos metas para serem alcançadas [...]”.
- E13: “[...] processo em si, ele foi bom, despertou as pessoas [...]”.
- E18: “[...] ele permitiu que todos conversassem entre si, e isso

foi uma coisa muito boa. Foi a primeira vez que fizemos isso [...]”.

- E20: “[...] acho que o hospital, enquanto instituição, deu um salto qualitativo, acho que ele se profissionalizou mais [...]”.

Os presentes depoimentos permitiram compreender a grande importância atribuída ao processo do planejamento. Essa percepção, de certa forma, confere credibilidade às assertivas de Drucker (2002), quando ele destaca que o processo do planejamento estratégico é mais importante do que seus resultados. Segundo o autor, é principalmente durante as reuniões e discussões do planejamento estratégico que ocorre o processo de aprendizagem. Esse processo, de acordo com a literatura estudada, pode contribuir para a formação de um pensamento estratégico dentro das organizações.

Embora do reconhecimento das vantagens que o processo trouxe a organização tenha sido identificado, ele não diminuiu o sentimento de frustração provocado pelo fracasso do Plano 2012, conforme revelado pelos seus protagonistas durante os diferentes momentos das entrevistas.

Atendendo ao último objetivo específico deste estudo, no tópico seguinte apresenta-se a descrição e análise dos fatores organizacionais que influenciaram nos resultados do processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC.

4.3 FATORES ORGANIZACIONAIS QUE INFLUENCIARAM O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HU/UFSC

4.3.1 A estrutura organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012

A estrutura de uma organização especifica a divisão de suas atividades, mostrando como estão interligadas; apresenta o nível de especialidade do trabalho e a disposição da hierarquia e da autoridade, mostrando as relações de subordinação existentes (STONER, 1985). Essas estruturas são representadas nas organizações por meio de organogramas. O organograma da organização em estudo apresenta-se com uma reduzida linha intermediária entre o núcleo operacional e o ápice estratégico, uma tecnoestrutura pequena, mas com uma equipe de apoio totalmente elaborada. Além disso, reproduz um modelo de estrutura característica das organizações profissionais descritas por Mintzberg (2006b), cuja influência na implementação do planejamento

estratégico é discutida ainda neste tópico.

Como ponto de partida para a análise da influência da estrutura organizacional do HU/UFSC na execução do seu processo estratégico, inicialmente o seu organograma é descrito. Ressalta-se que o atual organograma da instituição foi desenvolvido em 1980, devido à sua inauguração, e passou por uma única revisão, em 1996. Se no ano de sua revisão, segundo os entrevistados, o organograma da instituição já era considerado insuficiente e inadequado, após as alterações que foram realizadas, a estrutura do hospital tornou-se ainda mais despreparada para atender às demandas da sociedade e da própria instituição.

Uma questão relacionada a isso, segundo os depoentes, está na junção de várias divisões da Diretoria de Administração do Hospital. O organograma previa, por exemplo, uma Coordenadoria de Informática e uma Divisão Financeira, as quais, após a revisão, passaram a ser Serviços vinculados à Divisão de Material. A Divisão de Serviços Gerais incorporou a Divisão de Manutenção, transformando-a também em um Serviço. A Creche, que até aquele momento era uma Coordenadoria, passou a se subordinar à Divisão de Pessoal, também como um Serviço. Sem nenhuma afinidade entre as atividades dessas importantes áreas, na prática, a subordinação proposta no novo organograma simplesmente não aconteceu, e não acontece até hoje, pois há uma total ingerência sob as áreas que foram incorporadas, conforme afirma o E25. De acordo com esse entrevistado, “não houve um estudo ou uma discussão para as mudanças no organograma, a decisão ficou centralizada nas mãos do Diretor que, apesar de serem aprovadas no Conselho Diretor do HU/UFSC, tinham como único propósito reduzir as gratificações de chefias na instituição”. O E27 afirma que, além dessas supressões, outras estruturas importantes para atender às demandas da instituição não foram criadas, como o Núcleo de Engenharia Clínica, que existe na realidade, apesar de ainda não estar contemplado no organograma.

O E5 compartilha da mesma opinião quanto à inadequação da estrutura organizacional do HU/UFSC, ao afirmar que ela “[...] não reflete para o que agente precisa para fazer o negócio funcionar, [...] eu vejo que tem setores que não eram para estar juntos e estão, outros eram para estar juntos e não estão, [...] eu acho que não funciona do jeito que está hoje”.

Com a mesma percepção, o E8 fala da estrutura da Diretoria de Apoio Médico Assistencial, que possui duas Divisões, o que resulta em uma série de Serviços completamente diferentes sob a sua coordenação. Por exemplo, os Serviços de Nutrição, Farmácia, Assistência Social, Psicologia e Prontuário do Paciente estão vinculados a uma única

Divisão. Nas palavras do E8,

Eu acho que tem Diretoria sobrecarregada, muito sobrecarregada, Diretoria com muitos Serviços com coisas completamente diferentes, eu acho que teria que abrir um pouco mais, não sei se em Diretorias, mas em mais Divisões, dividir um pouco esse trabalho, porque fica na mão de uma ou duas pessoas [...], eu vejo muito pela minha Diretoria (se referindo a Diretoria de Apoio Médico Assistencial). Eu acho que dificulta a gestão disso, a resolução dessas coisas, e eu acho que o organograma precisa ser mais flexível.

Situação semelhante acontece com a Diretoria de Enfermagem que, na prática possui quatro Divisões. Porém, somente duas estão contempladas no organograma. Esses são apenas alguns exemplos, pois o Hospital possui muitas outras áreas que existem de fato, mas não de direito, uma vez que não fazem parte do organograma formal. Entre essas, está o Serviço de Fonoaudiologia, que, sozinho, movimenta cerca de 1 milhão de reais ao ano com implantes de próteses auditivas.

Os fatos relatados em relação à estrutura deficiente do Hospital, aliada à não implementação do Programa de Gestão Institucional, especialmente a ação estratégica que visava “rever o organograma vigente, adequando-o à realidade das funções atuais”, levaram a grande maioria dos entrevistados a considerar uma forte relação entre a estrutura organizacional e a implementação do Plano 2012. Nesse sentido, o E12 declara:

[...] a estrutura em si do hospital ela já é deficiente, muito deficiente desde quando se começou a discutir o planejamento estratégico, então a estrutura existente no hospital hoje, sem dúvida, ela está num momento de ser repensada, o que já devia ter ocorrido. [...] é extremamente importante a nova estruturação do hospital, porque caso contrário, haverá dificuldades para se conseguir uma motivação para que as pessoas tenham um total envolvimento para dar continuidade, discutir, e buscar implementar tudo que se pensou nessa Cartilha (referindo-se ao Plano 2012).

Segundo o E14:

[...] a estrutura organizacional do HU é ultrapassada, ela era muito boa quando o HU iniciou, mas a estrutura pode ter influenciado a implementação do PE até pelas próprias condições de trabalho que ela acaba oferecendo. Quando você tem, por exemplo, um Serviço (denominado) de Comunicação e Transportes que, teoricamente, não tem nada a ver um com o outro, não se associam, dentro do mesmo Serviço você tem esses dois universos, e com a demanda grande do jeito que é, para um Chefe de Serviço que tem um valor de chefia que todos já conhecem, (R\$ 200,00), não há motivação e obviamente você não tem como dar conta da demanda e de tudo que envolve esses Serviços, então a estrutura influencia sim, diretamente a execução dos planos. O Hospital tem uma dinâmica bastante grande, com várias empresas, então implantar um PE num hospital é diferente de implantar numa empresa, porém, além de não ser impossível ele é ainda mais necessário. Agora, a estrutura do hospital, ela foi suprimida em 1996, totalmente oposta à realidade, quando havia um crescimento no atendimento e até na área física, então quando ela deveria acompanhar o aumento do HU, fez o inverso, e no período foi uma ação, que eu não sei que razões tiveram, mas ela aconteceu, e os resultados se percebem até hoje. Eu penso que a estrutura tem que ser pensada dentro do planejamento. Quando estávamos pensando o Programa de Gestão de Pessoas, nós pensamos, naquela ocasião, que a estrutura não contemplava a necessidade que estava sendo levantada, mas a estrutura estava sendo pensada em outro Programa – Programa de Gestão Institucional – pois, no diagnóstico, já havia sido constatado que a estrutura era um ponto fraco do HU.

Quanto aos incentivos financeiros para os cargos de gerência, outros entrevistados também fizeram uma relação entre a estrutura organizacional, as insignificantes gratificações de Chefias e a implementação do Plano 2012. A lógica, em alguns depoimentos, era de que a mudança na estrutura organizacional criaria uma nova estrutura de cargos e, a partir disso, seria possível rever os valores pagos aos gestores. Com esse raciocínio, alguns dos entrevistados atrelaram a

motivação dos gerentes aos resultados obtidos no processo de implementação do planejamento estratégico, assunto que será abordado no tópico que trata da influência da liderança na implementação do Plano 2012. Por ora, cabe destacar o depoimento do E12 sobre o assunto:

Existe essa necessidade importante de rever a estrutura de cargos e os valores pagos para essas funções, pois esse é um fator importante de motivação. A implantação disso, obviamente, depende de uma política de governo. Mas mesmo assim, caberia ao HU estudar, apresentar propostas, viabilizar o estudo relativo a essas melhorias, ou seja, a essa reorganização do organograma pensando numa instituição mais moderna. Apesar do Programa de Gestão Institucional, que deveria pensar nisso, não ter avançado nesse sentido, a própria UFSC deveria ter o papel de articular junto aos órgãos competentes para atender essa demanda da instituição, e isso foi uma falha na própria concepção do Plano 2012. [...] a instituição tinha necessidade que houvesse um estudo mais avançado, que repercutisse dentro do organograma do hospital, mas ao longo do trabalho do planejamento estratégico isso não aconteceu.

Tais depoimentos encontram respaldo em autores com Hrebiniak (2006) e Thompson e Stricklan III (2000), quando eles alertam para a importância dos incentivos financeiros como forma de operar as estruturas e tornar a implementação das estratégias uma realidade. Os autores acreditam que os incentivos modificam o comportamento das pessoas em relação aos objetivos da organização.

Conforme pode ser observado no tópico que tratou da implementação do planejamento estratégico, todos os Programas dependiam de uma mudança na estrutura organizacional para que a implementação das estratégias efetivamente acontecesse. Nesse sentido, a opinião da maioria dos depoentes converge com as assertivas de Thompson e Strickland III (2000) e Ackoff (1982), os quais consideram imprudente tentar executar uma nova estratégia com uma estrutura organizacional antiga. Ackoff (1982) vai além, ao enfatizar que manter a estrutura organizacional e não adequá-la à nova realidade pode privar o planejador do seu meio mais eficaz de melhorar o desempenho da

organização.

Apesar de o Plano 2012 ter apontado para uma alteração na estrutura organizacional, ela não aconteceu. Diante disso, os entrevistados consideraram o fator “estrutura organizacional”, como um importante obstáculo no processo de implementação do planejamento estratégico da instituição, uma vez que influenciou fortemente os seus resultados. Para Ackoff (1982), a influência do planejamento estratégico sob a estrutura organizacional é tão intensa, que acaba exigindo uma reestruturação de todo o sistema. Reforçando essa necessidade, o E15 argumenta:

O organograma do hospital era um ponto de partida para melhorar a comunicação e o andamento das atividades. Eu penso que deveria ter-se dado prioridade à estruturação do HU, pois esta daria suporte à implementação das outras estratégias de ampliação, melhorias na qualidade dos serviços, enfim, se a estrutura tivesse sido priorizada eu acho que outras questões já teriam avançado.

Os depoentes também declararam que a atual estrutura hierárquica da instituição influenciou a implementação do Planejamento estratégico, se referindo especialmente, à implementação das estratégias do Programa de Transplante. Nesse caso, os depoimentos convergiram com os ensinamentos de Mintzberg (2006b) e Hrebiniak (2006), os quais consideraram a existência da influência mútua entre a estratégia e a estrutura organizacional.

Pode-se observar que o único Programa estratégico totalmente implementado no HU/UFSC foi o de Transplante. Os sujeitos entrevistados atribuíram a implementação desse Programa ao fato de que a tomada de decisão esteve centralizada na figura do Diretor Geral. Pode-se afirmar, nesse caso, que a estrutura influenciou positivamente a execução do Programa de Transplante e negativamente os demais Programas, uma vez que, segundo os entrevistados, a decisão para a implementação ou não dos Programas ficou concentrada no topo da pirâmide.

Cabe ressaltar que a implementação do Programa de Transplante está diretamente relacionada ao cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão firmado entre o HU/UFSC e o Gestor do SUS, o qual, entre outras exigências, forçou a instituição a trabalhar com atenção terciária e, conseqüentemente, a se submeter a um forte controle

externo.

Nessa situação específica, a centralização do poder no ápice estratégico vai ao encontro das hipóteses definidas por Mintzberg (2006), quando ele comenta que, quanto maior o controle externo de uma organização, mais centralizada será sua estrutura. Em sua perspectiva, uma organização que é controlada externamente tanto pela sociedade quanto pelas políticas governamentais, por exemplo, tende a centralizar a tomada de decisão para formalizar seu comportamento.

Diante desse contexto, a falta de integração com os demais níveis hierárquicos, segundo a maioria dos entrevistados, afetou diretamente a eficiência do processo de implementação do Programa em questão. Para o E14, “as cirurgias de transplantes foram feitas de forma isolada, com integração o sucesso do resultado é mais garantido, então essas ações poderiam ter sido feitas com muito mais qualidade”. Segundo o E25, “uma integração com áreas como: materiais e faturamento, por exemplo, era fundamental para que o Programa de Transplante fosse implementado sem atropelos”. Na visão do E16: “alcançamos a alta complexidade, mas às duras penas. [...] a carroça foi colocada na frente dos bois. Primeiro, foi feito e depois se correu para saber como faturar [...]”. O E24, por sua vez, argumenta que “[...] negligenciar os demais Programas estratégicos tem gerado um colapso em algumas áreas da instituição, principalmente as relacionadas às atividades meio [...]”. A declaração do entrevistado encontra respaldo em Hrebiniak (2006), quando ele define planejamento estratégico como um sistema composto por um conjunto de partes interagentes e interdependentes, que devem consolidar um todo e atingir um determinado resultado.

Kotler (1994) compartilha dessa visão quando declara que o sucesso de uma organização não depende apenas do desempenho de cada departamento, mas também de como as atividades interdepartamentais são realizadas. Ele ainda afirma que os departamentos, muito frequentemente, agem para maximizar seus próprios interesses e não os da organização em sua totalidade, ou seja, planejam e decidem sem fazer uso do raciocínio sistêmico. Essa situação mostrou-se comum na organização em estudo, conferindo-lhe, assim, uma característica tanto centralizadora quanto descentralizadora na tomada de decisão.

A descentralização na tomada de decisão, segundo a maioria dos entrevistados, é atribuída à grande autonomia que os profissionais exercem dentro de suas áreas de atuação. O E1 declara que “a maioria dos Serviços tem um processo de autogestão. Somente quando envolvem grandes mudanças ou questões financeiras é que a discussão

passa pela Direção de área e pela Direção Geral”. De acordo com o E25, “o Hospital é muito complexo e dinâmico, há uma diversidade muito grande de atividades, de disciplinas e de saberes [...] e tudo acontece ao mesmo tempo, então a autonomia dos profissionais é crucial para o funcionamento do hospital”. Os depoimentos dos sujeitos entrevistados corroboram com as características da estrutura das organizações profissionais descritas por Mintzberg (2006). O autor argumenta que a estrutura dos hospitais caracteriza-se pela padronização de habilidades para coordenação, e pela contratação de especialistas devidamente treinados – profissionais – para o núcleo operacional, dando a eles um grande controle sobre o seu próprio trabalho.

Contudo, se por um lado os entrevistados admitem que a autonomia na tomada de decisão confere vantagens à implementação de ações estratégicas, por outro, apontam uma série de desvantagens, em especial no que concerne à falta de integração entre as diferentes áreas da organização. Para o E27, um exemplo dessa falta de integração está na implementação do Programa de alta complexidade: “[...] o corpo clínico ligado às cirurgias de transplante juntamente com a direção geral do hospital, decidiram pela implementação desse Programa ignorando o necessário envolvimento das demais áreas nesse processo”. O E10 colabora ao argumentar que “infelizmente, na visão da maior parte de corpo clínico, o que realmente importa é a realização dos procedimentos. Não tem uma equipe que discuta [...], é bem complicado, não tem uma política incluída”. Na opinião do entrevistado, há uma fragilidade na diretoria médica, que influencia nesses desdobramentos, a sua percepção é de que “não há um envolvimento efetivo dos médicos com essa coisa mais macro da instituição”.

Na percepção do E13,

temos uma eterna briga de poderes nas organizações hospitalares, é uma política de quem pode mais, quem pode menos. Não é fácil mudar e quando eu digo não é fácil é porque, tem todo esse lado dos médicos que ignoram isso ai porque não interessa.

Esses depoimentos convergem com as afirmações de autores como Hreniniak (2006) e Certo e Peter (2005), os quais enfatizam que quando há um grande envolvimento dos profissionais em suas áreas de especialização, há igualmente uma tendência de que eles não compreendam os processos organizacionais de forma holística, o que acaba contribuindo para a deficiência na coordenação entre os

departamentos, dificultando, assim, a execução das estratégias. Dessa forma, evidencia-se que a visão da grande maioria dos entrevistados corrobora com as assertivas de Mintzberg (2006), quando ele defende que muitas das questões estratégicas estão sob o controle direto dos profissionais, enquanto outras devem ser decididas pela participação de diversas pessoas, em um processo coletivo e complexo. Assim, de acordo com o E15,

A estrutura pode sim, inviabilizar o PE. [...] se cada um pensar só no seu processo e não pensar no coletivo, pois dependemos uns dos outros (setores). Então, tem que haver essa comunicação (falando da estrutura), para as coisas serem bem pensadas e planejadas coletivamente. Eu penso que atualmente não existe uma integração adequada entre as áreas e isso acaba gerando certos conflitos no dia a dia. Não tem uma integração geral, um planejamento. Quando algum outro serviço vai ser implantado no hospital, não existe uma preocupação de integrar várias áreas para discutir o assunto, para ver no que uma unidade ou outra deve contribuir.

Sob a mesma perspectiva, o E5 declara que:

Eu vejo o HU como uma empresa com vários departamentos completamente diferentes um dos outros e que pouco se interagem. Eu vejo a Diretoria de Medicina distante da Diretoria de Enfermagem, distante da Diretoria Administrativa, distante da Diretoria de Apoio Assistencial. Eu vejo muito interesse de classe ou de determinado setor ser mais importante do que o interesse coletivo. Eu não vejo esse pessoal trabalhar junto [...], ficam tão amarrados com suas bases que eu não consigo vê-los interagindo, então eu não vejo muita lógica em algumas decisões, eu vejo que não se tem uma comunicação boa, não só entre as diversas diretorias, mas dentro das próprias diretorias, não consigo ver essas partes se conversando.

Para o E23, a falta de integração entre as áreas é reflexo da departamentalização da estrutura organizacional do HU. Em sua visão, “a repetição do modelo departamentalizado da UFSC cria ilhas, separa a

estrutura e elas mal se conversam, se mantêm isoladas. Modelo reforçado pelas várias empresas funcionando em uma única, como: farmácia, laboratório, lavanderia, hotelaria, radiologia, nutrição etc”. Nesse sentido, o E13 argumenta que a estrutura do hospital influenciou fortemente a implementação do seu planejamento estratégico. A razão disso, segundo sua opinião, é de que:

Primeiro, porque temos uma estrutura baseada nas teorias mais antigas da administração, que é toda essa departamentalização, tudo fragmentado em pedacinhos, e que a gente acaba não tendo um ponto de contato entre um Serviço e outro, porque cada um toca ali na sua linha hierárquica. É o que há de mais tradicional, do que é colocado hoje como entraves para uma administração mais moderna. Então eu acho que isso aí, com certeza, influenciou muito o nosso PE, porque cada um olha para seu umbigo aqui dentro deste hospital, cada especialidade olha para as suas coisas e nós não temos na verdade aqui dentro uma preocupação com a interação. A cirurgia vascular, por exemplo, se preocupa com a cirurgia vascular, a urologia se preocupa com a urologia, e assim toda a medicina em si é totalmente desagregada das coisas. Chega no interior de cada Diretoria a coisa é mais fragmentada ainda, [...] acho que existem alternativas de organograma que poderiam favorecer muito mais para que tivesse esse trabalho integrado, e conseguisse dar uma outra qualidade para o planejamento estratégico.

De acordo com Hrebiniak (2006), para executar a estratégia de maneira eficaz, os executivos devem tomar decisões inteligentes sobre a estrutura e desenvolver métodos ou processos com vistas a alcançar a integração necessária das unidades estruturais.

Outro ponto considerado por alguns dos entrevistados sobre a influência da estrutura sob a execução do Plano 2012 diz respeito à falta de um Setor de planejamento ligado à estrutura da organização.

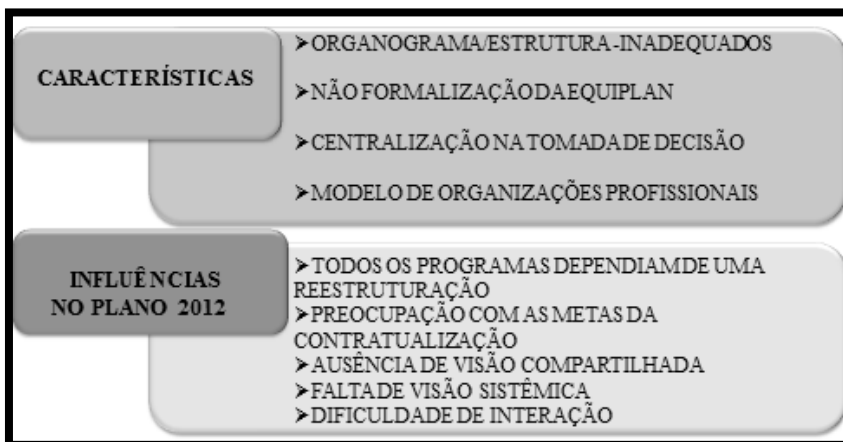
Nesse contexto, o E13 comenta que a escolha de algumas pessoas para formar a EQUIPLAN mostrou-se deficiente, pois a equipe não tinha autoridade formal e tampouco poder para acompanhar, controlar e cobrar. Em sua opinião, para que haja cobrança, “tem que envolver dentro do próprio organograma, de cima para baixo”. Com a mesma percepção, o E17 argumenta que: “nós deveríamos ter uma

comissão permanente oficialmente criada ou um Conselho, alguma coisa assim, mas que fizesse parte da estrutura organizacional [...] essa comissão não teve forças suficientes, ela deveria ter sido instituída na época com mais poderes e, seguramente, havia formas de fazer isso”. Ao considerar que a EQUIPLAN foi composta por dois membros, E15 acrescenta que “não se faz equipe com duas pessoas [...], então faltou, além de uma integração a estrutura, uma equipe maior para dar o suporte necessário, integrando os grupos das questões estratégicas”.

O presente estudo empírico permitiu a compreensão acerca da existência de uma influência mútua entre as estratégias e estrutura, ou seja, tanto a estrutura existente no HU/UFSC interferiu na implementação do planejamento estratégico, como a eficácia na execução dependeu da remodelação da estrutura organizacional.

Apresenta-se a seguir no quadro 25, de forma resumida, as características da estrutura organizacional do HU/UFSC e a influência que estas exerceram no Plano 2012.

Quadro 25 - Características da estrutura organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.



Fonte: Dados primários (2012)

4.3.2 A comunicação organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012

Na etapa de elaboração do planejamento estratégico do HU/UFSC, a comunicação organizacional foi elencada pelos membros da CAPIHU como um dos pontos fracos da instituição, condição que se

confirmou durante todo o seu processo estratégico e que o influenciou significativamente, conforme demonstram os resultados desta pesquisa.

Com vistas a uma melhor compreensão sobre como esse fator organizacional influenciou a implementação do Plano 2012, buscou-se, inicialmente, obter a percepção dos sujeitos entrevistados quanto às fragilidades da comunicação no HU/UFSC. Quando indagados sobre esse assunto, os depoentes foram unânimes em reconhecer que a comunicação da instituição consiste em um grande problema, que precisa ser resolvido. Na opinião do E5, “não existe nenhuma comunicação institucional [...] no meu setor as informações não chegam”. Para o E6, “a comunicação é falha, existem barreiras, é gargalo [...]”. O E11 revelou: “a gente não sabe nada, a comunicação é muito ruim mesmo”. Ainda nesse contexto, o E15 declara que “hoje eu vejo que muitas coisas acontecem e ninguém fica sabendo, ou fica sabendo depois que aconteceu”. Corroborando com os demais, o E8 afirma que “o conhecimento e o entendimento das coisas é mínimo entre as pessoas”.

Considerando a comunicação como uma questão estratégica dentro das organizações, tais declarações conferem credibilidade às argumentações de Monteiro e Pereira (2007), no sentido de que as instituições públicas ainda desperdiçam muitos esforços em função da má gestão de seus processos comunicativos.

Em concordância com as assertivas de autores como Gonçalves (1998), Bittar (2004) e Rivera (2003; 1995), a maioria dos entrevistados declarou que as deficiências no processo de comunicação da organização em estudo estão relacionadas tanto às características de sua estrutura organizacional e ao perfil de suas lideranças, quanto pelas características das relações sociais de trabalho dos seus atores, esta última, em função dos diferentes turnos de trabalho praticados na organização.

Mintzberg (2006) reforça que as organizações hospitalares possuem uma estrutura com características tanto centralizadora quanto descentralizadora, cujas vantagens e desvantagens já foram descritas no tópico que tratou desse fator organizacional. Ressalta-se, contudo, que os entrevistados apontaram tanto para a centralização quanto para a descentralização na tomada de decisão como fortes variáveis intervenientes na comunicação do HU/UFSC. Nesse sentido, o E28 afirma: “Quando as decisões são centralizadas na alta cúpula, o processo de comunicação com as demais chefias e, conseqüentemente, com as bases, fica significativamente prejudicado”. Já, a descentralização na tomada de decisão, conforme revela o mesmo depoente, muitas vezes

dificulta a integração e a comunicação horizontal entre as áreas.

A argumentação do entrevistado quanto às dificuldades de comunicação em estruturas descentralizadas encontra explicação em Rivera (2003), que afirma que o poder, quando fortemente compartilhado ou distribuído pelos vários centros operadores, aliado a um alto nível de especialização do núcleo operacional, potencializa os problemas de comunicação nessas organizações, ao mesmo tempo em que as obriga a aperfeiçoar os seus sistemas comunicativos. Bittar (2004) argumenta que as próprias características das organizações hospitalares tendem a favorecer a segmentação de grupos com interesses divergentes, além de tornar a estrutura hospitalar desagregadora por excelência.

Ficou evidenciado nos discursos dos atores envolvidos nesta pesquisa que ainda não há no HU/UFSC uma compreensão ou uma discussão sobre as barreiras de comunicação existente na organização, e, conseqüentemente, não há estratégia alguma de comunicação à serviço do crescimento coletivo, conforme recomendam os autores da área. Os reflexos, de acordo com o E9, são percebidos no cotidiano da instituição, na qual as fragilidades do seu processo de comunicação interferem expressivamente na dinâmica hospitalar:

[...] os serviços trabalham de forma isolada, não há informação sistematizada da Direção do Hospital das coisas que estão acontecendo. É claro que facilitaria muito e resolveria muito se tivéssemos mais informação, às vezes até problemas de relacionamento com algum Serviço é causado por falta de conhecimento das dificuldades que aquele serviço tem. Não há reuniões com as Diretorias e com os Serviços para discutir os problemas, quando nos reunimos, percebemos que aquele nosso problema não é só nosso, mas que os outros setores daquela Diretoria também os têm, e aí é possível até se achar uma solução juntos. [...] eu sinto muita falta disso, hoje a gente não sabe o que acontece, fica cada um na sua casinha.

Na visão do E8, além do fato de a gestão ser altamente centralizadora, a comunicação muitas vezes é tendenciosa:

[...] tu podes determinar o que tu queres que o teu pessoal saiba, conforme a forma que tu apresentas, [...] então eu acho que a comunicação

tem que ser objetiva. [...] hoje em dia, quem decide tudo é a Direção, e falha muito nessa questão de comunicação, falha muito, e tem muita coisa tendenciosa, eu vejo que as coisas que são repassadas já vêm com conteúdo de dizer para você o que você tem que fazer, com quem que você tem que pensar [...].

Outro ponto que relaciona as fragilidades da comunicação da instituição à sua estrutura organizacional, segundo alguns entrevistados, diz respeito à inexistência no organograma de uma área específica que se responsabilize pela implantação de métodos formais de coordenação e de fluxo de informações no hospital, conforme declara o E14:

O HU possui no seu organograma um Serviço de Comunicação e Transportes, porém as atribuições referentes à comunicação se resumem basicamente à telefonia e ao serviço de expedição, que trabalha com a entrega de correspondências, mas a comunicação para que a as pessoas da organização saibam o que acontece, praticamente não existe; nem a comunicação interna entre os servidores, nem a externa para a prestação de contas à comunidade do que uma instituição pública como a nossa faz. Então, nós temos dois problemas.

Na opinião do E12,

[...] o Hospital tem que ter um setor de comunicação interna, talvez uma agência que faça esse trabalho de divulgação das informações de tudo que acontece na instituição e tudo aquilo que se deve divulgar para que as pessoas conheçam, se envolvam e participem das tomadas de decisões. Então, eu vejo bastante frágil o modelo de comunicação que o HU possui atualmente.

Constatou-se, por meio dos depoimentos, a existência de alguns veículos de comunicação na instituição em estudo, tais como boletim informativo; internet; murais e reuniões. Porém, como afirmaram os depoentes, por falta de uma gestão estratégica de comunicação e definição de métodos que garantam a sua continuidade, sistematização e clareza, a comunicação propriamente dita acaba não acontecendo. O boletim informativo, por exemplo, como alerta o E26, é redigido e editado sem nenhum critério em sua elaboração, além de não haver um

cronograma estabelecido para a sua publicação. Quanto aos murais, “estão atolados e muitas vezes com informações desatualizadas”, ressalta o E13. Para o E25, “não se tem o hábito de ler os murais, pois não são atrativos [...], as informações são afixadas sem nenhum critério”. Sobre a página do HU na internet, o E24 alerta que “por esse canal as informações dificilmente chegam às bases, primeiro por que há uma sobrecarga de trabalho e nem todos tem tempo para acessar a internet, segundo por que não são todos os servidores que tem acesso a um computador. O E15 argumenta que “a página do HU não tem coisas atuais, não tem coisas mais atrativas para ler, tudo isso tem problema e precisa melhorar muito”, contudo, para este entrevistado “a informação existe sim, mas as pessoas só veem aquilo que interessa, com a lente que elas querem ver”. O E26, por sua vez, acredita que os canais de comunicação existem, mas não tem credibilidade pela falta de organização: [...] não há rotina, não há política, não há responsabilidades instituídas, não há critérios [...]”. No que concerne às reuniões, o E15 declarou que:

Há falta de reuniões com os funcionários, eu acho que isso teria que ser cobrado da própria Direção. [...] não existe cobrança, cada chefia administra o seu Serviço da forma que quer, pelo entendimento da sua experiência ou da sua formação.

Ao contrário do que recomenda Bartoli (1992 apud RIVERA, 1996), percebeu-se, a partir do cenário descrito pelos depoentes, que a organização em estudo apresenta uma frágil gestão na condução dos seus processos comunicativos. Cabe ressaltar, conforme comenta a autora, que a eficiência, a eficácia e a efetividade desse processo dependem, entre outros aspectos, de veículos de informação administráveis, administrados e adaptados às necessidades específicas de cada setor, considerando-se sempre a cultura da organização.

Na perspectiva do E18, o hospital é muito dinâmico e as coisas acontecem muito rapidamente, “então a comunicação é uma das grandes falhas que ainda não conseguimos vencer [...], a gente às vezes fica sabendo de coisas que vão acontecer nos corredores, talvez por conta da própria complexidade da instituição”. Sob a mesma perspectiva, o E20 entende que as próprias características do hospital contribuem para que sua comunicação seja muito “perturbada”:

[...] uma instituição de saúde possui características muito imediatistas na solução dos problemas, parece que sempre tem alguma coisa que é mais

importante do que aquilo que vinha sendo tocado [...]. Isso dificulta a comunicação organizacional e resulta, muitas vezes, em entendimentos equivocados sobre o trabalho do outro.

Os presentes depoimentos reforçam as assertivas de Rivera (1996), quando o autor alerta que a emaranhada e diversificada gama de serviços e categorias profissionais existente nas organizações hospitalares evidencia ainda mais a necessidade de uma gestão comunicativa, que promova o compartilhamento de informações e a transferência de conhecimento.

No entendimento do E17, “comunicação é algo complexo [...], está associada às questões laborais, às políticas da instituição e ao estilo de gestão”. O entrevistado corroborou com os demais depoentes ao afirmar que:

Não estamos valorizando isso, então falta comprometimento, precisamos ter institucionalizado uma área que cuide disso. Que cuide do informativo e do marketing da instituição.

A preocupação externada pelo entrevistado converge com o que enfatiza Bueno (2005), quando este argumenta que a comunicação tem sido alvo de preocupação, portanto, deixa de ser uma atividade secundária, considerada apenas como despesa, para se transformar em uma questão estratégica e fundamental no processo de tomada de decisão, uma vez que contribui para a formação da imagem, capacitação e integração das organizações.

Conforme citado no início deste tópico, todas essas fragilidades no processo de comunicação do HU/UFSC já haviam sido discutidas pela CAPIHU. Cabe ressaltar que diante da importância atribuída a esse fator organizacional, foi criado, no Plano 2012, um Programa Estratégico específico para tratar do assunto.

Assim sendo, buscou-se compreender a percepção dos sujeitos entrevistados quanto à influência da comunicação na implementação do planejamento estratégico no Hospital. Pode-se afirmar que a maioria absoluta dos depoentes reconheceu que o sucesso do planejamento depende necessariamente de sua apropriação coletiva e, para que isso ocorra, a comunicação é crucial. Como afirmou o E8, “a comunicação é essencial, eu acho que o conhecimento ele tem que ser socializado em todos os níveis da cadeia hierárquica, porque é isso que vai fazer com que o teu planejamento funcione”.

Com perspectiva semelhante, o E7 declara:

[...] não tem como fazer um planejamento estratégico, sem ter um bom programa de comunicação interna e externa. Podes pegar qualquer um, todos tem um programa de comunicação, tanto interno para melhorar a sincronização, somar, alcançar as metas em conjunto, quanto em passar isso aos agentes externos, os parceiros, secretaria de estado, governo, sociedade, sistema de saúde e o governo federal.

Conferindo credibilidade às afirmações de autores como Hrebiniak (2006); Thompson e Strickland III (2000), ficou evidente durante os diferentes momentos de entrevistas que a comunicação da mudança com bastante clareza e persuasão é a chave para gerar o comprometimento das pessoas na implementação das estratégias. Contudo, percebe-se que, apesar de os entrevistados apontarem para a importância da comunicação no processo estratégico da organização, o Plano 2012 não contemplou uma única estratégia de sensibilização e divulgação desse processo, conforme pode ser constatado no Quadro 20 desta Dissertação, no qual estão descritas as estratégias para o Programa de Comunicação Interna. De acordo com os depoentes, somente após a revisão do Plano 2012, que ocorreu no final de 2008, foi criada a estratégia de comunicação educativa, dentro do Programa de Comunicação Organizacional, com o objetivo de motivar a apropriação coletiva do planejamento.

Ressalta-se, no entanto, que além de a estratégia não ter sido implementada, para os entrevistados a falta de uma comunicação adequada, antes e durante a elaboração do Plano, causou efeitos desastrosos para a sua consolidação. Dessa forma, o presente Estudo de Caso corrobora com os ensinamentos de Pereira (2010), que acredita que sem um bom canal de comunicação fica praticamente inviável elaborar e levar em frente o processo de planejamento estratégico dentro de uma organização.

Não obstante, destaca-se que, mesmo sem a existência de uma estratégia de sensibilização das bases quanto à intenção e necessidade de implantar um planejamento estratégico na organização, houve uma preocupação tanto da EQUIPLAN quanto da direção do Hospital em divulgar a implantação do Plano 2012. Essa divulgação ocorreu por meio dos canais de comunicação anteriormente citados, além de comunicados que foram anexados aos contracheques dos servidores,

bem como painéis que foram afixados por todo o HU/UFSC. Para as chefias e demais pessoas ligadas diretamente à elaboração do Plano, foram distribuídas cartilhas que continham os registros de todas as etapas do processo de elaboração.

Ainda assim, os depoentes consideraram que a comunicação do planejamento estratégico deveria ter ocorrido no momento em que ele foi idealizado, e não após ele já ter sido elaborado. Nesse contexto, o E25 afirma: “a impossibilidade de todos participarem do processo de elaboração não impedia que a sensibilização se desse também nas bases [...]”.

Evidenciou-se, por meio dos depoimentos, que a falta de sensibilização das bases no momento da concepção do planejamento tornou inócuos os esforços de comunicar a implantação do Plano 2012, pois, uma vez que as pessoas desconheciam o processo, as informações divulgadas não fizeram muito sentido, e, conseqüentemente, a comunicação não aconteceu. Os depoimentos coletados convergem com os ensinamentos de Robbins (1978, p. 433), quando afirma que “uma ideia, não importa quão boa, nada é até que seja transmitida e entendida por outros”. Com essa concepção, o autor define comunicação como um processo de “transferência e compreensão de significados”.

Apesar dos esforços investidos na divulgação do planejamento estratégico, as informações não foram integralmente compreendidas, conforme declarou o E14:

[...] a divulgação do planejamento estratégico? Se aconteceu eu não fiquei sabendo. E claro que tiveram as plaquinhas que foram colocadas no hospital, mas não se entendia o que elas queriam dizer, por exemplo, uma placa que dizia: “INOVAÇÃO”, e não te dava mais nenhum contexto! Não te dizia nada. Para quem estava de fora do comitê, naquele primeiro momento a comunicação foi insuficiente, tanto que algumas pessoas só ficaram sabendo quando as equipes já estavam trabalhando as ações, ou seja, toda a parte de elaboração já havia sido feita.

Ainda sobre a divulgação do Plano 2012, o E23 afirmou que:

Muitas pessoas não se sentiam incluídas e muitas não sabiam de absolutamente nada sobre o planejamento estratégico, tanto no momento da elaboração, como depois no momento da implementação. As fotos espalhadas em painéis

eram excludentes, as pessoas, a grande maioria, não apareciam nas fotos.

O E7 compartilha da mesma visão, ao declarar que:

[...] eu acho que a gente negligenciou esse processo de sensibilização, deveríamos ter investido mais no processo de sensibilização geral. [...] a gente cria um problema, às vezes o cara não sabe o que está acontecendo, vê nossos slogans, nossa missão, visão, valores e coisa e tal, mas aquilo não diz nada para ele, aquilo não alcança o dia a dia dele, então eu acho que deveríamos ser mais cuidadosos na sensibilização para que as pessoas soubessem o que é. Assim, cria-se uma conscientização coletiva do que é o planejamento estratégico.

Conforme argumenta o E16,

O Planejamento não chegou às bases principalmente por que os trabalhadores que estão nas clínicas, estão envolvidos diretamente com atendimento ao paciente. Então, a sensibilização é um trabalho de formiguinha mesmo, de ir ao local de trabalho das pessoas, num trabalho exaustivo, [...] criar uma equipe que tenha o poder de sensibilizar. Não adianta só querer reunir no auditório uma única vez como foi.

Alguns dos entrevistados citaram que, na tentativa de informar a comunidade do hospital sobre o processo de contratualização e a implantação do planejamento estratégico, a Direção do HU/UFSC realizou uma reunião no auditório do hospital, porém, devido às características da instituição, o encontro contemplou um número insignificante de atores. Nesse sentido, o E7 defende que “a comunicação do planejamento merece mesmo um esforço muito grande para se fazer, não é assim, fazer uma sensibilização só dizendo o que é o planejamento estratégico para quem foi no auditório e pronto. Sob a mesma ótica, o E15 declara que “o planejamento teria que ser mais divulgado, [...] passar nos setores até as pessoas criarem a cultura que existe um planejamento estratégico, a importância delas serem ouvidas, delas participarem, porque só colocar na página do HU e divulgar num boletim ainda é muito pouco”.

Pode-se verificar que as fragilidades no processo de comunicação

do Plano 2012 respaldam as afirmações de Oliveira e Paula (2010), quando os autores argumentam que as interações emergem de processos complexos, multidimensionais e multidirecionais, que envolvem contextos, pessoas, interesses e negociações.

Contrariamente a essas afirmações, verificou-se que a intenção do HU/UFSC em comunicar o Plano 2012 para toda a comunidade hospitalar não atingiu aos seus objetivos, conforme declara o E22: “muitas pessoas não sabiam, e não sabem até hoje, que o hospital passou por um processo de planejamento estratégico. Então, se houve algum projeto de sensibilização, não funcionou”. Em concordância, o E8 afirma que “o planejamento estratégico não chegou às bases, nem antes e nem depois, se tu perguntares para a maioria dos servidores se o hospital tem planejamento estratégico, acho que maioria vai dizer: - o que é isso”?

De acordo com os dados coletados, o Estudo de Caso vai de encontro à citação de Pereira (2010), quando o autor alerta para a importância do momento da sensibilização e ressalta que todos devem compreender os aspectos gerais que envolvem o planejamento estratégico, envolvendo-se e se motivando durante a formulação e implementação do processo, e se comprometendo com os seus resultados. Ele acrescenta que mesmo não sendo possível que todos os membros da organização participem da elaboração do planejamento estratégico, manter toda a organização informada sobre o processo é de fundamental importância para o sucesso de sua implementação.

Além de todos os depoentes afirmarem que o planejamento não chegou às bases, alguns também apontaram para a falta de sensibilização da própria CAPIHU. Nesse caso, os depoentes reportaram-se à falta de conhecimento da maioria dos membros da Equipe em relação às pressões do ambiente externo e os seus impactos sob a organização. Conforme citado anteriormente, salvo algumas exceções, somente o primeiro escalão do HU/UFSC tinha clareza da necessidade de que a instituição implantasse um planejamento estratégico com vistas a melhorar os seus processos de gestão e, assim, atender às demandas estabelecidas pela contratualização. Como declara o E1, “até hoje as pessoas ainda não sabem que o hospital foi certificado como hospital de ensino, até hoje na própria residência médica tem que ser explicado o que é a contratualização, o que é o plano operativo, porque as pessoas não sabem”.

Observou-se, por meio dos depoimentos que, além de não ter havido uma sensibilização das bases em relação à necessidade do planejamento, a própria CAPIHU, por falta de informação, não foi capaz

de sensibilizar os seus pares da importância do processo. Esses sujeitos revelam ter, hoje, consciência de que uma comunicação adequada na época, acerca dos impactos que a contratualização traria à instituição, teria contribuído para uma participação mais efetiva das pessoas na implementação do Plano 2012.

Tais declarações remetem à inseparabilidade existente entre a comunicação, a concepção e a implementação de estratégias organizacionais, conforme a abordagem sistêmica desenvolvida por Whittington (2006). Em convergência com a concepção dessa abordagem, os discursos indicaram que as estratégias devem ser criadas e implementadas de acordo com a compreensão e o envolvimento dos diferentes atores com os processos organizacionais. Nesse sentido, a necessidade de uma gestão comunicativa foi destacada por todos os depoentes como fator fundamental à construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente. Como afirma Whittington (2004), no contexto organizacional são os indivíduos que dão significado às estratégias, ao mesmo tempo em que em práticas diárias eles dão sentido às suas ações.

Essas afirmações podem ser melhor compreendidas a partir da declaração do E26:

Em uma organização como o HU, onde todos estão sempre muito ocupados, para as pessoas saírem de suas rotinas e se envolverem num projeto institucional como esse, é necessária muita informação, muito conhecimento de como as mudanças vão impactar suas vidas, seu setor, seu trabalho [...].

Presume-se, frente aos depoimentos, que a falta de uma comunicação efetiva impediu que as pessoas conscientizassem-se de suas possibilidades de intervenção na realidade, não despertando nelas o sentimento de pertencimento e corresponsabilidade com os objetivos e metas estabelecidos no Plano 2012. Vale mencionar as contribuições de Senge (1990), quando o autor destaca que a motivação, a capacidade de assumir responsabilidades e compartilhar os objetivos da organização são características que cada pessoa é capaz de desenvolver quando a organização favorece o desenvolvimento de processos de aprendizagem. O autor explica que o aprendizado aprimora modelos conceituais, cria uma visão pessoal, estabelece visões compartilhadas e, conseqüentemente, favorece o comprometimento das pessoas com o planejamento estratégico da organização.

De acordo com os entrevistados, os objetivos da organização foram compartilhados com poucos, já que a maioria não vislumbrava as mudanças que estavam sendo previstas para o HU/UFSC, como afirma o E16: “Não havia clareza de que a forma de financiamento estava mudando [...], não se discutiu e não se deixou claro porque que a instituição precisava fazer um planejamento - porque é uma forma de gestão? Ok. Mas tinham coisas acontecendo que faziam dele uma ferramenta importante e urgente”.

O E24 compartilha da mesma opinião ao declarar que “dar significado às ações seria fundamental para as pessoas entenderem a necessidade do planejamento, então a direção negligenciou a sensibilização das bases, assim como subestimou a influência que os trabalhadores exercem na implementação das estratégias”. Sob esse contexto, Bueno (2005) afirma que, quando a comunicação não acontece, os esforços se dispersam, impedindo que ocorra uma convergência de interesses para a resolução de problemas coletivos.

Na percepção do E20, “[...] a direção estava muito no olho do furacão, que acabou sendo uma falha de vender mal a necessidade desse planejamento. [...] precisava mais gente envolvida no processo, porque as outras etapas não são feitas a fórceps, elas são feitas justamente pelo entendimento da necessidade [...]”.

O entrevistado complementa o seu raciocínio:

O primeiro escalão do hospital estava consciente de que o planejamento estratégico era necessário, mas não houve mobilização. Eu entendo que se mobilizou muito pouca gente. Em termos institucionais tinha que ter uma sensibilização muito maior. [...] enquanto direção, eu tinha clareza da necessidade do planejamento estratégico, ninguém precisava me convencer, agora não era a minha opinião ou o meu pensamento que deveria construir o Plano 2012. [...] não adianta tu dizeres: - olha, precisa. Mas, precisa por que? Precisa para chegar a onde? Em que vai mudar? Então se trabalhou de uma maneira muito incipiente na sensibilização daquela comunidade que trabalha ali, daquele contexto. Precisava ter tido um conjunto de pessoas, não só dessas quarenta e tantas aqui (se referindo ao CAPIHU). Então, eu penso que, equivocadamente, se achou que todos estavam tão sensibilizados quanto nós. Faltou uma vivência

administrativa para saber que, mais coisas deveriam ter sido feitas para gerar o momento [...]. O momento para fazer o planejamento do ponto de vista da necessidade eu não tenho dúvidas, eu não sei se era o momento do ponto de vista estratégico, para iniciar o processo.

O E5, por sua vez, argumenta que

[...] não é fácil essa sensibilização pelo quantitativo de pessoas, pelo número de profissões diferentes, acho que é difícil, mas eu acho que pelo menos um nivelamento básico deveria ter ocorrido [...]. Portanto, penso que não foi planejado na sua totalidade, pois não transportaram as informações para os serviços, para ver como as pessoas poderiam contribuir para construir o Plano 2012.

O E5 complementa que a instituição não provocou a motivação necessária para que o Plano 2012 fosse implementado. Em suas palavras:

[...] as pessoas que deveriam ser envolvidas não estavam por dentro do que estava acontecendo. Vou te dar um exemplo: quando a gente se reunia para discutir as estratégias, algumas pessoas sabiam do processo, outras não. As pessoas que não foram envolvidas ao ponto de acreditar que aquilo ali podia trazer mudanças para a instituição [...]. Eu fico imaginando se eu não tivesse participado da elaboração, se eu realmente teria motivação para depois me envolver na implementação de algo que eu não conhecia.

Nessa perspectiva, o E6 expressou que uma comunicação adequada do planejamento teria provocado uma maior participação das pessoas no processo:

[...] a partir do momento que tu discutes com as pessoas que são os teus pares, tu consegues agregar, respeitando a forma de pensar dessas pessoas. Então aqui no meu setor, se eu quiser instituir alguma coisa [...] se eles não forem consultados, eu posso desistir, não pega, não tem cumpra-se, eles não fazem, agora, se forem chamados em uma conversa para discutir o

assunto, para ver qual a melhor forma de fazer aquilo, aí sim existe aderência.

Ainda, nesse contexto, o E15 adverte que “se as pessoas conhecessem a intenção e os objetivos da criação desse planejamento, possivelmente tivessem se comprometido mais, [...] teriam contribuído com sugestões, com opiniões e colaborado de alguma forma para melhorar a instituição [...]”.

Tais discursos permitem constatar que, apesar de a coalizão dominante da organização em estudo ter se preocupado com a representatividade na formação da CAPIHU, a falta de informação, comunicação adequada e envolvimento das pessoas desde o início do Plano 2012, provocou uma significativa desmotivação, cuja reação foi percebida no momento de agregar pessoas para a formação dos grupos que discutiriam a implementação dos Programas. Relembrando autores como Hrebiniak (2006), Bossidy e Charan (2002), Thompson e Strickland III (2000) e Mintzberg (1998, 2000, 2004), entre outros citados na revisão bibliográfica deste trabalho, a elaboração e a implementação do planejamento são tarefas interdependentes. Desse modo, há um consenso na literatura estudada de que quanto maior for o compartilhamento das informações e a participação das pessoas nessas duas etapas, maiores serão as chances de que o planejamento seja eficaz.

Conforme assevera Senge (1990), quando realizado dessa forma, o processo estimula o aprendizado organizacional, o qual, na medida em que vai se consolidando, gradativamente gera novas percepções e faz aflorar novos modelos mentais que, ao longo do tempo, provocam mudanças nos níveis mais profundos da cultura organizacional. Converging com os ensinamentos desse autor, presume-se que um processo de sensibilização e uma comunicação adequada teriam favorecido mudanças na cultura da organização em estudo, e, assim, possivelmente, o Plano 2012 teria sobrevivido à troca de gestão.

É pertinente, ainda, mencionar Bueno (2003), quando o autor posiciona cultura e comunicação organizacional em vias de mão dupla, tendo em vista que uma cultura voltada para a participação das pessoas no processo estratégico da organização favorecerá a circulação de informações e, por consequência, a interação entre os diferentes atores da organização provocará as mudanças necessárias nessa cultura.

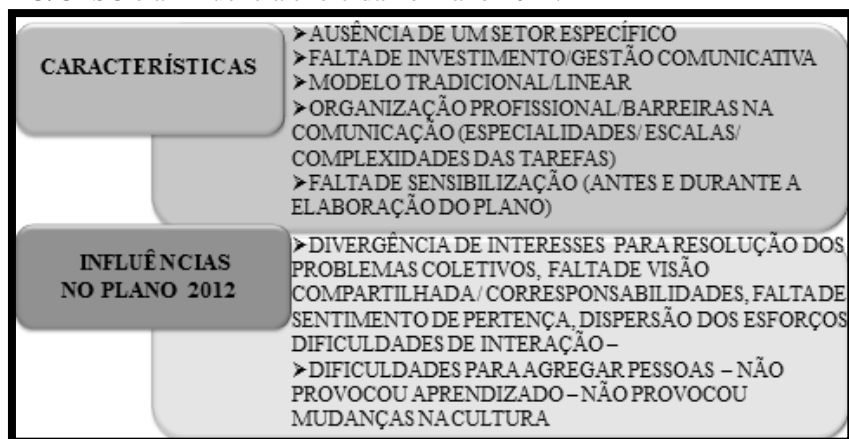
Destaca-se que, em decorrência da complexidade das organizações hospitalares, a necessidade de uma comunicação adequada torna-se ainda mais óbvia. Como destacam Cecílio; Merhy (2003b) e Rivera (2003), essas organizações possuem características marcadas por

interesses diversos e por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, em um processo de complementação e disputa de poder. Relembra-se, então, Mariotti (2008, p. 87) quando ele advoga que “o reconhecimento da complexidade parte do pressuposto de que não é viável reduzir a multidimensionalidade desse ambiente de profundas e constantes transformações a “explicações simplistas, regras rígidas, fórmulas simplificadoras ou esquemas fechados de ideias”.

Ressalta-se, por fim, que este estudo empírico comprovou que a falta de uma comunicação adequada entre a cúpula e os profissionais desfavoreceu um maior envolvimento dos atores de base no processo de mudança proposto, inviabilizando, desse modo, a criação de elos de ligação entre a concepção e a implementação do Plano 2012. Diante de tais constatações, vale lembrar Rivera (2003) quando ele afirma que, auxiliar a desenvolver um fluxo de comunicação que potencialize o diálogo gerador de compromissos é o fio condutor de uma nova compreensão acerca do planejamento estratégico.

Apresenta-se a seguir no quadro 26, de forma resumida, as características da comunicação organizacional do HU/UFSC e a influência que estas exerceram no Plano 2012.

Quadro 26 - Características da comunicação organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.



Fonte: Dados primários (2012)

4.3.3 A liderança organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012.

Diante do objetivo em compreender a forma como as lideranças influenciaram na implementação do Plano 2012, inicialmente buscou-se identificar as características dos líderes da organização em estudo. Para tanto, destaca-se que os cargos de chefia do HU/UFSC são distribuídos da seguinte maneira:

No topo da hierarquia, estão o Diretor Geral e o Vice-diretor Geral. A ocupação desses cargos é realizada por meio de uma consulta prévia (processo eleitoral) para posterior nomeação pelo Reitor da UFSC. As únicas exigências para a ocupação desses cargos é de que os candidatos sejam servidores docentes da área da saúde e que estejam em efetivo exercício de suas atividades no HU/UFSC, por um período não inferior a três anos.

No segundo escalão estão os Diretores Setoriais: Diretor de Administração, Diretor de Enfermagem, Diretor de Medicina e Diretor de Apoio Médico Assistencial. As únicas exigências para a ocupação desses cargos é de que os servidores sejam respectivamente: Administrador; Enfermeiro; Médico; e graduado em qualquer curso de nível superior na área da saúde - e que estejam em efetivo exercício de suas atividades no HU/UFSC, por um período não inferior a três anos.

Ao descer a pirâmide hierárquica, surgem os Chefes de Divisão, de Serviço e de Seção. Para os Chefes de Divisão também é exigida a formação superior, enquanto para os demais níveis não há quaisquer exigências. Ressalta-se que, de acordo com o regimento interno da instituição, todos os cargos a partir do segundo escalão são sugeridos pelo Diretor Geral do HU e nomeados pelo Reitor da UFSC. No entanto, a Diretoria de Enfermagem, visando subsidiar essa indicação, realiza uma consulta prévia, por meio de um processo eleitoral, que escolhe desde o Diretor Setorial até os Chefes de Seção. Nas demais Diretorias, o Diretor Geral indica o Diretor Setorial, que indica os Chefes de Divisão, que, por sua vez, indicam os Chefes de Serviço e Seção.

Ainda que o hospital tenha essa estrutura, os entrevistados admitem que há uma grande dificuldade em convencer os servidores a assumirem cargos de chefia, conforme declara o E25: “Nós temos um grande compromisso com esse hospital e com a nossa profissão, por isso ainda aceitamos cargos de chefia”. De acordo com o entrevistado, faltam apoio da alta liderança, estrutura e equipe para que as atividades sejam desenvolvidas com qualidade e equipe. Além disso, as gratificações de

Chefia de Divisão, de Serviço e de Seção são insignificantes.

Sobre a Chefia de Divisão da Diretoria de Apoio Médico Assistencial, o El argumenta que:

Hoje é um problema sério, porque os servidores ao assumirem estas chefias perdem o direito ao adicional de insalubridade⁴, e a remuneração da chefia é muito baixa. Assim, esse cargo de chefia está praticamente extinto. É insano, pois além de perderem dinheiro, ainda perdem em tempo de serviço, então ninguém quer.

A falta de incentivo financeiro, aliado à ausência de uma política de pessoal que respalde as decisões pertinentes na instituição são fatores considerados como grandes obstáculos para a motivação das chefias, conforme declara o E6:

[...] é insano se incomodar e as pessoas acabam desistindo e deixando tudo acontecer mesmo. Os valores das Chefias é um absurdo, imagina ganhar R\$ 200,00 (duzentos reais) para coordenar e motivar cinquenta pessoas, controlar horários. Isso torna o processo muito frágil.

Diante de tais considerações, cabe lembrar as assertivas de Hrebiniak (2006) e Thompson e Stricklan III (2000), quando eles alertam para a importância dos incentivos financeiros como forma de operar as estruturas e tornar a implementação das estratégias uma

⁴ Os adicionais de insalubridade para os Servidores Públicos Cíveis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais estão previstos nas seguintes Leis:

1) Art. 68 da Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990: Os servidores que trabalham com habitualidade em locais insalubres ou em contato permanente com substâncias tóxicas, radioativas ou com risco de vida, fazem jus a um adicional sobre o vencimento do cargo efetivo.

2) Art. 12 da Lei n.º 8.270, de 17 de dezembro de 1991: Define os percentuais aplicáveis: I - cinco dez e vinte por cento, no caso de insalubridade nos graus mínimo, médio e máximo, respectivamente; II - dez por cento, no de periculosidade.

3) Orientação Normativa n.º 7, de 20 de novembro de 2007, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – Secretaria de Recursos Humanos: Estabelece orientação quanto aos procedimentos a serem adotados para a contagem de tempo de serviço e de contribuição, especial ou não, para efeitos de aposentadoria do servidor público regido pela Lei n.º 8.112/90.

realidade. Ainda assim, importa ressaltar que, em seus discursos, os depoentes não relacionaram a questão financeira à motivação de forma isolada, mas associada às dificuldades de gerenciar pessoas, provocada pela ausência de uma política de gestão de pessoas na instituição. Destaca-se, conforme já abordado, que o Programa de Gestão de Pessoas contemplava estratégias que prometiam melhorar a relação entre líderes e liderados.

O cenário apresentado pelos diferentes atores durante as entrevistas permitiram compreender a falta de motivação das lideranças do HU/UFSC como um significativo fator interveniente na implementação do Plano 2012. Nesse contexto, Schein (2001) afirma que, para criar uma cultura organizacional que favoreça a implementação de ações estratégicas, não basta o líder querer ou decretar, é necessário que ele mesmo passe por profundas mudanças, sendo que uma delas implica em desenvolver extraordinários níveis de motivação.

Outra questão destacada por parte dos entrevistados sobre a insuficiência de motivação das chefias diz respeito à falta de apoio das suas chefias imediatas. É relevante salientar o depoimento do E3: “[...] eu sou chefe, mas ninguém nunca perguntou nada para mim, quais são minhas habilidades, atitudes, o que eu preciso para melhorar, o que eu faço eu vou à busca, [...] ninguém me cobra nada. Não me sinto motivada por ninguém”.

Tal depoimento diverge dos ensinamentos de Ansoff e McDonnell (1993), quando eles destacam que as lideranças devem manter contato entre si para discutir todos os problemas da organização, além de reconhecer verbalmente o comportamento estratégico e empreendedor das lideranças de escalões inferiores. Diante dessas afirmações, presume-se que liderança e motivação parecem definitivamente unidas tanto na teoria quanto na prática, por uma relação de causa e efeito, conforme enfatiza Bergamini (1994).

A inexistência de um programa de desenvolvimento e capacitação das chefias, aliada à falta de profissionalização da gestão, foram obstáculos que também emergiram nos discursos dos entrevistados. Nas palavras do E5:

Eu sempre fui chefe, mas eu era porque só tinha eu, e quem me garante que eu tenho perfil para isso. A gente acaba colocando quem aceita o cargo, o bobo que vai lá assumir o trono, então, às vezes, eu fico me perguntando: será que as pessoas que exercem cargos de chefia tem

realmente competência para isso? Quem nos instrui para ser chefe? Ninguém.

O E20 acrescenta que, em todos os níveis, são poucos os que realmente possuem perfil para o pleno exercício de suas funções. O entrevistado atribui isso à falta de formação adequada e, nesse sentido, reconhece uma grande fragilidade na gestão:

[...] o próprio processo eleitoral, eu vejo assim, é uma dificuldade de se constituir a gestão do hospital. Em todos os níveis, como é mal remunerado, como é pouco valorizado, existe uma dificuldade enorme para se ter chefias. Acaba sendo quem se propõe naquele momento. - ah eu pegoi! [...] a gente vai com uma boa intenção, mas nem sempre o caminho é o correto, até porque não sei se estamos preparados para administrar uma organização. As vezes me constrange em usar o termo técnico da Administração, porque eu desconheço, minha formação é outra. Então assim como eu, vejo as chefias de vários setores como pessoas tecnicamente despreparadas para aquele cargo, são pessoas que se prontificaram a exercer num caso específico, para colaborar com a instituição.

Ainda que competência administrativa, segundo Ulrich (2001), represente uma das bases de sustentação de uma liderança eficaz, os discursos permitiram entender que na organização em estudo nem sempre é possível adotar critérios de eficiência e eficácia para a designação de seus gerentes. De acordo com o autor, o líder eficaz precisa desenvolver suas competências administrativas, adaptando, estruturando, implementando e melhorando os processos organizacionais, para gerar, em seus subordinados, entusiasmo, compromisso e desempenho, a fim de transformar aspirações em ações.

A partir do entendimento dos entrevistados acerca das fragilidades da gestão, buscou-se compreender como esses sujeitos definem uma liderança eficaz:

Tem que ser flexível, ter a cabeça aberta e saber ouvir cada um que está envolvido no processo. Ele tem que extrair o que é de bom nos seus colaboradores. Fazer com que as pessoas se sintam importantes. Um bom líder tem que ser um bom mediador, um negociador e ser imparcial.

Essas são as características de uma boa liderança. Infelizmente, a escolha das lideranças ainda é feita sem que se discuta o perfil de bom líder (E2).

[...] tem que respeitar, tem que entender muito de Administração, tem que abrir suas portas, saber ouvir, saber falar. Além disso, ele precisa ser firme em algumas situações (E3).

[...] mais participativa, com planejamento, ver o que é de responsabilidade de cada um e tratar dessa forma. O líder é esse cara que vai e delega a materiais o que é de materiais, ao financeiro o que é do financeiro [...] claro que se chegar num patamar que extrapola a autoridade daquela pessoa, tudo bem, mas as pessoas que estão nos Serviços elas também tem que ter essa autoridade (E16).

Pode-se perceber que os entrevistados delinearam um perfil de liderança que converge com os ensinamentos de grandes teóricos da área, como Drucker (1999), que define um bom líder como aquele que torna eficazes os pontos fortes das pessoas; ou Senge (1990), que dá ênfase à capacidade do líder em construir uma visão compartilhada, em trazer para a superfície desafiando os modelos mentais vigentes, possibilitando padrões de pensamento mais sistêmicos; ou ainda como Bennis (1996), que afirma que bons líderes são aqueles que possibilitam que as pessoas se sintam no centro das coisas e não na periferia.

No que tange à influência da alta liderança na implementação de um planejamento estratégico, os entrevistados declararam:

A liderança é um fator importantíssimo, se o líder não acredita na ferramenta do PE como sendo uma coisa importante, os demais servidores e gestores não vão conseguir fazer isso sozinhos. Tem coisas que passam realmente pela decisão da Direção (E14).

A liderança da organização é um fator fundamental na implementação de um planejamento estratégico. [...] se os donos da casa não estão juntos, tu achas que os outros vão se preocupar? [...] mas eu penso que se a Direção estiver mobilizada, buscar apoio em outras instâncias ela consegue fazer alguma coisa. - Vai ter dificuldade? Sim. Mas vai fazer (E9).

[...] então, se a liderança não estiver convencida de que o planejamento é importante, que aquilo realmente é uma ferramenta que vai melhorar o trabalho dos servidores, o processo não vai para frente (E3).

Primeiro ele tem que conhecer a ferramenta. Depois conhecer os serviços, visitar os locais constantemente. Tem que ter uma inserção, estar mais próximo (E1).

Evidenciou-se que mais uma vez os depoimentos foram ao encontro da literatura que dá sustentação a esta pesquisa. Não obstante, constatou-se uma divergência entre o que os entrevistados acreditam e o que eles percebem na organização quanto às características de uma liderança eficaz, voltada para a execução do planejamento estratégico. Nesse contexto, o E4 afirma que:

O problema é da gestão como um todo, o processo como um todo. Se você montar um grupo de pessoas que conhece a ferramenta e coincidir de serem líderes, ótimo. Mas como muitas vezes o processo de escolha de um gestor não respeita essa característica, você paga um preço por isso, pois na hora que esse cara for discutir planejamento, da mesma forma que ele não vai conseguir dominar o grupo, ele também não vai conseguir impor suas ideias. Então o planejamento foi criado em cima dessa estrutura caótica, mas poderia ter sido pior, poderia nem ter sido construído.

Verificou-se, a partir dos depoimentos, uma clara compreensão de que, apesar de as lideranças em todos os níveis serem de fundamental importância para a implementação do planejamento estratégico, o que realmente define o seu sucesso é o envolvimento, o conhecimento e a vontade da liderança formal da instituição. Tal concepção converge com o pensamento de Pereira (2010), quando ele afirma que o planejamento estratégico só terá sucesso se a alta liderança compreender o verdadeiro sentido dessa ferramenta de gestão, se estiver consciente de suas responsabilidades e se envolver cem por cento com o processo.

Importa ressaltar que, quando os entrevistados referiam-se à alta liderança, sempre enfatizavam uma diferença entre o perfil dos dois gestores que conduziram a instituição nesses últimos oito anos: um com mandato de 2004 a 2008 e outro de 2008 a 2012, destacando que apenas

o primeiro correspondia às características do líder voltado para a execução do Plano 2012. Lembra-se aqui, que o planejamento estratégico da instituição foi criado em 2006 com um horizonte estratégico para 2012, perpassando, portanto, a gestão que o implantou.

Assim sendo, sem perder de vista que as etapas de elaboração e implementação do planejamento estratégico afetam-se mutuamente, buscou-se compreender qual a relação que os depoentes faziam entre o perfil das lideranças da instituição e a implementação do planejamento estratégico.

Com o objetivo de entender a forma como a alta liderança conduziu o processo de elaboração do planejamento estratégico do HU/UFSC, bem como a influência de suas decisões na execução do Plano 2012, a pesquisadora procurou conhecer, inicialmente, quais os critérios adotados para compor a CAPIHU, uma vez que, em tese, essas quarenta e duas lideranças estavam representando os outros 1.500 funcionários que não faziam parte do processo. Constatou-se que, em regra geral, cada Divisão ficou com um determinado número de “vagas”, cabendo ao chefe da Divisão fazer os convites para preenchê-las. Os critérios para as escolhas foram: Ser ocupante de cargo de Chefia e/ou de estar em pontos chave da instituição. Enquanto em algumas Divisões houve sorteio, em outras sobraram “vagas”, que foram preenchidas por pessoas que se ofereceram para participar.

De acordo com E10, faltou o entendimento de que o planejamento não é só estratégico, mas também participativo e, nesse sentido, não houve uma sensibilização para que aquelas pessoas entendessem que estavam representando seus pares, o que trouxe dificuldades adicionais para que o planejamento chegasse às bases. Em suas palavras: “A gente não tem a prática ainda de que somos representantes de um grupo, na verdade os representantes são representantes de si mesmos”. Completando o raciocínio, o E10 afirmou que:

[...] talvez alguns não tenham entendido o que era a tal da CAPIHU, essa CAPIHU era para ser o cérebro do planejamento, ou seja, tem alguém que está fraquinho aqui, mas o resto puxa, e aí, infelizmente, a gente não teve isso, as pessoas não entendiam o seu real papel dentro daquele comitê, e que elas tinham que ajudar a puxar.

A percepção do entrevistado remete à ideia de liderança enquanto instância de mobilização das capacidades individuais e intersubjetivas

da organização, conforme defende Bennis (2001). A capacidade do líder para mobilizar equipes, segundo Rivera (2003), compreende um investimento em comunicação como forma de argumentação da sua visão, dos seus atos e para a responsabilização da equipe com os objetivos da organização. Todavia, verificou-se que as fragilidades nos processos comunicativos, bem como a urgência na implantação do Plano 2012 da instituição, impediram que a cúpula estratégica realizasse a necessária sensibilização da CAPIHU, o que, sob efeito cascata, atingiu toda a organização.

Segundo o E10, considerando que a Diretoria de Enfermagem já tinha um planejamento, os seus representantes foram tirados daquele grupo que já tinha uma noção da ferramenta, “e daí as pessoas acabam tendo outro tipo de pertencimento ao planejamento”. Compartilhando dessa opinião, o E21 acrescenta que, as escolhas não obedeceram a critérios de representatividade, pois “só nos sentimos representados quando quem nos representa tem seu nome legitimado pela sua categoria, pelo seu grupo de trabalho”.

Tais depoimentos permitem compreender que questões como representatividade e legitimidade na escolha dos representantes, geraram, desde o início do processo, desconfiância por parte daqueles que não participaram da elaboração do Plano 2012, podendo, portanto, serem considerados como elementos dificultadores no processo de implementação do referido Plano.

Em relação à escolha dos Coordenadores dos Programas, os entrevistados afirmaram que os convites foram feitos pela alta liderança, cujos critérios de escolhas a maioria declarou desconhecer. Eles acreditam, porém, que foram por afinidade e proximidade do cargo do profissional com determinado Programa Estratégico. Entretanto, estes sujeitos reconheceram que outros fatores importantes foram negligenciados no momento das escolhas, tais como: o perfil de liderança; a disponibilidade de tempo para exercer a função; o conhecimento da ferramenta; a vontade; a representatividade e a legitimidade. Os resultados, segundo os entrevistados, foram desastrosos, pois alguns Programas ficaram paralisados em virtude de seus Coordenadores nunca terem assumido de fato as suas funções. Em concordância, o E1 argumenta que:

Na verdade, em algumas estratégias foram escolhidas pessoas que tivessem o perfil de pesquisador, só que não moveram uma palha. Esperava-se um maior envolvimento, mais isso não aconteceu. Alguns Coordenadores não se

sentiram motivados o suficiente, até onde eu sei não focaram em nada, ou focaram muito pouco. Alguns Coordenadores acabaram não se sensibilizando, já tinham a sua vida e os seus projetos, acabaram não se envolvendo no PE.

Na opinião do E5: “Teve essa questão de imposição da pessoa não querer ou não entender o que era o planejamento estratégico. [...] na verdade, não adianta tentar empurrar, porque não vai acontecer, não tem jeito”. Com a mesma percepção, o E17 destaca que “algumas escolhas foram equivocadas, esse foi um dos problemas do plano 2012”. Para o E25, “além de não haver um critério de escolha que favorecesse a eficiência, a eficácia e a legitimidade desse processo, já era de se esperar que alguns Programas não decolariam por falta de envolvimento dos seus Coordenadores”. O E9 argumenta: “eu participei de algumas reuniões de Coordenadores, que poucos tinham o que apresentar e aí as pessoas se desmotivam mesmo”. O E27 declara: “eu participei de uma equipe cujo Coordenador costumava dizer nas reuniões que ele havia caído ali de paraquedas, [...] as reuniões eram péssimas, o Coordenador não agregava ninguém e depois ele mesmo desistiu”. Por sua vez, o E8 argumenta que o processo deveria ter sido mais participativo: “os próprios Coordenadores foram escolhidos pela Direção, poderiam ter sido escolhidos lá dentro do comitê, mas não, já veio definido isso”.

A realidade expressa nos depoimentos diverge do que Rivera (2003) pensa sobre uma liderança voltada para a democratização das decisões e para o entendimento intersubjetivo, pois, em sua perspectiva, mais do que argumentar sobre sua visão, o líder necessita oportunizar a todos os membros da organização a possibilidade de que haja a argumentação discursiva e a tomada de decisão com base em consensos.

Mesmo concordando que a escolha deva ser criteriosa, e em sua opinião não foi, o E7 argumenta que a decisão cabe à alta liderança:

A escolha e o monitoramento dos Coordenadores das questões estratégicas, isso tem que ser uma relação de confiança, um vínculo forte, entre o Coordenador e Diretor Geral, então é preciso que o Diretor escolha com muitos critérios uma pessoa com a qual ele se relacione muito bem, que ele confie, que ele possa cobrar os resultados dessa pessoa. O cara ser um Coordenador de um Programa não é uma coisa qualquer. Se ela não tem o perfil, ela não está apaixonada, ela não vai fazer bem aquele negócio, então, não coloca,

coloca um outro, talvez até meio limitado, que de repente não é tão brilhante, não tem assim tanto status acadêmico, coisa e tal, mas é a pessoa que está apaixonada. O Coordenador precisa estar muito motivado, pois ele tem que acompanhar a execução das ações, tem que cumprir os prazos, tem que estimular as pessoas, tem que servir como interlocutor junto ao diretor geral e a equipe de planejamento dos problemas que as pessoas estão encontrando. Além disso, ele tem que ajudar a refazer os planos do dia a dia, porque o plano se escreve à lápis, ele muda na hora que a gente vai colocar em prática e é assim mesmo dinâmico, então essas coisas não aconteceram no HU, foram negligentes [...].

Na visão do E20, o que faltou foi o entendimento do que era fundamental para a construção desse grupo. Havia, em sua opinião, muita angústia e pressa para iniciar o planejamento, por tudo que ele representava diante de toda a pressão externa que estava ocorrendo. No entanto, ele reconhece que deveria ter se investido mais nas escolhas: “então que levasse mais tempo, o tempo que fosse necessário, mas que de fato as pessoas não fossem pegadas a laço”.

Nos diferentes momentos das entrevistas, foi possível perceber que o Plano 2012 mostrou fragilidades logo no momento de sua elaboração, o que influenciou significativamente a sua implementação. Essa constatação respalda as assertivas de Hrebiniak (2006), quando o autor coloca que essas duas etapas estão totalmente inter-relacionadas e possuem uma grande interdependência. Portanto, a falta de compreensão por parte da alta liderança quanto a essa relação representa um grande obstáculo para o sucesso do planejamento estratégico.

Ainda sobre a efetiva participação dos Coordenadores na condução do Plano 2012 e a influência que essas lideranças tiveram sobre os resultados obtidos, o E7 explicou que:

Apesar da motivação inicial e da dedicação de alguns coordenadores, esperava-se que suas naturais habilidades de liderança, experiência e visão holística da instituição, resultassem numa atuação mais entusiástica e comprometida. No entanto, a baixa motivação reinante no clima organizacional, associada à falta de condições de trabalho (pessoal, área física e equipamentos) em muitas áreas, acabou prejudicando o desempenho

dessas lideranças.

Os sujeitos da pesquisa também manifestaram que as fragilidades no processo de implementação do Plano 2012 acentuaram-se diante da transição da gestão do HU/UFSC, que ocorreu em 2008. De acordo com os depoentes, os Diretores eleitos não participaram da CAPIHU, como também não estavam integrados a nenhum Programa. Apesar de já conhecerem o documento do Plano 2012, foi somente após a posse que os novos Diretores passaram a se envolver nos detalhes do processo, afirmou o E7.

Pode-se perceber, ainda, de acordo com dados obtidos na pesquisa, que as fragilidades no processo estratégico da organização em estudo ficaram ainda mais evidentes a partir de 2010, quando a então Diretora Geral do HU/UFSC pediu exoneração do cargo. O Vice-Diretor passou a acumular os cargos de Diretor Geral e Vice-Diretor Geral, e, logo depois, também o cargo de Diretor de Medicina, pois a titular afastou-se para tratamento de saúde, por prazo indeterminado. Diante de tantos compromissos e do aumento na demanda para atender às metas da contratualização, na opinião dos entrevistados, o planejamento estratégico deixou de ser uma prioridade para Direção do HU/UFSC.

Diante desse cenário, de acordo com o E7, houve uma desmotivação geral por parte das demais lideranças que coordenavam os Programas. O entrevistado destaca que, dois anos após a troca de gestão, vários Coordenadores foram substituídos, uns por desmotivação, outros porque se aposentaram. Dos onze Coordenadores, seis foram substituídos, dois pediram dispensa, mas nunca foram substituídos, ficando o cargo vago, e um nunca assumiu de fato.

De acordo com o mesmo depoente, a EQUIPLAN, que tinha como função participar das reuniões, com o objetivo de acompanhar as atividades das equipes e ainda oferecer atividades de qualificação e capacitação aos Coordenadores dos Programas, gradativamente não foi sendo mais requisitada, e, a partir de 2010, paralisou totalmente suas atividades.

Diante desse fato, os depoentes foram unânimes em considerar a troca de gestão que ocorreu em 2008 como um grande “divisor de águas”. Segundo o E14:

Num primeiro momento, a direção do HU estava acreditando, envolvida. Num segundo momento, a gestão não deu a menor importância, parecia que estava totalmente apática com a situação do PE. Nas falas dava para ver, nitidamente, a falta do

entendimento e da importância do PE. Então, penso que não poderia acontecer mesmo, já que o nosso dirigente maior não acreditava que fosse de verdade importante.

Vale lembrar que é no momento da implementação do planejamento estratégico, que a perseverança da liderança da organização é testada de forma mais intensa, conforme asseveram Tregoe e Zimmerman (1984). Importa citar, ainda, os ensinamentos de Ansoff e McDonnell (1993), quando destacam que uma das limitações do planejamento estratégico está na falta de habilidade e compreensão dos líderes e resistência comportamental às mudanças. Para eles, a falta de conhecimento e habilidade, leva os líderes tanto a resistir à implantação do planejamento estratégico, quanto a realizá-lo inadequadamente.

Ainda sobre o envolvimento da nova gestão no Plano 2012, o E20 declara: “eu não sei se a nova gestão estava tão sensibilizada quanto à gente ou se os pares concordavam que os Programas elencados eram aqueles que eles também consideravam importantes”. Em complemento, o depoente sublinha:

[...] penso que quando elaboramos o planejamento estávamos de fato nesse processo, tínhamos um empenho muito grande para que as coisas de fato acontecessem e acredito sinceramente, sem falta modéstia, se o grupo que estava liderando tivesse continuado, teríamos conseguido melhorar nossas relações, penso que teríamos alcançado mais coisas. Na verdade, se erra quando se planeja e não se fica para executar, e se passa para outros o desejo de um grupo anterior. Ou seja, eu idealizei isso aqui e você executa. Lógico que o planejamento deveria ser independente do gestor [...], mas a gente acabou idealizando algumas questões e deixando para outra gestão executar (E20).

Com uma percepção similar, o E11 afirma que “o Plano 2012 foi uma ferramenta de uma única gestão. O problema é que as pessoas que assumiram não estavam envolvidas nesse processo e é difícil fazermos as pessoas se integrarem a uma ideia anterior”.

Presume-se que tais depoimentos reforçam a tese de que o planejamento constante, científico e sistematizado não é uma prática de organizações sem fins lucrativos, e as experiências com o planejamento

não são regulares. O processo, quando iniciado, ocorre de maneira setorial ou periódica, com ações que abrangem muitas vezes uma única gestão, conforme preconiza a literatura que fundamentou este estudo.

Partindo-se do pressuposto de que os mandatos de quatro anos, de certa forma, resultam em descontinuidade administrativa, conforme alerta Gaj (1990), foi questionado aos depoentes se o processo sucessório foi estrategicamente planejado para que essa transição não se tornasse uma ameaça à continuidade do processo, já que todos reconheciam a importância da alta liderança na condução do planejamento estratégico. Nas respostas obtidas, todos os depoentes revelaram que na época não houve uma preocupação com o processo sucessório. Nesse sentido, o E7, reconhecendo as fragilidades no processo de transição, declarou que “esse momento merecia uma atenção especial”.

A relação entre a implementação do planejamento estratégico e o processo sucessório encontra respaldo em Gaj (1990), quando o autor afirma que a mudança de lideranças na organização afeta os rumos estratégicos, podendo alterar as estratégias elaboradas e seu andamento, aumentando ou reduzindo os riscos da sua implementação, e, dependendo do espírito empreendedor dos novos gestores, pode até acabar com o Plano. O autor ressalta que o Planejamento Estratégico não é um processo de gestão, logo os sucessores têm de assumir as responsabilidades em relação a ele e fazer com que sua implementação aconteça. Para o autor, a obrigação dos que deixam o poder é planejar a sucessão, e dos que estão chegando, dar continuidade aos processos estratégicos da organização.

Conferindo credibilidade às proposições de Pereira (2010) quanto às questões políticas e de poder que envolvem os rumos estratégicos das organizações, o E4 ressalta que essa transição não é assim tão simples. Em suas palavras:

[...] num modelo de organização política como a UFSC e assim o próprio HU, não há garantias de que ao planejar o processo sucessório haverá continuidade nos planos, uma vez que o diretor geral e seu vice são eleitos democraticamente, podendo ou não haver interesse na continuidade dos projetos de seus antecessores.

O depoimento converge com os argumentos de Hrebiniak (2006, p.27), quando ele profere que “os programas de execução que entram

em contradição com a estrutura de poder, ou com a influência de uma organização, estão condenados ao fracasso.”.

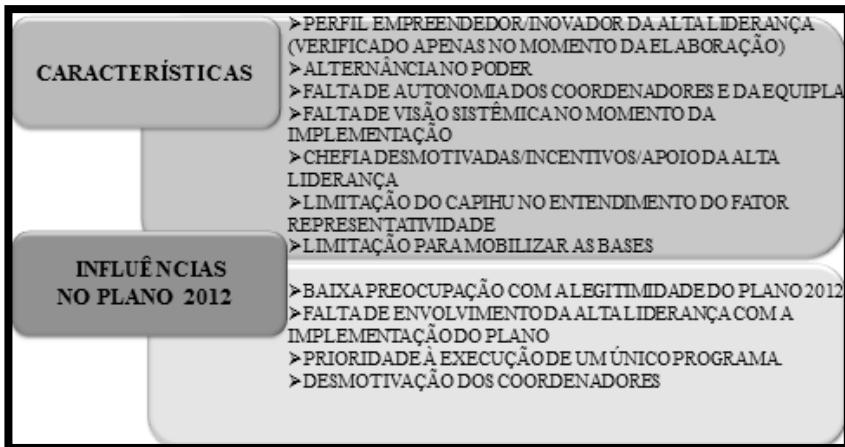
Por fim, pode-se perceber a grande influência que as lideranças do HU/UFSC exerceram sobre todo o processo estratégico da instituição. Sua influência no Plano 2012 foi tão intensa que as mesmas pessoas que se sentiram motivadas no início do processo o abandonaram, logo após a troca de gestão. Outra questão que aponta para essa influência concerne ao total e irrestrito envolvimento da alta liderança no Programa de Transplantes, que por essa razão, entre os onze Programas, foi o único totalmente implementado.

O estudo empírico constatou, ainda, que, em razão das deficiências no processo de comunicação, sensibilização e interação, a apropriação coletiva do Plano 2012 não aconteceu, assim como também não favoreceu um aprendizado organizacional que possibilitasse um pensamento estratégico na organização, o que, segundo Bennis (2001), Rivera (2003), Mintzberg (2006a) e Senge (1990), consiste na principal função do líder.

Tais limitações conferem credibilidade a Rivera (2003), que, ao analisar as características das organizações hospitalares, defende um modelo de gestão comunicativo e consensual, que tem no ajustamento mútuo e na negociação de interesses na perspectiva ganhar-ganhar, um dos seus traços mais marcantes.

Apresenta-se a seguir no quadro 27, de forma resumida, as características da liderança organizacional do HU/UFSC e a influência que estas exerceram no Plano 2012.

Quadro 27 - Características da liderança organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.



Fonte: Dados primários (2012)

4.3.4 A cultura organizacional do HU/UFSC e sua influência no processo de implementação do Plano 2012.

A cultura organizacional, de acordo com Pereira (2010) e Hrebiniak (2006), é um dos fatores que interfere tanto no sucesso quanto no fracasso dos processos estratégicos de uma organização, pois são as crenças, os valores e as atitudes das pessoas que decidirão o que fazer com o documento estratégico. Nesse sentido, eles alertam que ter uma cultura voltada para a execução é fundamental para que os planos não fiquem somente na intenção.

Considerando que o termo cultura, quando aplicado às peculiaridades de uma determinada organização, passa a dispor de uma roupagem específica, incorporando padrões psicológicos, políticos e sociais (FLEURY E FISCHER, 1996), buscou-se, inicialmente, identificar algumas especificidades do campo empírico que contribuíssem com a caracterização da cultura organizacional em foco. À medida que tais características foram emergindo e a cultura da organização foi se revelando, a pesquisadora buscou compreender como a cultura influenciou na implementação do Plano 2012.

Uma característica da organização em estudo, citada por cem por cento dos depoentes, concerne ao dado cultural da forte autonomia dos profissionais, que muitas vezes, conforme destaca o E26, “contribui para

mantê-los afastados dos projetos institucionais”. Nesse contexto, o E15 coloca que “a maioria dos profissionais médicos não interagem com os demais membros da organização”. Para o E12, “historicamente, os médicos não têm participado muito das decisões que envolvem a organização como um todo”. De acordo com este depoente, há sempre uma grande dificuldade de contar com a participação desses profissionais em todas as comissões que são constituídas na instituição. Em sua perspectiva, além da autonomia que a própria profissão lhes confere, “eles são extremamente ocupados, têm mais que um emprego e outras obrigações e, conseqüentemente, são muitos poucos médicos que se dedicam somente ao nosso hospital”. Com a mesma percepção, o E10 argumentou que “não há um envolvimento efetivo dos médicos com essa coisa mais macro da instituição”. Por fim, o E25 afirmou que “não há um sentimento de pertença à organização por parte dos profissionais médicos”.

Os depoimentos encontram explicações em Mintzberg (2006), quando o autor argumenta que, em organizações hospitalares, os saberes e a autonomia dos profissionais, especialmente dos médicos, implicam em um grande controle sobre o seu próprio trabalho, fazendo que com que eles trabalhem de forma relativamente independente de seus colegas. Crémadez (apud RIVERA, 2003) acrescenta que não há nessas organizações uma perspectiva de conjunto em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares. Desse modo, não se verifica um processo de formulação de estratégias, e sim a formação de estratégias emergentes para decisões de natureza mais operacional e pontual.

Convergindo com a literatura estudada, o E11 argumentou que “os médicos não estão acostumados a fazer planejamento estratégico, eles trabalham o seu individual, eles não tem a prática de planejar, de pensar a instituição, isso é uma coisa nova para eles”. Para os sujeitos entrevistados, esse desinteresse refletiu na insignificante participação dessa categoria na elaboração do Plano 2012, bem como na composição dos grupos que discutiram as ações para a sua implementação. Sobre o assunto, o E12 revelou que “houve várias tentativas de incluí-los, porém o retorno foi muito pequeno, a participação dessa categoria na construção do planejamento foi muito pequena, e isso, com certeza, influenciou muito o resultado final”.

Para o E13, “isso é uma questão cultural mesmo, a categoria ela emperra as coisas porque faz de conta que aderiu, mas não adere, e daí as coisas não andam mesmo”. Na opinião do E20, “ainda prevalece na organização uma cultura corporativista, que dificultou demais a

implementação do planejamento estratégico”. Complementando, o E24 afirmou que “esse poder influencia na tomada de decisão, [...] há uma cultura de priorizar a atividade fim, em detrimento das atividades meio”. Nesta mesma perspectiva, o E13 destaca que:

[...] falta na instituição uma visão sistêmica, um entendimento de que a qualidade do produto final depende da atuação de todas as áreas, e não apenas da medicina. Isso é bem histórico no HU, tem um pouco da cultura, pois nós vamos fazendo e as coisas vão acontecendo sem olhar para todos os suportes que são necessários. É super importante que tenhamos cirurgiões e anestesistas, mas não podemos nos esquecer que, a qualidade do atendimento depende de uma equipe multiprofissional.

Os presentes depoimentos dão credibilidade às afirmações de Cecílio e Merhy (2003a), quando eles advogam que, o cuidado nas organizações hospitalares é, por natureza, necessariamente multidisciplinar, ou seja, depende da interação do trabalho de vários profissionais. Em diferentes momentos das entrevistas, foram ressaltados os esforços despendidos pelo corpo diretivo para a implementação do Programa de Transplantes em detrimento dos demais, incluindo contratação de médicos, renovação de tecnologia e aquisição de material; recursos que foram inexistentes na implementação dos demais programas.

Tais assertivas remetem a uma ausência de visão compartilhada por parte dos membros da organização, assim como possibilitam identificar uma forte relação entre poder e cultura, sendo que esta última influencia todo o processo estratégico da instituição. Assim, a percepção dos sujeitos entrevistados encontra respaldo nas afirmações de Freitas (2002), quando a autora assegura que cultura e poder são fatores inter-relacionados e, portanto, assumem uma importância expressiva na definição do perfil de uma organização. Também é possível compreender que o poder molda, sanciona e pode transformar a cultura em ocultação e dominação, conforme concepção de Fleury e Fischer (1996). Sobre esta relação, o E13 reconhece que “há uma eterna briga de poderes nas organizações hospitalares, [...] isto é histórico e cultural e influência expressivamente o desenvolvimento dos projetos institucionais [...] mudar isso implica em todo mundo estar a fim de perder um pouquinho de poder para se ganhar no conjunto. E não temos essa disposição”.

No que concerne à influência das lideranças nos padrões culturais da organização, defendidos por Senge (1990) e Schein (apud FLEURY; FISCHER, 1996), registrou-se um expressivo descontentamento com a atuação histórica das lideranças formais da organização, principalmente quando o assunto é o processo de mudanças estratégicas. Ainda assim, alguns depoentes lembraram que a instituição experimentou, em duas oportunidades, gestões preocupadas em implantar um processo de planejamento, mas que não tiveram êxito pela descontinuidade do processo.

Nesse sentido, o que se observou de mais significativo nos depoimentos foi a ênfase dada à descontinuidade administrativa que permeia e interfere no desenvolvimento dos processos da instituição, e acaba desfavorecendo a consolidação de uma cultura forte, voltada para a implementação das estratégias. Por cultura forte, entende-se “[...] uma cultura constituída em termos ideais, como um conjunto legítimo de valores, capaz de regular positivamente uma organização, acima de tudo quando falham os mecanismos de regulação burocrática” (RIVERA, 2003, p.20).

Como mencionado em linhas anteriores, os entrevistados relacionaram a alternância na gestão como fator importante no fracasso dos projetos organizacionais, apontando sempre para as questões políticas e as relações de poder, fortemente presentes na organização. Para o E24, “já há no HU uma cultura enraizada, de que a cada troca de gestão, tudo pode mudar [...] projetos podem ser abortados, outros iniciados, independentes da vontade da maioria, independente de serem legitimados ou não pelos diferentes atores que atuam nesta instituição”. Nesse contexto, o E8 reconheceu que “prevalece uma cultura, ora de conformismo ora de comodismo mesmo, e assim os projetos são iniciados e não há continuidade, foi assim com o Qualidade Total, foi assim com o Planejamento Estratégico”. Diante dessas afirmações, vale retomar Pereira (2002, p. 78) quando ele ressalta que, “[...] os efeitos de uma relação de poder comprometem toda e qualquer ferramenta gerencial a ser aplicada em uma organização”.

Respalhando as assertivas do citado autor, o E3 declarou que:

[...] não podemos esquecer que estamos em uma universidade política e a política se mistura com o desenvolvimento dos projetos. [...] isso atrapalha, pois quando é eleito um novo gestor, se não houver afinidade política, joga-se tudo fora e inicia-se do zero, e foi isso que aconteceu com o planejamento estratégico.

Com a mesma percepção, o E9 acrescentou as questões motivacionais que permeiam esta relação:

Eu já vivenciei este processo de vontade da instituição em fazer um planejamento, desde a época da qualidade total. Eu era chefe e foi um sufoco para sensibilizar aquela equipe, [...] agente tinha que trabalhar, rever procedimentos, então, foi muito desgastante, pois quando estávamos começando a deslanchar mudou a direção, e aí parou tudo. Anos depois, entra outra direção e propõe a implantação de um planejamento estratégico. Novamente vai mexer com as pessoas. Então se você tenta e depois desiste, tenta novamente e desiste, como vai conseguir motivação dos profissionais? É muito complicado.

Em concordância com os demais, o E4 e o E16 ressaltaram que essa descontinuidade nos processos a cada troca de gestão é uma forte característica das organizações públicas, que a diferencia do setor privado e que fez toda a diferença na implementação do Plano 2012. No entender do E16, “numa empresa privada, quando muda o seu executivo principal, o cara assume e dá continuidade às políticas organizacionais [...] porque a concepção é outra; [...] numa organização pública a gente não vê isso, [...] cada um que chega muda tudo e refaz do seu jeito”. Na opinião do E4, “o planejamento estratégico cai como uma luva na iniciativa privada, mas aqui há um viés político que prejudica todo o processo. [...] com esse modelo político, pode cair qualquer um de paraquedas dentro de uma instituição como a nossa”.

Tais declarações contribuem para a compreensão dos contornos políticos que envolvem a escolha das lideranças da organização em estudo, em detrimento da valorização de critérios pautados na competência. Além disso, deixa ainda mais evidente a concentração do poder no topo da pirâmide hierárquica, assim como também permitem entender a expressiva influência que tanto a estrutura quanto o estilo de liderança exercem sobre a cultura da organização.

As subculturas, descritas por alguns depoentes como cultura “individualista” ou “corporativista”, aparecem também como resultado dessas características. Nesse sentido, o E5 afirma que “na ausência de planejamento, diálogo e compartilhamento, há sempre aqueles com maior poder para viabilizar junto à Direção a realização de seus projetos. [...] na verdade cada um puxa brasa para a sua sardinha”. A existência de subculturas na organização encontra respaldo em Schein (apud

FLEURY; FISCHER, 1996), quando ele lembra que elas existem e tendem a se desenvolver quando grupos com ocupações semelhantes interagem entre si.

E26, por sua vez, argumenta que “numa instituição dinâmica como o HU, há sempre a necessidade de se trocar o pneu com o carro andando, então, se não há uma cultura voltada para o planejamento institucional, as pessoas mais comprometidas acabam correndo atrás para forçar com que algumas coisas aconteçam”. O depoimento do E14 permite compreender com mais clareza como se formam as subculturas na organização:

[...] há necessidades no dia a dia com os pacientes, então criam-se programas, criam-se ações e efetuam-se mudanças para resolver os problemas. Mas isso é resultado, na maioria das vezes, de iniciativas individuais, e aí vêm as normas, vêm as regras e a gente vai se adaptando. Só que essas iniciativas individuais acabam contemplando as questões que são pertinentes àquela determinada área, sem haver uma integração entre as ações das outras áreas e assim, vai se construindo dessa forma desequilibrada.

Outra questão abordada pelos sujeitos entrevistados concerne à ausência histórica de uma prática de planejamento na instituição. Nessa ótica, o E11 ressaltou que a cultura de não planejar não é prerrogativa apenas da medicina, mas também das outras categorias ligadas à assistência do paciente, que acabam se envolvendo apenas nas questões que estão diretamente relacionadas à sua profissão. Em suas palavras:

Eu lembro que se fazia um esforço enorme para levar o que se discutia no comitê do planejamento estratégico para as unidades e o que se ouvia era: há que bobagem! Isso é coisa de chefia, é mais uma reuniãozinha, isso é coisa para a administração resolver. [...] então acabam não percebendo que isso tem um retorno muito grande para a gente. Na época era o mesmo que nadar contra a maré. As pessoas não se preocupam com o além do fazer, além do assistencial, então fica difícil levar essas coisas adiante [...].

Compartilhando do mesmo pensamento, o E13 complementa que “as pessoas estão vivendo o seu mundo e está muito difícil de fazer qualquer coisa. Porque é uma política de reclamar de tudo, mas de não

participar de muita coisa [...]”. Com a mesma opinião, o E8 argumenta que:

As coisas aqui sempre foram assim: as coisas estão acontecendo e vamos ver como se resolve. Nada é planejado. E isso não é diferente em nenhuma área do HU. Todas as áreas trabalham assim. Trabalhamos o dia a dia, apagando o incêndio naquela hora, não pensamos no futuro.

De acordo com os depoentes, a complexidade inerente a um hospital de ensino, aliada ao seu acelerado crescimento e à demanda reprimida, no que concerne à deficiência dos seus processos de gestão, tornam a prática de planejar um desafio ainda maior. Além disso, o hospital trabalha com equipes reduzidas, o que significa dizer que as pessoas estão sempre envolvidas com uma carga muito grande de tarefas e, nesse sentido, na ótica do E7, “há sempre uma tendência muito forte em se resolver primeiro as rotinas e solucionar as crises, e deixar o planejamento para depois”.

Aliado a esses fatores, observou-se que há na organização um sentimento de desconfiança e descrédito a iniciativas gerenciais de mudanças, primeiro pela falta de comunicação, que acaba resultando na falta de compreensão dos novos projetos, segundo pela crença de que esses não perpassam as gestões que os idealizam. De acordo com o E14, “[...] há uma cultura em começar e não terminar as coisas. A cultura organizacional está muito inserida, a gente vai fazer, mas não acredita que isso funcione, que dê certo [...]”. Na visão do E24, “há também uma cultura de resistência a mudanças, além do comodismo que muitas vezes impera”.

Em referência ao perfil dos profissionais da instituição em estudo, percebeu-se uma heterogeneidade no que concerne à formação, ao vínculo empregatício e à remuneração, além de uma expressiva rotatividade no quadro de servidores. Esses fatores, associados aos já descritos anteriormente, permitem compreender a dificuldade encontrada na organização quanto ao compartilhamento de visão, bem como a dificuldade na implementação de projetos institucionais que exijam o envolvimento ativo dos servidores.

Foram comuns os depoimentos que manifestaram preocupação com o grande número de servidores que estão se aposentando e o grande número de servidores recém-contratados. Conforme afirma Schein (apud FLEURY, FISCHER, 1996), analisar o teor e o processo de socialização de novos membros é uma das formas de captar e entender a cultura

organizacional. Assim, observou-se, a partir dos depoimentos, que o HU/UFSC vive um momento especial, tanto no que diz respeito à mudança do perfil dos seus profissionais, quanto ao preparo da organização para receber seus novos membros. Um ponto relacionado a isso, segundo os entrevistados, concerne, sobretudo, à falta de critérios, regras, cobranças e planejamento, que é percebida de imediato pelos chegados, gerando em alguns um comportamento de comodismo e, em outros, uma rápida reação na busca de suas próprias regras. Como sublinha o E8,

[...] as pessoas que estão chegando não encontram uma proposta clara e vão mudando as coisas. Observa-se que em alguns setores rotinas vão sendo mudadas, sem a gente saber, pelas pessoas que estão entrando, até os terceirizados fazem isso. [...] eu vejo que não tem sido passado para eles, o que se espera deles, então, as pessoas fazem do jeito que elas querem.

Uma opinião semelhante foi expressa pelo E14,

[...] eu vejo que as pessoas têm muita vontade, mas não têm clareza do que podem e do que não podem. Os processos vão acontecendo, as coisas vão acontecendo, e as pessoas vão seguindo pelas suas próprias cabeças, pois a comunicação é falha, os critérios não são bem estabelecidos, as obrigações e os deveres também não.

Presume-se que tais comportamentos conferem à organização um grau ainda maior de dificuldades, uma vez que reduzem a capacidade de seus atores compartilharem visões e compreenderem a instituição de uma forma sistêmica, o que contribui para o enfraquecimento de sua cultura organizacional. Entende-se por cultura fraca uma cultura com baixa capacidade de legitimação, que corresponde a uma situação de fragmentação e de enfraquecimento dos sistemas de ideias como fatores de regulação e de legitimação (RIVERA, 2003).

Associado ao já exposto em relação ao perfil dos profissionais, foi registrada, também, uma preocupação dos entrevistados em relação ao excessivo número de servidores terceirizados, principalmente pelos problemas que essa relação trabalhista representa para a instituição. Dentre estes, foi citado, em especial, um baixo sentimento de pertença, gerado principalmente pela alta rotatividade desses funcionários, conforme declarou o E11:

[...] há uma multiplicidade de contratos de trabalho diferentes dentro do HU. Por exemplo, há empresas terceirizadas que não pensam a nossa filosofia, e a gente depende deles também. Na enfermagem o fluxo é muito grande, agora recentemente houve a liberação de contratações pela fundação, por um período de dois anos, então, quando a pessoa está se acostumando, entendendo a filosofia da instituição, termina o contrato e ela vai embora. No final do ano passado, por exemplo, saíram ao mesmo tempo 25 funcionários, porque o contrato deles acabou no mesmo dia. Então, esses contratos por prazo determinado, tudo muito rápido e de passagem, com certeza mexe com a cultura e influencia no planejamento estratégico.

No que tange aos valores compartilhados na instituição em estudo, observou-se que eles se mostraram bastante fortes, quando o assunto era a assistência ao paciente. Os entrevistados demonstraram uma grande preocupação, principalmente, quanto à questão da “humanização”, porém, também concordaram que a preocupação é insuficiente para envolver as bases na alavancagem de processos estratégicos voltados para esse fim.

Com vistas a explicar melhor a importância de se criar uma cultura de planejamento na instituição, alguns entrevistados reportaram-se à política de humanização fortemente construída na organização, que já faz parte de sua cultura. Para esses sujeitos, quando há um alinhamento entre estratégia e cultura, cria-se um pensamento coletivo de identidade, praticamente inabalável, em torno de determinadas metas, que supera até mesmo a descontinuidade na gestão, as diferenças políticas e as relações de poder existente. Nesta perspectiva, o E20 manifestou que:

[...] se trabalha no hospital dentro de uma perspectiva de humanização, é uma política e isso já faz parte da cultura [...] então, a pessoa que pensa em humanização tanto faz, não precisa de um Programa. Programa, aliás, tem começo, meio e fim, política não, permeia, perpassa e vai ser sempre assim. Eu posso executar melhor ou pior, mas vou seguir o contrato, aquilo ali é forte, aquilo ali está instituído. [...] querer tirar, hoje, por exemplo, o acompanhamento de pacientes de

dentro do hospital, é algo praticamente inviável, pois isso foi construído, foi minando, envolvendo as pessoas. Assim, criar uma cultura do planejamento não parece ser fácil dentro do hospital, e de uma hora para outra com essa mudança tão radical que aconteceu nas políticas públicas, era necessário, naquele momento, trabalhar muito a cultura organizacional, muito mais. Talvez finalizássemos o planejamento e talvez não fôssemos nós os executores, mas a gente já teria criado uma cultura organizacional voltada para isso.

Quanto ao compartilhamento dos valores voltados para o ensino e a pesquisa, percebeu-se, pela falta de citação, uma reduzida preocupação dos entrevistados com o desenvolvimento destas atividades na instituição, apesar destas fazerem parte da missão do HU/UFSC. Esse fato permite supor a falta de compreensão e envolvimento dos servidores com essas atividades e, conseqüentemente, a falta de compartilhamento dos valores que estão embutidos no desenvolvimento de todas as atividades fins da organização. Nesse sentido, o E10, ao levantar um contraponto entre as fragilidades do processo de sensibilização, o perfil dos membros do CAPIHU e a “construção de uma cultura” voltada para a implementação do Plano 2012, registrou um depoimento em forma de indagação:

Quem compartilhou de todos os valores, da ética, da missão? Quem olhava e sabia o que era aquilo? Então, o processo de sensibilização ele foi feito quando o Plano 2012 já estava pronto, aí será que todo mundo tem esses valores que a gente definiu aqui (se referindo à cartilha do Plano 2012)? Será que isso aqui é reflexo da compreensão da maioria? E quando que a gente aprovou isso, quando a gente aprovou? A gente fez um grande movimento para discutir isso? [...] os representantes não eram representantes que representavam as bases, eles quase que representavam a si mesmos, eles não faziam essa ponte de vai e volta, eles não olhavam para o seu Serviço, para a sua Divisão ou para sua Diretoria [...]. O Plano 2012 foi construído com a cabeça dos quarenta e poucos que estão aqui (se referindo aos membros da CAPIHU), mas esses quarenta e poucos não representavam os mil e poucos

trabalhadores.

Retomando Freitas (1991), evidencia-se que os valores representam a essência da filosofia da organização para alcance do sucesso, pois eles fornecem um senso de direção comum para todos os empregados e um guia para o comportamento diário. Balizados por essa compreensão, pode-se perceber que, no âmbito interpretativo dos sujeitos entrevistados, para criar uma cultura e mantê-la incorporada ao ambiente da organização, é necessário que as concepções, as normas e os valores sejam legitimados pelos seus membros, por meio de uma comunicação clara e objetiva, conforme asseguram Fleury e Fischer (1996).

A ausência de sensibilização das bases e a comunicação inadequada do Plano 2012 apareceram nas falas dos depoentes como fatores que impediram, de forma determinante, a formação de uma cultura voltada para a sua implementação. De acordo com a maioria absoluta dos entrevistados, era necessário investir maciçamente em informação como forma de compartilhar os objetivos da instituição e provocar mudanças na cultura organizacional. Considerando as deficiências no processo de comunicação no HU/UFSC, conforme já discutido anteriormente, os depoimentos convergiram para os ensinamentos de Bueno (2003), quando o autor posiciona cultura e comunicação organizacional em vias de mão dupla, ficando evidente no estudo empírico a influência mútua existente entre esses fatores organizacionais.

De acordo com os dados da pesquisa, seria fundamental uma mudança cultural para que o Plano 2012 fosse implementado com sucesso. Como afirma o E7, “não tem como implantar um bom planejamento sem considerar a cultura institucional, e não tem como um planejamento estratégico ter sucesso, sem influenciar de volta essa mesma cultura”.

Na visão dos depoentes, essa mudança ficou na dependência do fortalecimento da comunicação organizacional e de uma liderança capaz de agregar as pessoas em torno de um objetivo comum.

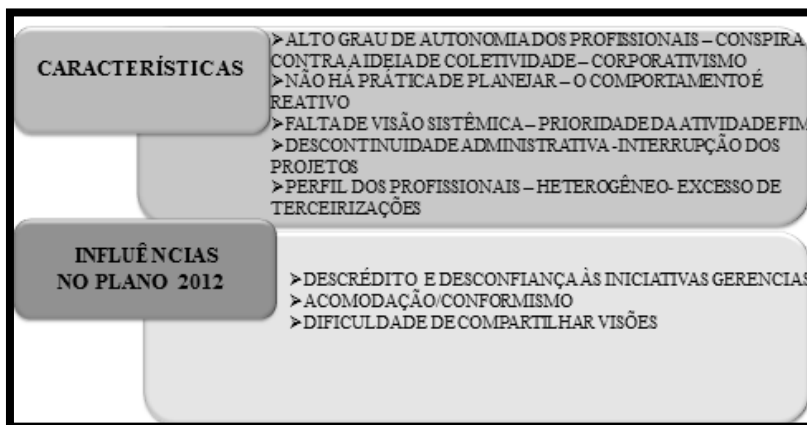
Essa perspectiva vai ao encontro das assertivas de Rivera (2003), quando ele sugere que, para gerar impactos sobre a cultura, é preciso introduzir um sistema de gestão criativo, capaz de estimular a comunicação e, dessa forma, cristalizar novas representações culturais a respeito das regras organizacionais.

Por fim, a exemplo dos outros fatores organizacionais analisados, o estudo empírico permitiu compreender a forte influência que a cultura

organizacional do HU/UFSC exerceu sobre a implementação do Plano 2012, assim como ficou evidente a forte interdependência e a inter-relação entre todos os fatores estudados.

Apresenta-se a seguir no quadro 28, de forma resumida, as características da cultura organizacional do HU/UFSC e a influência que estas exerceram no Plano 2012.

Quadro 28 - Características da cultura organizacional do HU/UFSC e a influência exercida no Plano 2012.



Fonte: Dados primários (2012)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inserido em um contexto caracterizado por profundas transformações, provocadas principalmente pelas novas políticas públicas implantadas no sistema de saúde brasileiro, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), a exemplo dos demais hospitais universitários federais do país, têm sido confrontado com múltiplas e simultâneas demandas relacionadas à sua gestão.

As reformas no setor percorreram uma longa trajetória, iniciada a partir da Constituição de 1988, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi aprovado. No entanto, medidas mais efetivas, que visavam o fortalecimento desse Sistema, foram implantadas em 2004, diante do processo de contratualização dos HUs. Esse processo, que consiste na celebração de um contrato de gestão entre o SUS e os HUs, refere-se a um pacto por resultados e implica em uma nova forma de financiamento desses hospitais, que, diretamente atrelados ao cumprimento de metas de desempenho, ficam submetidos ao grande desafio de melhorar os seus processos de gestão.

Embora o HU/UFSC tenha sido criado, em 1980, com o objetivo de fomentar a prática de ensino e pesquisa em diferentes cursos do Centro de Saúde da UFSC, atualmente assume uma significativa importância na assistência à população. Trata-se de um hospital público, inteiramente gratuito, que vem expandindo a cada ano a sua capacidade de ensino, pesquisa e assistência, bem como os seus desafios, resultantes da complexidade de um sistema hospitalar de ensino com o compromisso de responder com resolutividade às necessidades de saúde da população. Diante desse cenário, consolidar um modelo de gestão para atender às prerrogativas do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) significa, sobretudo, fazer com que a organização sobreviva.

A partir desse contexto, o HU/UFSC iniciou, em 2005, o seu planejamento estratégico, com horizonte estratégico para o ano de 2012. O objetivo foi ordenar e integrar de forma coesa os principais projetos e as principais políticas e ações da instituição, com vistas a consolidar e renovar os valores e a cultura institucional, por meio do envolvimento dos seus profissionais. Esse planejamento estratégico, denominado “Plano 2012”, foi concebido, em síntese, como um plano norteador para a excelência das práticas de gestão institucional do Hospital.

Partindo-se do pressuposto de que não basta criar boas estratégias se sua implementação não acontecer efetivamente, e que a estrutura, a

comunicação, a liderança e a cultura organizacional estão entre os fatores que influenciam a eficiência, eficácia e efetividade de um planejamento estratégico, esta pesquisa questiona a forma como os fatores organizacionais em foco influenciaram o processo de implementação do Plano 2012. A partir da definição da pergunta problema e da verificação da viabilidade para que a pesquisa fosse realizada, definiu-se o seu objetivo geral: Analisar o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC – Plano 2012, à luz dos fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura.

Para que o objetivo geral deste trabalho fosse alcançado, foram estabelecidos três objetivos específicos, os quais foram comprovados ao longo do desenvolvimento do estudo, por meio da aplicação do instrumento de pesquisa e diante da fundamentação teórica, apresentada em cinco seções.

No primeiro tópico, foram destacadas as peculiaridades do campo de estudo: organização hospitalar. O propósito era discorrer sobre a complexidade, o dinamismo e a ambiguidade das organizações inseridas nesse contexto, em especial os hospitais universitários, bem como provocar uma reflexão acerca da necessidade de que haja uma profunda compreensão sobre o seu histórico e suas características na aplicação do planejamento estratégico empresarial, à lógica desse setor.

O segundo tópico, que tratou do processo de planejamento, teve o intuito de, além de conceituá-lo, demonstrar a importância de sua formalidade e a aplicação nos diferentes níveis hierárquicos das organizações, por meio de sua classificação: estratégico, tático e operacional.

No terceiro, estudou-se a evolução histórica, bem como as diferentes concepções teóricas sobre estratégias organizacionais, destacando como elas são formuladas e se configuram dentro das organizações. O objetivo tanto deste tópico quanto do segundo consistiu em apresentar uma conexão entre os termos planejamento e estratégia, para então discorrer sobre os fundamentos do planejamento estratégico.

No quarto tópico, por sua vez, destacou-se o processo de planejamento estratégico, a partir do conceito norteador de estudo definido por Pereira (2010):

[...] é um processo que consiste na análise sistemática dos pontos fortes (competências) e fracos (incompetências ou possibilidades de melhoria) da organização e das oportunidades e ameaças do ambiente externo, com o objetivo de

formular (formar) estratégias e ações estratégicas com o intuito de aumentar a competitividade e seu grau de resolutividade.

Este tópico, além de discorrer sobre os conceitos, métodos e as vantagens da aplicação dessa ferramenta de gestão, visou esclarecer as dificuldades que os administradores encontram em sua implementação. Partindo-se do pressuposto de que a elaboração, a implementação e a avaliação do planejamento estratégico são etapas interdependentes e inter-relacionadas, ressaltou-se, igualmente, a importância dessa compreensão e a necessária participação dos diferentes atores sociais em todas as etapas do processo.

O quinto e último tópico, por fim, caracterizou-se pelo foco nos fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura, bem como na sua influência sobre o processo de implementação do planejamento estratégico. O objetivo principal foi alinhar esses fatores às características do campo empírico e aos fundamentos do planejamento estratégico, mostrando que, em organizações hospitalares, devido às suas especificidades, cresce ainda mais a relevância da compreensão desses fatores, como elementos decisivos para uma implementação eficiente, eficaz e efetiva do planejamento estratégico.

5.1 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os dados coletados por meio das entrevistas foram analisados qualitativamente e apresentados no tópico que tratou dos resultados da pesquisa. Tais elementos tiveram por finalidade responder aos objetivos específicos, com vistas a alcançar o objetivo geral deste estudo. Nesse sentido, os dados foram tratados de modo a concluir que:

Primeiro objetivo específico: Descrever o processo de elaboração e implantação do Plano 2012 - Os dados revelaram que esse processo foi concebido para atender às pressões do ambiente externo, em especial, as exigências do processo de contratualização. Percebeu-se que o pacto com a SES/SC, ocorrido em 2004, representava, mais do que uma opção oferecida pelo governo, uma possibilidade única de sair da crise financeira que ameaçava o seu funcionamento há décadas. A falta de investimento que formava os pilares sustentadores dessa crise resultava, entre outros fatores, na baixa remuneração dos procedimentos realizados pela instituição; no excesso de terceirizações de profissionais, que consumia grande parte dos recursos destinados à assistência; bem como no grande índice de aposentadorias sem reposição por Concurso

Público. Contudo, se por um lado a contratualização consistia em uma oportunidade de mudar essa situação crônica, por outro, cumprir as metas estabelecidas pelo gestor do SUS significava um grande desafio, diante das conjunturas e das próprias particularidades da organização. Ainda assim, como revelou um dos entrevistados que fazia parte do quadro diretivo do HU/UFSC, as opções disponíveis eram “contratualizar ou contratualizar”, ou seja, após a celebração do novo contrato, não havia outra saída se não “trocar o pneu com o carro andando em alta velocidade”. Nesse cenário, o planejamento estratégico surgiu não apenas como uma ferramenta capaz de lidar com as condições de mudança às quais o HU/UFSC estava sendo submetido, mas também induziu a organização a trabalhar diante de um planejamento formal.

Constatou-se, durante a pesquisa, que havia muita urgência em tudo o que estava sendo proposto, como afirmou um dos depoentes: “A Direção estava muito no olho do furacão”. Diante desse contexto, houve uma corrida por reformas - que transformou o HU/UFSC num grande canteiro de obras neste período; por novos procedimentos, principalmente de média e alta complexidade; assim como, pelos motivos já citados, havia também uma grande urgência na elaboração e implantação do planejamento. Dessa forma, em março de 2005, logo após a assinatura do contrato com a SES/SC, o HU/UFSC criou um Comitê de Apoio ao Planejamento Estratégico do HU (CAPIHU) e deu início à elaboração do seu planejamento estratégico. Foi possível perceber uma proximidade muito relevante entre os fundamentos teóricos e os dados desta pesquisa, no que diz respeito às razões que motivaram a implantação do Plano 2012, pois, de forma inquestionável, a instabilidade e a turbulência do ambiente externo pressionavam a organização a desenvolver rapidamente a sua capacidade de adaptação e mudança, comprovando-se, então, que quanto maior a interação com o ambiente externo, maior a necessidade de novos arranjos internos.

No caso específico das mudanças provocadas pelas novas políticas públicas implantadas no setor de saúde brasileiro, Hall (1984) argumenta que quando uma lei nova é aprovada, as organizações precisam fazer mudanças para se adequarem caso a lei seja relevante para elas, e foi exatamente essa a intenção do HU/UFSC ao criar o Plano 2012.

Os dados revelaram, ainda, a total influência do Diretor Geral da instituição na construção do planejamento estratégico. Dando credibilidade às assertivas de autores como Rivera (2003); Bennis (2001) e Senge (1990), o perfil da liderança, sua visão empreendedora,

além de sua capacidade gerencial e de mobilização, foram fatores determinantes para reunir 44 lideranças das mais diferentes categorias profissionais, em torno de um objetivo comum, representando um momento ímpar na história do HU/UFSC. Constatou-se que as lideranças envolvidas nessa fase do processo participaram ativamente de todas as etapas propostas pela metodologia que foi aplicada, até a finalização do plano, que culminou com sua implantação. Tendo em vista a atribulada rotina dessas pessoas no exercício suas atividades no HU/UFSC, o envolvimento delas na elaboração do Plano 2012, denotou, que além de uma grande confiança no gestor, havia, sobretudo, um grande desejo de mudanças na organização. Ainda foi possível evidenciar que essas pessoas foram motivadas pelo reconhecimento do planejamento estratégico enquanto uma ferramenta capaz de estabelecer o melhor caminho para o alcance dos objetivos organizacionais (ACKOFF, 1982; DRUCKER, 2002; SEMLER; ANSOFF E MCDONNELL).

Apesar da intenção, do empenho e do abnegado esforço do corpo diretivo em construir o planejamento estratégico de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, na prática houve um expressivo descontentamento por parte daqueles que não participaram do processo. Os resultados que apontaram para a fragilidade no processo de sensibilização das bases referiram-se, principalmente, à falta de informação sobre o planejamento estratégico. As dúvidas giraram em torno de questões como: “O que é planejamento estratégico?”; “Por que estão fazendo?”; “Quem está participando?”. Nesse aspecto, conclui-se que o planejamento estratégico do HU/UFSC divergiu-se totalmente dos fundamentos teóricos, ao deixar a impressão de que “isso é coisa só para chefias”, fato que alargou dramaticamente o hiato entre o planejamento estratégico e o operacional.

Conclui-se que um processo de mudança em uma instituição do porte do HU/UFSC não se realiza de uma hora para outra, assim, mesmo que não seja possível a participação de todos os membros da organização na fase de concepção e implantação do plano, o fator legitimidade não pode e não deve ser negligenciado (PEREIRA, 2010; RIVERA, 1995, 2003; MINTZBERG, 1998, 2004). Evidenciou-se, igualmente, que a falta de um trabalho de sensibilização que alcançasse toda a comunidade hospitalar estava diretamente relacionada às razões que levaram a instituição a iniciar o seu planejamento estratégico, ou seja, havia urgência para iniciar o processo, com vistas a atender às exigências da contratualização.

Também foi possível perceber que a relação planejamento

estratégico *versus* contratualização resultou em um grande paradoxo, uma vez que o novo contrato de gestão não foi considerado na discussão do Plano 2012. Apesar disso, ficou evidente a compreensão dos membros da CAPIHU acerca da necessidade de mudanças institucionais, ainda que desconhecessem as reais dimensões das novas políticas públicas, e que elas mudariam por completo a lógica de atendimento que até aquele momento imperava na organização. A urgência na implantação do Plano 2012 pode ser considerada como um ponto negativo na condução do processo, pois, em um processo de mudança que impacte na cultura da organização, é necessário, segundo Hrebiniak (2006), clareza das razões para a mudança, bem como uma velocidade apropriada para elas ocorram. A ordem, de acordo com Rivera (2003), é de não tentar diminuir o hiato entre “onde estamos” e “onde queremos estar” de uma só vez, mas pouco a pouco.

Outro dado relevante desta pesquisa consiste na falta de mecanismo de avaliação e controle do Plano 2012, bem como a ausência de estratégias comunicativas que visassem à sua apropriação coletiva. De acordo com a fundamentação teórica que deu sustentação a esta pesquisa, todos esses fatores estão diretamente relacionados à eficiência, a eficácia e a legitimidade da implementação do planejamento estratégico. Assim, constatou-se que o Plano 2012 apresentou fragilidades no momento de sua elaboração, o que conseqüentemente interferiu na sua implementação.

Concluiu-se que não houve o necessário entendimento de que a elaboração, a implementação e a avaliação do planejamento estratégico são fases totalmente inter-relacionadas e interdependentes, o que resultou em uma tímida preocupação com o viés de execução no momento em que o Plano 2012 foi elaborado.

Em contrapartida, importa destacar a importante contribuição que a etapa da elaboração do Plano 2012 trouxe à organização, uma vez que o momento oportunizou a reunião de várias lideranças, formais e informais, em torno de um mesmo objetivo: construir um plano que norteasse a excelência das práticas de gestão do HU/UFSC. Concluiu-se, ainda, que o processo de elaboração possibilitou que os membros da CAPIHU, a partir da identificação dos pontos fortes e dos pontos fracos do HU/UFSC, conhecessem melhor a instituição como um todo, bem como os diversos setores em particular, e passassem a reconhecer, a partir daquele momento, a necessária parceria entre os diferentes setores e atores para o alcance do resultado final. Em concordância com autores como Cecílio e Merhy (2003) e Rivera (2003), que enfatizam a necessidade dessa interação no tratamento de um paciente, esse fator

revelou-se como uma questão importante durante as discussões do processo do planejamento estratégico.

Por fim, percebeu-se que o reconhecimento da complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, enquanto fatores que compõem o processo do cuidado em saúde, foram pontos que emergiram durante o processo e que balizaram a formulação das estratégias definidas no Plano 2012.

Segundo objetivo específico: Descrever o processo de implementação do Plano 2012 a partir da trajetória dos Programas Estratégicos que o constituíram.

Os dados da pesquisa revelaram que, com exceção do Programa de Institucional de Ciências e Tecnologia e o Programa de Desenvolvimento e Implantação de Alta Complexidade, todos os demais Programas Estratégicos definidos no Plano 2012 caminharam um pouco no que diz respeito às discussões para formulação de propostas de ação. Contudo, constatou-se que, a partir de 2008, a continuidade nas discussões ocorreu muito mais pelo empenho e habilidade pessoal de seus protagonistas do que em decorrência do planejamento estratégico em si.

Os resultados ainda mostraram que o único Programa efetivamente implementado foi o Programa de Transplantes, enquanto apenas o Programa de Gestão de Pessoas concluiu uma proposta escrita, porém, não recebeu o apoio necessário para que sua implementação se efetivasse. Os demais Programas, por sua vez, não saíram da fase das discussões.

Em relação ao Programa de Transplantes, constatou-se que sua implementação estava relacionada ao cumprimento das metas pactuadas em 2004 entre o HU/UFSC e o SES/SC, associado, portanto, ao aumento do processo produtivo e à necessidade de que a instituição se tornasse referência em alta complexidade, objeto inclusive da Visão a ser alcançada no ano de 2012. Em razão disso, os dados revelaram que o Programa de Transplantes seria implementado independentemente de a instituição ter ou não um planejamento estratégico.

Verificou-se que, diferentemente do tratamento dado ao Programa de Transplantes, a falta de aporte financeiro, contratação de pessoas, envolvimento dos diferentes atores e apoio da alta liderança foram os principais motivos apontados para a não implementação dos demais Programas. Entende-se que tais motivos estão totalmente relacionados à cultura da organização, seu estilo de liderança, sua estrutura e seu sistema de comunicação.

Constatou-se, ainda, que a implementação do Programa de

Transplante em detrimento dos demais Programas causou um grande impacto na organização, principalmente no que se refere ao aumento das demandas em todas as áreas do HU/UFSC. Nesse sentido, pode-se concluir que a visão sistêmica e a compreensão da necessária interação entre as áreas, explícitas no momento da elaboração, não se repetiu no momento da implementação. Desse modo, pode-se afirmar que a falta de congruência entre as estratégias no momento da implementação resultou em um grande hiato entre a intenção e a prática do Plano 2012.

Divergindo do que preconiza a literatura, no momento da implementação não houve o entendimento de que as estratégias não têm um fim nelas próprias e, portanto, é imprescindível que estejam conectadas e inter-relacionadas, para que as ações resultantes do processo de planejamento favoreçam as mudanças necessárias.

Por fim, considerando a concepção sobre planejamento estratégico que os membros da CAPIHU tinham no momento da elaboração do Plano 2012, foi possível concluir que, após a finalização dessa etapa, o grupo se distanciou expressivamente dos fundamentos norteadores da ferramenta de gestão.

Terceiro objetivo específico: Identificar e avaliar a influência que os fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura exerceram nos resultados obtidos no Plano 2012.

No que concerne à influência da estrutura organizacional na implementação do Plano 2012, os dados da pesquisa conferiram credibilidade às assertivas de autores como Mintzberg (2006b); Hrebiniak (2006); Thompson e Strickland III (2000) e Ackoff (1982), quando eles afirmam que a eficiência, a eficácia e a efetividade do planejamento estratégico são fatores que diretamente relacionados à sua integração com a estrutura da organização. Verificou-se, também, que o HU/UFSC não contempla áreas importantes no seu organograma, o que comprova que sua estrutura organizacional não corresponde à realidade de suas demandas. Assim, pode-se concluir que o organograma da instituição em estudo não cumpre totalmente o papel a que se destina, ou seja, demonstrar a distribuição de poder entre a suas partes, (MINTZBERG, 2006b; STONER, 1985).

Outra conclusão desse trabalho foi que, além da deficiência apresentada na estrutura organizacional, ela não foi adequada para viabilizar a implementação do seu planejamento estratégico, em especial o Programa de Gestão de Pessoas, que finalizou uma proposta de implementação. Considerando que todos os Programas dependiam de uma alteração na estrutura organizacional para a sua efetiva implementação, e que com exceção do Programa de transplantes, os

demais não foram implementados, o estudo de caso confirma a afirmação de Ackoff (1982) de que a influência do planejamento estratégico sob a estrutura organizacional é tão intensa que acaba exigindo uma reestruturação de todo o sistema.

Outro ponto observado na estrutura organizacional do HU/UFSC concerne às suas características de centralização e descentralização na tomada de decisão. Pode-se constatar que a centralização do poder no topo da pirâmide conferiu tanto vantagens quanto desvantagens à implementação dos Programas Estratégicos. Considerando que a tomada de decisão para a implementação do Plano 2012 foi centralizada na figura do Diretor Geral da instituição, pode-se concluir que esse modelo de estrutura influenciou positivamente a execução do Programa de Transplante e negativamente os demais Programas. A descentralização do poder na organização em estudo, por sua vez, configurou-se como uma das suas mais fortes características, reforçando a ideia da influência da estrutura sob a implementação do Plano 2012. Em concordância com as proposições de Mintzberg (2006c) e Rivera (2003), observou-se que o alto nível de especialização do núcleo operacional do HU/UFSC, bem como o poder fortemente compartilhado ou distribuído pelos vários centros operadores, são características que potencializam os problemas de integração entre as áreas comunicacionais da organização, fato que aumentou o desafio na execução do Plano 2012.

Mais uma influência da estrutura na implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC diz respeito à não formalização da sua assessoria interna - a EQUIPLAN. Os dados da pesquisa revelaram que, se integrada à estrutura organizacional, essa equipe teria poderes formalmente constituídos, o que permitiria a aplicação de ações que visassem à melhoria do processo em sua totalidade.

Por fim, o estudo empírico permitiu a compreensão da existência de uma influência mútua entre as estratégias e estrutura organizacional, ou seja, tanto a estrutura existente no HU/UFSC interferiu na implementação planejamento estratégico, como a eficácia na sua execução dependeu da remodelação da sua estrutura, concluindo-se, portanto, a forte influência exercida por este fator organizacional nos resultados do Plano 2012.

Em relação à influência da comunicação organizacional no processo de implementação do Plano 2012, constatou-se que, em alinhamento com as assertivas de Bueno (2003; 2005); Hrebiniak (2006); Pereira (2010); Thompson e Strickland III (2000) e Rivera (1995; 1996; 2003), esse foi um fator significativamente interveniente nos resultados obtidos com o processo estratégico da organização. Os

resultados da pesquisa revelaram, ainda, uma grande fragilidade nos processos comunicativos do HU/UFSC, bem como uma total falta de investimento na área, o que permitiu concluir que ainda não há na instituição uma clara compreensão das barreiras de comunicação existente em organizações hospitalares. Como dito em linhas anteriores, há nessas organizações, e portanto no próprio HU/UFSC, uma emaranhada e diversificada gama de serviços e categorias profissionais, que evidencia ainda mais a necessidade de uma gestão comunicativa, que promova o compartilhamento das informações e a transferência de conhecimento.

Constatou-se, assim, que a falta de uma comunicação adequada sobre a intenção e as razões para a implantação do Plano 2012 implicou na falta de comprometimento das pessoas com a implementação das estratégias, pois os esforços se dispersaram, impedindo uma convergência de interesses para resolução dos problemas institucionais. Essa constatação respalda-se em Whittington (2004), quando ele afirma que no contexto organizacional são os indivíduos que dão significado às estratégias, e, em práticas diárias, dão sentido às suas ações.

A comunicação influenciou, portanto, a implementação do Plano 2012, à medida que não possibilitou que as pessoas tomassem consciência de suas possibilidades de intervenção na realidade, não despertando nelas, o sentimento de pertencimento e corresponsabilidade com os objetivos e metas estabelecidos no Plano 2012. Esse fato resultou em uma expressiva desmotivação, cuja reação foi percebida no momento de agregar pessoas para a formação dos grupos que discutiriam a implementação dos Programas. Diante desse contexto, comprovou-se que a elaboração e a implementação são tarefas interdependentes, portanto, quanto maior for o compartilhamento das informações e a participação das pessoas nessas duas etapas, maiores serão as chances de que o planejamento dê certo (HREBINIAK, 2006; BOSSIDY E CHARAN, 2002; THOMPSON E STRICKLAND III, 2000; MINTZBERG, 1998; 2000; 2004).

Finalmente, concluiu-se que a comunicação influenciou a implementação do Plano 2012, à medida que não foi capaz de provocar um aprendizado organizacional que resultasse, gradativamente, em novas percepções, e que conseqüentemente pudesse provocar impactos sobre a cultura da instituição.

Quanto à influência das lideranças na implementação do Plano 2012, a exemplo da estrutura e da comunicação, também foi um fator que interferiu expressivamente nos resultados obtidos no processo estratégico do HU/UFSC. Os dados da pesquisa revelaram que o perfil

empreendedor e a capacidade gerencial da alta liderança da organização foram os grandes fatores motivacionais para a implantação do Plano 2012.

Todavia, conforme já citado, as fragilidades no processo de sensibilização das bases e da própria CAPIHU no momento da elaboração do planejamento estratégico dificultou a sua apropriação coletiva, fazendo com que a tarefa de implementá-lo se tornasse ainda mais desafiadora. Percebeu-se que a CAPIHU, por falta de entendimento do verdadeiro sentido do planejamento estratégico e das razões pelas quais ele estava sendo criado, não foi capaz de sensibilizar os seus pares da importância do processo. Nesse sentido, a falta de sensibilização, sob efeito cascata, atingiu toda a organização. Além disso, nem todos os membros da CAPIHU tinham clareza da sua condição de representantes, isto é, do compromisso de sensibilizar os demais funcionários da organização sobre a implantação do Plano 2012. Conforme o discurso de um dos depoentes, “os representantes eram representantes de si mesmos”.

Outro dado relevante quanto à influência da liderança no Plano 2012 concerne ao fator legitimidade nas escolhas, tanto dos membros da CAPIHU quanto dos Coordenadores dos Programas estratégicos, revelando-se como mais um ponto negativo no momento de agregar os demais funcionários na discussão das ações estratégicas. Esses dados revelam que a democratização das decisões, a possibilidade da argumentação discursiva e a tomada de decisão com base em consensos pode ser o caminho mais seguro quando o que se pretende é gerar um compromisso coletivo com as metas organizacionais, principalmente quando se trata da complexa tarefa de implementar um planejamento estratégico em uma organização hospitalar. Assim, conclui-se que o papel da liderança em criar mecanismo que possibilitem o envolvimento de todos os sujeitos organizacionais nos processos estratégicos da organização faz toda a diferença entre o sucesso e o fracasso de um planejamento estratégico, pois, conforme declarou um depoente: “[...] precisava mais gente envolvida no processo, porque as outras etapas não são feitas a fórceps [...]”.

Diante de tais constatações, o estudo empírico comprova a necessidade de modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos, capazes de mobilizar os atores organizacionais e promover argumentação entre eles acerca de suas visões da missão, dos objetivos para alcançá-la e das ações necessárias correspondentes, conforme propõe Rivera (2003). A capacidade das lideranças para agregar os valores, gerar a motivação em cada ator

organizacional e promover o desenvolvimento de dinâmicas de equipes e de interação disciplinar que favoreceriam a inovação e a mudança (BENNIS, 2001) mostrou-se limitada no processo estratégico do HU/UFSC.

Também se verificou que as fragilidades no processo de implementação do Plano 2012 se acentuaram com a transição da gestão do HU/UFSC, ocorrida em 2008. De acordo com os discursos, os novos gestores, tanto pelos seus perfis gerenciais quanto pelo desconhecimento que tinham da ferramenta, não forneceram o necessário suporte para viabilizar a implementação do Plano 2012. Concluiu-se que o planejamento estratégico não era prioridade para esses gestores, o que implicou em uma desmotivação de todos os Coordenadores e, conseqüentemente, na não implementação do Plano. Sobre o assunto, ainda constatou-se que o Programa de transplantes, único implementado, contou com o total apoio da alta liderança, o que indica o poder que o líder tem sobre os processos estratégicos da organização.

Esse resultado comprova a total influência da liderança na implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC, assim como também comprova que “os programas de execução que entram em contradição com a estrutura de poder, ou com a influência de uma organização, estão condenados ao fracasso” (HREBINIAK, 2006).

Enfim, concluiu-se que a influência da liderança no Plano 2012 foi tão intensa, que as mesmas pessoas que se sentiram motivadas no início do processo, o abandonaram logo após a troca de gestão. Desse modo, constatou-se que as lideranças da organização em estudo não foram capazes de influenciar e provocar mudanças no pensamento coletivo, o que seria fundamental, segundo Mintzberg (1998), Mariotti (2007), Senge (1990) e Bennis (2001), para possibilitar a formação do pensamento estratégico e, assim, provocar mudanças na cultura organizacional.

Averiguou-se, também, que a cultura existente na organização não favoreceu a implementação do Plano 2012, uma vez que é ela é moldada pelos fatores estrutura de poder, estilo de liderança e comunicação organizacional, os quais, conforme conclusão deste estudo, influenciaram os resultados obtidos no processo estratégico do HU/UFSC.

Os resultados da pesquisa revelaram que um dado cultural da organização em estudo que influenciou expressivamente os resultados do Plano 2012 diz respeito à forte autonomia conferida aos seus profissionais, principalmente os médicos, uma vez que essa característica conspira contra a ideia de coletividade e dificulta a visão

sistêmica organizacional. O forte poder da categoria médica é histórico e implica, ainda, em uma tendência exagerada de valorização do processo finalístico, ignorando muitas vezes que a sua qualidade depende de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar. Esse aspecto da cultura foi constatado por meio da análise dos resultados do Plano 2012, principalmente pelo fato de a organização ter alcançado sua visão em se tornar referência em alta complexidade até o ano 2012, em detrimento da implementação dos demais programas estratégicos.

As presentes constatações remetem a uma ausência de visão compartilhada por parte dos membros da organização, assim como possibilita reforçar as assertivas de Freitas (2002) quanto à forte relação existente entre poder e cultura, esta última influenciando todo o processo estratégico da instituição.

Além desses fatores, observou-se que há na organização um sentimento de desconfiança e descrédito às iniciativas gerenciais de mudanças, primeiro pela ausência de comunicação, que acaba resultando na falta de compreensão dos novos projetos; segundo pela crença de que esses projetos não perpassam as gestões que os idealizam, principalmente pela histórica descontinuidade administrativa que ocorre a cada quatro anos no âmbito do Hospital e da Universidade a qual ele está vinculado.

O estudo de caso revelou, ainda, que fatores como falta de contratações por meio de Concurso Público, excesso de funcionários terceirizados e rotatividade no quadro de pessoal implicam em uma grande heterogeneidade no perfil dos servidores da organização. O dado permitiu compreender as dificuldades encontradas por seus gestores em relação ao compartilhamento de valores e visão, resultando numa cultura desfavorável à implementação do Plano 2012.

Apoiado em Fleury e Fischer (1996) e Rivera (1995; 1996; 2003), este estudo comprovou que, para que a organização crie e mantenha a cultura alinhada ao seu planejamento estratégico, necessariamente as concepções, normas e os valores devem ser legitimados pelos membros da organização, por meio de uma comunicação clara e objetiva. Conforme Rivera (2003), a cultura se forma a partir do agir comunicativo dos atores organizacionais, em processos de aprendizagem nos quais se destaca a busca do consenso como fundamento do agir, cristalizando, desse modo, novas representações culturais a respeito das regras organizacionais.

Por fim, pode-se concluir a forte influência que a estrutura, a comunicação, a liderança e a cultura organizacional exerceram na implementação do Plano 2012, assim como também ficou comprovada a

influência mútua existente entre esses fatores.

Ao analisar o processo de implementação do planejamento estratégico do HU/UFSC à luz dos fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura, percebeu-se uma limitação no entendimento das dimensões da complexidade dessa organização. Desse modo, o estudo empírico confere credibilidade ao conceito de racionalidade limitada de Simon (apud ANSOFF E MZDONNELL, 1993), quando o autor afirma que o tamanho e a complexidade de algumas organizações tornaram-se superiores à capacidade de compreensão de seus gestores. Conclui-se, portanto, que o Plano 2012, no momento de sua implementação, foi guiado por um determinismo econômico, provocado, sobretudo, pela relação mercantilista que o HU/UFSC passou a manter com Estado a partir do processo de contratualização, ignorando, entretanto, as variáveis políticas e sociais que permeiam a organização.

Nesse sentido, o resultado deste estudo reforça a necessidade de se reconhecer o ato de planejar como relação interativa, adotando a negociação cooperativa como meio estratégico possível, valorizando a opinião do outro como parâmetro de crítica e, finalmente, considerando a cultura da organização no delineamento de suas regras. Esses são elementos que, conforme Rivera (2003), abrem caminhos para uma interpretação menos presa a uma racionalidade pura de fins.

Considerando a importância que o planejamento estratégico representa para a organização em estudo, sugere-se a retomada das discussões do processo estratégico do HU/UFSC, a partir do reconhecimento da complexidade, da ambiguidade, do dinamismo e da não linearidade que compõem o seu cenário. Além disso, considera-se fundamental o reconhecimento do caráter antagônico, conflitivo e competitivo presente nas relações entre os seus vários atores organizacionais, reconhecendo, sobretudo, as necessidades humanas internas à organização. Ao fazer um contraponto entre o estudo teórico e empírico, como ponto de partida, recomenda-se a implantação de uma gestão comunicativa no Hospital, a partir do resgate do Programa de Comunicação Interna e da implementação das estratégias de comunicação educativa, que tinham por objetivo a apropriação coletiva do Plano 2012.

Finalmente, com vistas a dar continuidade a esta investigação, recomenda-se a análise do processo de implementação do planejamento estratégico em outros hospitais universitários federais, no sentido de identificar similaridades, isto é, observar qual a influência que os fatores organizacionais estrutura, comunicação, liderança e cultura exercem nos

seus processos estratégicos. Recomenda-se, ainda, que o presente estudo seja ampliado, por meio de análise do processo estratégico do HU/UFSC à luz de outros fatores organizacionais, como a tecnologia, a política e o poder.

REFERÊNCIAS

- ACKOFF, R. L. **Planejamento Empresarial**. Rio de Janeiro: LTC – Livros técnicos e Científicos Editora S.A., 1982.
- AKTOUF, O. O simbolismo e a cultura de empresa: dos abusos conceituais às lições empíricas. In: CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização – dimensões esquecidas**. v. 2. São Paulo: Atlas, 1994.
- ALMEIDA, M. I. R.; ESTRADA, R. J. S. A eficiência e a eficácia da gestão estratégica: do planejamento estratégico à mudança organizacional. **Revista de Ciências da Administração**. v. 9, n. 19, p. 147-178, set/dez, 2007.
- AMOROSO, R. Lidando com o pensamento estratégico. In: COSTA, B. K.; ALMEIDA, M. I. R. (Coord). **Estratégia: perspectivas e aplicações**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 31-52.
- ANDREWS, K.R. O conceito de estratégia corporativa. In: Mintzberg, H.; Lampel, J.; Quinn, J.B.; Ghoshal, S. **O Processo da Estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006. p. 78-90.
- ANSOFF, H. I. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Editora Atlas, 1991.
- _____. **Estratégia Empresarial**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.
- _____. **Administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1983.
- ANSOFF, H. I. MCDONNELL, E. J. **Implantando a administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENNIS, W. **A formação do líder**. São Paulo: Atlas, 1996.
- _____. A nova liderança. In: Grupo HSM Management (orgs.). **Liderança e gestão de pessoas**. Autores e Conceitos Imprescindíveis. São Paulo: Publifolha, 2001.
- BERGAMINI, C. W. **Liderança, administração do sentido**. São Paulo: Atlas, 1994.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São

Paulo: Ática, 1996.

BETHLEM, A.S. **Estratégia Empresarial**: conceitos, processo e administração estratégica. São Paulo: Atlas, 1998.

BETHLEM, A.S. Os conceitos de política e estratégia. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro: FGV, v. 21, n. 1, p. 7-15, jan/mar, 1981.

BITTAR, O. J. N. V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Sarvier, 1997. 137 p.

_____. Cultura & qualidade em hospitais. In: Quinto Neto, A, BITTAR, O.J.N.V. **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. Porto Alegre: Da Casa, 2004. Cap.1.

BLANCHARD, Ken. Virando ao contrário a pirâmide organizacional. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, D.M. & BECKHARD, R. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, p. 99-103, 2001.

BOSSIDY, L., CHARAN, R. **Desafio**: fazer acontecer, a disciplina de execução nos negócios. 3 ed. Rio de Janeiro: Negócio Editora, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal**. Publicação oficial, 1988.

_____. **Lei ordinária n.º 12.550**, de 15 de dezembro de 2011.

_____. **Lei n.º 8.112**, de 11 de Dezembro de 1990.

_____. **Lei n.º 8.270**, de 17 de Dezembro de 1991.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Sistema de informação de hospitais universitários**. Brasília: Ministério da Educação, 2006a.

_____. Ministério da Educação. Portaria Ministerial n.º 375 MEC. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: 1991a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: **Hospitais Universitários e de Ensino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira**, Cadernos de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção

Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica s/n: **Política de reestruturação dos Hospitais de Ensino**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar/DAE-SAS. Nota Técnica 43: **Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino**: Processo de certificação e contratualização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNES/Ministério da Saúde n.º 15**, de 8 de janeiro de 1991. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. **Orientação Normativa de 7 de 20 de Novembro de 2007**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2007.

_____. Portaria Interministerial n.º 1000 MEC/MS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília: 2004c.

BRIDGES, W. Conduzindo a organização sem cargos. In: DRUCKER, P. F. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, 2001. p. 37-43.

BRYSON, J. M. **Strategic planning for public and nonprofit organizations**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1995.

BUENO, W. C. **Comunicação Empresarial: Teoria e Pesquisa**. São Paulo: Monole, 2003.

_____. Comunicação empresarial estratégica: definindo os contornos de um conceito. **Conexão – Comunicação e Cultura**, v. 4 , n.7, p.11-20. 2005.

BURMESTER, H.; RICHARD, J. P. Planejamento e gerência estratégicos. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p. 101-120. 1995.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições federais de ensino superior**. 2008. Dissertação de Mestrado em Administração, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: 2008.

CALDAS JUNIOR, A.L. **A crise nos hospitais universitários: estratégia de privatização.** Associação Profissional dos Docentes da UFMG. Belo Horizonte, n. 18, p. 95-110, dez 1999.

CANHADA, D. I. D.; CASALI, A. M.; RESE, N. Reflexões iniciais sobre comunicação organizacional na abordagem da estratégia como prática social. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 42-56, jan/abr 2011.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** 3 ed. Porto, Edições Afrontamento, 1998.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro.** p. 38-49, 1995.

CECÍCIO, L. C. O; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003a.

_____. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate.** v.2 2, n. 64, p. 110-122, 2003b.

CERTO, S. C.; PETER, J. P. **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia.** São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2005. 304p.

CHIORO DOS REIS, A. A. **Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010).** Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.

CHIORO DOS REIS, A. A.; CECILIO, L. C. O. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar.** Saúde em Debate, v. 33, p. 88-97, 2009.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A. & ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** São Paulo, Cortez Editora, 2005.

COSTA, E. A. **Gestão estratégica.** São Paulo: Saraiva, 2002.

COVEY, Stephen R. **Liderança baseada em princípios.** 11 ed. (i.e. reimpressão) Rio de Janeiro: Campus, 2002.

CRUZ JÚNIOR, J. B. História do pensamento administrativo. In: JACOBSEN, A. L.; CRUZ JÚNIOR, J. B.; MORETTO NETO, L. Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria de Educação a Distância. **Administração: introdução e teorias**. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006. p.95-137.

CUNHA, J. P. P., CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L. M. **Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 1978, set 6-12. Disponível em: <<http://www.OPAS.org.br/coletiva/UPLOADARQ/alma-Ata>>. Acesso em: 3 mar 2012.

DECLERCK, R. P; ANSOFF, H. I; HAYES, R. L. **Do planejamento estratégico a administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1985.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo, Cortez. Brasília: MEC/UNESCO, 1999.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Complexidade e Aprendizagem**: a dinâmica não linear do conhecimento. São Paulo: Atlas, 2008.

DRAGO, L. M. B. **“Servindo a dois senhores”**: a gestão do HUCAM entre o ensino e assistência. 2011. 215 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

DRUCKER, P. F. A disciplina da inovação. DRUCKER, P. F.; HESSELBEIN, F.; COHEN, P. M. **De líder para líder**: artigos da prestigiosa revista Leader to Leader, da Drucker Foundation. São Paulo: Futura, p. 63-66, 1999.

_____. Prefácio. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M.; BECKHARD, R. **O líder do futuro**. Prefácio Peter Drucker Foundation. São Paulo: Futura, 2001.

_____. **Introdução à Administração**. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 2002

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.

2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

ETZIONI, A. **Análise comparativa de organizações complexas**: sobre o poder, o engajamento e seus correlatos. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: Ed. da USP, 1989.

FAUSTO NETO, A. (2008). Comunicação das organizações: da vigilância aos pontos de fuga. OLIVEIRA, I. L.; SOARES, A. T. N. (Orgs). **Interfaces e tendências da comunicação no contexto das organizações**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008, p. 39-64.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; PEREIRA, M. I. **Gestão Empresarial**: de Taylor aos Nossos Dias: Evolução e Tendências da Moderna Administração de Empresas. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

FERREIRA, A. B. H; FERREIRA, M; ANJOS, M. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 4 ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FISCHMANN, A. A.; ALMEIDA, M. I. R. **Planejamento estratégico na prática**. São Paulo: Atlas, 1991.

FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

FOUCAULT, M., 1996. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.

FREITAS, M. E. **Cultura organizacional**: formação, tipologias e impacto. São Paulo: McGrawHill, 1991.

_____. **Cultura organizacional**: identidade, sedução e carisma? 3 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

GAJ, L. **Tornando a administração estratégica possível**. São Paulo: McGraw-Hillron, 1990.

GALBRAITH, J. R. Estratégia e planejamento organizacional. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S.; **O Processo da Estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006. p. 199-205.

GEUS, A. Planejamento como aprendizado. In: STARKEY, K. **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, 1997.

_____. **A empresa viva**: como as organizações podem aprender a prosperar e se perpetuar. 7 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,

1999.

_____. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais.** 1 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, E. L. **O Hospital e a visão Administrativa Contemporânea.** São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração, 1983.

_____. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas.** São Paulo: v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GUNTHER, H. F.; PEREIRA, M. F. **Planejamento estratégico: a contribuição da estrutura organizacional.** São Paulo: Atlas, 2013. No prelo.

HALL, R. H. **Organizações: estrutura e processos.** 3 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

HELGESEN, S. Liderando pela base. In: DRUCKER, Peter Ferdinand. **O líder do Futuro.** São Paulo: Futura, 2001.

HESELBEIN, F. Administrando em um mundo redondo. In: DRUCKER, P. F.; HESSELBEIN, F.; COHEN, P. M. **De líder para líder: artigos da prestigiosa revista Leader to Leader, da Drucker Foundation.** São Paulo: Futura, p. 19-23, 2001.

HREBINIAK, L. G. **Fazendo a estratégia funcionar: o caminho para uma execução bem-sucedida.** Rio Grande do Sul: Bookman, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC. **Apresentação planejamento estratégico.** Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/index.php?id=26>> Acesso em: 25 jul 2012.

_____. **O que é o AGHU?** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/novo_site/ser_vicos/aghu/o-que-e/>. Acesso em: 25 jul 2012.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1979.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 5 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KATZ, D.; KAHN, R. **Psicologia social da organizações**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

KICH, J. I. D. F.; PEREIRA, M. F. **Planejamento estratégico: os pressupostos básicos para uma implantação eficaz**. São Paulo: Atlas, 2011.

KOUZES, J. M.; POSNER, B. Z. **O desafio da liderança**. São Paulo: Editora Campus, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. São Paulo: v. 1, n. 1. 1991.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12 n. 4, jul/ago 2007.

MARIOTTI, Humberto. **As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade**. 3 ed. São Paulo: Palas Athena, 2008.

_____. Fatos, comentários e perspectivas. In: MARIOTTI, Humberto. **Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Atlas, 2007.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo: Atlas, 2006.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr/jun, 2001.

MEGGINSON, L. C; MOSLEY, D. C; PIETRI, P. H. **Administração: conceitos e aplicações**. 4 ed. São Paulo: Harba, 1998.

MEYER JR., V. Novo contexto e as habilidades do administrador universitário. In: MEYER JR. V.; MURPHY, J. P. **Dinossauros Gazelas & tigres: novas abordagens da administração universitária**. Florianópolis: Insular, 2003, p. 173-192.

MINAYO, M. C et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7

ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINTZBERG, H. A criação artesanal da estratégia. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, p. 419-437, 1998.

_____. **Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

_____. Os 5 P's da estratégia. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S.; **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, p. 24-29, 2006a.

_____. A estruturação das organizações. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S.; **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, p.185-199, 2006b.

_____. A organização profissional. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S.; **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, p. 312-320, 2006c.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MONTERO, A. C. G.; PEREIRA, M. F. O modelo de comunicação educativa: uma forma eficaz para a implantação do processo de planejamento estratégico do hospital universitário/UFSC. In: **VII Colóquio Internacional sobre Gestion Universitária Em América Del Sur**, Mar Del Plata, Argentina, Dez/2007.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

OLIVEIRA, I. L.; PAULA, A. M. **Interações na contemporaneidade e mudanças paradigmáticas: organização, comunicação e estratégias**. FISEC - Estratégias - Facultad de Ciências Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. n. 14, v. 1, p. 31-51, 2010.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Saúde & Coletiva**. v. 12, suppl. 0, nov 2007.

PEREIRA, M. P. **Mudança estratégica em uma organização hospitalar: um estudo de caso dos últimos 20 anos**. 1996. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **A construção do processo de planejamento estratégico a partir da percepção da coalização dominante**. 2002. 294 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Planejamento Estratégico: o curso**. CAD/UFSC, 2007.

_____. **Planejamento estratégico: teorias, modelos e processos**. São Paulo: Atlas, 2010.

PEREIRA, M. P.; CUNHA, M. S. Os aspectos da cultura organizacional em um processo de gestão não materialista. In: LANER, A. S.; CRUZ JÚNIOR, J. B. **Repensando as organizações** – da formação à participação. Florianópolis: Fundação Boiteux, p. 317-338, 2004.

PETTIGREW, A. M. A cultura das organizações é administrável? In: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M. **Cultura e poder nas organizações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

PINOTTI, J. A. **Saúde: Uma visão política**. Fundação Pedroso Horta, 1997.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1990.

_____. Como as forças competitivas moldam a estratégia. In: MONTGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, p. 11-27, 1998.

_____. **Competição = on competition: estratégias competitivas essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

QUINN, J. B. Estratégias para mudanças. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. **O Processo da Estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006a, p. 29-34.

_____. Incrementalismo lógico: administrando a formação de estratégia. In: MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.;

GHOSHAL, S. **O Processo da Estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006b, p. 165-169.

QUINTO NETO, A.; OLIMPIO, N. B. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

RIBEIRO, P. H. **O Hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIVERA, F. J. U. **Agir comunicativo e planejamento social** (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

_____. A gestão situacional em saúde e a organização comunicante. **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 12 (3): p. 357-372, jul/set, 1996.

_____. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROBBINS, S. P. **O Processo administrativo: integrando teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1978.

_____. **Administração: mudanças e perspectivas**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE.NESP. **Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde**. Brasília: MS, 1998. p. 7-17.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

SANTOS, N. A. A. P. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul em convênio com Universidade de Caxias do Sul.

SÃO THIAGO, P. E. **Promovendo saúde e ensino: Hospital Universitário de Santa Catarina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1983.

SCHEIN, E. H. Liderança e cultura organizacional. In: HESSELBEIN, GOLDSMITH, M & BECKHARD, R. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, 2001. p. 81-90.

_____. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCOTT, C. D.; JAFFE, D.; TOBE, G. **Visão, valores e missão organizacional**: construindo a organização do futuro. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1998.

SEMLER, R. **Virando a própria mesa**. São Paulo: Best Seller, 1988.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina**: arte e prática da organização que aprende. São Paulo: Best Seller, 1990.

SERRA, F. A. R. et al. **Administração Estratégica**: conceitos, roteiro prático e casos. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Editora Pioneira Thomsom Learning, 2001.

SILVA, V. A. Pesquisa sobre cultura organizacional. **Lumen revista de estudos e comunicações**, v. 8, n. 17, p. 175-184, jan/abr 2002.

STEINER, G. A.; MINER, J. B. **Política e estratégia administrativa**. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.

STONER, J. A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985.

STONER, J. A. F; FREEMAN, R. E. **Administração**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

SUN TZU. **A arte da guerra**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

TACHIZAWA, T.; ANDRADE, R. O. B. **Gestão de instituições de ensino**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

THOMPSON, A. A. JR.; STRICKLAND III, A. J. **Planejamento estratégico**: elaboração, implementação e execução. São Paulo: Pioneira, 2000.

TIFFANY, P.; PETERSON, S. D. **Planejamento estratégico**: o melhor roteiro para um planejamento estratégico eficaz. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TREGOE, B. B.; ZIMMERMAN, J. W. **A estratégia da alta gerência**:

O que é e como fazê-la funcionar. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar**: administração e burocracia. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

ULRICH, D. Credibilidade x competência. In: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M. & BECKHARD, R. **O líder do futuro**. São Paulo: Futura, 2001. p. 213-222.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Plano operativo 2010**. Florianópolis, 2010.

VALADARES, M. C. B. **Planejamento estratégico empresarial**: foco em clientes e pessoas. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

VASCONCELOS, C. M. **Notas sobre a crise dos Hospitais de Ensino no Brasil**. Campinas: LAPA / UNICAMP, 2002. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>>. Acesso em: 18 out 2012.

VASCONCELLOS FILHO, P.; PAGNONCELLI, D. **Construindo estratégias para vencer**. 8 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VECINA NETO, G.; REINHARDT FILHO, W. **Gestão de recursos materiais e de medicamentos**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

VERGARA, S. C. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Atlas, 2000.

WHITTINGTON, R. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 44-53, 2004.

_____. **O que é estratégia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

WRIGHT, P.; KROLL, M.; PARNELL, J. **Administração estratégica**: conceitos. São Paulo: Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÉNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Identificação do entrevistado:

Nome:

Cargo:

Função:

Há quanto tempo você exerce a atual função?

Quanto tempo de serviço você tem no HU?

ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

1. Quais os motivos que levaram a Organização a implantar um planejamento estratégico?
2. Que fatores externos você aponta como impactantes na dinâmica interna deste Hospital? Que mudanças esses fatores provocaram ou provocam na organização?
3. Você considera o planejamento estratégico uma ferramenta adequada para lidar com essas mudanças? Por que?
4. A Organização adotou algum modelo/metodologia específica para implantar o planejamento estratégico? Qual sua opinião sobre o método aplicado?
5. A Organização contou com a orientação de um consultor externo? Qual o papel dele nesse processo? Como ele conduziu o processo?
6. A Organização contou com a orientação de um consultor interno? Qual o papel dele nesse processo? Como ele conduziu o processo?
7. A Organização possui um Setor específico para coordenar a implantação do planejamento estratégico? Qual a função desse Setor?
8. Fale sobre a sua visão a respeito da elaboração do planejamento estratégico. O que você considera mais relevante neste momento?
9. Qual foi sua participação no processo de elaboração do planejamento estratégico?
10. Como foi composta a equipe que participou da elaboração do planejamento estratégico? Quantas pessoas participaram desse

momento? Quais os critérios adotados para a seleção dessas pessoas?

11. Como foram operacionalizadas as atividades de elaboração do plano estratégico? As estratégias foram agrupadas de acordo com sua finalidade? Houve nomeação de coordenadores para cada grupo de estratégia? Ou Programas? Ou Questões Estratégicas? Quais os critérios adotados para a seleção dessas pessoas?
12. Como os demais membros da organização foram informados sobre o planejamento estratégico? Eles foram envolvidos de alguma forma nesse processo?
13. Em sua opinião, qual o comprometimento da equipe com a elaboração do planejamento estratégico?
14. O que foi mais relevante no momento de definir as estratégias?
15. Quais critérios utilizados para definir as estratégias?
16. Descreva quais estratégias foram definidas para a organização no momento da elaboração do Plano. Qual o objetivo pretendido com a escolha dessas estratégias?
17. No momento da elaboração das estratégias, que fatores foram considerados importantes para que elas fossem implementadas?
18. Você acredita que houve um viés de execução no momento da elaboração do Plano? Fale como você entende essa relação.
19. Depois da elaboração do documento do planejamento estratégico, como ocorreu o processo de implantação do Plano? Como ele foi divulgado?

IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

1. Fale sobre a sua visão a respeito da implementação do planejamento estratégico. O que você considerou mais relevante nesse momento?
2. Qual foi sua participação no processo de implementação do planejamento estratégico?
3. As pessoas que participaram da elaboração do planejamento foram envolvidas na sua implementação? Se sim, por quê? Se não, por quê?
4. E as que não participaram da elaboração, como foram envolvidas?

5. Das estratégias definidas (deliberadas) quais foram implementadas? E quais não foram?
6. Surgiram estratégias que não estavam previstas no Plano? Quais? Por quê? Com que objetivo?
7. Quem decide o curso das estratégias? É somente o Diretor geral da Organização? Todo o primeiro escalão? As demais chefias são envolvidas nesse processo? Como ocorre esse processo?
8. Como os coordenadores e os diretores do primeiro escalão participaram das discussões e apoio operacional a implementação do plano?
9. Você acredita que o estilo de liderança da organização influenciou na implementação do planejamento estratégico? De que forma?
10. Quais características você considera importante em um líder, para conduzir a implementação do planejamento estratégico?
11. As lideranças desta Organização possuem esse perfil?
12. Como são selecionadas as pessoas para ocuparem cargos de Chefia nesta Organização?
13. Considerando que as trocas de lideranças podem provocar mudanças e descontinuidade nos projetos organizacionais, como ocorre o processo sucessório neste Hospital? A implementação do planejamento estratégico é considerada nesse momento? De que forma?
14. Em sua opinião, qual o comprometimento da Organização com a implementação do planejamento estratégico? (Coordenadores, primeiro escalão, demais chefias)
15. Você acredita que o plano foi adequadamente informado aos demais membros da Organização? Todas as etapas do processo foram comunicadas? De que forma?
16. Você considera a comunicação organizacional um fator importante para o sucesso do planejamento estratégico?
17. Em sua opinião, a Organização considera a comunicação uma questão estratégica?
18. Como você descreve a comunicação nesta Organização?
19. Você acredita que a estrutura organizacional exerce alguma influência nos sucessos e nos fracassos do planejamento estratégico? Comente como você percebe essa influência.

20. Em sua opinião, a estrutura da Organização afeta a estratégia ou é afetada por ela? Fale sobre isso.
21. A tomada de decisão na Organização ocorre de forma centralizada ou descentralizada? Por quê? Quais as implicações dessa estrutura na implementação do planejamento estratégico da Organização?
22. Em uma organização hospitalar a estrutura normalmente é dividida em diferentes áreas, que por sua vez são decompostas em inúmeras subáreas. Considerando que essas áreas e subáreas possuem características e competências específicas, como você percebe o relacionamento e a integração entre as diferentes partes da estrutura organizacional?
23. Que fatores você considera relevante na formação da cultura dessa organização?
24. Em sua opinião, a Organização possui uma cultura voltada para a execução do planejamento estratégico? Como você entende essa relação?
25. A Organização possui algum sistema de incentivo e recompensa como forma de motivar o desempenho das pessoas? Quais?
26. Você acredita que há uma inter-relação e uma interdependência entre as estratégias da organização? Por quê? Isso foi considerado no momento de implementá-las?
27. Em sua opinião, quais os fatores influenciaram nos sucessos e fracassos do plano estratégico?
28. Quais as principais vantagens que o planejamento estratégico trouxe à Organização?
29. Você acredita que o planejamento estratégico agilizou o processo de tomada de decisão? Por quê?

CONTROLE E AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

1. Fale sobre a sua visão a respeito do controle e da avaliação do planejamento estratégico. O que você considerada mais relevante neste momento?
2. A Organização possui alguma ferramenta de controle e avaliação do planejamento estratégico? Qual?

3. Você percebe uma integração entre a elaboração, a implementação e a avaliação do planejamento estratégico?
4. Você acredita que o planejamento estratégico tem contribuído para o cumprimento do contrato de gestão com SUS?
5. Você gostaria fazer mais alguma consideração acerca do processo estratégico deste Hospital?

Obrigada!