

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

MIRIAM IDALINA HÉKIS

**A RACIONALIDADE WEBERIANA PRESENTE NO PROCESSO
DE DECISÃO REFERENTE AO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO:
O caso do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

MIRIAM IDALINA HÉKIS

**A RACIONALIDADE WEBERIANA PRESENTE NO PROCESSO
DE DECISÃO REFERENTE AO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO:
O caso do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)**

Dissertação submetida ao Programa de
Pós-Graduação em Administração
Universitária da Universidade Federal
de Santa Catarina para a obtenção do
Grau de Mestre Administração
Universitária
Orientador: Prof. Dr. Rudimar Antunes
da Rocha

Florianópolis
2012

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

Hékis, Miriam Idalina

A racionalidade weberiana presente no processo de
decisão referente ao planejamento estratégico:
[dissertação] : O caso do Plano 2006-2012 (HU-UFSC) /
Miriam Idalina Hékis ; orientador, Prof. Dr. Rudimar
Antunes da Rocha - Florianópolis, SC, 2012.
185 p. ; 21cm

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

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. HU-UFSC. 3.
Planejamento estratégico. 4. Plano 2006-2012 (HU-UFSC).
5. Racionalidade weberiana. I. Rocha, Prof. Dr. Rudimar
Antunes da. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária.
III. Título.

MIRIAM IDALINA HÉKIS

**A RACIONALIDADE WEBERIANA PRESENTE NO PROCESSO
DE DECISÃO REFERENTE AO PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO:
O caso do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis (SC), 16 de agosto de 2012.

Prof. Dr. Pedro Antônio de Melo
Coordenador do Curso

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha
(PPGAU/UFSC-Brasil)
Orientador

Prof. Dr. Andreas Dittmar Weise
(PPGEP/UFSC-Brasil)
Membro

Prof^a. Dr^a. Alessandra de Linhares Jacobsen
(PPGAU/UFSC-Brasil)
Membro

Prof. Dr. Mário de Souza Almeida
(PPGAU/UFSC-Brasil)
Membro

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas.

AGRADECIMENTOS

A vida é cheia de pessoas que vão
fazer você rir, chorar e se divertir até
não aguentar mais ou pensar que vai
explodir de alegria.
Mas as que vão deixar marcas em sua
alma são aquelas que vão fazer sua
vida seguir em frente.

Natalie Bernot

Ao Pai Celestial, minha fonte inesgotável de vida, energia, proteção e fortaleza.

Ao meu filho, Lucas, por ter me permitido viver a minha melhor versão.

À minha mãe, Glória, meu porto seguro.

Às minhas irmãs, meu irmão, meus “agregados” e meus sobrinhos, pelos prazeres do cotidiano.

Aos fiéis amigos de ontem e aos “especiais” de hoje, pela parceria e torcida.

À Cris e Jaque, por me ajudarem a lutar com os “meus monstros internos” e por me fazerem acreditar que no final tudo daria certo.

Ao Prof. Dr. Rudimar, meu orientador, por ter me mostrado, várias vezes, e de uma forma tão competente e descontraída, que havia luz no fim do túnel.

A todos os entrevistados, colegas de HU-UFSC, que prontamente entenderam a importância da pesquisa e pela colaboração irrestrita.

RESUMO

O objetivo deste estudo consiste em analisar a racionalidade presente no processo de decisão do planejamento estratégico do HU-UFSC. Foram interpretados os tipos de racionalidades apregoados por Max Weber. A racionalidade prática, delineada como própria do modo de vida no qual a atividade é julgada em relação a interesses individuais, puramente práticos e egoísticos; a racionalidade teórica que envolve o predomínio consciente da realidade pela construção de conceitos abstratos, mais do que pelas ações. Ela se alicerça em processo cognitivo abstrato de interpretação da realidade; a racionalidade substantiva, que toma como base para sua orientação os valores, não havendo, portanto, cálculo utilitário das ações humanas. Nesse caso, as referências para a ação humana são tomadas em valores, independentemente dos resultados a serem obtidos; e a racionalidade formal, que oferece como referência à ação humana a aplicação de regras, leis e regulamentos tornados institucionalizados em determinado contexto, pautado no cálculo utilitário de consequências no estabelecimento de relações meio-fim. Do ponto de vista metodológico, realizou-se uma pesquisa qualitativa e descritiva, por meio do levantamento de dados com os membros do Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU). A técnica de coleta de dados contemplou entrevista semiestruturada e pesquisa documental. A análise de dados foi feita por meio da análise de conteúdo. As conclusões a que se chegou revelam que somente um programa foi totalmente implementado e que o processo de tomada de decisão que permeou todo o processo do planejamento estratégico foi centralizado na alta direção. A racionalidade mais presente no processo de tomada de decisão do planejamento estratégico do HU é a racionalidade formal, mas com um forte traço de racionalidade substantiva que preserva a própria razão de ser do hospital.

Palavras-chave: HU-UFSC. Planejamento estratégico. Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Racionalidade weberiana.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze rationality in the decision making process of HU-UFSC's strategic planning considering interpretations of Max Weber's types of rationality. The practical rationality is related to the way of life in which the activity is judged in relation to individual's purely pragmatic and egoistic interests. Theoretical rationality involves a conscious mastery of reality through the construction of abstract concepts rather than through actions. It's based on abstract cognitive process of reality interpretation. Substantive rationality which takes in consideration values, not using, therefore, utilitarian calculus of human actions. In this case, the references for human action are values, regardless of the outcome of the results. Formal rationality offers as reference for human action the application of rules, laws and regulations that became institutionalized in a particular context, referenced in utilitarian calculation of consequences in the establishment of means-ends relations. From the methodological point of view, there was a qualitative and descriptive survey, through a data collecting process with the members of the Committee on Institutional Planning Support HU (CAPIHU). That included semi-structured interviews and documentary research. The data analysis technique chosen was content analysis. The conclusions reached show that only one program was fully implemented and that the decision making process that permeated the whole strategic planning was centralized in top management. The predominant rationality in the decision making process of HU-UFSC's strategic planning was formal rationality, despite the strong presence of substantive rationality, which preserved the hospital's core purpose.

Keywords: HU-UFSC. Strategic planning. Plan 2006-2012 (HU-UFSC). Weber's types of rationality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Classificação dos hospitais	40
Figura 2: Estratégias deliberadas e emergentes.....	49
Figura 3: Avaliação do desempenho estratégico como elemento de ligação	51
Figura 4: Dimensões das organizações prestadoras de serviços de saúde.....	56
Figura 5: Dimensões da racionalidade	68
Figura 6: Configuração das variáveis em estudo.....	88
Figura 7: Dimensões da racionalidade	89
Figura 8: Membros do CAPIHU entrevistados	92
Figura 9: Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC.....	97
Figura 10: Vista externa do HU-UFSC	101
Figura 11: Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC.....	107
Figura 12: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão institucional.....	121
Figura 13: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de padronização	123
Figura 14: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão de pessoas.....	125
Figura 15: Plano 2006-2012 (HU/UFSC) – programa de gestão da assistência.....	129
Figura 16: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de tecnologia da informação.....	132
Figura 17: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão financeira.....	135
Figura 18: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de ciência e tecnologia	137
Figura 19: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de comunicação interna e marketing.....	138
Figura 20: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) - programa de gestão de materiais e equipamentos	141

Figura 21: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de desenvolvimento e implantação de alta complexidade	143
Figura 22: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de transplantes	145
Figura 23: Racionalidade no processo de planejamento estratégico do HU-UFSC	161

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Organizações hospitalares: fronteiras conceituais.....	43
Quadro 2: Hospitais de Ensino - SC.....	44
Quadro 3: Tipos de racionalidade e processos mentais.....	72
Quadro 4: Técnicas tradicionais e modernas de tomada de decisões programadas e não programadas.....	79
Quadro 5: Vantagens da centralização e da descentralização no processo decisório.....	80
Quadro 6: Centralização do processo decisório: vantagens e desvantagens.....	81
Quadro 7: Tempo de serviço dos entrevistados no HU-UFSC.....	93
Quadro 8: Categorias de análise da pesquisa.....	95
Quadro 9: Objetivos estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC) ...	108
Quadro 10: Condução do planejamento estratégico (aspectos positivos)	112
Quadro 11: Condução do planejamento estratégico (aspectos negativos)	113
Quadro 12: Processo de contratualização e o Plano 2006-2012 (HU-UFSC).....	117
Quadro 13: Programas do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).....	120
Quadro 14: Desenvolvimento do programa 1 - gestão institucional.....	122
Quadro 15: Desenvolvimento do programa 2 - padronização.....	124
Quadro 16: Desenvolvimento do programa 3 – gestão de pessoas.....	126
Quadro 17: Desenvolvimento do programa 4 – gestão da assistência....	131
Quadro 18: Desenvolvimento do programa 5 – tecnologia da informação	133
Quadro 19: Desenvolvimento do programa 6 – gestão financeira.....	135
Quadro 20: Desenvolvimento do programa 7 – ciência e tecnologia....	138
Quadro 21: Desenvolvimento do programa 8 – comunicação interna e marketing.....	139
Quadro 22: Desenvolvimento do programa 9 – gestão de materiais e equipamentos.....	141
Quadro 23: Desenvolvimento do programa 10 – desenvolvimento e implantação de alta complexidade.....	144
Quadro 24: Desenvolvimento do programa 11 – transplantes.....	145

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AGH – Aplicativos para Gestão Hospitalar
AGHU – Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários
CAPIHU - Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU
CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões
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
EQUIPLAN – Equipe do Planejamento Estratégico do Hospital Universitário
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HU - Hospital Universitário
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
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
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.2 OBJETIVOS	26
1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS.....	27
1.4 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO	28
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	31
2.1 O HOSPITAL.....	31
2.1.1 Histórico do sistema de saúde no Brasil	33
2.1.2 Organização hospitalar	36
2.1.3 Classificação dos hospitais.....	39
2.1.4 Hospitais universitários e de ensino.....	41
2.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	45
2.2.1 Origem do termo estratégia.....	46
2.2.2 O planejamento estratégico nas organizações prestadoras de serviços de saúde	54
2.3 A RAZÃO E A RACIONALIDADE.....	57
2.3.1 Enfoques filosóficos da razão	58
2.3.2 Fronteiras e elos da razão e racionalidade	61
2.3.3 As tipologias sobre a racionalidade.....	67
2.3.4 A racionalidade na gestão hospitalar.....	72
2.2.5 Suportes da racionalidade para tomada de decisão	73
2.4 TOMADAS DE DECISÕES ESTRATÉGICAS ORGANIZACIONAIS.....	76
2.4.1 Tipologias de tomada de decisão.....	77
2.4.2 Processo de tomada de decisão estratégica hospitalares.....	82
3 METODOLOGIA	87
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	87
3.1.1 Relação entre as variáveis.....	88
3.1.2 Definição constitutiva e operacional das variáveis	88
3.2 DELIMITAÇÃO E PERSPECTIVA DA PESQUISA.....	90

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA, NÍVEL E UNIDADE DE ANÁLISE	91
3.4 TIPOS, COLETA E ANÁLISE DE DADOS	93
3.4.1 Tratamento dos dados	94
3.4.2 Etapas da coleta de dados	96
3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	98
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	99
4.1 HISTÓRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC	99
4.1.1 Certificação e contratualização	101
4.1.2 O Plano 2006-2012 (HU-UFSC)	105
4.2 RAZÕES DA ESCOLHA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	110
4.2.1 Histórico dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)	120
4.2.2 Análise das decisões estratégicas	147
4.3 FATORES RELACIONADOS AO PROCESSO DECISÓRIO INERENTES AO PLANO 2006-2012 (HU-UFSC)	150
4.4 A RACIONALIDADE PRESENTE NO PLANO 2006-2012	156
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
5.1 RECOMENDAÇÕES	167
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICE	181
APÊNDICE A	182
ANEXO	185
ANEXO A	186

1 INTRODUÇÃO

As mudanças do mundo organizacional são resultantes de transformações ocorridas, especialmente, nos campos político, econômico, social, tecnológico e filosófico. Grandes decisões tomadas ao longo do tempo balizam, até hoje, as tomadas de decisões das organizações contemporâneas. Exemplos destas organizações são as industriais, comerciais e de serviços, dentre estas, as hospitalares. No caso específico das organizações hospitalares ou organizações prestadoras de serviços de saúde, como conhecidas na atualidade, é importante que sejam levadas em conta as profundas transformações no sistema de saúde em nível mundial. Novos conhecimentos científicos e médicos, variadas abordagens terapêuticas e a crescente conscientização da população para os fatores de risco de agravo à saúde, bem como a inserção de ferramentas de informação à prática assistencial têm possibilitado extensão do atendimento em situações que, até pouco mais de duas décadas, seriam inatingíveis. Paralelamente aos avanços mencionados, as informações aos pacientes/clientes estão horizontalizadas e disponíveis aos que possuem acesso à internet, estes em número cada vez maior.

Por estas razões, tanto os países desenvolvidos quanto os emergentes passaram a remodelar os desafios inerentes à gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde. Dentre os países assim classificados, o Brasil é um dos países que vem tratando a gestão destas organizações com seriedade, pelo acelerado desenvolvimento econômico e reconhecimento internacional visível, desde o início do século XXI. Mesmo assim, o sistema de saúde nacional vem lutando para abandonar o modelo de gestão filantrópico, assistencialista e extremamente curativo para direcionar suas ações estratégicas para um modelo de gestão preventivo e, supostamente, mais econômico. Como não bastasse, esta dicotomia tem exigido dos gestores hospitalares a adoção de técnicas de gestão consagradas nas organizações privadas industriais, comerciais e de serviços, como a elaboração do seu planejamento estratégico para, assim, alicerçar suas ações temporais futuras.

No caso específico das organizações prestadoras de serviços de saúde classificadas como organizações hospitalares, o planejamento estratégico passou a ser seu foco central, principalmente para os hospitais públicos e universitários. Dentre estes, o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), foi um dos que aceitaram o desafio. A

técnica do planejamento estratégico foi escolhida pelo grupo de primeiro escalão para dar suporte ao processo decisório e reorganização administrativa. Por sua vez, esta nova ordem de gestão exigiu a revisão de conceitos e posturas gerenciais que vão ao encontro de tipos de racionalidades inerentes ao processo decisório. Isto porque, nestas organizações, há a necessidade de se tomar decisões imediatas, ou seja, o decisor precisa considerar rapidamente suas ações e o desencadeamento para avaliar o resultado das decisões. Assim, é relevante compreender as necessidades e lógicas que permeiam as decisões definidas no planejamento estratégico, relacionando-as com a racionalidade predominante nas ações gerenciais.

Cabe destacar que, nas últimas três décadas, o setor de saúde brasileiro vem se caracterizando por várias reformas do Governo Federal na busca da descentralização das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). O desafio imposto pelo SUS requer das organizações hospitalares uma nova postura gerencial para o enfrentamento dos desafios e perspectivas desse setor. Os desdobramentos inerentes a esse fator incluem a capacidade de implantação de mecanismos de saneamento financeiro, a incorporação de questões afetas à qualidade dos serviços prestados à população, responsabilidade social e desenvolvimento de sistemas de avaliação de desempenho do setor e o aprimoramento da gestão.

Retrocedendo-se a tempos pretéritos à década de 90, a assistência médica e hospitalar brasileira ficava ao encargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Naquele tempo, somente eram assistidos os empregados que efetivamente contribuíssem à previdência social. O restante da população ficava à mercê do atendimento nos serviços filantrópicos ou da atividade liberal na forma de planos privados de assistência médica-hospitalar para aqueles que podiam bancar com as despesas deste tipo de serviço.

No entanto, com a promulgação da Constituição Federal, de 1988 (BRASIL, 1988), o Brasil incorporou os serviços de saúde como direito universal. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), dando-se início a uma grande reforma sanitária definida pelos princípios: da universalidade de cobertura, isto é, através do atendimento integral e gratuito aos seus cidadãos; a descentralização dos serviços para os estados e municípios, visando assim estar vizinhos de seus clientes; unidade e hierarquização entre as ações de saúde da União, dos estados e municípios; a participação complementar do setor privado na oferta de serviços; a prioridade para as atividades

preventivas; e, o controle social, através dos Conselhos de Saúde e participação da comunidade.

No bojo desta reforma, os hospitais universitários foram inseridos no SUS, ocasionando um processo de transformação com o intuito de adaptá-los às mudanças exigidas pelo novo sistema de saúde, no qual os hospitais universitários passam a hospital de ensino e assistência, com a função de ser referência secundária e terciária para o SUS. Essa estratégia tem como alvo a certificação dos HU's como hospitais de ensino, seguida da contratualização com a instância gestora do SUS, alterando os métodos de financiamento e remuneração das ações de saúde e, conseqüentemente, promovendo a desvinculação progressiva do Ministério da Educação (MEC) com esses hospitais. Este pacto vem exigindo metas quantitativas e qualitativas que circulam em torno de redução de custos, da acreditação hospitalar e elaboração do planejamento estratégico.

Dos hospitais universitários que passaram a hospital de ensino e assistência, o HU/UFSC foi um dos que aderiram a esta nova forma de gestão, permanecendo como órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Com base nesta exigência, emergiu a necessidade da elaboração do planejamento estratégico em 2006, com horizonte estratégico para 2012. Tais medidas estratégicas podem originar estudos científicos com vistas à compreensão de seus caminhos. Dentre os principais estudos que podem contribuir no desenvolvimento científico, insere-se a tomada de decisão como um fenômeno da teoria das organizações, que envolve diversas variáveis intervenientes e tipologias conceituadas.

Sob a ótica acadêmico-científica, estudos sobre tomada decisão e a racionalidade dos gestores têm extrema proximidade com o planejamento estratégico. Por esta razão, este tripé gerencial serve de parâmetro para o estudo proposto, pois tem servido de debate sobre quais fatores interferem no processo de decisão estratégica. Muitos estudiosos e pesquisadores das organizações têm se debruçado para melhor explicar esse fenômeno relacional, quer pela visão do poder assimétrico quer pela posição de simetria de poder, apregoados por Maquiavel e Hannah Arendt.

No entanto, supõe-se que a variável que pode contribuir à compreensão da tomada de decisão na elaboração de planejamento estratégico é a racionalidade adotada pelos gestores neste processo, pois seu estudo tem sido essencial para a formatação do planejamento estratégico e na interpretação do processo decisório. Assim, é interessante entender quais fatores estão relacionados à racionalidade

predominante no processo decisório do planejamento estratégico 2006-2012 adotado pelo HU-UFSC.

Deste modo, elaborou-se o seguinte problema de pesquisa desta dissertação de mestrado:

Quais enfoques teóricos¹ da racionalidade, defendidos por Weber, estão presentes no processo de decisão referente ao Planejamento Estratégico do HU-UFSC (Plano 2006-2012)?

Para encontrar respostas adequadas ao referido problema de pesquisa, definiram-se os seguintes objetivos.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é “estudar e analisar os enfoques teóricos da racionalidade weberiana, presentes no processo de decisão referente ao Planejamento Estratégico do HU-UFSC (Plano 2006-2012)”.

Para o alcance deste objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Apontar as ações estratégicas estabelecidas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC) e a sua concretização;
- b) Identificar os fatores relacionados ao processo de decisão que atuaram em cada ação estratégica do referido Plano;
- c) Descrever os tipos de racionalidades weberianas identificadas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC);

Entende-se que foi possível atingir com sucesso e de forma científica os referidos objetivos, que estão acompanhados das seguintes justificativas teórico-empíricas.

¹ Pensadores como POPPER, Karl Raimund; HUME, David; LOCKE, John; KANT, Immanuel; DESCARTES, René; BACON, Francis; RAMOS, Alberto Guerreiro, dentre tantos, destacam posições distintas sobre a razão e a racionalidade, porém neste estudo, a tipologia escolhida para nortear a pesquisa é a interpretação weberiana.

1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICO-EMPÍRICAS

Os hospitais universitários são organizações atípicas, pois possuem posturas de gestão associadas, tanto ao sistema educacional quanto ao sistema de saúde brasileiro. Os desafios à gestão destas organizações são diversos, quer de ordem tecnológica, quer pela capacidade de mão de obra qualificada, quer pelo espaço físico limitado ou inadequado. Porém, estes obstáculos são ultrapassados pela determinação de seus gestores e colaboradores, podendo ser explicadas pelo comportamento e a racionalidade predominante no processo decisório da gestão hospitalar.

Por sua vez, a atipicidade que acompanha a gestão das organizações hospitalares não permite procedimentos lineares e padronizados na maioria das ações administrativas. Desta forma, há necessidade premente da profissionalização da gestão na área da saúde como diferencial, tornando-se elemento determinante, a exemplo de outros setores da economia.

Sobre este assunto, Simon (1979, p. xv) alerta que “todo administrador toma decisões e as executa com os olhos fixados, concomitantemente, no assunto imediato e no efeito dessas decisões sobre as situações futuras, isto é, sobre as repercussões para a organização”. Vários aspectos estão envolvidos no processo decisório. Dentre eles, pode-se destacar a racionalidade, cujo estudo tem sido de fundamental importância para a compreensão do processo decisório, especificamente no que tange às etapas que antecedem a decisão e a ação (SIMON, 1979). Entendimento semelhante se encontra nas palavras de Bazerman (2004, p. 6), quando afirma que o modelo racional de tomada de decisão “é baseado em um conjunto de premissas que determinam como uma decisão deve ser tomada e não como a decisão é tomada”.

Dos diversos estudiosos das organizações que se destacam nesta temática, encontra-se Max Weber. Na ótica de Machado-da-Silva e Dellagnelo (2000), à medida que sejam tomadas decisões com o objetivo de solucionar problemas organizacionais, a natureza da solução conterà a lógica de ação que orientou a decisão, ou seja, estará vinculada à racionalidade. Assim, a racionalidade entendida a partir de Weber é o que dá sentido à ação social, ou seja, pode ser entendida como a orientação que a ação com sentido assume ou através do seu eixo motivador (SILVEIRA, 2008; CAITANO, 2010). A racionalidade pode assumir diferentes proporções, com enfoques que variam conforme o padrão de ação adotado pelos indivíduos em determinado contexto

(SILVEIRA, 2008), onde os diferentes tipos de racionalidade estão associados aos processos mentais e às referências utilizadas neles, que orientam as ações dos indivíduos no contexto social (MACHADO-DASILVA; DELLAGNELO, 2000).

Das diversas vertentes inerentes ao tema, a ótica de Weber explica este fenômeno relacional, através das racionalidades prática, teórica, formal e substantiva. No caso da presente dissertação de mestrado, o desafio é compreender os diferentes tipos de racionalidade supramencionados em um estudo de caso desenvolvido no HU-UFSC, que contemple cada programa do planejamento estratégico (Plano 2006-2012). Desse modo, a fonte de pesquisa é o HU-UFSC, pois urge a necessidade de compreender os aspectos que envolvem o processo decisório desta unidade universitária. Até mesmo porque, nas últimas décadas, essas organizações vêm sofrendo pressões, de toda ordem, para aumentarem a qualidade e eficiência, haja vista que elas vêm sofrendo mudanças nos métodos de financiamento e remuneração das ações de saúde desde a Constituição de 1988, com a criação do SUS.

Desta maneira, entende-se como plausíveis estas justificativas de concretização do estudo proposto, que aborda os tipos de racionalidade weberiana nas ações que orientam cada programa estabelecido no Plano 2006-2012. Cabe destacar que o período definido é o contemplado no documento oficial do referido hospital, que hoje é considerado referência para os sistemas de saúde em nível federal, estadual e municipal. Ele presta serviços desde a atenção básica até a especializada de alto nível e complexidade, possuindo um espaço físico privilegiado e apropriado ao desenvolvimento do ensino e pesquisa em saúde. Portanto, o estudo proposto vai ao encontro das bases investigativas definidas no PPGAU/USFC, bem como supre o crescimento profissional da mestrandia que atua na gestão do referido hospital.

1.4 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

O presente estudo está subdividido em cinco capítulos. O capítulo introdutório apresenta o tema de pesquisa e a delimitação do campo. Partindo dessa definição, são apresentados o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam a realização do trabalho.

O capítulo 2 trata da fundamentação teórico-empírica: este capítulo foi reservado para a contextualização do HU-UFSC no sistema de saúde brasileiro. A seguir, discutem-se os conceitos de estratégia e de planejamento estratégico utilizados como ferramenta gerencial; os conceitos de razão e as tipologias da racionalidade enquanto orientação

nos processos de escolha. Por último, discorre-se sobre o processo de tomada de decisão e suas tipologias.

No capítulo 3, são apresentados os procedimentos metodológicos que foram adotados durante a pesquisa, o delineamento da pesquisa, tipo de abordagem, a fonte de coleta de dados e as categorias de análise estabelecidas para o estudo.

O capítulo 4 foi reservado para apresentar e descrever a análise dos dados, incluindo a descrição do histórico do HU-UFSC.

O capítulo 5 foi destinado às considerações finais do pesquisador sobre a investigação do tema, suas recomendações para estudos posteriores.

Por fim, o referencial teórico utilizado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Este capítulo contempla a revisão da literatura pertinente às variáveis estudadas, objetivando alicerçar a aquisição do conhecimento necessário para a sustentação teórica da pesquisa a ser encaminhada neste trabalho. Neste estudo, o foco é a análise da racionalidade no processo decisório que permeou a elaboração e execução do Planejamento Estratégico (2006-2012) do HU-UFSC. Para tanto, contextualiza-se as organizações hospitalares, destacando a história, traçando a trajetória do sistema de saúde no Brasil, delineando a organização hospitalar e apresentando a estrutura dos hospitais universitários em que se insere o HU-UFSC. Em seguida, destacam-se as variáveis correlatas, quais sejam: Planejamento Estratégico, Razão e Racionalidade e Tomada de Decisão.

2.1 O HOSPITAL

O termo hospital origina-se do latim *hospitium*, que significa o local onde as pessoas se hospedavam, em referência aos estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV d.C., cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes peregrinos (GONÇALVES, 1983).

Por sua vez, Foucault (2000) ressalta que existem indícios da existência dos hospitais há milênios em muitas civilizações, com funções muito variadas, passando por instituições de caridade para refúgio, pensão, ou instituições dos necessitados, idosos e enfermos. Portanto, ele era vinculado à morte e ao isolamento social, e não à cura. Essas funções continuaram até os primeiros anos do século XX.

Na Renascença, o hospital começa a se desvincular gradativamente (mas não totalmente) das organizações religiosas para caracterizar-se como instituições sociais, sob a responsabilidade do Estado, e suas metas passam a ser primeiramente sociais, em vez de religiosas (TREVIZAN, 1988).

Por sua vez, Seleme (1988) afirma que neste mesmo período a medicina passa de medicina da crise para medicina do meio ambiente, pois neste momento o meio circundante começa a ser importante para ela, e se soma à reorganização dos hospitais. O médico passa a ser responsável pelo fluxo de trabalho sobre as doenças e pela organização do hospital, que se torna, portanto, um instrumento de cura, com criações de novas condições ambientais de isolamento e tratamento. Dos anos 30 aos 50, o conhecimento expandiu-se e proliferou a

especialização. Já na década de 1960 até o início da década de 1970, o hospital comunitário deixa de ser apenas um lugar de trabalho dos médicos e passa a funcionar como um centro de saúde para diagnosticar e tratar a comunidade, com uma equipe de profissionais de saúde (JOHNSON; SCHULZ, 1979).

O Ministério da Saúde (2002) conceitua hospital como um estabelecimento de saúde destinado a promover e proteger a saúde, a recuperar e a reabilitar doentes, em regime de internação para uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços. Para Góes (2004, p. 07),

o hospital é a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, preventiva e curativa sob qualquer regime de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Na visão de Gonçalves (1983, p. 20), “o hospital moderno é uma organização completa. Ele incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia representados pelas instalações e equipamentos”. Neste início de século, o desenvolvimento da tecnologia médico-hospitalar, a grande expansão dos conhecimentos, a ampliação progressiva do campo de atuação dos profissionais de saúde e a acentuada diversificação das especialidades médicas são alguns dos principais fatores que transformaram o hospital em uma instituição bastante dinâmica (CARNELUTTI, 2006).

Gonçalves (1998) assevera que os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações de nossos dias, e são considerados instituições fundamentais da comunidade. O autor avalia essa importância pelo grau de relações que eles mantêm com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial que exerce na vida das pessoas, no nascimento, na doença ou na morte.

2.1.1 Histórico do sistema de saúde no Brasil

A assistência médico-hospitalar no Brasil tem início com a fundação das Santas Casas de Misericórdia. Estas organizações eram ligadas à Igreja Católica, com finalidades caritativas e filantrópicas. O mais antigo hospital no Brasil é a Santa Casa de Santos, fundada por Braz Cubas, em 1543 (ALMEIDA, 1944). As Santas Casas de Misericórdia, por sua vez, foram criadas em Portugal, em 1498, com o objetivo de proporcionar auxílio espiritual e material aos necessitados, tendo sido um modelo amplamente difundido nas colônias portuguesas (MARQUES, 2005). Até meados do século XX, as Santas Casas foram as principais prestadoras de serviços hospitalares no País.

A estrutura do sistema público de saúde brasileiro tem início em 1923, com as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, sociedades civis, organizadas por empresas, oferecendo como benefícios auxílios pecuniários e assistência médica. Estas são substituídas, a partir de 1930, pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPs. Os IAPs constituíram-se como autarquias, com ampliação do controle do Estado sobre o sistema, organizados por categorias profissionais e estabelecendo benefícios igualitários em cada uma delas (PINOTTI, 1997).

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Para Pinotti (1997, p. 6),

o novo ministério, voltado essencialmente para a realização de campanhas sanitárias de forma centralizada em nível nacional, buscava impor aos estados e municípios uma estrutura de assistência às doenças endêmicas, em dispensários, por patologia, e posteriormente, em unidades polivalentes – os centros de saúde.

A partir dos anos de 1930, com a criação do sistema de previdência, intensificado na década de 50, as organizações hospitalares privadas com fins lucrativos tomaram corpo e ganharam poderio econômico, tornando-se um importante vendedor de serviços hospitalares ao governo federal, prestando assistência altamente especializada, de alto custo e de baixo impacto sobre a saúde coletiva. Quando a compra de serviços hospitalares privados chegou ao

ponto de saturação, foram construídos imensos hospitais federais e contratados profissionais de saúde a baixos salários, para atendimentos emergenciais.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: o da saúde e o da educação e cultura, mas só a partir de 1960 houve uma preocupação maior, por parte das autoridades, em relação ao planejamento e organização de hospitais, ficando o Ministério da Saúde responsável pela implementação de uma política hospitalar no país. Tempos depois, em 1967, os IAPs são unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, estabelecendo-se a uniformização dos benefícios para todos os contribuintes, em todo o território nacional. Nesse momento, a assistência médica passa a ser considerada obrigatória, sendo concedida a todos os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes.

Já em 1978, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que tenta dar, tecnicamente, racionalidade ao setor, sendo parte dele o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, órgão destinado a coordenar as atividades médicas.

Na acepção de Maia (2008, p. 31), “no início da década de 1980, o sistema médico previdenciário de assistência à saúde mostrava sinais de esgotamento, tanto pela inoperância dos serviços prestados quanto pela crise de financiamento resultante da recessão econômica do período”. Em 1981, diante da situação de aparente insolvência da Previdência Social, tendo como fatores causais os crescentes gastos com a assistência médica e os aumentos dos percentuais das aposentadorias, elevam-se as alíquotas de tributação e cria-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, com a finalidade de propor normas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária (BERTOLLI FILHO, 1999).

O Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, elaborado pelo CONASP, propõe três medidas básicas que vão compondo os conceitos fundamentais do SUS: integração e articulação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de governo, com priorização de sua capacidade instalada; racionalização e restrição à compra de serviços de terceiros; 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 (PINOTTI, 1997).

Esse movimento de reforma, no sentido de universalização pública da cobertura de saúde, ocorria simultaneamente às propostas de entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde, para que se desse maior atenção à saúde (COSTA, 2002). O grande marco do movimento foi a 8ª

Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujas resoluções influenciaram o texto da Constituição de 1988.

Em julho de 1987, é aprovado o Decreto nº 94.657, instituindo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, um programa governamental que passa 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.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de acordo com os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Sua implementação tem como base as diretrizes de hierarquização, descentralização e participação da comunidade. A assistência privada à saúde é livre e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio, sendo dada preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A nova Constituição, ao separar a saúde da previdência, promoveu uma ruptura com o

modelo que prevalecia na “Era Vargas”, que atribuía ao Ministério da Saúde apenas a responsabilidade pelo combate às epidemias e tornava a assistência médica uma atribuição das instituições previdenciárias, segmentadas por categorias profissionais (COSTA, 2002). Além disso, os princípios norteadores do SUS buscaram conformar um sistema de saúde que revertesse a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002).

Na concepção de Rivera (1989, p. 15),

A criação do SUS tem sido analisada como a mais bem sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Em sua gênese, pode-se identificar a organização de expressivo movimento sanitário em meados da década de 1970, em contexto profundamente marcado pela resistência social e política ao regime autoritário. A questão da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que fossem capazes de diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a

serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980.

A mudança no sistema de saúde brasileira certamente exigiu mudanças na condução das organizações hospitalares ao longo do tempo. Desse modo, a seguir aborda-se de que forma essas organizações estão estruturadas.

2.1.2 Organização hospitalar

O hospital é uma organização que possui características próprias que o diferenciam de outras instituições. Murray e Vanalle (2002) caracterizam o hospital como uma empresa de prestação de serviços de finalidade social, com uma grande complexidade operacional, em função da diversidade dos serviços prestados, como: centros de diagnósticos, clínicas especializadas, maternidade, serviços de medicina de grupo. Ressaltam ainda que além da prestação de serviços, o hospital agrega mais quatro setores que podem ser tratados isoladamente, como negócios distintos: a parte de hotelaria, a farmácia, a lavanderia e o serviço de nutrição e dietética, para a alimentação de pacientes e funcionários.

Para Gonçalves (1983, p. 23),

o hospital é uma organização humanitária, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com uma extensa divisão do trabalho especializado que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, semi profissionais e não profissionais, para dar a pacientes individuais serviços personalizados; tendo para tanto necessidade de coordenação adequada.

Nessa linha de pensamento, Gurgel e Vieira (2002) afirmam ser a organização hospitalar uma das mais complexas, não pela nobreza da sua missão, mas por apresentar uma equipe multidisciplinar com autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes internados. O hospital é diferente das demais organizações, ou seja, suas atividades possuem características próprias, pois trata-se de uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada. Para funcionar, tem de ter uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros (CARNELUTTI, 2006).

Feuerwerker e Cecílio (2007) afirmam que, dentro do hospital, a atenção depende do trabalho de vários profissionais, ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores. Há uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, que em processo de complementação e disputa, compõem o cuidado em saúde. Portanto, a necessidade de tomar decisões a todo o tempo é um desafio permanente dos profissionais que atuam nas diversas áreas do hospital.

Os hospitais têm sido descritos como algumas das organizações sociais mais complexas. Instituições hospitalares são analisadas a partir do porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outros. Além disso, têm sido considerados sob a perspectiva de sua contribuição na formação de profissionais de saúde, na incorporação de novas tecnologias, entre outros aspectos (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). O hospital é considerado uma organização profissional ou burocracia profissional (MINTZBERG, 2003), na qual o trabalho está centrado nas habilidades e nos conhecimentos dos profissionais.

Sob o enfoque administrativo, Seleme (1988, p. 41) destaca que,

nas organizações hospitalares, boa parte do comportamento é governado pela lógica do conhecimento técnico e não por regras burocráticas. O controle através do trabalho do especialista pode sobrepor-se ao controle burocrático convencional. Contudo, esse tipo de organização ainda mantém, em certo grau, determinadas características burocráticas. Assim, invariavelmente, os especialistas acabam fazendo serviços administrativos, tomando decisões gerenciais e participando dos processos políticos.

Para Gerges (1994), a fragmentação nas linhas de comando nos hospitais entre as profissões identificam a existência de três grandes agrupamentos: a medicina, a enfermagem e o corpo administrativo. Nesta seara, fica evidente a complexidade do processo decisório no hospital, uma vez que existem diferentes pontos de vista e interesses a serem contemplados.

Na acepção de Murray e Vanalle (2002), o quadro apresentado pela grande maioria dos hospitais privados e públicos do Brasil, em termos de gestão profissional, é quase de amadorismo. Eles lembram que, em muitos hospitais, a gestão de grande parte das funções

administrativas ainda é realizada por profissionais ligados à área da saúde, não havendo ainda uma cultura voltada para a contratação de profissionais especializados em finanças, recursos humanos, compras, dentre outros. Isso se deve, em parte, às origens dessas instituições, quase todas fundadas por associações filantrópicas de colônias de imigrantes, ou por associações de médicos, ou ainda por organizações familiares. Essa situação está sendo modificada nos grandes hospitais privados, encontrando-se profissionais de outros segmentos atuando como gestores na área da saúde.

Por sua vez, Carapinheiro (1998) afirma que a estrutura dos hospitais é descrita como ambígua, destacando-se duas linhas de comando com lógicas, valores e interesses diferentes: uma, dos serviços administrativos e de apoio, focada no desempenho econômico, e outra, a profissional.

Machado e Kuchenbecker (2007) advertem que desde a segunda guerra mundial, o mundo vem testemunhando avanços do conhecimento e da tecnologia em saúde. A terapia gênica, as técnicas minimamente invasivas e a telemedicina são exemplos da transformação do conhecimento e sua capacidade em elevar a qualidade de vida das populações, mas mesmo assim permanecem algumas doenças, como a hanseníase, tuberculose, malária e AIDS. Neste contexto de transformação e concomitante iniquidade, os hospitais têm sido confrontados com múltiplas e simultâneas demandas que impõem desafios de organização e gestão.

Sob a ótica da gestão, acredita-se que tanto os hospitais públicos quanto os hospitais privados precisam ser gerenciados como qualquer outro tipo de empresa, isto é, sensibilizados pela lógica de redução de custos e despesas e melhoria das receitas. Portanto, eles são forçados a se reestruturar administrativamente e tecnicamente para enfrentarem o mercado em que estão inseridos. Neste início de milênio, os serviços de saúde, para acompanhar a influência da globalização e dos avanços tecnológicos, estão passando por processos de mudança no seu modo de gerenciar as ações a fim de atender as exigências da sociedade, cada vez mais informada sobre seus direitos e mais exigente em relação ao consumo das ações de saúde (RENNÓ; DINIZ; MAFRA, 2007).

Portanto, para que os hospitais, principalmente os da área pública, acompanhem as alterações impostas pelas novas políticas públicas, avanço da tecnologia e exigências da sociedade, é necessário que busquem aprimorar seus processos de gestão. Nesse sentido, o estudo do processo de tomada de decisão é essencial para o entendimento do desenvolvimento e das formas de atuação das organizações. Para tanto, é

relevante compreender as principais classificações apresentadas na literatura.

2.1.3 Classificação dos hospitais

No mínimo, existem cinco classificações dos hospitais na literatura especializada (FIGURA 1). Os hospitais brasileiros estão classificados quanto ao porte, à natureza, à especificidade e à complexidade das ações de saúde. No que tange ao porte, é levado em consideração o número de leitos. Quando apresentar até 50 leitos, o hospital é considerado pequeno; de 51 a 150 leitos, é médio; entre 151 e 500 leitos, é grande; e acima de 501 leitos, é extra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1983).

Quanto à natureza, os hospitais podem ser públicos, quando mantidos pelo Governo, podendo apresentar por estrutura jurídica características de autarquia, de empresa pública, fundação e administração direta (CASTELAR, 1995); e privados, quando têm como fonte de receita o pagamento de serviços prestados, doações, seguro-saúde e convênios de medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração e de autogestão. São aqueles que integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituído pelo Poder Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CARNELUTTI, 2006). Os hospitais filantrópicos são controlados por entidades sem fins lucrativos e religiosos, como exemplos, hospitais evangélicos, beneficência Portuguesa e a Santa Casa de Misericórdia.

No caso dos hospitais universitários, eles são vinculados às instituições de ensino superior, podendo desenvolver ou não pesquisa. Estes hospitais são classificados, quanto à especificidade, em: geral ou não especializado, especializado e misto.

Os classificados em “geral” são aqueles hospitais que têm as especialidades básicas, tais como: gineco-obstetrícia, pediatria, clínica médica e cirúrgica. Eles atendem uma ou mais especialidades e pacientes de todas as patologias, podendo ter limitação a um grupo etário ou a um determinado grupo da comunidade ou a uma finalidade específica (RIBEIRO, 1977).

Já os hospitais classificados em especializados são aqueles que atuam na internação de pacientes de uma ou mais especialidades afins. Por sua vez, os hospitais mistos possuem unidades mistas, estando voltados ao atendimento ambulatorial, apresentando poucos leitos e sendo, em geral, unidades públicas, podendo ter apenas médicos generalistas e não ter qualquer especialidade.

No que se tange à complexidade das ações de saúde, os hospitais são definidos de acordo com os procedimentos e as tecnologias, estando assim classificados: pequena, média e alta complexidade. Os hospitais que possuem pouca tecnologia, baixo poder de diagnóstico e tratamento de riscos são considerados de pequena complexidade; por sua vez, aqueles que possuem tecnologias não muito avançadas, mas capazes de promover desempenho satisfatório para a organização são classificados como de média complexidade; e os que apresentam alta tecnologia e tratamentos de alto risco, como os transplantes, são classificados de elevada complexidade (TORRES, 2003).

Em relação ao caráter de atendimento, os hospitais são classificados em: de internação, ambulatoriais, e hospital-dia. Os classificados como hospitais de internação são os que atuam no atendimento ao paciente na modalidade de internação. Os hospitais ambulatoriais correspondem aos que atuam apenas no atendimento ambulatorial. O hospital-dia é aquele que opera na internação hospitalar de curta duração, com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.

- Classificação dos hospitais

Figura 1: Classificação dos hospitais



Fonte: elaborado pela autora.

Para ser atendido na modalidade do regime de hospital-dia, é necessário que o paciente seja submetido a procedimento e diagnóstico que demandam um período de preparação com observação médica posterior; ou ao procedimento terapêutico, incluindo medicação parenteral que requeira exame e/ou preparação e/ou observação posterior; ou ainda, ao paciente que precise de atendimento especializado para aplicação de procedimento terapêutico de manutenção ou de equipamentos especiais.

Dentro da classificação descrita, estão os hospitais universitários, objeto deste estudo. Cabe destacar que eles desempenham papel ímpar na comunidade em que estão inseridos, pois atuam de forma dinâmica na prestação de serviços de saúde e pesquisa. Desta forma, na sequência, leva-se até o leitor preceitos conceituais e interpretativos destas organizações, hospitais universitários e de ensino.

2.1.4 Hospitais universitários e de ensino

A literatura especializada apresenta diversas terminologias para descrever as unidades hospitalares ligadas ao ensino. No entanto, é salutar ressaltar as diferenças semânticas existentes entre cada uma delas para melhor entender o papel dos HU's no contexto hospitalar brasileiro, como é o caso do HU-UFSC.

Médici (2001) destaca que a concepção tradicional define um hospital universitário como um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde, tais como as faculdades de medicina, com responsabilidade pelo treinamento universitário na área da saúde e reconhecido oficialmente como hospital de ensino e prestador de atendimento médico de maior complexidade a população.

Em um seminário científico, organizado em 1995 pela Organização Mundial da Saúde, ficou definido que:

um hospital universitário é, antes de tudo, um centro de atenção médica de alta complexidade que: (a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionadas ao tipo de atendimento médico que dispensa; (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, dadas sua escala,

dimensionamento e custos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por sua vez, a Portaria do MEC nº 375 de 04/03/1991 enquadrou como sendo hospitais de ensino:

- a) hospital universitário de propriedade ou gestão de universidade pública ou privada;
- b) hospital-escola de propriedade ou gestão de escolas médicas;
- c) hospital auxiliar de ensino que desenvolve programas de treinamento em serviço na área da saúde, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior (BITTAR, 2002, p. 10).

Porém, em 2004, a definição de “hospital de ensino” sofreu modificações, ampliando o conceito dado pela Portaria nº 375/1991. Em abril de 2004, foi publicada a Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS, que trata de:

Certificar como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou especializados, de propriedade da instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou ainda formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior.

A partir da referida portaria, fica evidenciada a terminologia utilizada para as organizações hospitalares ligadas ao ensino médico, como pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1: Organizações hospitalares: fronteiras conceituais

<p>HOSPITAL-ESCOLA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São gerenciados por Escolas Médicas isoladas
<p>HOSPITAL AUXILIAR DE ENSINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São aqueles que mesmo sem vinculação à Escolas Médicas ou Universidades desenvolvem alguma atividade de apoio ao ensino
<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São aqueles gerenciados por universidades
<p>HOSPITAL DE ENSINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • São instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede contratada ou conveniada do SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação como instituições de atenção á saúde

Fonte: elaborado pela autora

Os hospitais de ensino, a partir da certificação, passaram, então, a fazer jus a uma nova modalidade de contratação com o SUS². A Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS objetivou reconhecer instituições hospitalares como sendo de ensino e assegurou condições adequadas à formação dos profissionais da área de saúde. Instituiu alguns pré-requisitos, como: abrigar atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de outro curso de graduação superior da área de saúde; abrigar programas de residência médica regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica; garantir, por iniciativa própria e/ou por meio de convênio firmado com a instituição de ensino superior, ou ainda apresentar projeto institucional para o desenvolvimento de atividades regulares de pesquisa.

Em 2007, foi emitida a Portaria Interministerial MEC-MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, que incluiu a obrigatoriedade da

² A nova modalidade de contratualização dos hospitais de ensino envolve a definição de metas pactuadas com os gestores locais do SUS e uma nova regra de remuneração global com base no cumprimento das metas estabelecidas (DALLORA; FORSTER, 2008).

inscrição das unidades hospitalares no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como requisito para obtenção da certificação como “Hospital de Ensino”.

Até março de 2012, constava no CNES³ a existência de 167 instituições habilitadas como hospitais de ensino, das quais oito unidades estão localizadas no Estado de Santa Catarina, como pode ser visualizado no Quadro 2.

Quadro 2: Hospitais de Ensino - SC

Unidades Hospitalares	Início da Certificação	Validade da Certificação
Hospital Universitário UFSC (Florianópolis)	12/2004	04/2012
Hospital Municipal de São José (Grande Florianópolis)	12/2005	04/2012
Hospital Infantil Joana de Gusmão (Florianópolis)	12/2005	04/2012
Maternidade Darcy Vargas (Joinville)	12/2005	04/2012
Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis)	10/2007	08/2012
Hospital Nossa Senhora da Conceição (Tubarão)	01/2007	04/2012
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)	10/2007	03/2012
Hospital São José (Criciúma)	11/2007	08/2012

Fonte: CNES (2012)

Dentre os hospitais certificados como de ensino, existe um grupo bem particular, que são os hospitais universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (HU/IFES), caso do HU/UFSC. A ligação desses hospitais com a universidade se dá sob a forma de unidade suplementar, com financiamento compartilhado, paritariamente, entre as áreas de Saúde e da Educação, em um sistema de pactuação que inclui o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Sob a ótica da autonomia do funcionamento dos hospitais universitários, Médici (2001) sinaliza que, nas duas últimas décadas do século XX, essas organizações passaram por grandes modificações, se

³ CNES. Acesso em: 16 mar. 2012.

referindo às funções definidas nos sistemas de saúde e à subordinação, progressiva, à lógica desses sistemas. Nesse período, os hospitais universitários vivenciaram uma crise crônica. Vasconcelos (2004) atribui ao aspecto gerencial dessas organizações o principal componente da crise. Ele destaca que o modelo burocrático e hierárquico para articular a multiplicidade de serviços e lidar, de forma racional, com o gigantismo da organização, mostrou-se inadequado. Dentro desse mesmo raciocínio, Gerges (1994) ressalta a complexidade do sistema administrativo dessas organizações, devido à diversidade de poder existente entre os membros da direção geral, da medicina, da enfermagem e da administração. Além disso, a presença de um elevado número de pessoas que exercem diversas atividades, envolvendo desde funcionários da instituição até alunos de diversificados níveis e cursos, faz com que esse tipo de hospital se torne um sistema mais complexo e difícil de ser administrado do que os de outras instituições.

Estes hospitais são responsáveis pela formação de profissionais da saúde, em nível de graduação, bem como de pós-graduação; por formular e implantar novos modelos de assistência, gestão de trabalho e gestão hospitalar; produzir e difundir conhecimentos, tais como assistência especializada à saúde, tornando-se um local apropriado para realizar e descobrir novos procedimentos que expressam a reorganização do trabalho na área da saúde.

Como se ressaltou, os hospitais são organizações atípicas que merecem estudos, atenção e pesquisas aprofundadas sobre os seus processos de gestão. Por esta razão, na sequência, destaca-se a lógica científica que sustenta a elaboração e implementação da ferramenta administrativa denominada planejamento estratégico.

2.2 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

O planejamento estratégico focado nesta dissertação tem um cunho explicativo e não operacional, isto é, abordam-se os preceitos inerentes a esta ferramenta de gestão, haja vista que o cerne do estudo visa à interpretação desta técnica de gestão em consonância à racionalidade inerente à implantação do Plano HU-UFSC 2006-2012. Por isso, é relevante situar o leitor para as origens conhecidas do termo estratégico apontado pela literatura especializada.

2.2.1 Origem do termo estratégia

Grande parte da literatura especializada aponta que o termo estratégia originou-se na Grécia Antiga. A sua origem semântica vem do termo *stratègos*, estando relacionado ao papel dos generais no comando de um exército e, sobretudo, à formulação de planos de guerra, organizações militares, habilidades comportamentais e gerenciais (Péricles, 450 a.C.). Posição semelhante sobre esta questão já tinha sido apontada por Sun Tzu (1997), quando alertava aos senhores da guerra que o general é um maestro na sintonia do combate. No entanto, somente a partir da Revolução Industrial os preceitos militares de competitividade passaram a ser incorporados ao mundo dos negócios e, conseqüentemente, adotados nas empresas. O eixo gerencial deste modelo de gestão visa à análise de como as organizações se comportam e tomam decisões frente às alterações do ambiente (GAARDER, 1995).

O significado de estratégia ainda apresenta controversas semânticas e conceituais, haja vista que, para alguns pensadores, este termo endereça à ação, enquanto que outra corrente de pensamento admite-a como pensamento (OLIVEIRA, 1999; MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000; HAMEL; PRAHALAD, 2005; WHITTINGTON, 2006).

Vale destacar que Chandler (apud WHITTINGTON, 2006), um dos precursores do tema, define estratégia como a determinação de objetivos básicos em longo prazo, o estabelecimento de trajetórias de ação e a alocação de recursos necessários para o alcance desses objetivos. Já Ansoff e McDonnell (1993, p. 70) definem estratégia como um “conjunto de regras de tomada de decisão para orientação do comportamento de uma organização”.

Posição idêntica é destacada por Beal (2004), quando advoga que a estratégia deve ser entendida como o conjunto de decisões tomadas para definir os objetivos globais (estratégicos) associados a um determinado período de tempo e a identificação dos meios considerados mais adequados para que a organização supere seus desafios e alcance esses objetivos.

Oliveira (1999, p. 27), por sua vez, ressalta que a “estratégia pode ser definida como um caminho, ou maneira, ou ação estabelecida e adequada para alcançar os resultados da empresa, representados por seus objetivos, desafios e metas”. Assevera ainda que a administração estratégica é a gestão do futuro que ocorre de forma estruturada, sistêmica e intuitiva, e consolida um conjunto de princípios, normas e funções para ensejar com harmonia o processo de planejamento da

situação desejada na organização, como também o seu posterior controle frente aos fatores ambientais. Portanto, caracteriza-se por envolver um ajuste interativo entre as mudanças decorrentes da dinâmica inerente aos fatores ambientais e fatores internos às organizações.

Porém, na visão de Mintzberg (2003, p. 24-25), a estratégia pode ser vista “como uma força mediadora entre a organização e seu ambiente. Por essa razão, a formulação de estratégia envolve a interpretação do ambiente e o desenvolvimento de padrões consistentes em uma série de decisões organizacionais (estratégias) para lidar com essa estratégia principal”.

Do ponto vista conceitual, cinco configurações são apregoadas por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) como essenciais na gestão organizações, isto é, estratégia: como plano, como manobra, como padrão, como posição e como posição. Observe-se a explicação:

- a) estratégia como plano: algum tipo de curso de ação conscientemente engendrado, uma diretriz (ou conjunto de diretrizes) para lidar com uma determinada situação;
- b) estratégia como manobra: elaborada com a finalidade de ganhar vantagem sobre um adversário ou competidor;
- c) estratégia como padrão: a estratégia é consistência no comportamento, quer seja pretendida ou não;
- d) estratégia como posição: a estratégia é força de mediação entre a organização e o ambiente (contextos interno e externo);
- e) estratégia como perspectiva: a estratégia é entendida não apenas como uma posição escolhida, mas também como uma maneira enraizada de perceber o futuro.

Por sua vez, a definição ou escolha de determinada estratégia, para ser inserida no planejamento estratégico, precisa ser acompanhada de forma sistemática. Esta fase da gestão organizacional é compreendida como processo de gestão estratégico. Para Simon (1979, p. 70), as etapas do processo decisório compreendem “[...] a) o relacionamento de todas as possíveis estratégias, b) a determinação de todas as consequências que acompanham cada uma dessas estratégias, e c) a avaliação comparativa desses grupos de consequências”. Dentro desta interpretação, Freitas *et al.* (1997, p. 11) sublinham que “é por meio de suas decisões que os administradores procuram conduzir seu negócio a uma determinada situação”.

Já Blau e Scott (1979) centram sua lógica interpretativa na estrutura organizacional. Para eles, um dos elementos importantes para o

funcionamento empresarial e a tomada de decisão é o nível hierárquico, pois designa a diversificação de funções dentro de uma organização formal, haja vista que, na interpretação dos referidos autores, o nível hierárquico configura-se na distribuição de autoridade e responsabilidade, permitindo a delimitação de tarefas e deveres dos seus membros, com base nos objetivos definidos.

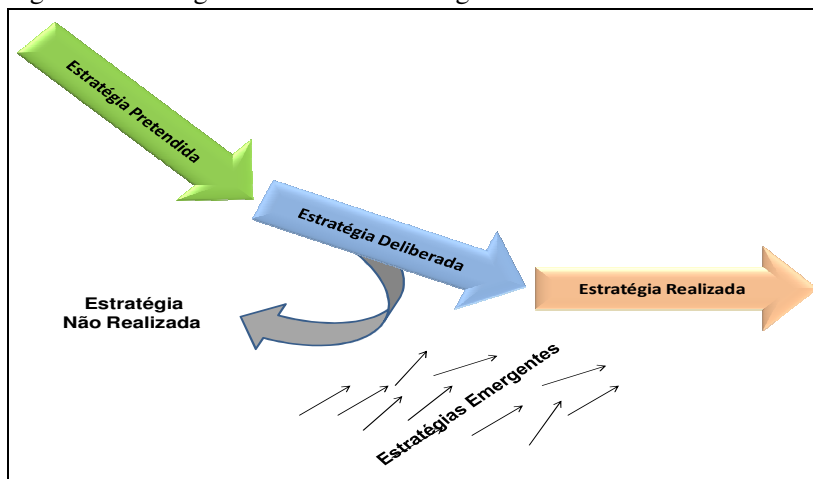
Cobra (1991) sublinha a relevância da estratégia como um meio que conduz a organização a fortalecer os seus pontos fortes para aproveitar as oportunidades externas do ambiente. Ressalta ainda que a administração estratégica deve também controlar seus pontos fracos e neutralizar as ameaças do ambiente interno. Este processo, segundo o referido autor, deve ser criado numa abordagem proativa e inovadora.

Nesse sentido, Ansoff (1990) advoga que o impulso estratégico decorre da capacidade logística, administrativa e cultural da organização em prospectar em mercados voláteis. Neste caso, o referido autor imputa ao gestor a identificação das percepções e oscilações com vistas a desenvolver o processo estratégico, seja ele adaptativo ou de descontinuidade. Destaca que o tempo de resposta de uma organização frente ao mercado depende de agrupamento de capacidades e o tempo de execução, fatores de extrema relevância para a estratégia.

Por outro lado, a estratégia pode ser compreendida na forma de sua configuração. Neste sentido, correntes de pensamentos distintos se destacam. Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), uma estratégia bem definida direciona os esforços evitando que os seus integrantes trabalhem na direção contrária dos objetivos estabelecidos. As empresas extraem padrões do seu passado e desenvolvem planos para o seu futuro, isto é, estratégia realizada e estratégia pretendida. As intenções plenamente realizadas são também denominadas de estratégias deliberadas, e as não realizadas são chamadas de estratégias irrealizadas, e quando temos um padrão realizado que não era expressamente pretendido, temos a estratégia emergente.

Na implementação de uma estratégia planejada, frequentemente se verificam modificações requeridas pela dinâmica a que está sujeito o ambiente das organizações que, na maioria das vezes, são difíceis ou até impossíveis de serem previstas. Assim, uma estratégia planejada pela organização, denominada de estratégia pretendida, pode se concretizar na forma como foi planejada ou de forma modificada ou, ainda, de uma forma completamente diferente. A Figura 2 ilustra a descrição sobre esta configuração.

Figura 2: Estratégias deliberadas e emergentes



Fonte: adaptado de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000)

No que se refere ao processo de elaboração e implementação de estratégias, deve-se considerar as seguintes tarefas: a) decidir em que negócio a empresa estará e elaborar uma visão estratégica de para onde ela precisa ser encaminhada; b) transformar a visão e a missão estratégicas em objetivos aferíveis e objetivos de desempenho; c) definir as estratégias para alcançar os resultados planejados; d) implementar e executar a estratégia escolhida de forma eficiente e eficaz; e) avaliar o desempenho da empresa, revisando os novos desenvolvimentos e ajustar o caminho a longo prazo, os objetivos, a estratégia, ou implementar para incorporar a experiência atual, trocando as condições e as novas ideias, bem como novas oportunidades (THOMPSON JR.; STRICKLAND III, 2000).

Do ponto de vista gerencial, advertem Wright, Kroll e Parnell (2000, p. 37) que, em situações especiais,

(...) a estratégia pretendida pela administração é implementada, mas normalmente a estratégia implementada, mas normalmente a estratégia pretendida e a estratégia realizada (o que a administração implementa na realidade) diferem. A razão disso é que ocorrem eventos ambientais ou organizacionais não previstos que provocam mudanças na estratégia pretendida.

Importa ressaltar a necessidade de definição de estratégias alternativas com vistas a facilitar adequações nos caminhos escolhidos

ou nas ações planejadas, de acordo com as dinâmicas inerentes aos cenários estratégicos que se delinham. Geralmente, as estratégias são definidas por área funcional da organização, e a partir destas são elaborados os planos de ação, que se consolidam com base em um conjunto de projetos.

No caso das organizações estratégicas, a área funcional corresponde à Unidade Estratégica de Negócios (UEN), onde se congrega um conjunto de atividades que tenham amplitude de um negócio em perfeita interação com o ambiente (OLIVEIRA, 1999). Dentro deste raciocínio, afirma-se que, no caso dos hospitais universitários, o diferencial se classifica pela inserção de tecnologias e desenvolvimento de pesquisas que vão ao encontro das demandas emergentes. Destaca-se que, nos hospitais universitários, o corpo docente e equipes técnica-administrativa são cruciais à colocação no mercado de trabalho de novos profissionais da saúde.

Sob a ótica da administração estratégica, a estratégia refere-se aos planos da alta administração para atingir resultados coerentes com a missão e os objetivos da empresa, e pode-se encará-la com base em três pontos de vantagem: a) a formulação ou desenvolvimento da estratégia; b) implementação da estratégia; c) modificar a estratégia ou a sua implementação, para garantir que os resultados planejados sejam atingidos (controle estratégico). Então, a administração estratégica é um termo mais amplo que engloba não somente a administração nos estágios referenciados, mas também nos estágios de definição da missão e dos objetivos da empresa, considerando, para tanto, o contexto de seus ambientes externo e interno (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

É interessante sublinhar que a importância da capacidade de perceber, analisar e entender as mudanças e as suas influências sobre o executivo, a estratégia organizacional e a organização; de se adaptar à realidade dos novos cenários e, caso seja possível, de se antecipar às mudanças são aspectos vitais para a alta direção, na perspectiva da administração estratégica. Ressalta-se a premente necessidade de agentes de desenvolvimento estratégico, pois são capazes de desenvolver comportamentos, atitudes e processos que permitam à organização transacionar de forma proativa e interativa com os inúmeros aspectos do ambiente organizacional (OLIVEIRA, 1999).

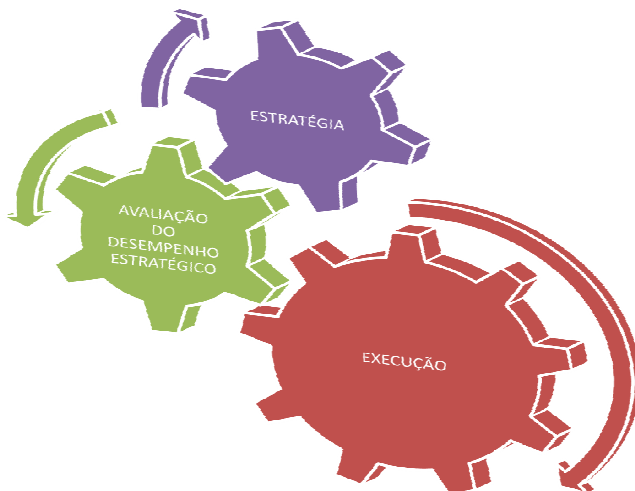
Nicolau (2001) enfoca a formação de estratégia como um processo racional formal e observa que a concepção predominante na literatura evidencia a formação de estratégia como um processo que se desenvolve por meio de uma série de etapas racionais e analíticas, que envolve uma série de critérios objetivos, baseados na racionalidade

econômica, com o objetivo de apoiar os gestores na análise das alternativas estratégicas e tomadas de decisão. Assevera que o planejamento estratégico proporciona uma estrutura unificada, onde os gestores podem trabalhar os problemas da organização, identificar com facilidade as oportunidades e avaliar as forças que podem ser potencializadas e as fraquezas que devem ser solucionadas.

Para Mcgee e Prusak (1994, p.183), a avaliação do desempenho estratégico serve como elo entre a estratégia e a execução, conforme demonstra a Figura 3, onde:

estratégia representa tanto um problema de definição quanto de execução. O sucesso estratégico não é simplesmente uma função de análise inteligente e da composição de um novo posicionamento de produto/mercado, (...), e sim, sua maior capacidade para a execução, sua capacidade de fazer com que estes planos passem a fazer parte das atividades diárias da organização.

Figura 3: Avaliação do desempenho estratégico como elemento de ligação



Fonte: adaptado de Mcgee e Prusak (1994)

Os resultados da avaliação do desempenho estratégico somente serão alcançados à medida que os processos que ela apoia empreenderem ações cabíveis, em função das informações resultantes

do processo de medição do desempenho nas estratégias das organizações. Por este motivo, apesar de o processo de avaliação permitir aos gestores verificar onde a sua organização está e como poderiam melhorar o seu desempenho, o verdadeiro valor da medição advém das decisões e respectivas ações que serão desencadeadas para adequação dos rumos da empresa (HAWERROTH, 2005).

Por sua vez, quando se trata do documento gerador das ações estratégicas organizacionais, tem-se como referência o planejamento estratégico. Neste sentido, Drucker (2002) expressa que o planejamento estratégico é uma ferramenta indispensável na gestão das organizações e conceitua-o como um processo contínuo, sistemático, organizado e capaz de prever o futuro, de maneira a tomar decisões que minimizem riscos. Por sua vez, Mintzberg (2004) prefere abordar esta questão como um processo formal em que ocorre a separação da análise e decisão em pequenas partes que, posteriormente, devem ser articuladas para formar um plano coeso e explícito, formal, sistematizado e escrito.

Já Oliveira (2007, p. 22) entende que a estrutura das organizações é o cerne do sucesso no processo de elaboração do planejamento estratégico. Sua posição considera que

é normalmente, de responsabilidade dos níveis mais altos da empresa e diz respeito tanto à formulação de objetivos quanto à seleção dos cursos de ação a serem seguidos para sua consecução esperada. Também considera as premissas básicas que a empresa, como um todo, deve respeitar para que o processo estratégico tenha coerência e sustentação decisória.

Ainda para o mesmo autor, planejamento estratégico é o processo administrativo que fornece sustentação metodológica para se definir a melhor direção a ser seguida pela empresa, objetivando a otimização do grau de interação com os ambientes externos e atuando de forma inovadora e diferenciada. Ele complementa advogando que o planejamento precisa ser tratado como um sistema, pois é composto de partes interagentes e interdependentes, que devem consolidar um todo e atingir um determinado resultado.

Pereira (2010) defende que o planejamento estratégico está relacionado com uma visão mais ampla sobre o processo de gestão, e trata de questões que afetam a organização como um todo, sendo sua condução, portanto, de responsabilidade da alta liderança. Porém, alerta que, para o planejamento estratégico ter sucesso, é necessário que todos

os membros da organização sejam envolvidos no processo e se comprometam com ele.

Na concepção de Senge (1990), é durante o processo do planejamento estratégico que ocorre o diálogo, a troca de experiências e, sobretudo, onde as pessoas percebem a inter-relação de determinado evento. Destaca que a discussão do processo de planejamento estratégico estimula o raciocínio sistêmico e possibilita o aprendizado organizacional, e este, à medida que vai se consolidando, gradativamente gera novas percepções, e faz aflorar novos modelos mentais, que embora não ocorram de imediato, vão, ao longo do tempo, provocando mudanças nos níveis mais profundos da cultura organizacional. Por sua vez, Semler (1988) alerta que para implementação eficaz do planejamento estratégico, as organizações precisam contar com um estilo de gestão que seja efetivamente participativo, isto é, com o envolvimento dos funcionários opinando e se sentindo importantes para o processo.

Outro fator fundamental a ser considerado no planejamento estratégico é a cultura presente na organização. De acordo com Hrebiniak (2006), a cultura afeta o comportamento individual e organizacional, definindo a forma como fazemos as coisas e, portanto, implicando alterações no desempenho organizacional. O autor acredita que o alinhamento sólido da cultura com os métodos de execução do planejamento estratégico é fundamental para o seu sucesso, pois cultura, comportamento e desempenho organizacional são fatores que se afetam mutuamente.

Porém, um dos desafios do planejamento estratégico é a sua transformação em pensamento estratégico. Neste sentido, é relevante entender que a programação estratégica se caracteriza por articular e elaborar posturas estratégicas e visões existentes, enquanto que do prisma do pensamento estratégico, refere-se à síntese que combina intuição e criatividade, resultando numa perspectiva integrada ou visão de direção não necessariamente articulada (MINTZBERG, 2006).

A partir dos conceitos apresentados, percebe-se que o processo de planejamento estratégico é essencial à tomada de decisão organizacional. Portanto, ele está relacionado com os objetivos de crescimento, de mudanças e de sobrevivência das organizações. No caso das organizações hospitalares, é necessário enfatizar a característica que as diferencia das demais empresas. Isto porque, no mundo empresarial, o foco do planejamento estratégico é centrado na produtividade, lucratividade e competitividade, enquanto que, no segmento hospitalar, o serviço essencial é a prestação de serviços de qualidade em prol da

sociedade. Por este fato, aborda-se, na sequência, o planejamento estratégico sob a égide das organizações prestadoras de serviços de saúde.

2.2.2 O planejamento estratégico nas organizações prestadoras de serviços de saúde

A literatura especializada destaca que o avanço do planejamento em saúde data da Segunda Guerra Mundial. Este avanço está diretamente associado ao caos social originado das barbáries deste conflito, que acarretou problemas profundos à saúde do ser humano, exigindo dos governantes a sistematização de atividades de saúde para erradicação das enfermidades infectocontagiosas. Desde então, os países que participaram diretamente ou sentiram reflexos deste conflito viram por bem manter esta política de planejamento voltado às organizações prestadoras de serviços de saúde, primeiramente na Europa e nos Estados Unidos.

Na América Latina, a ideia de planejamento em saúde está intimamente ligada ao planejamento econômico e social dos seus cidadãos. A concepção econômica predominou na década de 1950, evoluindo para uma visão integradora na década de 1960, quando as questões políticas e sociais se tornaram os grandes entraves ao crescimento e desenvolvimento dos países latino-americanos. Naquele período, o Governo Norte-Americano sugeriu aos países que incluíssem questões sociais aos seus métodos de planejamento, para, em troca, serem beneficiados com a obtenção de financiamentos, surgindo o Método do Centro Nacional de Desenvolvimento/Organização Pan Americana de Saúde – CENDES/OPAS⁴ (ABREU, 2006).

Na concepção de Passos e Ciosak (2004), este método teve forte inspiração weberiana, dentro de sua concepção de sistemas fechados, onde pessoas e papéis sociais são racionalmente concebidos, desempenhados e hierarquicamente administrados. O método em si consiste em cinco etapas: a) diagnóstico; b) programação propriamente dita; c) discussão e decisão; d) execução; e) avaliação e revisão. Sobre esta questão, Rivera (1995, p. 51) menciona o enfoque normativo neste planejamento, asseverando ser “(...) um enfoque técnico-econômico que

⁴ Este método foi o grande marco teórico e a primeira metodologia sistematizada de planejamento e implantação de políticas de saúde na América Latina, tendo como ideia central a eficiência no uso dos recursos financeiros alicerçados nos conceitos das Ciências Econômicas (ABREU, 2006).

lida com a realidade como sinônimo de problemática objetiva”. Ele complementa o raciocínio, atribuindo ao enfoque normativo o reconhecimento de um único sujeito – o Estado, que, por sua vez, instrumentaliza uma ação sobre um sistema social concebido de maneira objetual, em uma relação não interativa.

Cabe salientar que, para Passos e Ciosak (2004, p. 27),

o método normativo estava ancorado num modelo de sociedade onde estava presente o velho dilema entre o tradicional (sociedade rural) e o moderno (sociedade industrializada). A sociedade era concebida de forma dual, onde os dois setores – tradicional e moderno – eram rigidamente separados, não interligados.

Na segunda metade da década de 1970, surge uma nova linha de planejamento. Desta vez, focada para seus atores sociais, ganhando *status* como forma alternativa de planificação, em contraposição à concepção de sociedade reconhecida de forma dual. Este novo enfoque centrou-se na perspectiva de perceber e analisar a realidade social ou no campo econômico, político, social ou mesmo ideológico (PASSOS; CIOSAK, 2004). Dentro deste raciocínio, Rivera (2003, p. 18) advoga que essa nova linha “surge como tentativa de reconhecer a complexidade ao introduzir as ideias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do ato de planejar”.

Desde então, o planejamento estratégico passa a considerar o cenário das organizações prestadoras de serviços de saúde inseridas em várias dimensões, estreitamente vinculadas, formando um todo. Nesse contexto, podem ser identificados aspectos financeiros (custeio e investimento); aspectos políticos; aspectos organizacionais (internos e externos), assistenciais; de formação profissional e sociais. A Figura 4 permite visualizar a inter-relação.

Em cada uma dessas dimensões, é possível destacar variáveis que permitem a identificação de problemas específicos, os quais contribuem para a complexidade desse tipo de organização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Nesse cenário, no intuito de compreender toda a dinâmica que permeia o sistema de gestão dessas organizações, Campos (1997, p. 42) ressalta uma “nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho”. Nessa perspectiva, supõe-se que seja relevante desenvolver instrumentos e dispositivos capazes de captar essas dimensões dos processos de trabalho enquanto

objeto de análise, incorporando esta realidade oculta ao processo de planejamento em direção a um sistema de gestão com capacidade de tratar a instituição hospitalar de forma integral.

Figura 4: Dimensões das organizações prestadoras de serviços de saúde



Fonte: adaptado do Ministério da Saúde (2004)

Partindo desse enfoque, Rivera (1995) concebe o planejamento como uma ferramenta organizacional, fazendo parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação. Ou seja, vislumbra uma nova visão do planejamento para a área da saúde, que extrapola a “polaridade normativo/estratégico” na intenção de “alargar sua racionalidade” (RIVERA, 1995, p. 14). O referido autor sublinha que a chave desse intrincado sistema está na discussão sobre a racionalidade da ação na moldura habermasiana, uma vez que o trabalho deste filósofo baseia-se numa razão transformadora, destacando a inter-subjetividade mediada pela linguagem e no entendimento de que as relações interpessoais são passíveis de uma regulamentação ético-prática. Complementa Rivera (1995) advogando que a Teoria da Ação Comunicativa proposta por Habermas pode contribuir na busca de um novo paradigma para compreender e analisar a dinâmica hospitalar.

Ao trazer à tona a racionalidade normativa e expressiva, omitida tanto pelo modelo normativo quanto pelo estratégico, o enfoque comunicativo revaloriza as questões da legitimidade e autenticidade dos planos e introduz a necessidade do entendimento. Além disso, a Teoria

da Ação Comunicativa pressupõe um questionamento profundo do paradigma do sujeito e o substitui pela figura de uma intersubjetividade mediada pela linguagem que conhece e atua nos três mundos: objetivo, social e subjetivo.

A racionalidade é alargada ao englobar os elementos normativos ou instrumentais, a racionalidade política e os elementos subjetivos. Todos esses elementos, subordinados a um agir comunicativo, configuram várias racionalidades do planejamento entrelaçadas criticamente pela comunicação. Este alargamento do conceito de razão é, de acordo com o Rivera (1995), uma das principais contribuições de Habermas e que reforça o argumento da interdisciplinaridade, haja vista que a cada tipo de racionalidade corresponde um saber, que é interdependente e necessita de uma inter-relação crítica. Portanto, Rivera (1995) desmistifica o paradigma objetivista e tecnocrático que, em alguns momentos, teima em aprisionar as concepções de racionalização, defendendo que “não se pode aplicar a esse processo a ótica da otimização ou da maximização econômica, de maneira absoluta, tanto no que diz respeito à organização dos seus meios quanto à escolha das prioridades finais. E que, apesar disso, essa lógica não deve ser absolutamente descartada” (RIVERA, 1995, p. 138).

Nesse enfoque, Nioche (apud CORNÉLIO, 1999) apregoa que uma das maneiras de otimizar a eficiência da gestão de uma organização consiste em compreender a natureza dos processos de decisão praticados em seu interior, para avaliar sua eficácia a fim de perceber o modo de racionalização mais adequado à organização.

Ressaltados os pontos e enfoques inerentes ao planejamento estratégico, pôde-se perceber a atipicidade que circunda as organizações prestadoras de serviços de saúde, em especial os hospitais, como o próprio HU/UFSC. Sendo assim, o tópico está reservado para o leitor compreender os elos existentes entre os diversos tipos de racionalidade que podem emergir em um processo de implantação de um planejamento estratégico neste tipo de organização. Essa relação é indispensável para se seguir o raciocínio que baliza a problemática escolhida para esta dissertação de mestrado.

2.3 A RAZÃO E A RACIONALIDADE

Independentemente da natureza, há nas organizações uma racionalidade que orienta as ações, influenciada por variáveis advindas do contexto na qual elas estão inseridas. A racionalidade baliza a forma de pensar e do agir humano organizacional. Portanto, este tópico é

reservado para destacar os preceitos teóricos inerentes à variável razão e suas vertentes de racionalidade.

2.3.1 Enfoques filosóficos da razão

Sócrates (469-399 a.C.) ocupou-se em descobrir o limite que separa os homens dos animais, demonstrando que a razão era a principal característica humana. Para Sócrates, era importante encontrar um alicerce seguro para os nossos conhecimentos, e este alicerce, em sua concepção, estava na razão humana. Ele acreditava muito na razão humana, sendo um racionalista convicto (GAARDER, 1995).

Alves (2002, p. 81) afirma não existir uma faculdade delimitada, específica e substantiva chamada razão. Segundo o autor, esta é uma palavra polissêmica, com muitos sentidos. Possui o mesmo entendimento Oliveira (2008), quando menciona que termos como razão, racionalidade e ciência, assim como inúmeros outros, referem-se a conceitos de tal maneira amplos e flutuantes, com usos e significados variados, que dificilmente podem ser caracterizados de forma precisa, ou mesmo associados à ciência sem prévia reflexão sobre sua conveniência e adequação. Holanda (1986, p. 1.454) descreve razão como o “conjunto das faculdades anímicas que distinguem o homem dos outros animais; a faculdade de compreender as relações das coisas e de distinguir o verdadeiro do falso, o bem do mal; pensamento; opinião, julgamento, juízo”.

Ramos (1989, p. 2), quando se referia ao sentido antigo da palavra razão, advogava que “(...) era entendida como força ativa na psique humana que habilita o indivíduo a distinguir entre o bem e o mal, entre o conhecimento falso e o verdadeiro e, assim, a ordenar sua vida pessoal e social”. E apregoava que, no período moderno da história intelectual do Ocidente, que começou no século XVII e vai até nossos dias, esse significado mudou drasticamente na direção imposta pela moderna sociedade centrada no mercado.

Bock, Furtado e Teixeira (2001) descrevem que, para Sócrates, era a razão que possibilitava que o homem vencesse seus instintos, sua irracionalidade. Pizza Júnior (1994) lembra que Platão (428-347 a.C.) a concebeu como um instrumento com o qual o homem tem acesso ao conhecimento genuíno, contrastando com as opiniões de senso comum, baseado na percepção sensorial. Valenti (1995), por sua vez, enfoca a classificação feita por Platão dos níveis das virtudes da alma. O primeiro nível foi denominado instinto, o segundo, de coragem (quando expressa

desejos superiores), e o terceiro nível, denominado razão (quando é manifestada a sabedoria e a temperança).

Ferreira (2004) cita Aristóteles quando enumera as cinco disposições componentes do princípio racional da alma, a saber:

- a) a arte, conhecimento da maneira de fazer as coisas;
- b) o conhecimento científico, juízo demonstrativo das coisas universais e necessárias;
- c) a sabedoria prática ou discernimento, entendida como a capacidade de deliberar bem, sendo passível de demonstração;
- d) a sabedoria filosófica, percebida como a mais elevada capacidade humana, unindo inteligência e ciência; e,
- e) a razão intuitiva, a qual trata de remissas limitadoras do uso da razão.

Oliveira (2008) lembra que os gregos foram os primeiros no ciclo da civilização ocidental a terem alguma noção, ainda que rudimentar, daquilo que se considera como ciência, e o ideal de conhecimento, assim instituído, não deixou de estar associado, de alguma forma, a uma concepção de racionalidade. Nesta mesma perspectiva, Ladrière (1979, p. 9) afirma que:

a ciência moderna nasceu e se desenvolveu num meio cultural já profundamente marcado pela idéia de racionalidade. Mas esta se apoiava, essencialmente, nas bases filosóficas legadas ao Ocidente pela cultura grega. Ora, o que dominou a concepção da razão que se elaborou no contexto do pensamento grego foi a idéia de um saber especulativo regulado pelo critério da verdade. E a própria verdade era entendida como a correspondência entre a representação, tal como se exprime no discurso, e a realidade.

Em sua análise sobre razão, Alves (2002) contribui para esse debate ao contrapor a existência de uma razão como instrumento exterior ao próprio conhecimento. Segundo esse autor (2002, p. 81),

não existe uma 'razão' coisificada no interior do homem, como uma ferramenta pronta e acabada. A razão, normalmente, é considerada como um produto e, como tal, resulta de um processo elaborativo de conhecimento do mundo pelo homem. Esse processo não pode se dar como um processo de puro pensamento. O homem,

primordialmente, não se dirige ao mundo com o pensamento puro, especulando sobre a realidade, mas sim com suas mãos, com o movimento de seu corpo inteiro. O homem é, antes de tudo, sensibilidade ativa, é práxis sensorial e não resultado de mera contemplação racional.

Oliveira (2008, p.15) destaca três significados de razão reincidentes na literatura filosófica:

a)Faculdade do pensamento discursivo, por oposição à intuição. A razão discursiva se caracteriza pelo pensamento articulado em conceitos e juízos encadeados por uma estrutura demonstrativa – como numa demonstração matemática. A intuição, pelo contrário, capta as verdades apenas por uma operação do espírito. Apreende diretamente as ‘essências’, sem recorrer necessariamente a um processo demonstrativo fragmentado;

b)Faculdade do pensamento correto por oposição ao conhecimento imperfeito e ilusório. Opõe-se particularmente ao conhecimento imediato dos sentidos e a mera opinião. Esta faculdade visa, entre outras coisas, para os antigos, uma forma de conhecimento, além de universal e necessário, que obtenha em alguma medida certo grau de certeza e permanência, daí sua necessidade de justificação;

c)Faculdade das categorias e princípios gerais reguladores do pensamento discursivo que possibilitam o conhecimento natural (por oposição a revelação), em particular, estas categorias e princípios permitem que se efetuem julgamentos, distinguindo o verdadeiro do falso, o certo do errado.

Complementa, destacando que,

por meio da razão, concebemos conceitos, alguns muitos gerais, como certas categorias (conceitos-chave) que permitem coordenar e sistematizar os dados da experiência possibilitando, entre outras coisas, compreender e explicar a realidade com vistas, por exemplo, efetuar previsões e melhor nos adaptarmos ao contorno. Também por meio da razão combinamos conceitos, estabelecendo

juízos que podem ter a função tanto de descrever estado de coisas, quanto sob certas circunstâncias, a de princípios ou cânones, que visam regular nossas inferências, sejam essas dedutivas, sejam indutivas (OLIVEIRA, 2008, p. 74-75).

Dentro do contexto da cultura ocidental, Chauí (1996) assevera que o termo razão tem sua origem em duas fontes: a primeira com origem na palavra latina *ratio*, derivada do verbo *reor*. Este verbo representa o ato de contar, reunir, medir, juntar, calcular. A segunda origem vem do termo grego *logos*, cujo radical é o verbo *legein*. O referido verbete também se refere ao ato de contar, calcular, reunir, juntar. Dentro destas interpretações, a razão está relacionada à capacidade intelectual de compreender e organizar a realidade para que a mesma se torne compreensível, portanto, em “pensar e falar ordenadamente, com medida e proporção, com clareza e de modo compreensível para os outros” (CHAUÍ, 1996, p. 59).

Diante de tamanha complexidade do tema, é salutar lembrar Serva (1996), quando expressa que a racionalidade é a questão relacionada ao conhecimento humano das mais importantes e controversas. Por esse motivo, não tem esse estudo a pretensão de esgotar todas as opiniões relacionadas com esse tema. Ainda assim, faz-se necessário identificar alguns conceitos a respeito do assunto, objetivando explorar a manifestação prática da racionalidade.

2.3.2 Fronteiras e elos da razão e racionalidade

Na ótica de Severo e Pedrozo (2006), a razão é base das ações e do comportamento humano. Ela é utilizada para avaliar fatos a partir de critérios da consciência moral, estando relacionada à capacidade que o ser humano tem de avaliar, julgar e ponderar suas ideias, estabelecer relações lógicas e conhecer, compreender e raciocinar. Desse modo, a racionalidade, compreendida como a capacidade de raciocinar, é que torna o homem apto para escolher entre as alternativas, assumir seus riscos e efetuar escolhas conscientes.

Morin (2002) destaca a diferença entre razão, racionalidade e racionalismo: razão é um método de conhecimento baseado no cálculo e na lógica; racionalidade é proporcionalidade entre coerência lógica e realidade empírica; e racionalização é construção do universo com uma visão completa e coerente a partir de um princípio único.

Para Ramos (1989), razão é conceito básico de qualquer ciência da sociedade e da organização. Ela orienta como os seres humanos

deveriam ordenar a sua vida pessoal em sociedade e chama a atenção para o fato de que a sociedade moderna resolveu seguir a racionalidade funcional (instrumental) como orientadora da vida humana, de um modo geral, e da ciência da sociedade, sendo que a sua imensa influência sobre a vida humana prejudica as suas qualificações éticas.

Concordando com essa posição, Oliveira (2008, p. 14) assevera que,

a racionalidade entendida num sentido amplo, aparece como aquilo que é compatível com a razão, e pode ser entendida tanto como racionalidade prática (o que é racional fazer) quanto como racionalidade teórica (o que é racional acreditar). A razão, por seu turno, é por vezes considerada uma faculdade instrumental, isto é, não determina seus objetivos, mas é por eles determinada e, por vezes, uma faculdade substantiva, ou seja, possui objetivos intrinsecamente racionais – como por exemplo, o bem-estar humano (OLIVEIRA, 2008, p. 14).

Para evidenciar como a racionalidade se interliga com o ambiente organizacional, é importante resgatar o conceito weberiano de ação social. Quando trata desse tema, Weber (2000) refere-se ao comportamento humano, interno ou externo, quando o sujeito, ou os sujeitos dão sentido à ação. A ação social tem sentido a partir do comportamento do outro, orientando-se de acordo com o desenvolvimento da ação. Logo, a ação social carrega em si a carga de individualidade que a caracteriza e, portanto, não se pode compreender como ação social “nem uma ação homogênea de várias pessoas, nem a qualquer ação influenciada pelo comportamento de outras” (WEBER, 2000, p.14).

Nas palavras de Weber (2000), não se pode considerar como uma “ação social” específica o fato da imitação de uma conduta alheia, quando esta é puramente reativa, e não ocorre uma orientação, com sentido da própria ação em reação à alheia. O limite, entretanto, é tão fluido que apenas possibilita uma distinção. Contudo, o simples fato de que alguém aceite para si uma atitude determinada, aprendida de outros e que parece conveniente para seus fins, não é uma ação social neste sentido. Pois, neste caso, o sujeito não orientou sua ação pela ação de outros, mas sim, através da observação, deu-se conta de certas probabilidades objetivas, dirigindo por elas sua conduta. Sua ação, portanto, foi determinada causalmente pela de outros, mas não no

sentido contido nela. Quando ao contrário, imita-se uma conduta alheia porque está na “moda”, ou porque vale como tradicional, exemplar ou “distinto” com respeito a determinada classe social, ou por qualquer outro motivo semelhante, então sim tem-se a relação de sentido, tanto a respeito de pessoa imitada, como de terceiros ou ambos.

A partir desta definição de ação social, Weber (2000) afirma que se pode pensar em diferentes tipos de ação social, agrupando-os de acordo com o modo pelo qual os indivíduos orientam suas ações. Assim, o autor estabelece quatro tipos de ação social:

- a) ação racional conforme fins determinados, orientada pela expectativa do comportamento como meio para atingir objetivos próprios, racionalmente avaliados e perseguidos;
- b) racional conforme valores, orientada por convicções éticas, estéticas, religiosas ou de qualquer outra natureza, independentemente dos resultados que possa alcançar;
- c) afetiva, orientada por emoções e sentimentos; e,
- d) tradicional, orientada por costumes arraigados.

As duas últimas ações, baseadas nos costumes e na emoção, não seriam consideradas racionais para Weber (2000). Ele pondera que o comportamento estritamente tradicional ou estritamente afetivo encontra-se no meio termo entre a razão em senso valorativo e a razão referente a fins.

A racionalidade de valor é constituída de ações praticadas sem considerar as consequências previsíveis, pois tem como base convicções éticas, religiosas, morais ou estéticas. Ramos (1989, p. 5) afirma que, para Weber, a racionalidade de valor “é apenas, por assim dizer, uma nota de rodapé em sua obra; não desempenha papel sistemático em seus estudos”. A racionalidade referente a fins obteve maior atenção de Weber, que expressa:

age de maneira racional referente a fins quem orienta sua ação pelos fins, meios e consequências secundárias, ponderando racionalmente tanto os meios em relação às consequências secundárias, assim como os diferentes fins possíveis entre si: isto é, quem não age nem de modo afetivo (e particularmente não emocional) nem de modo tradicional (WEBER, 2000, p. 16).

Por outro lado, o próprio Weber (2000, p. 16) destaca que “a decisão entre fins e consequências concorrentes e incompatíveis, por sua

vez, pode ser orientada racionalmente com referência a valores”. O que significa uma submissão da racionalidade referente a fins (*Zweckrationalität* – correspondendo à racionalidade formal e instrumental, determinada por uma expectativa de resultados ou “fins calculados”) à racionalidade de valor (*Wertrationalität* – ética da convicção). Entretanto, segundo Weber (2000), só muito raramente a ação social se dá exclusivamente orientada por uma ou por outra destas duas racionalidades.

Nessa linha de pensamento, Thiry-Cherques (2009, p. 901) enfatiza que:

as pessoas, as sociedades e as culturas são extremamente complexas. Isso quer dizer que a racionalidade da vida e do trabalho não existe em estado puro. Ela deriva de um sistema de preferências, de escolhas, mas não de uma lógica absoluta quanto aos valores (a dedicação é preferível à indolência, mas não é mais racional do que ela), nem de uma lógica incondicional quanto aos fins almejados (o trabalho aturado raramente enriquece alguém).

Habermas (1999) faz algumas críticas a Weber, no que se refere ao conceito de racionalidade, ao alertar que Weber enfoca somente o conceito de racionalidade enquanto razão com respeito a fins, o que acentua sobremaneira a racionalidade instrumental no contexto da ação em detrimento da racionalização social. Habermas está entre os principais pensadores da escola de Frankfurt⁵ e tinha como interesse primordial construir uma teoria crítica da sociedade, que possibilitasse a emancipação do homem na vida social, através do desenvolvimento de suas potencialidades de autorreflexão. Dessa forma, a racionalidade passou a ser o ponto central de sua discussão.

Nas palavras de Ramos (1989, p. 14), “uma tese central de Habermas é a de que, na moderna sociedade industrial, as antigas bases de interação simbólica foram solapadas pelos sistemas de conduta de

⁵ Associa-se o nome de Habermas ao que se convencionou chamar de Escola de Frankfurt, considerando-o herdeiro desta escola. Este momento ficou conhecido também como a teoria crítica (Horkheimer e Adorno), uma produção do grupo de Frankfurt, que se tornou passagem obrigatória para os intelectuais contemporâneos que se dedicam a estudar temas como a racionalidade na sociedade moderna e as relações entre a ciência e o desenvolvimento social (SERVA, 1997).

ação racional com propósito”, o que sugere uma distinção entre a ação racional com propósito, ou ação instrumental, e a ação de comunicação, ou de interação simbólica.

Para Habermas (1999), existem diferentes tipos de ação, dependendo da relação que se estabelece com o mundo:

- a) o agir racional com respeito a fins - que realiza objetivos definidos em condições dadas (orientada ao êxito) – manifesta-se de duas formas: o agir instrumental – que organiza os meios adequados ou inadequados segundo os critérios de um controle eficaz da realidade; e o agir estratégico – que depende de uma avaliação correta das possíveis alternativas do comportamento, que resulta exclusivamente de uma dedução feita com o auxílio de valores e de máximas;
- b) o agir orientado ao entendimento – ocorre quando duas ou mais pessoas procuram expressamente chegar a um acordo voluntário de modo a poder cooperar. Chamada de ação comunicativa, “é constituída de sentidos compartilhados e envolve um esforço explícito e concentrado para alcançar um acordo sobre o espectro das reivindicações de validade” (PONCHIROLI, 2002, p. 34).

Já na concepção de Mannhein (1973), há dois tipos de racionalidade: a racionalidade funcional, que é típica das organizações burocráticas e voltadas para os fins a serem alcançados; e a racionalidade substancial, baseada na consciência individual da relação entre os fatos, voltada para a compreensão da realidade e busca da liberdade. Tal diferenciação, em última análise, relativizou a ideia de irracionalidade no sentido weberiano.

Por outro lado, o próprio Mannhein aponta o desenvolvimento crescente da racionalidade funcional em face da expansão das organizações burocráticas complexas no mundo moderno, obrigando os indivíduos a adotarem padrões de autorracionalização, por causa de sua necessidade de emprego e se conformarem com as complexas feições e exigências da organização do trabalho nas empresas modernas (MANNHEIM, 1973).

Ao analisar a obra de Mannhein, Ramos (1989) afirma que ele se apoiou claramente em Weber para definir os tipos de racionalidade substancial e funcional. Salieta que Mannhein não conseguiu chegar a um conjunto coerente de diretrizes teóricas, uma vez que “(...) não

conseguiu desenvolver um conceito de ciência social em consonância com sua noção de racionalidade substancial” (RAMOS, 1989, p. 7).

Ramos (1989), por sua vez, questiona as bases sobre a qual a teoria das organizações foi constituída e apresenta uma abordagem substantiva da organização. Para contextualizar sua proposição, argumenta que a alienação tem sido tratada de uma forma muito simplista pelos teóricos da administração. Ramos (1989) destaca que a questão da alienação possui raízes sociais bem mais profundas e difíceis de serem modificadas. Para tanto, o autor assinala os pontos cegos da atual teoria da organização da seguinte forma, sob os quais ele reexamina a noção de racionalidade:

1)O conceito de racionalidade predominante na vigente teoria organizacional parece afetado por fortes implicações ideológicas. Conduz à identificação do comportamento econômico como constituindo a totalidade da natureza humana. Embora a noção de comportamento econômico pareça evidente por si mesma, refere-se ela, aqui, a qualquer tipo de ação empreendida pelo homem, quando ele é movido, apenas pelo interesse de elevar ao máximo seus ganhos econômicos.

2)A presente teoria da organização não distingue, sistematicamente, entre o significado substantivo e o significado formal da organização. Essa confusão torna obscuro o fato de que a organização econômica formal é uma inovação institucional recente, exigida pelo imperativo da acumulação de capital e pela expansão das capacidades de processamento características o sistema de mercado. A organização econômica formal não pode ser considerada um paradigma, segundo o qual devam ser estudadas todas as formas de organizações, passadas, presentes e emergentes.

3)A presente teoria da organização não tem clara compreensão do papel da interação simbólica, no conjunto dos relacionamentos interpessoais.

4)A presente teoria da organização apóia-se numa visão mecanomórfica da atividade produtiva do homem, e isso fica patente através de sua incapacidade de distinguir entre trabalho e ocupação (RAMOS, 1989, p. 121).

As tipologias sobre racionalidade apresentam pontos distintos, mas que levam a interpretações passíveis do desenvolvimento de trabalhos científicos, como é descrito na sequência.

2.3.3 As tipologias sobre a racionalidade

A diferenciação dos tipos de racionalidade refere-se aos processos mentais que orientam as ações dos indivíduos no contexto social. Na visão de Weber (2000), as diferentes formas organizacionais encontradas na realidade social podem ser explicadas pela predominância do uso de tipos específicos de racionalidade. Para ele, quatro são os tipos de racionalidades que orientam o comportamento do ser humano: prática, teórica, substantiva e formal, conforme demonstrado na Figura 5.

A racionalidade prática é delineada como própria do modo de vida no qual a atividade é julgada em relação a interesses individuais, puramente práticos e egoísticos.

Em contraponto, a racionalidade teórica envolve o predomínio consciente da realidade pela construção de conceitos abstratos, mais do que pelas ações. Ela se alicerça em processo cognitivo abstrato de interpretação da realidade.

Por sua vez, a racionalidade substantiva está voltada para a ação, mas distinta da racionalidade formal. Ela toma como base para sua orientação os valores, não havendo, portanto, cálculo utilitário das ações humanas. Nesse caso, as referências para a ação humana são tomadas em valores, independentemente dos resultados a serem obtidos.

A racionalidade formal oferece como referência à ação humana a aplicação de regras, leis e regulamentos tornados institucionalizados em determinado contexto, referenciado no

Figura 5: Dimensões da racionalidade



Fonte: adaptado de Weber (2000)

Ramos (1989) começou seus estudos partindo das distinções que Max Weber fez entre o conceito de racionalidade substantiva e o de racionalidade instrumental. Ele apresenta esses dois tipos de racionalidade em relação à teoria da vida humana, mas o seu foco passa a ser na racionalidade substantiva como a categoria básica dos seus estudos. O referido autor fundamentou o estudo das organizações substantivas no pensamento de racionalidade funcional e substancial defendido por Mannheim (1973). Para Mannheim, a industrialização submetia o homem a critérios funcionais, em vez de critérios substanciais, em decorrência da funcionalização da racionalidade humana, centrando-se seus estudos na concentração de renda que limita a propriedade dos meios de produção.

Para Ramos (1989), a racionalidade instrumental orienta o modo de agir humano como um caminho para atingir determinado objetivo, onde a sua ação passa a ser calculada. Por outro lado, a racionalidade substantiva é essencial ao homem, sendo a psique humana seu lugar mais adequado. Dessa forma, as suas ações são orientadas por uma razão substantiva, baseadas em conhecimento lúdico e autônomo, confirmando o homem como um ser dotado de razão. Na leitura de Severo e Pedrozo (2006), a razão substantiva diz respeito a julgamentos baseados em valores morais e éticos, enquanto que na razão instrumental, os julgamentos são utilitários e funcionais.

O modelo de organização substantiva proposta por Ramos (1989) refere-se a uma organização conduzida essencialmente pela racionalidade substantiva. Este tipo de organização ainda não é encontrado na realidade de forma pura, como também não se encontram organizações puramente instrumentais. O que caracteriza este tipo de organização é a redução da alienação e de descontentamentos. Na construção de uma organização substantiva, de acordo com Ramos (1989, p. 136), cinco diretrizes são essenciais:

- a) cada ser humano tem diferentes necessidades, que devem ser atendida pelos diversos cenários sociais;
- b) o sistema de mercado fortemente influenciado por critérios instrumentais que condicionam a conduta humana só satisfaz poucas necessidades humanas;
- c) diferentes categorias de espaço e tempo dos cenários organizacionais significam apenas um caso particular a ser considerado entre outros;
- d) diferentes sistemas cognitivos pertencem a diferentes cenários organizacionais; e
- e) diferentes cenários sociais precisam de diferentes territórios no contexto geral da sociedade, embora ocorram inter-relações entre si.

Serva (1997) buscou dar continuidade à proposta de Ramos, aplicando-as em estudos relacionados à identificação da racionalidade substantiva em organizações substantivas. Ele sustenta que nos processos administrativos e organizacionais dessas organizações, predomina a racionalidade substantiva, cujas atividades são marcadas por valores de respeito à individualidade, à autenticidade, à solidariedade e à afetividade. Para o autor, os elementos que constituem a ação racional substantiva no interior da organização são: autorrealização, julgamento ético, autenticidade, autonomia e entendimento. Os elementos cálculo, preocupação com a maximização dos recursos, do êxito e dos resultados, desempenho, rentabilidade e estratégia interpessoal são característicos da ação racional instrumental. Com base nestes fatores, o referido autor criou um *continuum* da intensidade da racionalidade substantiva, sendo que a sua análise é contrária às características da racionalidade instrumental (SERVA, 1997).

Serva (1997) defende que, através da identificação de fatores como divisão do trabalho, estrutura e cultura organizacional, e

características pessoais e da organização, é possível verificar a existência, ou não, de elementos que caracterizem a ação racional substantiva ou da ação racional instrumental. Os elementos que constituem a racionalidade instrumental, segundo o referido autor, são:

- a) cálculo: corresponde à projeção utilitária das consequências dos atos humanos;
- b) fins: refere-se às metas de natureza técnica, econômica ou política, ocasionando o aumento de poder;
- c) êxito: prioriza os resultados e visa alcançar níveis, estágios, situações, que são considerados vitoriosos diante dos processos competitivos da sociedade capitalista;
- d) desempenho: preocupa-se com o desenvolvimento de uma boa performance individual para a realização das atividades, centrada na utilidade;
- e) utilidade: considera a dimensão econômica como base para as interações, tendo um valor generalizado;
- f) rentabilidade: é uma medida de retorno econômico dos êxitos dos resultados esperados; e,
- g) estratégia interpessoal: entendida como uma influência planejada sobre outras pessoas, a partir da antecipação das reações prováveis dessas pessoas, por meio de estímulos e ações, objetivando atingir seus pontos fracos.

Esses elementos visam obter ações baseadas no cálculo e orientadas para o alcance de metas focadas em interesses econômicos ou de poder social, sempre buscando a maximização dos recursos disponíveis. Serva (1996, p. 118-119) aponta cinco elementos constitutivos na abordagem substantiva das organizações, na visão de Guerreiro Ramos:

- a) Auto-realização: valoriza-se a satisfação e os processos de desenvolver o potencial inato do indivíduo;
- b) Entendimento: as ações baseiam-se em acordos e consensos racionais, por meio de medidas de comunicação livre, que passam a coordenar atividades comuns, priorizando a satisfação e a responsabilidade social;
- c) Julgamento ético: é baseado em juízo de valor (bom, mau, falso, verdadeiro, etc.) que ocorre via

debate racional sobre as pretensões emitidas pelos indivíduos;

d) Autenticidade: baseia-se na honestidade, franqueza e integridade dos indivíduos;

e) Valores emancipatórios: destacam-se os valores de aperfeiçoamento social e de mudança em busca do bem-estar coletivo, do respeito, da solidariedade, da liberdade e do comprometimento dos indivíduos e no contexto normativo do grupo;

e,

f) Autonomia: é a condição dada aos indivíduos para que possam se expressarem com liberdade nas suas interações.

Por esta razão, Serva (1997) advoga que para que se possa a identificar e a comparar as duas racionalidades, é muito importante ter o conhecimento desses elementos constitutivos. Severo e Pedrozo (2006) insistem que uma ação, uma decisão humana, não pode ser considerada totalmente instrumental ou substantiva, pois pode ser influenciada por vários fatores, sendo que, algumas vezes, será mais substantiva e, em outras, mais instrumental.

Observando-se mais definidamente, percebe-se que a racionalidade substantiva refere-se ao desenvolvimento humano, à emancipação à promoção da consciência individual, diferentemente da racionalidade instrumental, que se caracteriza por uma visão utilitarista. Mas, como afirma Ramos (1989), não se trata de uma tarefa simples compreender a racionalidade substantiva, uma vez que a sociedade atual está centrada no mercado e restrita a uma lógica utilitarista, o que dificulta o avanço de manifestações práticas da racionalidade substantiva, que prioriza o desenvolvimento humano e social.

Por sua vez, Siena (1993, p. 60) se alicerça na visão de Kalberg (1980) para estruturar sua interpretação de racionalidade weberiana sob dois aspectos: Processo mental e Relação com a ação, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3: Tipos de racionalidade e processos mentais

Tipo de racionalidade	Processo mental	Relação com a ação	Referência com processos mentais
Teórica	Vários processos abstratos	Indireta	Valores ou problemas puramente teóricos
Prática	Cálculo meio-fim	Direta	Interesses
Formal	Cálculo meio-fim	Direta	Regras, leis e regulamentos
Substantiva	Subordinação da realidade a valores	Direta	Valores

Fonte: Kalberg (apud SIENA, 1993, p. 60)

As organizações hospitalares são tipos interessantes de compreensão da racionalidade em vários aspectos pela sua atipicidade administrativa. Razões pelas quais, na sequência, são relatados os principais estudiosos que abordam este fenômeno nestas organizações.

2.3.4 A racionalidade na gestão hospitalar

Na concepção de Mehy e Cecílio (2001), a racionalidade do tipo racional-legal tem forte ligação com a gestão hospitalar. Para estes autores, o cerne desta lógica tem suas explicações nos tipos de mecanismos de autoridade, linhas de poder, regras escritas e formalizadas, que são típicas da burocracia weberiana. Mas as exigências contemporâneas do sistema de saúde brasileiro tem se distanciado do referido paradigma, desde a implantação do SUS, em 1988.

Alia-se a isso, existe o fato deste paradigma não incorporar os interesses dos atores inseridos no universo hospitalar. Isto porque muitos atores atuam em projetos individualizados ou voltados a um conjunto de interesses restritos que propiciam autonomias distintas. Neste contexto, Cornélio (1999, p. 19) alerta que “um dos maiores desafios da gestão hospitalar na atualidade é garantir que o planejamento e a execução, ou seja, o pensamento e a ação possam caminhar juntos no

sentido de produzirem impactos e soluções que aumentem a eficácia das organizações”.

Muito mais que uma empresa que deve dar respostas a um mercado, os hospitais, especialmente os da esfera pública, precisam trabalhar com princípios como os da universalidade, equidade, integralidade e qualidade da assistência para atendimento a todos os cidadãos e não somente a clientes, reforçando a ideia de que as organizações hospitalares contemplam “(...) forças instituintes, de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 112).

Nesse sentido, para o setor da saúde, Rivera (1995, p. 118) sugere modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos, “(...) de modo que a organização enquanto totalidade sistêmica se impregne dos valores, ideias, ordenamentos e capacidade do(s) mundo(s) da vida dos atores e por eles seja regida”. Ele recomenda uma racionalidade de gestão de base comunicativa, consensual, que respeite a autonomia profissional e a flexibilidade produtiva, atue em equipe e trabalhe na perspectiva de uma negociação dos compromissos e da avaliação da qualidade da assistência prestada. A posição deste autor reforça a ideia já exposta no tópico 2.2.2, quando foi abordado o planejamento estratégico nas organizações prestadoras de serviços de saúde.

Campos (1997, p. 43) acompanha o pensamento de Rivera, quando escreve sobre reformulação da estrutura e das maneiras de se governar serviços públicos de saúde:

teríamos que criar sistemas de gestão que permitissem a combinação de diretrizes até agora consideradas antagônicas. Haveríamos de inventar, na prática, novas combinações para os elementos polares que compõem binômios como o da centralização e descentralização, autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda.

2.2.5 Suportes da racionalidade para tomada de decisão

A literatura especializada defende que os modelos econômicos confundem-se com as origens dos suportes de racionalidades para

tomada de decisão, tais como: modelo da concorrência perfeita; do monopólio, do oligopólio e da concorrência monopolística (ROSSETTI, 1990). Tais modelos utilizavam cálculos matemáticos e objetivavam sempre a decisão ótima e a maximização de resultados. A abordagem era prescritiva, ou seja, mostrava às pessoas a forma de agir e determinando que elas agissem conforme o estabelecido (ELSTER, 1984).

Já os aspectos referentes ao processo decisório tinham o eixo na decisão racional, baseada na Administração Científica, que atribuía a um eficiente controle o bom andamento da empresa, pois considerava a tomada de decisão como um processo sequencial em que os participantes contribuiriam de forma eficiente e desinteressada para o alcance dos objetivos (KWASNICKA, 1989).

Acreditava-se que o indivíduo, por meio da visão da racionalidade, ao tomar uma decisão, conseguiria enumerar todas as possíveis alternativas, identificando-as de acordo com sua importância e consequência, de modo a selecionar todas as informações necessárias, e então tomar a decisão correta.

Por sua vez, Simon (1979) trouxe à academia uma ampliação de visão da racionalidade. Para ele, havia um reducionismo na interpretação daqueles autores que lhe antecederam, pois suprimiam fenômenos relevantes à compreensão da variável racionalidade. O referido autor fez questão de salientar que variáveis humanas como motivação, conflito e personalidade são indispensáveis para entender o modo de agir das pessoas no processo decisório. Acrescentou ainda as variáveis políticas e sociais como interesses particulares e de grupo, bem como grupos de referência e valores sociais, respectivamente (MOTTA, 1999).

Recente na teoria organizacional, a abordagem cognitiva passou a ser utilizada nos estudos sobre decisão, visando a analisar a influência da cognição no processo de tomada de decisão. As primeiras teorias sobre processo decisório e cognição, de acordo com Lobler (2003), estavam destinadas a obter modelos matemáticos práticos de tomada de decisão e presumiam que os decisores eram totalmente informados, infinitamente sensíveis à informação e completamente racionais. Como já foi mencionado, as teorias subsequentes começaram a reconhecer que as pessoas frequentemente usam critérios subjetivos para a tomada de decisão; que os elementos aleatórios, muitas vezes, influenciam os resultados das decisões; que os seres humanos seguidamente usam estimativas subjetivas para considerar os resultados e que não são ilimitadamente racionais ao tomarem decisões. A Teoria da

Racionalidade Limitada proposta por Simon trouxe, pela primeira vez, um fator cognitivo como restrição ao processo de tomada de decisão racional. Reconhece a influência das variáveis psicossociais como suscetíveis de influenciar os atores no momento da tomada de decisão (LOBLER, 2003).

É preciso destacar que a estrutura, a política, o poder, a cultura organizacional e até mesmo as emoções são fatores que afetam a decisão racional dos dirigentes (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; FERNANDES, 1999). A cognição também é estudada para se traçar o perfil dos tomadores de decisão nas organizações. Assim, o estilo cognitivo refere-se às diferenças individuais estáveis na preferência por modos de obter, de organizar e de utilizar a informação na tomada de decisões (GIMENEZ, 1998).

Outro elemento a ser considerado no que se refere ao processo decisório é a intuição, pois várias decisões foram tomadas de forma intuitiva ao longo do tempo e, muitas vezes, contrária ao que recomendava o processo racional de tomada de decisões, pois, quando se decide algo, há uma mistura muito humana de fatos e processos de raciocínio lógico, mas também de processos de sinais emocionais que vêm da regulação biológica e auxiliam a lógica (DAMASIO, 1994).

O processo de tomada de decisão é um trabalho fragmentado, demonstrando que tem pouco de sistemático e contínuo. O gestor, na realidade, toma as decisões por meio de um processo intuitivo, em grande parte inconsciente, baseado, porém, na reflexão constante, no hábito e na experiência adquirida (MINTZBERG, 1995; MOTTA, 1999).

Em relação à intuição, na tomada de decisão, e tendo como referencial os trabalhos de Damásio (1994) e Torres (1994), distinguem-se as seguintes proposições:

- a) a decisão é uma sequência de análises e comparações, da qual resulta a indicação das possíveis alternativas de ação, produzindo uma ou mais soluções para o problema;
- b) as alternativas são submetidas a critérios, e só são levantados os dados da alternativa que satisfizer o critério estabelecido;
- c) não há como separar a preferência pessoal de cada um em escolher uma entre várias alternativas que parecem igualmente boas; e,

- d) o julgamento pessoal é necessário, porque na maioria das vezes não conhecemos a realidade por completo, devido à sua complexidade e ao tempo limitado para descobri-la.

Os tomadores de decisões fazem escolhas por meio de interações diversas, quase sempre envoltas em grandes incertezas, em ambientes turbulentos, sob grande pressão e sem tempo para levantar informações, pois a maioria das decisões demanda respostas quase que imediatas (MOTTA, 1999).

2.4 TOMADAS DE DECISÕES ESTRATÉGICAS ORGANIZACIONAIS

Este tópico apresenta algumas considerações sobre o complexo processo que é a tomada de decisão, atividade crucial para as organizações. A tomada de decisão é de tal forma básica que nenhuma função de administração pode ser executada sem ela. Em outras palavras, as decisões são necessárias ao planejamento, organização, atuação e controle. Em quase todas as nossas ações diárias precisamos tomar decisões. Decidir é basicamente escolher um método de ação, sendo que “(...) toda decisão é uma opção entre alternativas; se não há possibilidade de escolha não há decisão, há apenas um fato” (BRETAS PEREIRA, 1997, p. 173).

Um dos estudos sobre tomada de decisão foi desenvolvido por Simon (1979), para quem o ato de decidir é essencialmente uma ação humana, comportamental, e envolve a seleção consciente ou inconsciente de determinadas ações, entre aquelas que são fisicamente possíveis para o agente e para as pessoas sobre as quais ele exerce influência e autoridade. Acrescenta ainda que processos administrativos são processos decisórios, pois consistem no isolamento de certos elementos nas decisões, dos membros da organização, no estabelecimento de métodos de rotina para solucionar e determinar esses elementos, e na sua comunicação, aqueles por eles afetados (SIMON, 1979, p. 3).

Dentro deste raciocínio, Braga (1987) apregoa que o processo decisório corresponde a um encadeamento de pensamento e ação que culminará com uma escolha. A escolha refere-se à seleção dentre alternativas de ação e envolve a avaliação de possíveis alternativas; nesse sentido, o julgamento é considerado inseparável da tomada de decisão. Para Simon (1979, p. 70), “a tarefa de decidir compreende três etapas, a saber: a) o relacionamento de todas as possíveis estratégias; b)

a determinação de todas as consequências que acompanham cada uma dessas estratégias; e c) a avaliação comparativa desses grupos de consequências”.

As etapas ajustam-se ao chamado processo decisório organizacional. Dentro desta interpretação, Freitas *et al.* (1997, p. 11) sublinham que “é por meio de suas decisões que os administradores procuram conduzir seu negócio a uma determinada situação”. Já Blau e Scott (1979) centram sua lógica interpretativa na estrutura organizacional, sublinhando ser um dos elementos importantes para o funcionamento organizacional e consideram o nível hierárquico o suporte para a tomada de decisão, pois é ali que há a diversificação de funções dentro de uma organização formal. O nível hierárquico configura-se na distribuição de autoridade e responsabilidade, permitindo a delimitação de tarefas e deveres dos seus membros, com base nos objetivos definidos.

Por isso, qualquer que seja o modo de decisão, o ambiente organizacional no qual ela ocorre é definido, no mínimo, por duas propriedades: a estrutura e a clareza dos objetivos organizacionais, que têm um impacto sobre as preferências e escolhas, e a incerteza ou quantidade de informação sobre os métodos e processos pelos quais as tarefas devem ser cumpridas e os objetivos devem ser atingidos (CHOO, 2003, p. 275).

2.4.1 Tipologias de tomada de decisão

Os administradores, em decorrência dos diversos tipos de decisão e das circunstâncias contextuais, adotam comportamentos não uniformes diante da tomada de decisão. Outro ponto importante na tomada de decisão refere-se à previsibilidade de se tomar a decisão. Algumas decisões são repetitivas, acontecendo, inclusive, em um determinado ciclo de tempo. Outras acontecem inesperadamente.

Constatando essa característica, Simon (1979) distinguiu dois tipos de decisões: programadas e não programadas. A seguir, contempla-se a explicação.

a) Decisões programadas e não programadas

Os administradores necessitam ajustar suas maneiras de agir com relação à tomada de decisão, dependendo da atuação. É útil fazer a distinção entre situações que exigem decisões programadas e aquelas onde é preciso tomar decisões não programadas (SIMON, 1979).

Também pode-se fazer a distinção entre decisões tomadas em condições de certeza, risco e incerteza. As decisões programadas são as tomadas de acordo com um hábito, uma regra ou um procedimento. Toda organização tem políticas por escrito, ou não, que simplificam as decisões em situações que se repetem, limitando ou excluindo alternativas. Geralmente, não existe preocupação com o salário de um empregado recém-contratado, pois as organizações em geral têm uma escala de ordenados já estabelecida para todos os cargos. Analogamente, será necessária reflexão sobre a maioria dos problemas do dia a dia, uma vez que existem procedimentos de rotina para se lidar com problemas do cotidiano (SIMON, 1979).

Os problemas de rotina não são necessariamente simples, usam decisões programadas para assuntos complexos e simples. Se um problema se repetir e se os elementos que o compõem puderem ser definidos, previstos e analisados, ele poderá ser um candidato à decisão programada. Por exemplo, as decisões sobre o nível de estoque a ser mantido para determinado produto pode envolver muita descoberta de fatos e muita previsão, contudo, uma análise cuidadosa de cada um dos elementos do problema pode levar a uma série de decisões programadas, de rotina.

De certo modo, as decisões programadas limitam a liberdade, pois é a organização, e não o indivíduo, que decide o que fazer. Entretanto, as decisões programadas visam a ser liberadoras. As políticas, as regras ou os procedimentos sobre os quais se toma decisões permitem economizar o tempo necessário para se pensar em novas soluções para todos os problemas e propiciam dedicar a atenção a outras atividades mais importantes. Decidir como fazer com as reclamações dos clientes em bases individuais levaria tempo e custaria muito, mas uma política rotinizada que determine que “serão permitidas trocas de todas as compras num prazo de 14 dias” simplifica bastante as coisas.

As decisões não programadas, por outro lado, são as que tratam de problemas incomuns ou peculiares. Se um problema não aparece com tanta frequência para merecer uma política ou se for tão importante que mereça tratamento especial, deverá ser resolvido por uma decisão não programada. Problemas como a alocação dos recursos de uma organização, o que fazer com uma linha de produtos que não esteja dando certo, como melhorar as relações com a comunidade – e, na realidade, quase todos os problemas importantes com que se defronta um administrador exigirão decisões não programadas.

O Quadro 4 aponta as técnicas tradicionais e modernas para a tomada de decisão do tipo programada e não programada.

Quadro 4: Técnicas tradicionais e modernas de tomada de decisões programadas e não programadas

Tipos de decisões	Técnicas Tradicionais	Técnicas Modernas
Programadas: Decisões rotineiras e repetitivas. A organização estabelece processos específicos para cuidar destas decisões.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hábito; 2. Rotina de escritório: Procedimentos operacionais padronizados; 3. Estrutura da organização: Expectativas comuns. Um sistema de subobjetivos. Canais de informação bem definidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa operacional. Análise matemática. Modelos. Simulação em computador; 2. Processamento eletrônico de dados.
Não programadas: Decisões de uma só vez, mal estruturadas e de políticas novas, levadas a cabo por processos gerais de solução de problemas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Julgamento, intuição e criatividade; 2. Regras práticas; 3. Seleção e treinamento de executivos. 	Técnica heurística de solução de problemas aplicada a: <ol style="list-style-type: none"> a) Treinamento de pessoas para tomar decisões; b) Preparo de programas heurísticos de computador. Obs. Heurística é a capacidade de um sistema fazer inovações de forma imediata.

Fonte: Simon (1965 apud CHIAVENATO, 2011, p. 418).

À medida que se vai subindo na hierarquia organizacional, a capacidade de tomar decisões não programadas vai ficando mais importante, porque há um número maior de decisões tomadas não programadas. Quase todos os programas de treinamento administrativo procuram aumentar a capacidade do administrador de tomar decisões não programadas, geralmente procurando ensiná-lo a tomar decisões de modo razoável.

As decisões programadas são as mais fáceis de serem tomadas pelos administradores, pois é mais rápido e simples consultar uma política do que pensar sobre um problema desde o início. Deve-se observar que os administradores eficazes recorrem a uma política para poupar tempo, mas continuam atentos aos casos excepcionais. Por exemplo, a política de uma empresa pode estipular um teto para o

orçamento de propaganda de cada produto, mas um produto pode precisar de uma campanha intensiva de propaganda para contrabalançar uma nova estratégia de marketing ousada de um concorrente.

b) Decisões centralizadas e descentralizadas

Para Hall (1984), a centralização refere-se à distribuição de poder nas organizações, sendo um dos meios de resumir a noção de estrutura. Quando a maioria das decisões é tomada hierarquicamente, uma unidade organizacional é considerada centralizada; uma unidade descentralizada geralmente implica que a fonte principal do processo decisório foi delegada pelos gerentes de linha para o pessoal subalterno. Nas palavras de Motta e Pereira (1991), as vantagens da centralização e descentralização podem ser caracterizadas de forma biunívoca (Quadro 5).

Quadro 5: Vantagens da centralização e da descentralização no processo decisório

a) Vantagens da centralização	b) Vantagens da descentralização
<ul style="list-style-type: none"> • As decisões mais importantes são tomadas por pessoas mais capazes; • Há necessidade de menor número de administradores de alto nível; • Há uniformidade de diretrizes e normas; • A coordenação torna-se mais fácil; • Aproveita-se mais o trabalho dos especialistas; • Torna a identificação dos administradores de nível médio com a organização menos decisiva; • Possibilita a realização de compras em larga escala. 	<ul style="list-style-type: none"> • Despersonalização, tamanho da organização e moral; • Concentra a atenção do administrador nos resultados; • Estimula a iniciativa dos administradores de nível médio; • Facilita a identificação do administrador com os objetivos da organização; • É um meio de treinamento dos administradores; • Alivia a carga de trabalho dos administradores de cúpula; • Facilita a concorrência interna.

Fonte: adaptado de Motta e Pereira (1991, p. 52).

Na visão de Motta e Pereira (1991), não existe nenhuma forma absoluta de distinguir uma organização centralizada de uma descentralizada, mas pode-se dizer que o grau de descentralização de uma organização será tanto maior:

- a) Quanto maior for o número de decisões tomadas na parte inferior da hierarquia administrativa;
- b) Quanto mais importantes forem as decisões tomadas na parte inferior da hierarquia administrativa;
- c) Quanto maior o número de funções tiver as decisões tomadas na parte inferior da hierarquia;
- d) Quanto menor supervisão for exigida sobre a decisão.

Hall (1984) também analisa as vantagens e desvantagens da centralização, porém sobre outros aspectos, conforme se pode verificar no Quadro 6.

Quadro 6: Centralização do processo decisório: vantagens e desvantagens

Processos organizacionais	Consequências	
	Vantagens	Desvantagens
Coordenação	Maior coordenação através da direção central e das políticas uniformes.	As políticas uniformes se aplicam independentemente do grau de variação das condições locais
Tomada de decisões: Perspectiva	A companhia como um todo é considerada nas decisões quando elas são tomadas pela alta administração e pela equipe de pessoal e quando os gerentes de nível inferior tomam decisões dentro dos parâmetros das declarações políticas emitidas pela chefia.	A visão da companhia tende a ignorar os aspectos/problemas especiais das divisões, departamentos e unidades de trabalho.
Tomada de decisões: Velocidade	Nas emergências, a equipe e a administração centrais podem mobilizar a informação e tomar decisões decisivas sem demora.	O processo normal de decisão resulta em atrasos: o fluxo da informação para o topo e o fluxo das ordens/políticas para subalternos consome tempo: o pessoal central fica frequentemente sobrecarregado, de modo que as decisões são ainda mais demoradas.

Fonte: Hall (1984).

As consequências de um alto grau de centralização podem ser positivas ou negativas para a organização, dependendo da situação. Assim, como bem coloca Hall (1984, p. 89), “um problema fundamental é que nem sempre é possível ajustar o grau de centralização para adequá-lo a uma situação mutável”.

2.4.2 Processo de tomada de decisão estratégica hospitalares

Historicamente, percebe-se grande dificuldade de visualizar o hospital como empresa de negócio, devido à especificidade de sua clientela. Isto ocorreu em função da origem dos hospitais, pois eram vistos inicialmente como hospedarias destinadas a abrigar doentes e acidentados, instituições filantrópicas e agências de auxílios aos pobres, e, simultaneamente, caracterizados como organizações religiosas, que evoluíram ao longo dos anos, mantendo, todavia, o seu caráter humanitário (FELDMAN apud PORTELA; SCHMIDT, 2008).

Mais recentemente, o hospital tem despertado o interesse como empresa, impulsionando estudos sobre planejamento estratégico, sistemas de informação, redução de custos, entre outros aspectos. Esta perspectiva está atrelada ao contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, que apresenta alta exigência por resultados positivos (lucros) para sobrevivência em um mercado competitivo. Tais estudos proporcionam visibilidade ao contexto mercantil no qual a saúde está inserida, entretanto mostram pouco sobre seu impacto no cotidiano e nos modos de trabalhar (WEBER; GRISCI, 2010).

A profissionalização da gestão em hospitais, a partir de diferentes práticas da administração, tem sido amplamente discutida, à luz de conceitos como gestão baseada em evidência, gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). O assistencialismo em saúde sofreu significativas mudanças no sentido de profissionalizar-se e buscar metas não antes desejadas, como o aumento da lucratividade, o que provoca, direta e indiretamente, mudanças na estrutura geral de um hospital (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

A reorganização do hospital ocorreu por meio da introdução de uma tecnologia política, a disciplina, e o trabalho ali realizados foi sendo organizado segundo ditames de controle, hierarquia e poder. O disciplinamento, ainda hoje, perpassa desde o planejamento e ocupação dos espaços, via arquitetura, à possibilidade de circulação dos corpos e,

principalmente, dos saberes que se instauram no hospital (FOUCAULT apud WEBER; GRISCI, 2010).

Na concepção de Vendemiatti *et al.* (2010), a profissionalização dos processos de gestão hospitalar também convive nesse contexto, pois, por um lado, não abandona a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida e, por outro, tem que lidar com a racionalização característica dos processos de gestão. Os autores complementam seu pensamento alertando que o hospital contemporâneo abandonou a prestação da assistência para assumir a produção dos cuidados com a saúde através da prestação de serviços. Eles advertem que tudo isso passou a fazer parte do processo de atenção à saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários, como a cura e o tratamento, e terciários, caracterizados pela reabilitação e a reintegração, para serem também lugar de ensino e de investigação biomédica (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

De acordo com Borba (2008), o setor de saúde brasileiro está passando, nas últimas décadas, por uma constante transformação, buscando maneiras diferentes de alcançar a descentralização das políticas de saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Daft (1999) descreve o hospital como uma empresa de serviços, que pode ser classificada a partir das cinco dimensões, quais sejam:

- a) Produção e consumo simultâneos: esse processo pode ser identificado no atendimento realizado pelo médico e pelos demais profissionais do hospital. Nele, o atendimento é caracterizado como o serviço que é recebido pelo paciente ao mesmo tempo em que é realizado pelo médico. Em serviços complementares, como coleta de exames, o resultado é obtido posteriormente, mas sua aplicação – por meio do diagnóstico médico – é simultânea ao atendimento.
- b) Produtos personalizados: embora existam padrões de conduta (como protocolos clínicos) que permitem um apoio à tomada de decisão médica, cada paciente recebe atendimento personalizado e é percebido como único para o prestador do serviço. Vale salientar que o aumento da complexidade nas patologias clínicas tem reforçado a necessidade de protocolos clínicos, como base para a tomada de decisão.
- c) Participação dos clientes (pacientes) nos processos de produção: uma consulta às informações dos pacientes é fundamental para o diagnóstico do médico.

- d) Produto intangível: no processo de atendimento, não existe produto físico resultante. O produto é o próprio atendimento.
- e) Ênfase em pessoas: os serviços somente são realizados pelos funcionários, na presença dos pacientes. Quando não existe demanda, o profissional de saúde não pode “armazenar” o tempo e utilizá-lo posteriormente.

Borba (2008) enfatiza que a complexidade de gestão na área hospitalar alinha-se à avaliação do hospital, como componente de um sistema de saúde mais amplo, e à análise das características internas do hospital. A configuração do setor hospitalar deve considerar fatores contextuais importantes, como modificações em práticas clínicas, mudanças no perfil da demanda, dentre outras, que configuram um processo de mudança no setor de saúde.

Vale destacar que se encontram diferentes pontos de vista e interesses quando se trata de pensar a gestão dos hospitais, seu lugar no sistema de saúde, sua inserção como organização social e/ou como empresa. Estas diferenças têm sido situadas em dois polos, cada qual defendendo sua posição com argumentos que não se restringem aos critérios técnicos, mas adentram o campo ideológico, englobando diferentes visões e projetos de sociedade e cidadania (WEBER; GRISCI, 2010).

Caminhos têm sido seguidos na busca de uma renovação da gestão dos hospitais. Um deles tem sido a radicalização do processo de racionalização das práticas médico-hospitalares ao apoiar e/ou reforçar, de forma expressa e intencional, um ou mais dos seus componentes. Exemplos disso: tratar os médicos como clientes da organização, criando novas formas de relacionamento hospital/médico, baseadas em explícitos contratos bilaterais de direitos e deveres; o estreitamento da aliança da direção com o corpo de enfermagem, visando à criação de mecanismos mais poderosos de controle dos processos de trabalho no hospital, em particular aqueles referentes ao acesso e utilização dos seus recursos assistenciais estratégicos, expropriando-os do controle médico; a terceirização de atividades importantes do hospital; a informatização da maioria dos processos administrativos e assistenciais; a forte ênfase na protocolização de processos e adoção de mecanismos de acreditação hospitalar, dentre outros (BERNARDES *et al.*, 2007).

Nesta discussão, atrelado ao contexto neoliberal, de globalização e reforma do Estado, segue a ideologia de mercado, imaginando como única solução para as deficiências do modelo de gestão hospitalar a sua privatização, em distintos graus e formas, e a desregulamentação dos

direitos. Outra vertente entende a saúde como bem público e considera a gestão do hospital em conexão com uma rede de atenção à saúde. Portanto, defendem as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e avaliam que as reformas devem acontecer dentro do sistema, a partir do diagnóstico das causas de seu insucesso, pois concordam que existem problemas de eficiência e eficácia na gestão dos hospitais ligados ao SUS, atribuídos, sobretudo, ao modelo de administração burocrático-estatal (WEBER; GRISCI, 2010).

No próximo capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos que pautaram o desenvolvimento do presente estudo.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo, são identificados os procedimentos metodológicos que permitiram entender os passos percorridos durante a execução desta pesquisa. O enfoque foi a fenomenológica que, na ótica de Triviños (2006, p. 43), considera as essências investigativas, pois visa “(...) descrever, e não de explicar nem de analisar”, uma relação sócio-organizacional, “(...) nascente de uma psicologia descritiva (...)”. Assim, os procedimentos abordados levaram em consideração este enfoque.

3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Nas palavras de Turato (2003), o método de pesquisa é determinado pelo seu objetivo, ou seja, saber se ele respondeu aos objetivos da investigação científica que se quer desvendar. A opção pelo método e técnica de pesquisa, portanto, depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto, fenômeno ou relação que se deseja conhecer ou estudar. Como apregoam Souza, Fialho e Otani (2007, p. 32), “um problema de pesquisa é um fato, ou um fenômeno, que ainda não possui uma solução”. Complementam assinalando que a problemática averiguada só é conhecida a partir de um estudo aprofundado caracterizado por uma investigação científica ou pela comprovação dos fatos, haja vista que o problema de pesquisa é a demarcação ou fronteira analisada.

Nesta dissertação de mestrado, o problema de pesquisa focado no Capítulo 1 teve como eixo a identificação dos enfoques teóricos da racionalidade weberiana presentes no processo de decisão referente ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

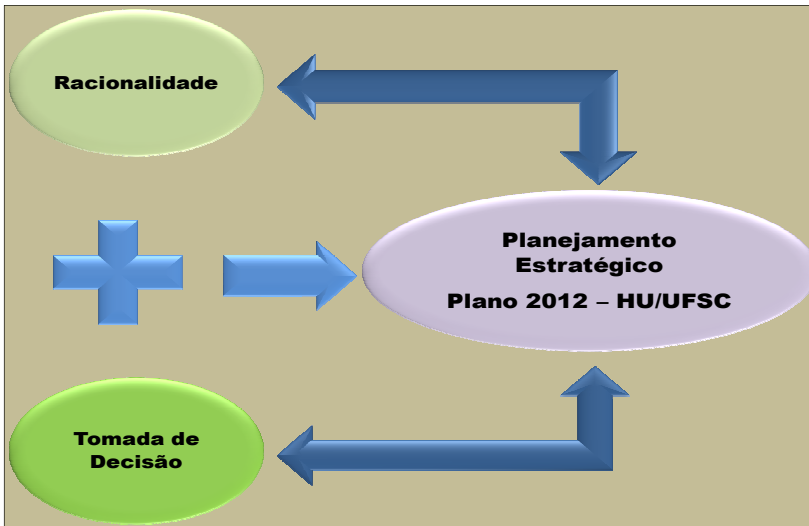
Relembrando, as perguntas da pesquisa foram:

- a) Quais foram as ações estratégicas estabelecidas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC) e a sua concretização?
- b) Quais foram os fatores relacionados ao processo decisório que atuaram em cada ação estratégica do referido plano?
- c) Quais tipos de racionalidade weberiana foram identificados no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)?

3.1.1 Relação entre as variáveis

Foi definida como variável independente o tipo de racionalidade weberiana presente no processo decisório, e como variável dependente, a execução do Plano 2006-2012 do HU-UFSC. Cabe destacar que, na ótica de Kerlinger (1980, p. 24), “uma variável independente é uma variável que se supõe influenciar outra variável, chamada variável dependente”, e complementa que “a variável independente numa pesquisa é o antecedente; a variável dependente é a consequente”. A racionalidade foi considerada a mola propulsora à tomada de decisão e que, por sua vez, orientou a condução do planejamento estratégico, desde a sua elaboração até a implementação das ações estratégicas. A Figura 6 permite visualizar o modelo investigativo utilizado.

Figura 6: Configuração das variáveis em estudo



Fonte: elaborado pela autora.

3.1.2 Definição constitutiva e operacional das variáveis

As definições constitutiva e operacional das variáveis são alicerces relevantes aos pesquisadores. Para Kerlinger (1980, p. 46), “definições constitutivas são definições de dicionários e, naturalmente, são usadas por todo mundo, inclusive pelo cientista. Entretanto, são

insuficientes para propósitos científicos (...)", portanto, exigem definições operacionais, que atribuem "significado a um constructo ou variável, especificando as atividades ou 'operações' necessárias para medi-lo ou manipulá-lo". Neste estudo, as definições das variáveis em estudo foram as seguintes:

- a) **Racionalidade:** sob a ótica constitutiva, esta variável foi entendida como o uso da razão, aplicada a uma ação, a partir da concepção weberiana, que pode ser orientada de modo racional, referente a fins, por expectativas quanto ao comportamento de objetos do mundo exterior e de outras pessoas; de modo racional referente a valores, pela crença consciente no valor – ético, estético, religioso, ou qualquer que seja sua interpretação – absoluto e inerente a determinado comportamento como tal, independentemente do resultado; de modo afetivo, especialmente emocional, por afetos ou estados emocionais atuais; de modo tradicional, por costume arraigado (WEBER, 2000). Para a definição operacional, foram utilizados os preceitos inerentes aos tipos de racionalidades de Weber (2000), quais sejam: prática, teórica, formal e substantiva, conforme podem ser visualizados na Figura 7.

Figura 7: Dimensões da racionalidade



Fonte: adaptado de Weber (2000).

- b) **Processo decisório:** a definição constitutiva que deu suporte à pesquisa vem da posição defendida como o processo de pensamento e ação que culminará com uma escolha, a partir da

seleção de uma posição de gestão, dentre cursos alternativos de ação, quer para aceitar ou rejeitar uma ação específica. A definição operacional obedeceu ao entendimento dos fatores intervenientes para a implantação ou não dos programas de ação estabelecidos no Plano 2006-2012, sob a visão dos entrevistados.

- c) **Planejamento estratégico:** optou-se pela posição indicada por Mintzberg (2004) como variável constitutiva, isto é, planejamento estratégico como um processo formal em que ocorre a separação da análise e decisão em pequenas partes que, posteriormente, devem ser articuladas para formar um plano coeso e explícito, formal, sistematizado e escrito. Por sua vez, a definição operacional levou em consideração a descrição dos programas estratégicos definidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC), ou seja, no planejamento estratégico do referido hospital. O documento oficial foi lançado em julho de 2005, recebendo a denominação de Plano 2006-2012 (HU-UFSC), sendo constituído de questões estratégicas ou programas. Em cada programa foi designado um coordenador para formar sua equipe de trabalho e operacionalizar suas ações.

3.2 DELIMITAÇÃO E PERSPECTIVA DA PESQUISA

Na concepção de Gil (2002, p. 19), a pesquisa pode ser definida “como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos”. Dentro deste raciocínio, Almeida (2011, p. 31) ressalta que “a pesquisa científica aplicada, por sua vez, normalmente faz uso dos conhecimentos que já foram sistematizados, com o intuito de solucionar problemas organizacionais ou do ser humano”. Já, nas palavras de Souza, Otani e Fialho (2007), as pesquisas científicas podem se caracterizar quanto aos procedimentos técnicos e quanto à sua abordagem.

Nesta dissertação, a pesquisa caracterizou-se, quanto aos procedimentos técnicos, em estudo de caso realizado no Hospital Universitário, órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), localizado na Cidade de Florianópolis (SC). Na ótica de Gil (2002), o estudo de caso corresponde à análise profunda e exaustiva de um ou de poucos objetos, para que seja possível um conhecimento amplamente detalhado do objeto pesquisado. De modo semelhante, Roesch (1999) assevera que, em um estudo de caso, a

pesquisa focaliza-se em um ambiente definido, abordando-se apenas uma organização. Na visão de Yin (2001, p. 24), “como método de pesquisa, o estudo de caso é usado em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados”.

Cabe destacar que o estudo foi realizado no HU-UFSC por duas razões chave: o planejamento estratégico analisado ter servido como uma técnica gerencial importante na história do HU-UFSC, e pelo fato de a autora ser servidora nesta unidade universitária há décadas.

Em relação à abordagem, a análise caracterizou-se como pesquisa qualitativa e descritiva. Para Roesch (1999), a pesquisa qualitativa é utilizada na proposição de planos ou na melhora da efetividade de programas. Por sua vez, Almeida (2011, p. 32) sinaliza que “a abordagem qualitativa atribui importância aos significados que as pessoas possuem a respeito das coisas e da vida, apropriando-se do enfoque indutivo na análise de dados”. Segundo Gil (2002, p. 42), as pesquisas que possuem como objetivo principal a descrição das características de determinado fenômeno ou população, ou que estabeleçam relações entre variáveis podem ser denominadas de pesquisa descritiva. Como o objetivo deste trabalho é identificar os tipos de racionalidades weberianas presentes no processo de decisão referente ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC), pode-se defini-lo como descritivo.

3.3 POPULAÇÃO, AMOSTRA, NÍVEL E UNIDADE DE ANÁLISE

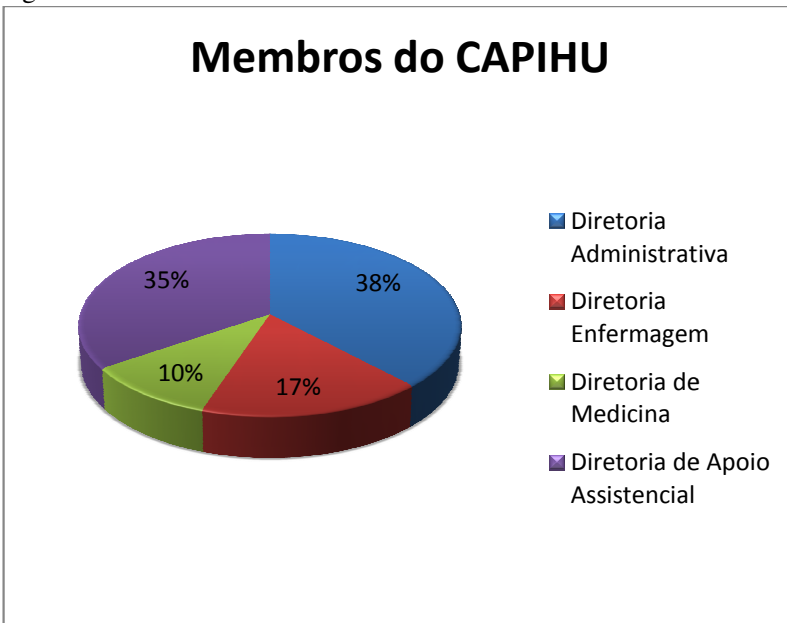
A população do estudo foi composta por servidores do Hospital Universitário que participaram das etapas de concepção e elaboração do planejamento estratégico do HU-UFSC. A amostra foi intencional e centrada no comitê de apoio ao planejamento estratégico do referido hospital. O Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU) teve como função construir, de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, o planejamento estratégico do HU. O referido comitê era constituído de 42 (quarenta e duas) lideranças das mais diferentes áreas de conhecimento, quais sejam: representante do corpo docente e discente dos cursos da área da saúde. Dentre as lideranças, estavam representantes do primeiro escalão, isto é, diretor geral, vice-diretor geral, diretor de medicina, diretor de enfermagem, diretor de apoio médico assistencial e diretor de administração.

A amostra intencional, no entender de Selltiz, Wrightsman e Cook (1987, p. 77), é adotada quando “(...) o pesquisador se dirige intencionalmente a um grupo de elementos dos quais se deseja saber a

opinião”. Já o nível de análise da pesquisa foi o organizacional, isto é, a UFSC, tendo como unidade de análise o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Do total de participantes do referido comitê, foi possível entrevistar 29 componentes. Estas limitações são descritas ainda neste capítulo. Das entrevistas realizadas, pode-se visualizar na Figura 8 o percentual de servidores entrevistados por área de atuação no hospital. Dos 29 entrevistados, seis ocupavam cargo no primeiro escalão quando da elaboração e/ou implementação do planejamento estratégico.

Figura 8: Membros do CAPIHU entrevistados



Fonte: dados primários (2012).

O Quadro 7 permite ao leitor visualizar o tempo de serviço dos entrevistados no HU-UFSC.

Quadro 7: Tempo de serviço dos entrevistados no HU-UFSC

Diretorias representadas	15-20 anos de trabalho	Mais de 20 anos
Diretoria de administração	2	9
Diretoria de Enfermagem	-	5
Diretoria de Medicina	-	3
Diretoria de Apoio Assistencial	4	6

Fonte: dados primários (2012).

3.4 TIPOS, COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O estudo compreendeu o levantamento histórico das decisões implementadas no HU-UFSC, de 2006 até o primeiro semestre de 2012, portanto, *ex-post facto*. Os dados que compõem o relatório de pesquisa foram oriundos de fontes primárias e secundárias. Os de fontes primárias foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada realizada com os membros do comitê de apoio ao planejamento institucional do HU (CAPIHU). Os dados primários são aqueles obtidos pela primeira vez pelo pesquisador e utilizados exclusivamente em um único estudo (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987; MALHOTRA, 2001; RICHARDSON *et al.*, 2007).

Para Alencar (2000), as coletas de dados realizadas por meio de um questionário ou roteiro de entrevista são planejadas e elaboradas a partir do problema de pesquisa, do objetivo do estudo, do referencial teórico e das hipóteses ou questões que norteiam o estudo. Por sua vez, Bogdan e Biklen (1994) sinalizam que a boa entrevista se caracteriza por deixar o entrevistado desenvolto, falando sobre seus pontos de vista livremente e, assim, produzir uma riqueza de dados que revelam as perspectivas dos respondentes. No enfoque qualitativo, as perguntas fundamentais que fazem parte da entrevista semiestruturada não nascem *a priori*, baseiam-se em dados coletados anteriormente.

As fontes secundárias originaram-se do documento oficial que sintetizaram as ações concernentes ao processo de planejamento estratégico do HU-UFSC, denominado de Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Agregaram-se a este documento as informações disponibilizadas pela Equipe do Planejamento Estratégico do Hospital Universitário (EQUIPLAN), pois tinha função primordial o acompanhamento das atividades das demais equipes formadas para operacionalização das ações estratégicas estabelecidas no Plano

supramencionado. Destaca-se que esta equipe era responsável por disponibilizar as ferramentas de qualificação e capacitação aos coordenadores dos programas. A EQUIPLAN foi gradativamente extinta. Do ponto de vista conceitual, é relevante lembrar Aaker, Kumar e Day (2001), quando advertem que os dados secundários são originários de documentos existentes e disponibilizados para os interessados, pois são públicos ou de circulação reservada.

A técnica de análise documental foi selecionada porque estes registros são capazes de fornecer um conhecimento mais objetivo da realidade investigada e se constituem numa fonte inesgotável, estável e rica, podendo ser consultada várias vezes e servir de base para diferentes estudos. Sobre este aspecto, Ludke e André (1986, p. 39) salientam que os documentos representam “ainda uma fonte natural de informação. Não é apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto”.

3.4.1 Tratamento dos dados

No tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. A obtenção dos dados deu-se por meio das entrevistas semiestruturadas, gravadas com autorização dos respondentes, o que permitiu à autora desta dissertação analisar em profundidade os relatos e posições dos participantes da pesquisa. O tratamento dos dados ocorreu nos meses de maio e junho do corrente ano. Salienta-se que o método de análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1979), é uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais externam em seu discurso. Ele é utilizado como recurso de interpretação da realidade do ponto de vista dos entrevistados e tem predominado na pesquisa qualitativa. O princípio da análise de conteúdo, sinaliza Bardin (1979), é definido quando são demonstrados os elementos e a estrutura desse conteúdo para esclarecer diferentes características e extrair uma significação. Este tipo de análise não obedece a etapas rígidas, mas a uma reconstrução simultânea, de acordo com as percepções do pesquisador.

A literatura especializada assinala que esta técnica de tratamento dos dados permite a utilização de procedimentos qualitativos e quantitativos. Assim, o estudo centrou-se na identificação de quais enfoques teóricos da racionalidade weberiana estavam presentes no processo decisório no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Para compor o relatório de análise e responder a problemática da pesquisa, todas as

informações foram coletadas, respeitando as categorias: racionalidade, tomada de decisão e planejamento estratégico (Quadro 8).

Quadro 8: Categorias de análise da pesquisa

Categorias de Análise	Variáveis	Metodologia de Investigação
Racionalidade	Tipologia de Weber (2000): <ul style="list-style-type: none"> • Prática • Teorética • Formal • Substantiva 	Entrevista Semiestruturada
Tomada de Decisão	Natureza da decisão: <ul style="list-style-type: none"> • Programadas • Não programadas Nível de participação dos atores envolvidos: <ul style="list-style-type: none"> • Decisões centralizadas • Decisões não centralizadas • Influência do grau de hierarquia como determinante à participação dos atores envolvidos. 	
Planejamento Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos pretendidos de cada ação estratégica. Motivos que levaram o HU-UFSC a escolher os referidos cursos de ação.	

Fonte: elaborado pela autora.

Salienta-se que os enfoques interpretativos utilizados na análise de conteúdo citados no Quadro 8 consideraram:

- a) Racionalidade prática: delineada como própria do modo de vida no qual a atividade é julgada em relação a interesses individuais, puramente práticos e egoísticos;
- b) Racionalidade teórica envolve o predomínio consciente da realidade pela construção de conceitos abstratos, mais do que pelas ações. Ela se alicerça em processo cognitivo abstrato de interpretação da realidade;

- c) Racionalidade substantiva voltada para a ação, mas distinta da racionalidade formal. Ela toma como base para sua orientação os valores, não havendo, portanto, cálculo utilitário das ações humanas. Nesse caso, as referências para a ação humana são tomadas em valores, independentemente dos resultados a serem obtidos;
- d) Racionalidade formal oferece como referência à ação humana, a aplicação de regras, leis e regulamentos tornados institucionalizados em determinado contexto, referenciado no cálculo utilitário de consequências no estabelecimento de relações meio-fim.

A partir das definições constitutivas adotadas para dimensionar os tipos de racionalidades weberianas, foram feitas as análises dos depoimentos coletados nas entrevistas com os membros do CAPIHU. No final de cada entrevista, foi solicitado aos entrevistados para que, baseados em suas percepções, distribuíssem o percentual de 100% de forma a estabelecer um peso a cada tipo de racionalidade que estava presente no processo do planejamento estratégico, debatido na entrevista. Cabe destacar que foi exaustivamente explicado o que representa cada um dos tipos de racionalidade weberiana abordado neste estudo, e somente após a real compreensão teórica dos tipos de racionalidade estudados, tais percentuais eram definidos.

A análise da decisão orientou-se pela tipologia de Simon (1979) e Hall (1984). Simon estabelece uma diferenciação entre as decisões programadas (do dia a dia), geralmente tomadas nos níveis hierárquicos mais baixos, e as decisões não programadas, quase sempre tomadas nos níveis hierárquicos mais elevados. Para Hall (1984), a centralização refere-se à distribuição de poder nas organizações, sendo um dos meios de resumir a noção de estrutura.

3.4.2 Etapas da coleta de dados

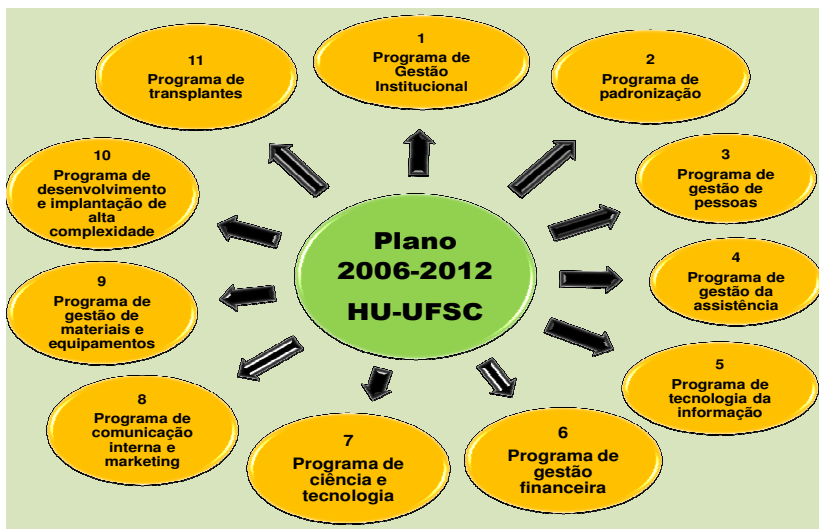
A descrição das etapas de coleta de dados em um estudo científico é relevante por possibilitar o entendimento dos passos seguidos pelo pesquisador. São os seguintes:

- a) os primeiros contatos da pesquisa de campo ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2011, quando aconteceram as primeiras entrevistas. Tais contatos foram feitos com a intenção de reunir dados para construção de um artigo para a disciplina Marketing na Gestão Universitária, do Mestrado Profissional

em Administração Universitária. Naquela ocasião, foram entrevistados somente os coordenadores dos Programas elencados no Plano 2006-2012 (HU-UFSC);

- b) após a defesa do projeto de dissertação, ocorrido no final de abril de 2012, realizou-se o pré-teste dos instrumentos de coleta de dados com dois coordenadores de Plano 2006-2012 (HU-UFSC), não havendo necessidade de ajustes;
- c) a coleta de dados para a presente dissertação começou no final de abril. Os integrantes do CAPIHU foram entrevistados seguindo o roteiro de entrevistas (Apêndice A) e seus depoimentos foram gravados, com suas permissões, durante todo o mês de maio de 2012. Já no referido mês, começou-se a descrição dos comentários. O fluxo de análise obedeceu à sequência visualizada na Figura 9.

Figura 9: Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Os Programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC) tratam as questões mais abrangentes e relevantes, caracterizadas como fortes desafios do hospital naquele momento da elaboração do planejamento estratégico. A expectativa era que todos os programas fossem operacionalizados, visando ao cumprimento da Missão e ao

alcance da Visão estabelecida no referido Plano. Cada um destes programas está analisado de forma criteriosa no capítulo 4.

3.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Os estudos científicos, independentemente da sua natureza, isto é, quer quantitativos quer qualitativos, são passíveis de limitações que precisam ser esclarecidas para o leitor. Por estas razões, a presente dissertação não fugiu desta lógica, cabendo enumerá-las.

Primeiramente, o estudo de caso limita-se às conclusões específicas do estudo desenvolvido, não permitindo sua generalização. Por outro lado, fornece ao pesquisador a chance de aprofundar a compreensão do fenômeno estudado. Na presente pesquisa, optou-se por analisar o processo decisório do planejamento estratégico - Plano 2006-2012 (HU-UFSC), focando-se na interação do tipo de racionalidade weberiana ali presente. Não há, portanto, a possibilidade de generalização das conclusões encontradas para outras organizações (TRIVIÑOS, 2006).

Em segundo lugar, o tipo de instrumento de coleta de dados utilizado na investigação pode causar pequeno viés na análise se o pesquisador não estiver alerta para as respostas e perseguir o roteiro de forma criteriosa. Na entrevista semiestruturada, o viés pode ocorrer na forma de elaboração das perguntas, pois na interpretação de Almeida (2011), apesar da existência do roteiro de entrevistas, há certa flexibilidade ao abordar os entrevistados. Outro limitador foi ocasionado pela utilização do gravador, que acabou, em alguns casos, inibindo, em um primeiro momento, os entrevistados.

Além disso, outro fator verificado como limitador foi a impossibilidade de realizar as entrevistas com todos os integrantes do CAPIHU, podendo ter sido suprimidas algumas considerações importantes sobre os aspectos estudados. Todavia, o alto grau de congruência obtido nas respostas dos entrevistados indica que o risco de eventuais distorções é pequeno. Cabe salientar que dos 42 (quarenta e dois) integrantes iniciais do referido comitê, quatro encontram-se aposentados da instituição e dois foram transferidos para o Distrito Federal. Dos 36 (trinta e seis) integrantes que se encontram desempenhando suas funções na UFSC e HU, foram entrevistados 29 (vinte e nove) servidores, totalizando 80,55% da amostra, pois sete destes membros do comitê não puderam ou não quiseram participar das entrevistas.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo é destinado à apresentação e descrição dos dados coletados neste estudo. Ele está estruturado em quatro tópicos, quais sejam: histórico do HU-UFSC, as razões da escolha do planejamento estratégico, os fatores relacionados ao processo decisório, e a identificação da racionalidade weberiana presente no Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

4.1 HISTÓRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC

A idealização do HU-UFSC ocorreu concomitantemente com a fundação da Faculdade de Medicina de Santa Catarina, em 1960, tendo como seu principal ativista e mentor o Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Em 1963, foi constituída a Comissão de Implantação do Hospital de Clínicas, com a finalidade de orientar os trabalhos de planejamento e construção, que tiveram início em 19 de novembro de 1965 com o estaqueamento e, em 1968, com o início das obras de estruturação do prédio em que hoje está localizado o HU-UFSC (SÃO THIAGO, 1983).

Em 1971, a construção foi paralisada em decorrência de uma resolução ministerial, proibindo a construção de novos hospitais no país. Porém, por se tratar de uma obra que já havia iniciado e estava aprovada pelo Ministério da Educação, restou o argumento de que era uma obra em execução, e não uma nova construção. Mesmo assim, somente em 1975 foram liberados recursos para o término da referida edificação (SÃO THIAGO, 1983).

Durante este período, o setor da saúde foi basicamente financiado pelo sistema previdenciário. Naquela época, ocorreu a desvalorização do serviço público de saúde e a valorização do setor privado de saúde. Cabe destacar que, em virtude da crise econômica presenciada em toda a década de 1970, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) como responsável pela assistência médica pública. Por esta razão, o HU-UFSC foi inaugurado em 02 de maio de 1980, já no contexto do INAMPS, enquanto financiador público da saúde, sendo este o primeiro convênio firmado. A abertura política e a implantação do modelo democrático e pluripartidário no Brasil mudaram o modelo de gestão de saúde, até então gerido pelo INAMPS, culminando com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a promulgação dos direitos do cidadão na Constituição Federativa de 1988 (MARTINS, 2004).

O HU-UFSC recebeu o nome de seu principal mentor e ativista, o Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Trata-se de um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina, estando ancorado, pelo seu Estatuto no Artigo 12⁶, Inciso V, 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. Ele vem, há 30 anos, respondendo de forma positiva às políticas públicas, atuando em três esferas de assistência: atenção básica, média e alta complexidade, sendo referência estadual em diversas especialidades.

Na data da realização deste estudo, o HU-UFSC disponibilizava 272 leitos aos seus usuários em tratamentos clínicos e cirúrgicos, de obstetrícia com alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e neonatal), emergências e um moderno Centro de Tratamento Dialítico.

Há uma elevada demanda pelos serviços de saúde prestados pelo HU-UFSC à população catarinense, que vê nele um centro de atendimento público e gratuito de elevado nível de competência técnica e atendimento humanizado. O seu atendimento de emergência 24 horas atinge a média de 200 pacientes por dia. O HU-UFSC é referência estadual em patologias complexas, como a área de câncer e cirurgia de grande porte, nas diversas especialidades; além disso, várias pesquisas são desenvolvidas por sua equipe, como a que testa a eficácia da vacina contra o HPV⁷.

A Figura 10 corresponde à foto atual do HU-UFSC.

⁶ Vide: <http://antiga.ufsc.br/paginas/downloads/EstatutoUFSC_062008.pdf>

⁷ HPV – *human papiloma virus*.

Figura 10: Vista externa do HU-UFSC



Fonte: <<http://www.google.com.br>>

Atualmente, o Hospital Universitário é uma instituição que possui uma relação mercantilista com o Estado, no sentido de que suas despesas de custeio são financiadas pelo que produz e apresenta a seu gestor – a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), cujo repasse financeiro advém do Ministério da Saúde – MS. Ele está contratualizado junto à SES/SC, em um pacto de metas quantitativas e qualitativas, revisado anualmente, e que provê um valor financeiro mensal aos procedimentos de média complexidade produzidos. Os procedimentos de alta complexidade são remunerados de acordo com sua produção apresentada mensalmente, com base em um teto financeiro estipulado no contrato de gestão.

4.1.1 Certificação e contratualização

A Organização Mundial da Saúde (OMS) referenda os Hospitais Universitários como importantes agentes na assistência de alta complexidade, além do envolvimento com as atividades de ensino e pesquisa. Esses hospitais estão subordinados a três Ministérios: ao Ministério da Saúde, devido à inserção desses hospitais nas redes de atenção à saúde; ao Ministério da Educação, porque são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde; e ao Ministério da Ciência e Tecnologia, pois há necessidade de inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmicas e de serviço no campo da saúde e tecnológica. A simbiose destes interesses permite a regulação

das atividades desenvolvidas em cada uma destas dimensões, isto é, assistência, ensino e pesquisa.

Em 2004, buscando a integração das atividades de assistência, ensino e pesquisa às políticas do SUS, começou a ser formulada a Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Inicia-se o processo de certificação dos Hospitais Universitários e de Ensino, com inspeção bianual dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta diretiva culminou em duas situações. Em primeiro lugar, com a certificação da unidade hospitalar como hospital de ensino, a qual deve estar condicionada ao cumprimento de todos os requisitos obrigatórios constantes no Artigo 6º da Portaria Interministerial nº 1.000/MEC/MS⁸, substituída pela Portaria Interministerial nº 2.400/MEC/MS, de 2 de outubro de 2007⁹. Em segundo lugar, culmina na contratualização, cujo pré-requisito indispensável é a certificação.

A contratualização consiste em um compromisso firmado entre o hospital de ensino e os gestores estadual e municipal do SUS, cuja formalização é consubstanciada no Plano Operativo Anual. Ele tem por objetivo estabelecer metas quantitativas e qualitativas relativas aos processos de atenção à saúde, das atividades de ensino e pesquisa, além do aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar. A contratualização é, hoje, o instrumento que gera o direito de recebimento dos recursos financeiros advindos do SUS.

Nas palavras de Caldas (2008), ainda que os HU's representem menos de 3% dos hospitais do Brasil, essas instituições são consideradas estratégicas para a implementação das políticas públicas do setor de saúde nas três esferas administrativas, haja vista que eles apresentam alta concentração tecnológica, com profissionais especializados e equipamentos médico-hospitalares que lhes permitem realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos de qualidade, bem como se constituírem referências no atendimento de alta complexidade. O autor (2008) adverte ainda que os HUs funcionam tal qual a fronteira da teoria para a prática dos cursos da área da saúde, sendo responsáveis pela formação de profissionais generalistas e especialistas, assim como pela realização de pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias.

O desafio recente do Ministério da Saúde, em conjunto com os gestores locais do SUS, consiste em estabelecer metas desses hospitais

⁸Ver <<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>>

⁹Ver <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>

em quatro áreas: os compromissos desses hospitais com o sistema em relação à assistência, à formação e educação permanente, à área de pesquisa e avaliação tecnológica em saúde e, por fim, ao aprimoramento da gestão. Tais compromissos têm como base a qualificação da assistência, da gestão hospitalar, do ensino e da pesquisa.

Vale destacar que na política anterior do supramencionado Ministério, havia o repasse de recursos ancorado na produção de serviços, onde os hospitais eram remunerados de acordo com a realização de consultas, número de internações, dentre outras ações. O referido método remunerativo estava centrado no interesse extremo dos profissionais da saúde e suas especialidades, fato que permitia o não atendimento à população naquilo que mais precisava e nem supria as áreas com demanda reprimida, conforme as necessidades do sistema de saúde pública.

Em outubro de 2004, o Plano Operativo foi firmado por meio de convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e o HU-UFSC, quando da certificação dessa instituição como Hospital de Ensino, junto ao Ministério da Educação e do de Saúde. O plano contemplou as características gerais dos serviços e atividades pactuadas, bem como a explicitação das diretrizes e metas físicas e de qualidade estabelecidas para cada uma das áreas de atuação acordadas pelo convênio entre as partes, quais sejam: atenção à saúde; atividades de ensino, pesquisa e extensão; e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar (UFSC, 2010).

No plano firmado, o HU-UFSC comprometeu-se em garantir acesso aos serviços prestados de forma regular e contínua, dentro da programação específica para cada uma de suas áreas de atuação. A partir deste convênio firmado entre a SES/SC e HU-UFSC, houve reforço de seu papel como referência hospitalar para urgência e emergência, assim como fortalecimento progressivo do 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.

Desde 2007, o Hospital 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). Da mesma forma, com a inserção do HU-UFSC no Sistema de Atenção Móvel de

Urgência¹⁰, a instituição passou a respeitar a Central de Regulação de Urgência e Emergência do Estado, levando a um aumento significativo da complexidade dos atendimentos realizados no hospital.

Com a implementação do supramencionado Plano Operativo, o HU-UFSC vem ampliando de forma significativa suas ações de humanização, incorporando as diretrizes propostas pelo Programa de Humanização Estadual de Atenção à Saúde, em consonância com a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Sistema Único de Saúde. O foco deste plano preconiza a humanização e valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Desde então, o hospital integra o sistema de regulação, sob a responsabilidade dos gestores estadual e municipal, inserindo todas as atividades assistenciais desenvolvidas e contratualizadas, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário. Por estas razões, foram estabelecidas as seguintes ações operativas:

- a) **atenção à saúde:** abrange atenção hospitalar, tais como as ações e serviços ofertados ao paciente e seus familiares em regime de internação; atenção ambulatorial correspondentes aquelas ofertadas e executadas em nível estritamente ambulatorial, independente de seu nível de complexidade; atenção a urgência e emergência, isto é, a participação do hospital no Programa de Reestruturação da Atenção de Urgência e Emergência de Santa Catarina, sendo referência para atenção em urgência e emergência, através do SAMU e da SES-SC; serviço de apoio diagnóstico e terapêutico em que o hospital disponibiliza sua estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico às atividades ambulatoriais, hospitalares e na área de urgência e emergência;
- b) **atividades de ensino, pesquisa e extensão:** abrange o desenvolvimento de atividades de ensino de graduação, pós-graduação *stricto* e *lato sensu*, assim como estágios curriculares e não curriculares;
- c) **atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar:** várias ações foram contempladas nesta atividade, destacando-se o enfoque da gestão na disponibilização dos leitos à Central Estadual de Regulação de Leitos Hospitalares, permitindo a consonância com a central de regulação em

¹⁰ SAMU 192.

urgência e emergência do Estado, dentre outras.

Cabe destacar que está prevista a implantação do Projeto de Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU). Trata-se de um sistema informatizado de gestão para os HU's, baseado no Sistema Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH) do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que será disponibilizado pelo MEC para todas as redes de HU's federais com o objetivo de fortalecer o gerenciamento de serviços e atividades hospitalares.

4.1.2 O Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

O processo de implantação do planejamento estratégico do HU/UFSC teve início em 2005, com a criação de um Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU). Ele teve como função construir, de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, uma ferramenta técnica de gestão para a instituição. Esse comitê foi constituído por 42 lideranças das mais diferentes áreas do HU e de representantes do corpo docente e discente dos cursos ligados à área da saúde. Dentre 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. A construção do planejamento pelos membros da CAPIHU seguiu os seguintes passos: declaração de valores, missão, visão, fatores críticos de sucesso, análise interna e externa, questões estratégicas e ações estratégicas.

O lançamento oficial do Planejamento Estratégico do HU/UFSC ocorreu em julho de 2005 e, a partir dessa data, recebeu a denominação de Plano 2006-2012 (HU-UFSC), por definir o horizonte estratégico até o referido ano. Nele, foram definidas questões estratégicas, que passaram a ser chamadas de Programas. Para cada programa, foi designado um coordenador, com o objetivo de formar uma equipe e, juntos, criarem as estratégias e seus respectivos planos de ação.

Em setembro de 2006, o Plano 2006-2012 (HU-UFSC) estava concluído e divulgado a toda comunidade do hospital, através de diversos veículos de comunicação, como: cartilha, comunicados anexados aos contracheques dos servidores e painéis afixados por todo o HU. Além disso, foi criado um site que garantia as atualizações das informações e andamento dos programas estratégicos, incluindo um boletim informativo mensal. Naquele contexto, a Direção Geral do HU-UFSC passou a acompanhar o andamento dos programas, realizando

reuniões mensais com toda a Diretoria do HU e seus coordenadores, na tentativa de uniformizar a linguagem, sincronizar as ações e manter uma visão sistêmica do processo. O Plano 2006-2012 (HU-UFSC) ficou, assim, formatado:

a) **Declaração de valores:** identificação das crenças e princípios que orientam a instituição e que guiam suas atividades e operações, quais sejam:

- qualidade;
- humanização;
- ética;
- ser público e gratuito;
- inovação;
- valorização, qualificação e competência profissional;
- compromisso social;
- articulação do ensino, pesquisa, extensão e assistência;
- construção e socialização do conhecimento;
- respeito aos princípios o SUS (integralidade, universalidade, equidade e resolutividade) (PLANO 2006-2012, p. 09).

b) **Missão:** passou a ser aquela que visa a *“Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social”* (PLANO 2006-2012, p. 11).

c) **Visão:** foi estabelecida como a de *“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”* (PLANO 2006-2012, p. 13).

d) **Fatores críticos de sucesso:** ficaram identificados como aqueles voltados a:

- qualidade na atenção à saúde;
- resolutividade;
- credibilidade;
- identidade com a UFSC;
- gestão profissional;
- investimentos tecnológicos;
- educação permanente;
- produção de conhecimento em saúde;
- atendimento exclusivamente SUS;
- adesão às políticas públicas de saúde;

- captação de recursos;
- estabelecimento de parcerias;
- articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência (PLANO 2006-2012, p. 15).

O referido plano contempla onze programas estratégicos que foram os desafios desta dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária (PPGAU-UFSC), retratados na Figura 11.

Figura 11: Programas definidos no planejamento estratégico do HU/UFSC



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU/UFSC)

Uma vez apresentadas as ações estratégicas definidas para o hospital, vale ressaltar os objetivos pretendidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC) para cada programa (vide Quadro 9).

Quadro 9: Objetivos estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Programas	Objetivos definidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)
1. Gestão institucional	Definição do modelo jurídico de gestão; Implementar o planejamento institucional; Implantar melhorias nos processos internos de trabalho; Implantação da gestão participativa; Gestão da infraestrutura; e, Rever o papel e a composição do conselho diretor.
2. Padronização	Alcançar a Acreditação ou outra Certificação na área da saúde para o HU.
3. Gestão de Pessoas	Aperfeiçoar programa de qualificação permanente; Qualificar gestores; Apoio permanente aos gestores; e, Valorização profissional e pessoal.
4. Gestão de assistência	Aperfeiçoar a qualidade na atenção à saúde; e, Estabelecer o processo de integralidade da assistência.
5. Tecnologia da informação	Prospectar sistematicamente soluções de hardware; Ampliar equipe técnica e manutenção; Prospectar sistematicamente soluções de software; Prospectar sistematicamente soluções em rede; Criar equipe 24 h para manutenção informática; Identificar potencialidades de utilização de hardware e software; e, Produzir e documentar registros.
6. Gestão financeira	Aumentar o faturamento do HU; e, Racionalizar o custo total do HU.
7. Ciência e tecnologia	Criar comissão permanente de ciência e tecnologia; Apoiar a formação de grupos interessados em desenvolver equipamentos, testes e novas tecnologias; Apoiar o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde. Prospectar as potencialidades de ciência e tecnologia e inovação de interesse do HU junto aos centros de ensino; e,

	Incentivar a pesquisa no âmbito do HU.
8. Comunicação interna e marketing	Transformar a página do HU num portal de informações; Melhorar o sistema de circulação de documentos; Melhorar a comunicação visual da instituição; Criar boletim informativo do HU; Criar assessoria de comunicação; Implantar sistema de informações gerenciais; e, Elaborar projeto de marketing institucional.
9. Gestão de materiais e equipamentos	Revisão e melhorias no processo de administração de materiais; e, Melhorar a conservação e utilização dos equipamentos.
10. Desenvolvimento e implantação da alta complexidade	Avaliar os centros de alta complexidade já existentes; e, Implantar novos serviços de alta complexidade.
11. Transplantes	Viabilizar estrutura física: internação, ambulatório, centro cirúrgico, UTI e setores de apoio; Adquirir equipamentos com qualidade e quantidade suficientes; e, Credenciar a unidade hemoterápica do HU junto ao gestor estadual/federal.

Fonte: Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Para compreensão do leitor sobre os passos selecionados à escolha do tema, apresenta-se a percepção dos entrevistados sobre as razões que levaram o gestor, à época, a escolher a técnica do planejamento estratégico, a condução do processo de planejamento estratégico pelos gestores do HU e o histórico de cada programa estabelecido no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Em seguida, apresentam-se as categorias de análise sobre a tomada de decisão e racionalidade inerentes ao supramencionado planejamento estratégico.

Vale relembrar que todos os entrevistados participaram efetivamente do processo do planejamento estratégico, quer na fase inicial, quando foram definidos a declaração de valores, missão, visão, fatores críticos de sucesso, análise interna e externa, questões estratégicas e ações estratégicas, quer na segunda fase, que consistiu na operacionalização dos programas. Salienta-se que todos os entrevistados possuem mais de 15 anos de atuação no HU-UFSC, representando todas

as diretorias participantes no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Para preservar a identidade de cada entrevistado, utilizou-se a sequência numérica para identificação dos respondentes.

4.2 RAZÕES DA ESCOLHA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

As razões apontadas pelos entrevistados para a escolha da técnica do planejamento estratégico apontaram para a necessidade da utilização de uma ferramenta gerencial que pudesse promover a organização interna da instituição, conforme consta do site oficial do HU-UFSC (2012): “todo o processo do planejamento estratégico foi motivado pela necessidade da adoção de uma ferramenta gerencial capaz de sincronizar todas as ações e potencial interno de trabalho às demandas crescentes de seus usuários e da sociedade como um todo”.

Os entrevistados foram unânimes em admitir a importância da referida técnica para a reorganização do hospital. Neste sentido, E27 lembra que a importância do planejamento estratégico “(...) foi definir para o hospital o que ele quer para si, o que ele enxerga como futuro dele, não é necessariamente um planejamento da sua inserção social, mas sim a visão que ele tem do papel dele na sociedade”.

Já E01 atribui à decisão da implantação do planejamento estratégico no HU ao fato de que “(...) ocorreu da necessidade da instituição em melhorar seu processo de gestão (...)”. Esta é a mesma linha de pensamento de E28, quando expressa que a “instituição tem que estar minimamente organizada internamente, senão as coisas não acontecem”. A mesma percepção teve E14, quando destaca que “a motivação para elaborar o planejamento estratégico naquela gestão foi exatamente poder traçar algumas ações que eram importantes para a instituição”.

Como se pode notar, as declarações convergem àquelas destacadas por Drucker (2002) quando se refere ao planejamento estratégico como sendo uma ferramenta indispensável na gestão das organizações e, por Oliveira (2007), que reconhece o planejamento estratégico como um processo administrativo que fornece sustentação metodológica para se definir a melhor direção a ser seguida pela empresa. Quanto ao processo mental que orientava as ações naquele momento, ficou evidenciada a racionalidade formal, uma vez que todo o processo estava voltado para o estabelecimento de “relações meio-fim” (WEBER, 2000).

Os motivos citados para a utilização da técnica do planejamento estratégico no HU, contudo, não se limitaram ao destaque da

importância desta ferramenta, mas ao relevante papel do gestor à época.

Para tanto, E17 apontou como essencial o fato de que o gestor, à época, tinha uma visão empreendedora: “(...) ele dizia que se a gente não tivesse um planejamento, iríamos ficar muito perdidos em termos de dar prioridade às ações, num profundo momento de mudanças, como as que estavam acontecendo”.

Declaração semelhante foi emitida por E04, quando afirmou que “o planejamento estratégico surgiu da vontade do diretor geral da época que, numa visão de médio e longo prazo, objetivou mexer com a instituição, no sentido de tirá-la da estagnação, tinha que ter alguma coisa que trouxesse motivação”.

Reforçando a ideia de que o planejamento estratégico do HU se pautou na vontade de um dirigente, E29 declarou que: “(...) no meu modo de ver, a motivação veio de uma confiança dos servidores no diretor da época. Foi uma coisa bem pessoal (...) eles confiaram para poder desencadear (...) o pessoal deu um voto de confiança ao diretor da época para fazer o planejamento estratégico”.

Tais afirmações encontram respaldo em Pereira (2010), ao defender que o planejamento estratégico está relacionado com uma visão mais ampla sobre o processo de gestão, e trata de questões que afetam a organização como um todo, portanto sua condução é de responsabilidade da alta liderança. Todavia, a forte influência daquele gestor na decisão sobre a implantação do planejamento estratégico no HU-UFSC indica um alto grau de centralização das decisões. Sobre este tema, Hall (1984) lembra que a centralização refere-se à distribuição de poder nas organizações e que, por sua vez, os processos organizacionais podem sofrer consequências positivas e/ou negativas da centralização.

Neste sentido, para analisar a questão da condução do planejamento estratégico pelo alto escalão na época, foi perguntado: Na sua interpretação, como foi conduzido o planejamento estratégico do HU?

As respostas sobre os aspectos positivos e os aspectos negativos, respectivamente, identificados pelos entrevistados quanto à condução do planejamento estratégico no HU-UFSC foram sintetizadas nos Quadros 10 e 11.

Quadro 10: Condução do planejamento estratégico (aspectos positivos)

Aspectos positivos apontados pelos entrevistados:
“Foi louvável. Foi bem diferente. Foi quando se chamou todo mundo para discutir o HU.” E03
“Teve o envolvimento de toda a alta administração.” E02
“Nunca teve um movimento nesse sentido, e acho que foi relativamente bem conduzido.” E10
“Foi bem conduzido. Tinha pessoas que entendiam de planejamento estratégico.” E08
“O desenho do projeto foi interessante, envolveu grupos bastante heterogêneos.” E27
“Achei que foi uma coisa que estimulou bastante os funcionários.” E13
“Foi a única vez que eu vi várias categorias do HU se reunir para pensar num projeto comum.” E15
“À época, eu fiquei admirada de como um projeto desse vulto, conseguiu envolver tantas pessoas num objetivo comum”. E12
“Foi bem planejado, pois envolveu diversas áreas do HU.” E25
“Foi conduzido de forma bem participativa.” E21
“O momento do planejamento estratégico foi muito interessante, porque foram muitas discussões, todo mundo participando.” E22
“Foi uma coisa inovadora (...) o que fez o sucesso desse processo foi a alta gestão realmente estar junto, e o processo partir dali. Isso foi muito importante.” E05
“As pessoas do primeiro escalão do HU estavam internamente disponíveis para que isso pudesse acontecer.” E28

Fonte: dados primários (2012).

Percebe-se, pelo que foi descrito no Quadro 10, que o planejamento estratégico no HU teve bastante receptividade dos servidores convidados para participarem do processo. Propiciou um momento ímpar na história do hospital no que se refere à mobilização de várias categorias em torno de um objetivo comum, como também favoreceu o aperfeiçoamento do diálogo entre várias categorias.

Cabe lembrar o que defende Senge (1990), quando destaca que é durante o processo de planejamento estratégico que ocorre o diálogo, a troca de experiências e, sobretudo, quando as pessoas percebem a inter-relação de determinado evento. Menciona ainda que a discussão do processo de planejamento estratégico estimula o raciocínio sistêmico, possibilitando o aprendizado organizacional, e este, à medida que vai se consolidando, gradativamente gera novas percepções, e faz aflorar

novos modelos mentais. A importância desse fator fica mais evidente quando se trata de um hospital, pois, segundo Gurgel e Vieira (2002), a organização hospitalar é uma das mais complexas, não somente pela nobreza da sua missão, mas por apresentar uma equipe multidisciplinar com autonomia para dar assistência à saúde. Carnelutti (2006) também pode ser lembrado quando afirma que o hospital é diferente das demais organizações e, para funcionar, precisa ter uma coordenação interna e motivação.

Ficou evidenciada ainda a importância que os componentes do CAPIHU deram ao fato de poder participar de forma tão intensiva das decisões, identificadas como sendo os maiores desafios para a organização, a partir daquela data e nos seis anos sucessivos. Neste sentido, o planejamento estratégico tem uma importância crucial, principalmente nas organizações prestadoras de serviços de saúde, pois na visão de Rivera (1995), o planejamento deve fazer parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações; para tanto, deve ser valorizada a condução da ação. O autor (1995) acrescenta ainda que o planejamento na área da saúde deve extrapolar a polaridade normativo/estratégico na intenção de alargar sua racionalidade. Ou seja, propõe ações voltadas à legitimidade e à autenticidade do planejamento, introduzindo a necessidade do entendimento. Assim, propõe a racionalidade substantiva na condução da ação de todo o processo. Neste aspecto, os depoimentos enfatizaram a importância da participação e do envolvimento de todos no processo de decisão do planejamento estratégico no HU-UFSC, corroborando com a visão de Rivera (1995).

No que diz respeito ao processo decisório, ficou destacada a disponibilidade dos membros do CAPIHU em participarem efetivamente do processo de tomada de decisão. Neste caso, percebeu-se nos depoimentos a valorização do estreitamento da relação com a alta direção no processo de tomada de decisão do planejamento estratégico.

Porém, mesmo com as declarações favoráveis à condução do planejamento estratégico, os entrevistados destacaram também os aspectos que consideraram negativos à condução do processo (Quadro 11):

Quadro 11: Condução do planejamento estratégico (aspectos negativos)

Aspectos negativos apontados pelos entrevistados:

“Eu não sei se as pessoas que eles convidaram para participar foram as mais adequadas.” E03

“Quanto à participação de todos os convocados, não houve por parte da

direção uma cobrança efetiva.” E02

“O planejamento estratégico foi construído sem a participação da comunidade externa ao HU. Foi unilateral. Faltou representação da UFSC, alunos, usuários, PMF, SES-SC, MS, MEC.” E08

“Na elaboração do planejamento estratégico só participaram as chefias. Todas as áreas estavam representadas, mas só através das chefias. E as discussões eram muito assim... de chefia para chefia...” E24

“O pessoal da base seria interessante participar, até para poder espalhar essa informação, de que tinha alguma coisa acontecendo (...) porque o planejamento não pode ser uma coisa só lá de cima, o planejamento é de todos...e quando você, para operacionalizar alguma ação, precisa da participação de todos (...), aí fica difícil (...)”. E24

“Foi um planejamento elaborado muito no nível das chefias, e também por pessoas que tinham certo poder de influência (...) era um projeto do gestor (...)”. E20

“Foi concebido na cabeça de poucos sem a devida divulgação e sem o envolvimento da população do hospital (...)”. E23

“Não houve convocação, nenhuma chamada, não houve. Pelo menos não chegou às bases.” E26

“As pessoas começaram a participar sem ter o entendimento profundo da questão. Penso que é necessário um momento de formação para depois avançar.” E18

“Não conseguimos conduzir bem o processo pela questão da falta de sensibilização.” E17

“(...) muitas pessoas da nossa comunidade do HU perguntavam por que eles não poderiam participar daquele momento.” E05

“A discussão do planejamento estratégico ficou centrada somente naquele pessoal que estava ali. E eu vejo que qualquer nova situação que ser quer fazer, as coisas tem que ser discutidas *in loco*. Quando a cartilha foi espalhada no HU, as pessoas não sabiam o que era.” E09

“Não foi socializada essa informação no meu local de trabalho, apesar de duas chefias da Divisão estarem participando do processo desde o início.” E06

“(...) falta de informação de todo o processo.” E26

“ (...) começou de cima e não foi para baixo também (...) quem foi que aderiu ao planejamento? Somente o CAPIHU (...)”. E14

Fonte: dados primários (2012).

Pressupõe-se, por meio das declarações dadas pelos membros do CAPIHU, que as informações sobre o processo do planejamento estratégico ficaram limitadas à alta direção e aos convidados

participantes do processo. Os convidados ficaram restritos aos servidores que ocupavam cargo de chefia na instituição.

Sobre esta questão, E17 assim se expressou:

(...) estava claro a necessidade do planejamento estratégico, mas a forma como ele foi conduzido eu acho muito amadora, embora tenhamos trazido um professor lá do Centro Sócio-Econômico da UFSC, eu vejo que a participação coletiva era fundamental. E a sensibilização para que isso acontecesse e para que as pessoas de fato se sentissem construindo um projeto, não seria de uma hora para outra. (...) era uma questão de urgência, urgentíssima que aquilo acontecesse. Pois tínhamos a certeza que era fundamental. Mas mesmo tendo essa certeza, não conseguimos conduzir bem o processo, pela questão da falta de sensibilização. Na verdade, nós conseguimos ter alguns e bons aliados, porém a gente não representava um número suficiente para conseguir fazer com que o coletivo participasse.

O mesmo sentimento foi percebido por E24, quando declarou:

Eu acho que o hospital como um todo não estava sensibilizado para fazer o planejamento estratégico, porque qualquer medida que você vai ter que fazer decorrente do planejamento, por exemplo, na área de acreditação, você vai mexer muito com todo o *modus operandi*, com aquela pessoa que está acostumada a fazer daquele jeito. E quando você for falar com essa pessoa, ela teria que saber o que está acontecendo na instituição.

Nesta mesma linha de raciocínio, E06 fez uma observação relevante, dizendo que:

Imagino que a direção do HU teria decidido executar o planejamento estratégico. Na ocasião da elaboração do planejamento, eu não tinha conhecimento dele (...) nem sabia que ele estava acontecendo (...) não foi socializada essa informação no meu local de trabalho, apesar de duas chefias da Divisão estarem participando do processo desde o início (...), percebi o movimento, mas não associei ao planejamento, porque eu não sabia da existência dele (...), percebia a

movimentação porque corria boatos que algumas pessoas com cargo de chefia estavam se reunindo num determinado final de semana num hotel (...) mas a razão desse encontro eu desconhecia.

A esse respeito, declarou E23: “Não tinha noção do que estava acontecendo. Quando fiquei sabendo, procurei a minha chefia e ela me disse: isso não é para vocês (...) é para pessoas convidadas (...)”.

Tais depoimentos permitem verificar que mesmo havendo uma vontade da alta direção em promover a integração das diversas categorias do hospital, houve um descontentamento expressivo no que concerne aos esclarecimentos e informações à comunidade hospitalar do que estava acontecendo na instituição. Talvez este fato esteja relacionado a uma gestão centralizada, que vai de encontro aos preceitos inerentes ao planejamento estratégico, pois a literatura especializada, na maioria das vezes, é taxativa em realçar a necessidade da interação constante dos envolvidos.

Para tanto, quando se trata da gestão em organizações prestadoras de serviços de saúde, convém reportar ao entendimento de Rivera (1995, p. 118), quando sugere modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos, “(...) de modo que a organização enquanto totalidade sistêmica se impregne dos valores, ideias (...)”. Nessa linha, Pereira (2010) advoga que, para o planejamento estratégico ter sucesso, é necessário que todos os membros da organização sejam envolvidos no processo e se comprometam com ele.

Diante das percepções apontadas como positivas e negativas, foi possível inferir que o processo decisório do planejamento estratégico HU-UFSC conseguiu promover um relativo estreitamento de seus participantes com a alta direção, porém o hiato apontado pelos respondentes, principalmente entre a comunicação do que estava sendo executado, reforça a ideia de uma centralização no processo de gestão do Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Fato que refletiu na fase de implementação dos programas, em que foi necessário agregar mais pessoas em torno de cada programa, como poderá ser constatado no tópico 4.2.1.

Outra questão a destacar sobre a condução do planejamento estratégico refere-se às informações que os participantes do CAPIHU tinham sobre o processo de contratualização que o HU-UFSC acabara de firmar com o gestor estadual. A intenção foi entender se o Plano 2006-2012 (HU-UFSC), apesar de estar voltado para a reorganização interna do hospital, como já foi abordado, estava também, de alguma forma,

contemplando as novas demandas decorrentes do contrato com a SES/SC. Para tanto, foi feita a seguinte pergunta na entrevista: Qual o entendimento dos participantes sobre as mudanças que estavam ocorrendo nas políticas públicas na área da saúde? Mais precisamente, solicitou-se a abordagem do processo de contratualização pelo qual o hospital acabara de passar, uma vez que as mudanças decorrentes do contrato seriam sentidas por todo o hospital, conforme demonstra o Plano Operativo firmado entre o HU-UFSC e a SES/SC, citado no tópico 4.1.1.

Os depoimentos coletados foram sintetizados e são descritos no Quadro 12.

Quadro 12: Processo de contratualização e o Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

<p align="center">Depoimentos de alguns participantes sobre o processo de contratualização ocorrido em 2004 e sua relação com o Plano 2006-2012 (HU-UFSC)</p>
<p>“As pessoas que estavam envolvidas na elaboração do planejamento estratégico tinham pouco ou quase nada de conhecimento sobre as mudanças que estavam acontecendo (...)” E02</p> <p>“Naquela época, a contratualização era muito forte para nós. É claro que não tínhamos a intenção de atingir com o planejamento estratégico o objetivo da contratualização, mesmo porque ainda estava se formando (...)”, acrescentando, “apesar das mudanças que estavam ocorrendo, a grande maioria dos participantes do processo não se dava conta do que era o contrato com a SES-SC.” E20</p> <p>“No momento da elaboração do planejamento estratégico, não tínhamos clareza sobre a contratualização (...) acho que os diretores sabiam o que estava acontecendo (...), eu não sabia, a contratualização veio em fragmentos (...)” E12</p> <p>“(...) eu sabia que tinha mudanças (...) que ia ter um contrato, que ia ter metas, necessidades a serem atendidas para a sociedade (...) mas não detalhadamente (...)” E25</p> <p>“ a contratualização não foi entendida naquele momento, nem agora. Acredito que a direção geral tinha clareza, passou para os diretores de área, que por sua vez não passaram para as bases.” E23</p> <p>“(...) talvez estivesse mais claro para o diretor geral (...), eu acho que o planejamento estratégico foi em decorrência da contratualização, pois tínhamos que tomar medidas por conta do contrato.” E17</p> <p>“Fomos para a discussão do planejamento estratégico desconhecendo o processo de mudança pelo qual o HU estava passando naquele</p>

momento.” E18

“A vontade de elaborar o planejamento estratégico não foi motivada pelas mudanças externas que estavam acontecendo (...) acabou que as duas coisas aconteceram simultaneamente.” E28

“(...) muito pouco se sabia das reais condições do ambiente externo, das mudanças que ele traria para a organização.” E01

“Acho que as pessoas, de uma forma geral, não estavam sabendo direito das mudanças que estavam ocorrendo (...) a gente sabe que os hospitais mudaram a partir da contratualização, e penso que se já se tivesse clareza de como iria ficar, penso que mudaria bastante.” E09

“Eu não percebi na fase de elaboração do planejamento estratégico nenhuma relação com as mudanças de políticas externas (...) não foram dadas as informações necessárias para que se fizesse a discussão.” E27

Fonte: dados primários (2012).

Constatou-se, pelas respostas dadas pelos membros do CAPIHU, que o ambiente externo não foi o motivador para a elaboração do planejamento estratégico. Apesar disso, ficou evidenciado nos depoimentos que o processo de contratualização traria mudanças para o hospital, mas que faltou o entendimento necessário por parte dos membros do CAPIHU e de todos os demais servidores do que estava acontecendo e o que viria de mudanças a partir daí.

Esta constatação diverge com o que apregoa Oliveira (2007), que entende que o planejamento estratégico deve objetivar a otimização do grau de interação com os ambientes externos. Ele amplia seu entendimento, advogando que o planejamento precisa ser tratado como um sistema, pois é composto de partes interagentes e interdependentes que devem consolidar um todo e atingir um determinado resultado.

A falta de informação sobre questões relevantes à gestão por parte das chefias intermediárias e, conseqüentemente, para a base, é um fator característico de um processo decisório centralizado. À medida que as informações ficam restritas à alta hierarquia organizacional, ficou evidente que há uma forte tendência de coordenação dos processos organizacionais por parte da alta direção e da uniformização das políticas de ação, o que é visto por Hall (1994) como uma desvantagem da centralização do processo de tomada de decisão na organização. Este tipo de condução do processo decisório favoreceu a racionalidade formal que, por sua vez, prioriza o cálculo utilitário das conseqüências no estabelecimento de relações meio-fim.

Quando se refere à necessidade do entendimento do contrato estabelecido com a SES/SC, E20 menciona a falta de informação que as

pessoas tinham com relação às mudanças pelo qual o hospital estava passando naquele momento:

Apesar das mudanças que estavam ocorrendo no HU naquele momento por conta da contratualização, a grande maioria das pessoas participantes do processo, no momento da elaboração do planejamento estratégico, não se dava conta do que era o contrato com a SES-SC, de que metas a gente tinha que alcançar, do que tinha sido contratualizado. Muitas coisas eu só estou sabendo hoje. Muita coisa hoje que está caindo a minha ficha, porque cai de paraquedas uma coisa e outra que tu vai procurar por algum motivo, alguma coisa do paciente, aí a gente fica sabendo que é porque consta do contrato. E esse contrato foi feito há quanto tempo atrás? Um exemplo: eu fui no ano passado num treinamento da SES-SC sobre pacientes com câncer para saber o que cobrar, o que pode e o que não pode cobrar. Aí ficamos sabendo que o paciente ambulatorial teria direito a receber uma suplementação alimentar com atendimento no ambulatório e que o HU receberia conforme a entrega desse suplemento para o paciente. Eu fiquei sabendo disso ano passado e a gente ainda não conseguiu implantar esse procedimento. E está no contrato. O contrato não está claro quanto à operacionalização deste procedimento. E isso se dá porque não fomos envolvidos no momento da tomada de decisão que gerou esse item no contrato.

A esse respeito, E01 salientou:

(...) era tudo muito novo. Se falava de contratualização, mas na verdade ninguém sabia muito bem o que ela representaria para o HU. Essa falta de maturidade, ou melhor dizendo de conhecimento, prejudicou muito o entendimento da necessidade de realmente se fazer um planejamento para enfrentar os desafios que estavam por vir. Ou melhor, eles vieram na contramão da nossa falta de planejamento.

Os relatos selecionados sobre a concepção e elaboração do

planejamento estratégico do HU-UFSC permitem entender de forma detalhada o pensamento dos atores envolvidos em cada um dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Cabe, portanto, compreender o andamento de cada um dos programas contidos no referido Plano.

4.2.1 Histórico dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Entrevistador: Como foram selecionados os Programas que compõem o Plano 2006-2012 (HU-UFSC)?

Das respostas obtidas, foi possível assimilar que a seleção dos programas que compõem o Plano 2006-2012 (HU-UFSC) foi resultante de ampla discussão entre os membros do CAPIHU. Em vários momentos, os respondentes sublinharam que houve participação efetiva de todos os membros do comitê e que, nas reuniões realizadas para a elaboração do planejamento estratégico do HU-UFSC, todos puderam externar suas impressões sobre os diversos assuntos tratados na discussão, contribuindo para a composição do documento final. O Quadro 13 retrata as opiniões coletadas na pesquisa.

Quadro 13: Programas do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Depoimentos de alguns participantes sobre a seleção dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC)
“foi um processo democrático. Foi consenso geral que aqueles programas estabelecidos seriam prioritários.” E08
“(…) discutidos e até por serem 11 programas, já mostra que houve uma tendência a incorporar tudo o que foi proposto no Plano.” E27
“Foi muito interessante, pois cada um na sua área pôde expor os problemas.” E13
“As decisões eram levantadas para os problemas levantados em grupo.” E12
“Foram criados vários grupos, e nesses grupos tinham pessoas de diversas áreas. Foi um processo democrático.”. E25
“Foram selecionados depois de recolher várias informações de todo mundo.” E22
“Foram definidos de acordo com as principais demandas e necessidades entendidas assim pelo grupo que se reuniu.” E04

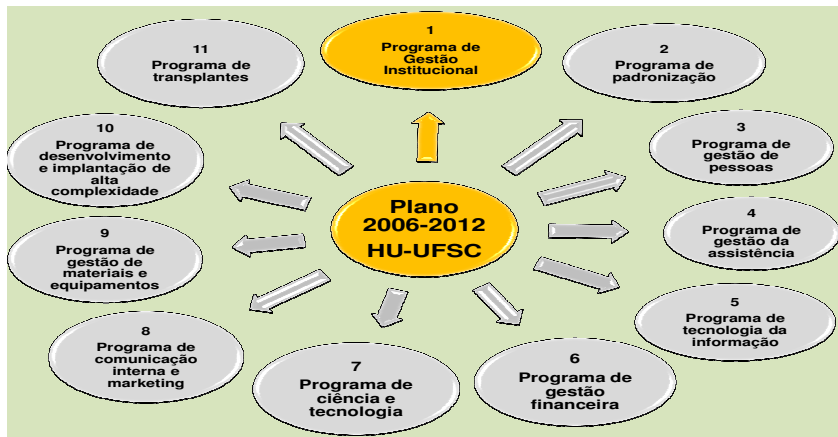
Fonte: dados primários (2012).

Quando indagados sobre os itens 2 a 6 descritos no roteiro

(Apêndice), obtiveram-se as seguintes respostas, registradas para cada um dos programas do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

a)O Programa de Gestão institucional

Figura 12: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão institucional



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Este programa trata de objetivos bastante amplos. Para tanto, o coordenador do programa teria como função precípua buscar o envolvimento de toda a comunidade hospitalar, pois questões importantes, como a revisão do regimento interno e do organograma, que desde a inauguração do HU-UFSC não haviam sido revisados, teriam de ser exaustivamente discutidas.

A coordenação do programa ficou a cargo de um dos diretores, que teve como tarefa a promoção de uma reunião, visando resgatar a composição do Conselho Diretor do HU. Para surpresa, depois disso, não foi realizada nenhuma atividade vinculada ao programa (vide Quadro 14).

Quadro 14: Desenvolvimento do programa 1 - gestão institucional

Objetivos	Definição do modelo jurídico de gestão; Implementar o planejamento institucional; Implantar melhorias nos processos internos de trabalho; Implantação da gestão participativa; Gestão da infraestrutura; Rever o papel e a composição do conselho diretor (Plano 2006-2012).
Motivos	“Necessidade de revisão do regimento interno e do organograma do HU, ambos criados em 1980.” (Equiplan)
Atividades realizadas	“teve um avanço prático, no que se refere ao resgate do Conselho Diretor do HU, que não se reunia desde 1996.” (Equiplan)

Fonte: dados primários (2012).

A dificuldade na operacionalização deste programa pode estar relacionada ao que advogam Cecílio e Merhy (2003, p. 112), quando reforçam a ideia de que as organizações hospitalares contemplam “(...) forças instituintes de marcantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa”. Esta suposição também pode ter acontecido pela extrema centralização que já foi destacada, ou por outro tipo de fenômeno que não foi o foco deste estudo.

b)O Programa de Padronização

Figura 13: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de padronização



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Este programa trata da adequação de todo o ambiente hospitalar aos padrões de qualidade exigidos pela Organização Nacional de Acreditação. As ações para operacionalização do programa esbarraram na dificuldade em agregar pessoas em torno da proposta, uma vez que o envolvimento de toda a comunidade hospitalar para o cumprimento das metas do programa era um fator essencial para o seu sucesso. Os principais pontos realçados pelos entrevistados foram sintetizados no Quadro 15.

Quadro 15: Desenvolvimento do programa 2 - padronização

Objetivo	Alcançar a Acreditação ou outra Certificação na área da saúde para o HU-UFSC.
Motivos	“a necessidade urgente de se adequar aos padrões de qualidade e legislação vigentes, baseado principalmente na Organização Nacional de Acreditação – ONA.” E24
Atividades realizadas	“Foram feitas reuniões semanais e quinzenais (...) foram analisados os resultados parciais do diagnóstico organizacional simplificado emitido pela ONA.” E24
Dificuldades apontadas pelo Coordenador do Programa para operacionalização das ações	<p>“O programa tem uma abrangência muito ampla, atingindo todos os setores do HU”; E15</p> <p>- “falta de recursos financeiros disponíveis”; E24</p> <p>- “dificuldade para agregar participantes para o programa”; E15</p> <p>- “Reitoria e Ministério não darem apoio efetivo para concretização do programa.” E24</p>
Apoio operacional dado à implementação da ação	<p>“cada programa trabalhou isoladamente (...) e a participação da direção se limitava a receber notícias de como estava andando os programas.”</p> <p>“eles esperavam que a gente levasse as coisas prontas (...) mas para ficarem prontas as ações, não dependia só da gente (...) a gente não tem autonomia, (...) em nenhum momento se teve notícia de aporte financeiro atrelado às ações do planejamento.” E24</p>

Fonte: dados primários (2012).

É possível verificar que o aspecto apontado pelos entrevistados como negativo na condução do planejamento estratégico refletiu na condução deste programa, uma vez que houve a falta de sensibilização da comunidade hospitalar em torno do processo do planejamento estratégico. Tais suposições reforçam o fato da necessidade de uma gestão sistêmica, conforme apontado no capítulo dois da presente dissertação de mestrado (SENGE, 1990; RIVERA, 1995;

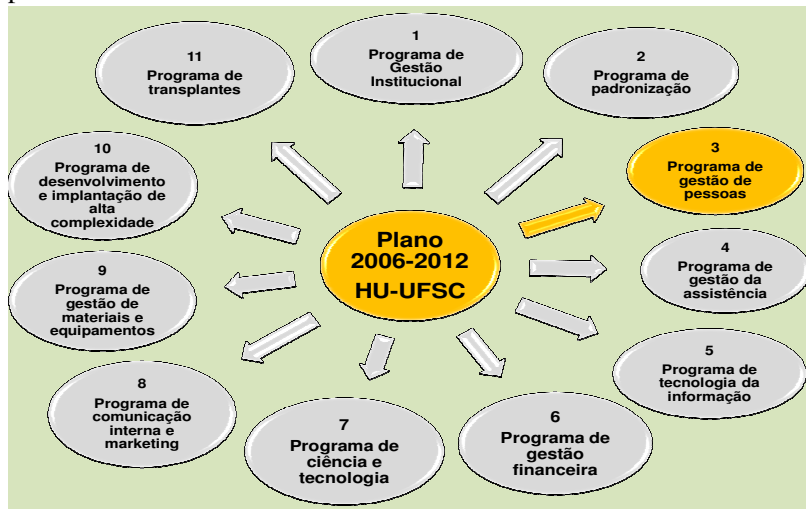
MINTZBERG, 2006; OLIVEIRA, 2007).

É salutar lembrar Carnelutti (2006), quando sinaliza para a importância de se considerar a dinâmica hospitalar, cujo funcionamento necessita de coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros, bem como Campos (1997), quando advoga que se deva incorporar essa realidade ao planejamento em direção a um sistema de gestão capaz de tratar a instituição hospitalar de forma integral.

Os depoimentos voltados às dificuldades e ao apoio operacional à implementação do supramencionado programa demonstraram que o processo de gestão estratégico não estimulou a autonomia dos coordenadores do programa, uma vez que as decisões voltadas à execução das atividades ficaram atreladas à alta direção. Configura-se, dessa forma, um processo decisório centralizador. Quanto ao aporte financeiro, ficou destacado também que este não existia, divergindo do que apregoam os estudiosos da área.

c)O Programa de Gestão de pessoas

Figura 14: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão de pessoas



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC)

Este programa foi evidenciado na elaboração do planejamento estratégico como sendo um “problema da gestão” (E14). Na época, a gestão de pessoas foi considerada vital para a sobrevivência da instituição

hospitalar. Neste contexto, o coordenador procurou agregar mais pessoas em torno da proposta, objetivando o envolvimento de diversos segmentos, incluindo a área de recursos humanos do hospital e da UFSC. Novamente, a questão da sensibilização veio à tona. Apesar de o grupo ter conseguido agregar várias pessoas em torno da proposta, não foi possível vincular a área de recursos humanos do HU de forma a que participassem ativamente da concepção do programa. Mesmo sendo destacado o esforço do seu coordenador na busca da sensibilização coletiva, fatores motivadores complementares minimizaram tais esforços, por isso foi elaborado o Quadro 16, a fim de facilitar a compreensão do leitor sobre o que impactou este processo.

Quadro 16: Desenvolvimento do programa 3 – gestão de pessoas

Objetivos	Aperfeiçoar programa de qualificação permanente; Qualificar gestores; Apoio permanente aos gestores; e, Valorização profissional e pessoal.
Motivos	<p>“A profissionalização da área de recursos humanos do HU.” E23</p> <p>“Apareceu no diagnóstico como um problema da gestão (...); nós não temos uma política de gestão de pessoas e, numa instituição como o HU, pelo tamanho que é, a gestão de pessoas é fundamental (...) uma instituição hospitalar não se faz sem pessoas (...) as pessoas têm que estar motivadas (...) têm que entender um pouco da própria instituição (...).” E14</p> <p>“descompasso entre a política de gestão de pessoas da UFSC e a do HU (...).” E14</p> <p>“Organizar a Divisão de Pessoal como um todo, porque até o nome da Divisão já está desatualizado, considerando o contexto da gestão de pessoas (...), organizar os processos de trabalho da divisão e adequar como a nova gestão que o HU estava tendo (...).” E05</p>

<p>Atividades realizadas</p>	<p>“montamos uma equipe tentando envolver divisão de Pessoal do HU, o CEPEN¹¹ e o grupo de capacitação da UFSC (...) a intenção era desenhar uma estrutura de recursos humanos no HU espelhando-se no modelo do CEPEN.” E23</p> <p>“Após montagem do grupo, fizemos uma pesquisa de referencial teórico para balizar as discussões em grupo.” E23</p> <p>“partimos para as discussões em grupo, procurando agregar mais pessoas.” E02</p> <p>“a equipe conseguiu elaborar toda a política de forma detalhada do que seria o ideal para a área de recursos humanos para o HU (...), ficou muito rico, com um nível de detalhamento de todas as ações.” E23</p> <p>“A política de gestão de pessoas foi efetivamente concluída no papel (...)” E14</p>
<p>Dificuldades apontadas para operacionalização das ações</p>	<p>“Dificuldade em agregar ao grupo a equipe de recursos humanos do HU (...)” E23</p> <p>“A equipe da Divisão de Pessoal do HU não conseguiu se engajar no grupo (...)” E14</p>

¹¹ CEPEN - Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem - órgão de assessoria da Diretoria de Enfermagem – HU-UFSC, com o intuito de homogeneizar as ações educativas entre os diversos serviços de enfermagem, encaminha orientações/esclarecimentos sobre os programas desenvolvidos por esta comissão assim com as implicações com horários e obrigatoriedades (HU-UFSC, 2012).

<p>Apoio operacional dado à implementação da ação</p>	<p>“Quando a política estava efetivamente construída, nós encaminhamos, primeiro, para a Diretoria de Administração do HU e a área de recursos humanos da UFSC (...). Nenhuma das duas nos deu retorno formal de uma avaliação dizendo que estava de acordo ou não (...) não havendo retorno concreto disso, encaminhamos à Direção geral/HU. Pois no nosso entendimento, cabia à direção a implementação (...). A gestão nova não teve pulso firme para dizer que uma vez concluída vamos agora implementar (...)” E14</p> <p>“A nova gestão não se envolveu com a implantação das ações.” E23</p> <p>“o coordenador estruturou o grupo e teve autonomia para seguir com o programa até o cumprimento da tarefa (...) que consistia na apresentação de um projeto e ação (...), a equipe chegou até o ponto de precisar da validação da Direção Geral para implementar o programa (...), mas a implementação precisava de um comando institucional, já que mexia em todos os níveis de atuação da área de recursos humanos do HU, incluindo ampliação da atuação, revisão do espaço, alteração da concepção do que era recursos humanos no HU (...), como isso não aconteceu, o programa simplesmente foi engavetado.” E23</p>
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: dados primários (2012).

Durante as discussões do grupo formado para operacionalização do programa, foi identificado o “descompasso entre a política de gestão de pessoas da UFSC e do HU”, de acordo com as palavras de E14, apesar de o hospital ser um órgão suplementar da UFSC e, nesse caso, subordinar-se àquela estrutura. Esse distanciamento não vai ser tratado nessa dissertação, uma vez que não é objeto do estudo.

Apesar das dificuldades, o programa foi minuciosamente estudado, resultando em um trabalho que primou pela organização das tarefas, o cuidado em buscar referencial teórico para balizar as ações que seriam implementadas e o estímulo dos participantes à construção de uma política de gestão de pessoas voltadas à realidade do hospital. O grupo utilizou, como pano de fundo nas discussões para elaboração do plano, o

ajuste dos meios para atingir os fins pretendidos, típico da racionalidade formal.

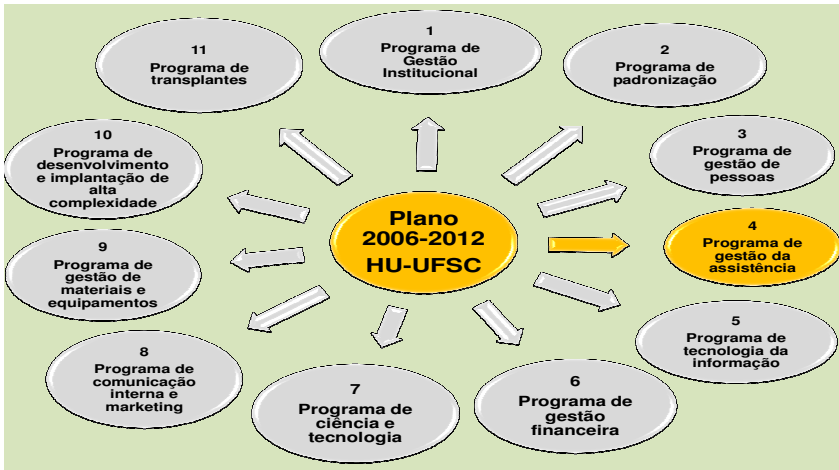
Enquanto estava no campo teórico, o grupo trabalhou sem maiores intercorrências. Os problemas aconteceram quando a política estava efetivamente pronta para a execução. Neste momento, o grupo não encontrou respaldo em nenhuma instância de autoridade da UFSC e do HU para conseguir a aprovação e implementação da política de recursos humanos oriunda do planejamento estratégico do HU.

Nesta seara, é possível lembrar Oliveira (1999), quando destaca como ponto forte do processo de planejamento, a administração estratégica. O referido autor ressalta a premente necessidade de agentes de desenvolvimento estratégico, pois são capazes de desenvolver comportamentos, atitudes e processos que permitam à organização transacionar de forma proativa e interativa com os inúmeros aspectos do ambiente organizacional. No caso específico do programa de gestão de pessoas, não houve, por parte da alta direção, uma interferência estrategicamente proativa e interativa para a implementação da política sugerida pelo grupo.

A falta de apoio à implementação da política de recursos humanos pode ser um indicador da desvantagem assinalada por Hall (1994), a respeito de um processo de tomada de decisão com característica centralizadora, cuja perspectiva não considera os aspectos e problemas específicos das diversas unidades de trabalho.

d) O Programa de Gestão da Assistência

Figura 15: Plano 2006-2012 (HU/UFSC) – programa de gestão da assistência



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Este programa foi direcionado para o cliente do hospital, ou seja, o paciente. O grupo trabalhou na perspectiva do atendimento de padrões de qualidade voltados ao processo de integralidade da assistência, seguindo orientações da Agência de Vigilância Sanitária - ANVISA. A racionalidade identificada, neste sentido, é a formal, haja vista o estabelecimento de metas técnicas. Para seguir os raciocínios anteriores, viu-se por bem sintetizar as explanações dos entrevistados envolvidos neste programa no Quadro 17.

Quadro 17: Desenvolvimento do programa 4 – gestão da assistência

Objetivos	Aperfeiçoar a qualidade na atenção à saúde; Estabelecer o processo de integralidade da assistência.
Motivos	“melhoria da qualidade assistencial.” E21
Atividades realizadas	“Teve alguns encaminhamentos, mas o que a gente conseguiu de fato fazer foi a identificação no leito do paciente, como é sugerido pela ANVISA, que serve como indicador para que o comitê de segurança possa monitorar e avaliar se a qualidade da assistência está melhorando ou não.” E21
Dificuldades apontadas para operacionalização das ações	“o grupo não tinha clareza de nada (...) ninguém sabia por onde ir (...) qual era a regra (...) nada.” E21 “precisaríamos também ter implantado a pulseira do paciente, que faz parte do mesmo procedimento da identificação do leito (...) as placas a gente conseguiu implantar, mas as pulseiras (...) estamos até hoje tentando (...)” E21 indisponibilidade de tempo para que os profissionais pudessem se reunir.” E02
Apoio operacional dado à implementação da ação	“Considero muito limitadora a forma como estava sendo conduzido o Planejamento Estratégico, no sentido da resolutividade das ações (...) na ocasião, a morosidade com que as coisas aconteciam exigia do grupo muita paciência e perseverança.” E02 “entendimento da Direção de que o grupo não poderia, naquele momento, partir para a execução, mas apenas sugerir como proposição do programa (...) o resultado foi que tivemos que parar todo o processo (...), veio a desmotivação do grupo e finalmente a sua desarticulação (...)” E21

Fonte: dados primários (2012).

Uma das dificuldades apontadas pelo grupo na operacionalização do programa foi a aplicação de ações preconizadas pela ANVISA. Os depoimentos se voltaram para a identificação de morosidade na introdução de novos procedimentos considerados importantes para atingir

as metas pretendidas. Neste caso, a demora na execução das recomendações definidas pelo grupo pode ser atribuída à dificuldade em administrar conflitos entre as áreas envolvidas no processo ou ainda, a uma característica do processo de tomada de decisão centralizado na alta gestão.

Outro ponto passível de ser explorado para explicar o que foi destacado no supramencionado quadro é o fato de não terem sido estudadas, de forma criteriosa, as exigências sinalizadas pela referida agência reguladora da saúde, bem como não existir uma liderança comprometida com este desafio, talvez pelo excesso de centralização.

e) O Programa de Tecnologia da informação

Figura 16: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de tecnologia da informação



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Para este programa, havia uma expectativa de toda a comunidade hospitalar, pois a carência de investimento nesta área no HU-UFSC é muito grande. E ainda, pela íntima relação que este programa possui com a maioria das ações estratégicas estabelecidas no Plano 2006-2012. Neste sentido, o coordenador conseguiu agregar ao grupo representantes de diversas áreas para discutir as ações previstas no Programa. A racionalidade que imperou nas discussões foi a formal, haja vista a necessidade de estabelecer metas técnicas, procurando adequar os meios para atingir a finalidade proposta (Quadro 18).

Quadro 18: Desenvolvimento do programa 5 – tecnologia da informação

Objetivos	<p>Prospectar sistematicamente soluções de hardware;</p> <p>Ampliar equipe técnica e manutenção;</p> <p>Prospectar sistematicamente soluções de software;</p> <p>Prospectar sistematicamente soluções em rede;</p> <p>Criar equipe 24 horas para manutenção informática;</p> <p>Identificar potencialidades de utilização de hardware e software;e,</p> <p>Produzir e documentar registros.</p>
Motivos	<p>“creio que o principal motivo esteja relacionado à inexistência de um efetivo planejamento de TI, além de inexistir programas de investimentos na época.” E04</p> <p>“Ter uma área de TI que pudesse realmente satisfazer a necessidade do usuário (...), eu não falo usuário somente o servidor, mas o cliente principal, que é o paciente (...)” E10</p>
Atividades realizadas	<p>“Várias reuniões nós tivemos com uma equipe multidisciplinar (...), tinha uma pessoa da medicina que tinha conhecimento da área de TI, uma pessoa da Diretoria de Apoio, e vai por aí afora (...); não se limitou aos técnicos de informática, porque a gente precisa saber o que as outras áreas esperam da área de TI.” E10</p> <p>“Colocou-se o programa à disposição da comunidade do HU para receber críticas e sugestões.” E04</p>
Dificuldades apontadas para operacionalização das ações	<p>“esbarrou numa questão financeira (...), no fato de precisarmos entender o que era um plano de contingência, porque era uma das ações estratégicas do nosso Programa. Só mais tarde conseguimos entender.” E10</p> <p>“dificuldade para reunir o grupo de trabalho, face os compromissos individuais.” E04</p> <p>“a impossibilidade de contratação de servidores da área de TI.” E04</p>

<p>Apoio operacional dado à implementação da ação</p>	<p>“A direção não entendeu nem o planejamento estratégico nem tampouco o Programa de TI (...) não entenderam a importância.” E10 “(...) a sua implementação esbarrou em inúmeros problemas, principalmente os concernentes ao respaldo adequado da alta liderança do HU.” E04</p>
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: dados primários (2012).

A preocupação externada pelo entrevistado E10, de voltar a tecnologia a serviço do paciente atendido pelo hospital, merece destaque. Mostra que o grupo tentou agregar a característica de uma organização prestadora de serviços de saúde às ações necessárias para chegar a atingir as metas propostas. Porém, as dificuldades para avançar as metas estabelecidas esbarraram na questão financeira, não disponibilizada para a implementação dos programas. Outro fator observado foi a falta de envolvimento direto da alta gestão para solucionar os problemas de captação de recursos materiais e humanos para que o programa pudesse avançar. Problemas estes já apontados nos programas anteriores.

Destacou-se ainda neste programa a ocorrência de ações emergentes, conforme mencionou E04: “No plano diretor de informática não se previa o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - Ministério da Educação (AGHU), contudo, o Programa deve permitir a possibilidade de considerar novos caminhos que surgem no percurso”.

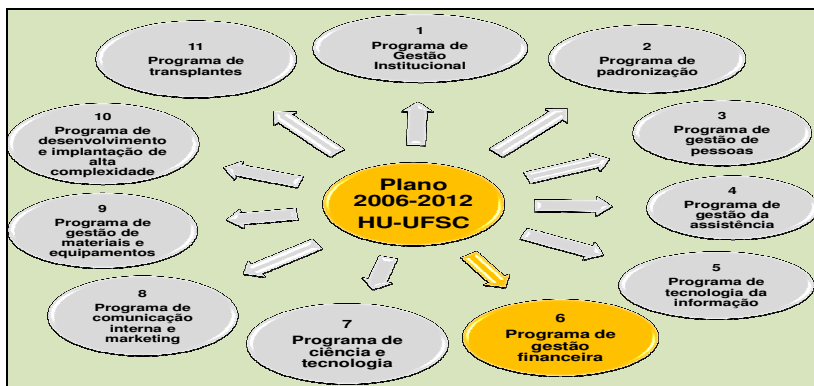
O desenvolvimento do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU – é um projeto do Ministério da Educação que objetiva padronizar práticas assistenciais e administrativas em todos os 46 hospitais universitários de sua rede. A utilização do AGHU visa a instrumentalização dos hospitais universitários, buscando aprimorar seus processos de atendimento, estendendo aos pacientes inúmeras facilidades, como o prontuário eletrônico e todos os benefícios a ele relacionados. Está prevista, também, a disponibilização de indicadores padronizados entre todos os integrantes da rede, o que facilitará a implantação de melhorias e a divulgação transparente de dados para o público (HU, 2012).

A partir deste aplicativo, as atividades referentes à tecnologia da informação atreladas ao planejamento estratégico não tiveram andamento. O foco das atenções voltou-se para o desenvolvimento do aplicativo, sob a coordenação e orientação do Ministério da Educação.

Ao que parece, o hiato percebido neste programa reforça o fato da frágil relação com o ambiente externo, como já mencionado.

f)O Programa de gestão financeira

Figura 17: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de gestão financeira



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Para este programa, foram estabelecidos no Plano 2006-2012 dois grandes objetivos: o aumento da receita; e o controle de custos. No entanto, por dificuldades do grupo em dar andamento às duas linhas de ação, optou-se por centrar o foco somente na gestão do faturamento do hospital (Quadro 19).

Quadro 19: Desenvolvimento do programa 6 – gestão financeira

Objetivos	Aumentar o faturamento do HU; Racionalizar o custo total do HU.
Motivos	“Temos problemas seríssimos com o faturamento e a gente sabe que pode faturar muito mais que a gente fatura hoje (...) hoje em dia o nosso faturamento não é real (...) eu estou faturando altas que ocorreram em fevereiro (...) outro motivo é que a gente sabe que existem ralos no HU, tanto de coisas que se deixam de cobrar, como também de desperdício (...)” E09 “Os constantes déficits e crescimento dos custos e a estagnação da receita, fatores que colocavam em risco a sobrevivência do HU.” E08

	<p>“medo do gestor de não ter recursos para terminar o exercício financeiro.” E08</p>
<p>Atividades realizadas</p>	<p>“Começamos fazendo reuniões semanais, chamando pessoal das clínicas para as discussões (...)” E09</p> <p>“Primeiramente foi discutido os principais problemas (...) o processo de discussão atuou nos dois segmentos: custos e faturamento (...) como a estratégia era muito abrangente, foi escolhido somente dar andamento a uma linha de ação, o faturamento (...)” E08</p>
<p>Dificuldades apontadas para operacionalização das ações</p>	<p>“(...) dificuldade de envolver as pessoas... A gente saiu bem animado das primeiras reuniões, mas chegava aqui e a impressão era como jogar uma bola na parede e ela parar na parede...ela não voltava... tu não tinhas retorno das pessoas aqui de dentro... ninguém sabia do que se tava falando... ninguém sabia para que servia... a gente passou muitas reuniões só discutindo e eu via que as coisas não avançavam (...)” E09</p>
<p>Apoio operacional dado à implementação da ação</p>	<p>“Não houve apoio da gestão superior para que houvesse envolvimento dos subordinados.” E08</p> <p>“A administração tem que ter a intenção de transformar o planejamento estratégico em uma ferramenta de gestão.” E08</p> <p>“A Direção esteve presente na elaboração e nas reuniões mensais no início do processo (...) nessas reuniões mensais de acompanhamento dos programas, eu percebia cobrança de empenho por parte da direção (...) parecia que naquele primeiro momento (o da elaboração da cartilha), tinha-se resolvido tudo (...) aquilo lá foi o planejamento (...) não precisa fazer mais nada (...)” E09</p>

Fonte: dados primários (2012).

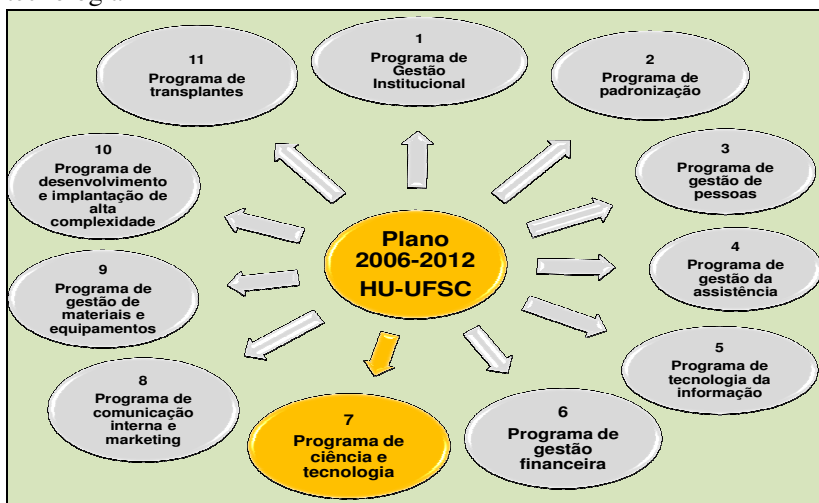
Novamente, a falta de sensibilização da comunidade hospitalar em torno do processo de planejamento, desde a sua elaboração, repercutiu na operacionalização da ação estratégica. O coordenador

apontou dificuldades em agregar mais pessoas na discussão por falta do entendimento do processo e, conseqüentemente, falta de motivação para as mudanças que seriam necessárias realizar. Foi mencionado ainda o reduzido envolvimento da alta administração para reverter a situação na tentativa de buscar a sensibilização de toda a comunidade nesta fase do processo.

Outro problema apontado foi a inexistência da coordenação mais atuante por parte da alta gestão, após a configuração do Plano 2006-2012, ou seja, na fase de operacionalização das ações estratégicas. Neste caso, Mcgee e Prusak (1994) advertem que a avaliação do desempenho estratégico serve como elo entre a estratégia e a execução. As discussões desse programa não passaram da teoria, não havendo nenhum indício de ação propriamente dita. A racionalidade teórica ficou, portanto, evidenciada neste programa.

g)O Programa de Ciência e tecnologia

Figura 18: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de ciência e tecnologia



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Segundo relatório divulgado pela Equiplan, houve a designação do coordenador para a operacionalização desse programa, a exemplo dos demais, mas não foi constituído o grupo de trabalho, por razões que não se conseguiu identificar. Portanto, não houve nenhuma atividade relacionada a esse programa registrado nos relatórios disponibilizados

pela Equiplan. Mesmo assim, pode-se verificar, no Quadro 20, o objetivo do referido programa.

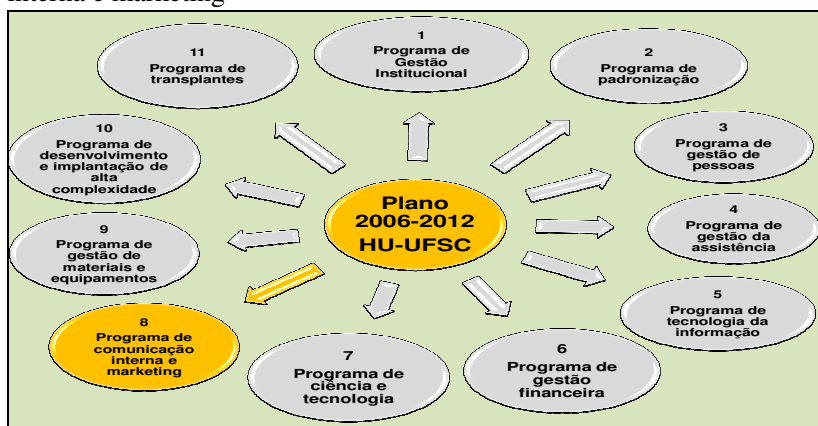
Quadro 20: Desenvolvimento do programa 7 – ciência e tecnologia

Objetivos	Criar comissão permanente de ciência e tecnologia; Apoiar a formação de grupos interessados em desenvolver equipamentos, testes e novas tecnologias; Apoiar o desenvolvimento de tecnologias de educação em saúde.
Não houve nenhuma atividade	

Fonte: dados primários (2012).

h) O Programa de Comunicação interna e marketing

Figura 19: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de comunicação interna e marketing



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Cabe esclarecer que os temas relacionados a essa ação estratégica foram inicialmente concebidos separadamente, isto é, correspondiam a dois programas distintos. No entanto, no transcorrer dos trabalhos, ficou decidido pela unificação dos temas, resultando em um único programa. O Quadro 21 faz um panorama deste programa.

Quadro 21: Desenvolvimento do programa 8 – comunicação interna e marketing

<p>Objetivos</p>	<p>Transformar a página do HU num portal de informações; Melhorar o sistema de circulação de documentos; Melhorar a comunicação visual da instituição; Criar boletim informativo do HU; Criar assessoria de comunicação; Implantar sistema de informações gerenciais Elaborar projeto de marketing institucional.</p>
<p>Motivos</p>	<p>“A comunicação era ineficiente no HU e a gente achava que precisava melhorar.” E15 “Não tínhamos nada nessa área, e essa carência foi identificada no planejamento estratégico.” E18 “Buscar identidade para o HU quanto ao fluxo de informações (...) facilitar a comunicação.” E17</p>
<p>Atividades realizadas</p>	<p>“Tínhamos reuniões quinzenais com a participação de um professor de design.” E18 “fizemos muitas reuniões para trabalhar o fluxo de informações.” E17 “tentamos parcerias com a agência de comunicações da UFSC.” E17 “normatizamos a criação de documentos.” E17 “o programa saiu do papel, mas foi incipiente para o que precisava. (...) saiu o manual de identificação do HU, as placas de identificação, a identificação do paciente no leito, normatização dos impressos.” E17</p>
<p>Dificuldades apontadas para operacionalização das ações</p>	<p>“o grupo não conseguiu se organizar (...) não houve entendimento do grupo (...) não entendi o porquê da substituição do coordenador (...)” E18 “as ações ficaram comprometidas devido à indisponibilidade financeira.” E18 “pessoas afinadas com a proposta não tinham disponibilidade para participar. Havia uma lista de comunicadores cursados (...) quando</p>

	<p>convidados, relatavam não acreditarem na proposta ou não se interessavam e ainda não terem tempo para dedicar ao trabalho” (...) na transição entre gestores o trabalho recuou um pouco.” E16</p> <p>“(...) acho que foram dadas algumas atribuições a quem não teria condições para tocar.” E17</p>
<p>Apoio operacional dado à implementação da ação</p>	<p>“a direção geral não participou e não conseguiu olhar a sua importância.” E15</p> <p>“a direção geral não gerenciou o processo.” E18</p> <p>“foi criado o site, mas esbarramos no problema de ter alguém que alimentasse as informações (...)” E17</p> <p>“tínhamos o vídeo institucional para ser feito e recursos não disponíveis (...)” E16</p>

Fonte: dados primários (2012).

Mesmo com a unificação no momento da sua operacionalização, trabalhou-se com os temas separadamente, o que, na opinião de E18, não foi adequado, pois “o Programa foi dividido em marketing e comunicação visual (...), o que acabou sendo um problema para o desenvolvimento do programa de forma integral”.

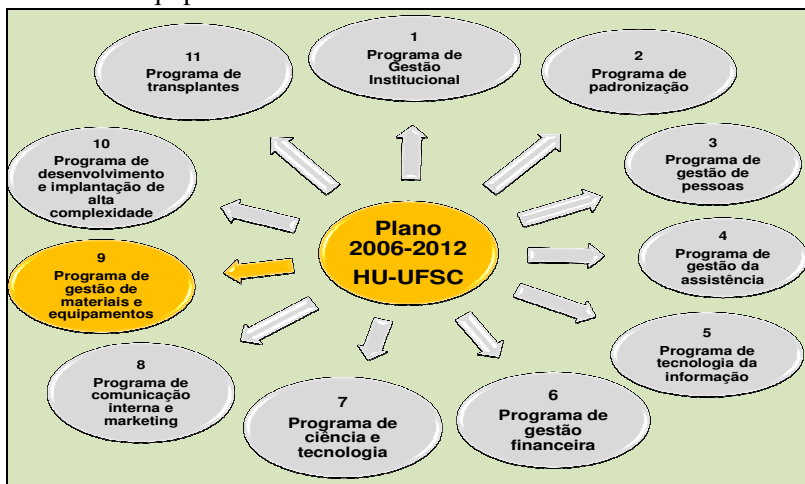
E18 ainda acrescenta: “o coordenador do grupo era participativo, mas como houve a divisão do programa em dois subgrupos, a condução ficou comprometida”.

Nos depoimentos de E18, E16 e E17, foi possível perceber que, para a área de marketing institucional, não houve nenhuma atividade desenvolvida. Todas as atividades do grupo referem-se à comunicação interna.

Quanto às dificuldades apontadas para a operacionalização destas atividades, novamente foram destacadas a falta de aporte financeiro para a execução de ações relacionadas ao programa e a falta de sensibilização para que mais pessoas fossem incluídas no projeto. Foi ressaltada, também, a falta de coordenação e o envolvimento direto da alta gestão na execução de algumas ações referentes a este programa. Ao que parece, a união dos temas também contribuiu para o resultado ser parcial ou aquém do esperado.

i)O Programa de Gestão de materiais e equipamentos

Figura 20: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) - programa de gestão de materiais e equipamentos



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Este programa foi concebido com a intenção de organizar a área de materiais e equipamentos do HU-UFSC. Esta área envolve diretamente a atividade fim e visa garantir a continuidade e a regularidade do atendimento da clientela do hospital, tratando-se de uma área administrativa considerada vital para a organização (Quadro 22).

Quadro 22: Desenvolvimento do programa 9 – gestão de materiais e equipamentos

Objetivo	Revisão e melhorias no processo de administração de materiais; Melhorar a conservação e utilização dos equipamentos.
Motivos	“esta área estava muito desorganizada.” E03 “necessidade de informatizar procedimentos e buscar mais profissionais para atuar na área.” E25 “modernização do parque tecnológico.” E26
Atividades realizadas	“tínhamos reuniões.” E25 “a gente sentava para tentar conhecer o que cada um faz (...); foi bom porque conhecemos o outro e se respeitando mais (...).” E03 “aconteceram alguns cursos de capacitação na área

	de compras, mas não houve continuidade.” E01
Dificuldades apontadas para operacionalização das ações	“(…) as pessoas não conheciam o todo (…) o processo parou porque as pessoas não viram nada acontecer (…).” E03 “falta de recursos financeiros (...); o novo contrato de financiamento do HU (contratualização) trouxe novas demandas que tiveram que ser cumpridas, culminando numa sobrecarga de trabalho para todos”. E01
Apoio operacional dado à implementação da ação	“falta de envolvimento da alta liderança e a consequente desmotivação do grupo (...) a falta de envolvimento da direção deixou a impressão de que estávamos nadando contra a maré”. E01 “o grupo responsável por esse programa diagnosticou vários problemas, porém “a implementação das ações que representassem mudanças mais significativas, não aconteceu, pois dependia de contratação de pessoal”. (Equiplan)

Fonte: dados primários (2012).

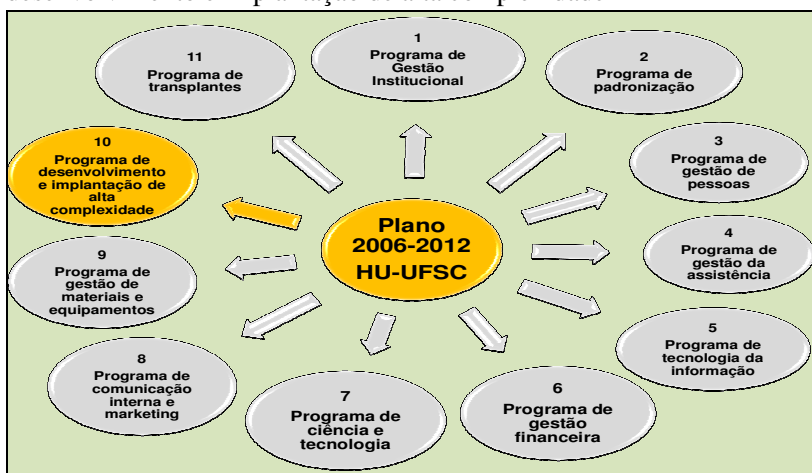
As atividades realizadas ficaram limitadas às reuniões para tentar o envolvimento de mais pessoas ao projeto. Fase que foi bem aceita pelo grupo, pois se criou a possibilidade de ampliar o olhar sobre as atividades relacionadas à área de materiais. Neste sentido, percebeu-se a importância da comunicação entre os servidores das áreas meio e fim, na busca de soluções conjuntas para os diversos problemas do cotidiano hospitalar. É o que defende Rivera (1995) para o setor da saúde, quando sugere modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos.

As dificuldades relacionadas por E03 e E01 na operacionalização do programa dizem respeito à falta de recursos financeiros e de pessoal, aliada ao reduzido tempo de envolvimento da alta direção para buscar alternativas de soluções aos problemas levantados. Segundo depoimento de E01, o distanciamento do grupo destinado à implementação desta ação estratégica com a alta direção foi crucial para a desmotivação de todos. Muito diferente do que aconteceu quando da fase de elaboração do Plano 2006-2012 (HU-UFSC), quando a alta gestão teve presença destacada, coordenando e motivando os membros do CAPIHU.

Outra questão levantada por E01 foi a demanda gerada por conta da contratualização, trazendo uma sobrecarga de trabalho, que não havia sido planejada. Mais uma vez, percebeu-se que as informações estratégicas para a organização ficaram restritas à alta gestão. Ao que parece, este fenômeno ocorreu pela dificuldade de sintonia entre as áreas responsáveis pelos níveis estratégico, tático e operacional.

j)O Programa de desenvolvimento e implantação da alta complexidade

Figura 21: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de desenvolvimento e implantação de alta complexidade



Fonte: adaptado do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Este programa foi idealizado para cumprir uma aspiração e exigências do próprio mercado, ou seja, de atender enfermidades que exigem tecnologia e preparação específica e diferenciada, estando relacionado à visão do HU-UFSC, isto é: “Ser um centro de referência em alta complexidade (...)”. (Quadro 23)

Quadro 23: Desenvolvimento do programa 10 – desenvolvimento e implantação de alta complexidade

Objetivo	Avaliar os centros de alta complexidade já existentes; Implantar novos serviços de alta complexidade.
Não houve atividades	

Fonte: dados primários (2012).

No momento da elaboração do Plano 2006-2012 (HU-UFSC), este programa contemplava a implantação do transplante. Porém, para facilitar a operacionalização deste procedimento, a direção do HU-UFSC, em conjunto com a Equiplan, resolveu desassociá-lo do programa 10, criando, por sua vez, o programa 11, que trata exclusivamente do transplante,

Segundo consta da planilha de acompanhamento geral dos programas, emitido pela Equiplan, houve “falta de entendimento do plano 2006-2012 como ferramenta de trabalho”. Neste caso, não houve registro de nenhuma atividade relacionada a este programa.

k)O Programa de transplantes

Figura 22: Plano 2006-2012 (HU-UFSC) – programa de transplantes



Fonte: adaptado do plano 2006-2012 (HU-UFSC).

O programa de transplantes foi a única ação estratégica vinculada ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC) que foi concluída na integralidade. Cabe destacar que, segundo E11, E28, E20 e E22, esta ação estratégica ocorreria de qualquer maneira, independentemente do planejamento.

Quadro 24: Desenvolvimento do programa 11 – transplantes

Objetivos	Viabilizar estrutura física: internação, ambulatório, centro cirúrgico, UTI e setores de apoio; Adquirir equipamentos com qualidade e quantidade suficientes; Credenciar a unidade hemoterápica do HU junto ao gestor estadual/federal.
Motivo	“diretrizes da campanha da direção geral da época (...)” E11 “existia uma demanda por transplantes no Estado (...)” E22 “O HU estava entrando no esquema de alta complexidade (...)” E15
Atividades	O programa foi implementado.

realizadas	<p>“(…) hoje ele funciona (…), está começando, tem uma equipe bacana trabalhando (…).” E15</p> <p>“(…) foi concluído, pois ele ocorreria de qualquer forma, porque somos uma gestão atrelada a uma gestão maior (…), a leitura que o MEC e o MS fizeram dos HU’s era em direção à alta complexidade (…), essa decisão veio de cima (…), aconteceu no HU independentemente do planejamento estratégico”. E28</p>
Dificuldades apontadas para operacionalização das ações	<p>“à agregação de pessoas em torno da proposta (…).” E11</p> <p>“o transplante foi um sucesso pela persistência de algumas pessoas (…).” E22</p> <p>“foi bem difícil a implementação no sentido de que até hoje, depende de pessoas (…).” E22</p> <p>“o transplante no HU começou somente no ano passado, meio que forçado, já que estava vencendo nosso prazo com a SES-SC.” E20</p>
Apoio operacional dado à implementação da ação	<p>“a atuação do corpo diretivo teve enorme participação na implantação do programa, porém ressaltou que tal atuação ocorreria independentemente de ter-se planejamento estratégico ou não.” E11</p> <p>O programa teve como maior facilidade o fato da coordenação ter a tutela de um profissional médico que atuava também na SES-SC e estar também envolvido no processo de transplantes nas maiores instituições de saúde a nível nacional, isto abriu inúmeras portas.” E11</p>

Fonte: dados primários (2012).

Neste caso específico, o contrato que o HU-UFSC firmou, em 2004, com a SES-SC (contratualização) tinha como uma das suas exigências a implantação do programa de transplantes, inclusive com prazo de execução. Situação bem diferente dos demais programas, que não tinham no seu bojo a relação direta com o plano operativo que o HU acabara de firmar com a SES-SC. É importante lembrar que foi destacado neste estudo a falta de entendimento que os participantes do

CAPIHU tinham sobre a contratualização e seus reflexos no cotidiano do hospital.

Pressupõe-se que a separação dos programas 10 e 11 se deram em consequência da pressão exercida sobre o HU-UFSC para que o programa de transplantes fosse concluído no prazo estabelecido. Fato que, possivelmente, não ocorreria se estivesse atrelado a discussões mais abrangentes sobre a implantação dos demais procedimentos de alta complexidade.

Diante dos depoimentos destacados no quadro anterior, ficou evidente que a racionalidade presente em toda a condução do programa esteve atrelada ao cálculo utilitário das consequências, ou seja, ficaram evidentes os elementos descritos por Serva (1997) para caracterizar a racionalidade weberiana do tipo formal. Neste caso, percebe-se que a condução do programa foi beneficiada pela centralização das decisões na alta administração e por todas as vantagens elencadas por Hall (1994) e Mota e Pereira (1991) a essa forma de administração.

Para facilitar o entendimento do leitor sobre a condução geral dos programas, na sequência é feita a análise das decisões estratégicas do Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

4.2.2 Análise das decisões estratégicas

Com base nos depoimentos coletados junto aos membros do CAPIHU, o processo de decisões estratégicas foi impulsionado pela vontade do primeiro escalão da época em utilizar a técnica do planejamento estratégico, buscando a reorganização da instituição. Neste sentido, vale destacar o depoimento de E28:

(...) na minha percepção, foi conduzido adequadamente, no seguinte sentido: tinha uma pessoa que entendia essa metodologia de trabalho e o referencial teórico; as pessoas do primeiro escalão do HU estavam internamente disponíveis para que isso pudesse acontecer (...) estavam extremamente envolvidas com as suas funções aqui dentro (...) elas estavam predispostas e queriam melhorar os processos de trabalho da instituição.

E complementa o raciocínio, observando que no seu entender, “(...) o planejamento estratégico é um processo principalmente interno, acho que as mudanças externas têm que ser absorvidas, mas até que elas

possam ser absorvidas tem que estar minimamente organizada internamente, senão as coisas não acontecem”.

Como se pôde perceber, a alta direção da época buscou organização dos processos internos, o que ficou evidenciado na definição dos programas. Tais ações “tentaram ordenar, de uma maneira melhor, o que se faz com o que se precisa fazer” (PLANO 2006-2012, p. 7).

Este fato foi reforçado pelo entrevistado E28, ao admitir que “(...) o planejamento me indica uma direção (...) ele faz um diagnóstico situacional e eu só posso pensar em mudanças a partir do momento que eu tenho um diagnóstico (...)” O mesmo pensamento foi manifesto por E29, ao expressar: “eu vejo o planejamento estratégico como o norte, a bússola de orientação onde se deva ir em direção ao hospital”.

E14 foi outro entrevistado que mencionou: “O planejamento estratégico é um instrumento importante para a gestão, talvez seja um dos principais instrumentos para a gestão (...), ele te dá uma direção (...) se for feito da forma correta, ele te dá metas a serem cumpridas, pode apontar indicadores e faz a questão do comprometimento”.

Tais declarações possibilitaram identificar uma estreita relação com Feuerwerker e Cecílio (2007), quando sublinham que dentro do hospital há uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, dentre outras, portanto a necessidade de tomar decisões a todo o tempo é um desafio permanente dos profissionais que atuam nas diversas áreas do hospital. E o planejamento estratégico veio ao encontro da necessidade de melhoria dos fluxos e rotinas, permitindo a reorganização interna e, conseqüentemente, possibilitando tornar o processo decisório mais claro e objetivo. Assim, através destas escolhas estratégicas, o HU-UFSC definiu os caminhos a serem tomados, convergindo ao pensamento de Ansoff e McDonnell (1993); Oliveira (1999); e Beal (2004). Porém, distanciou-se da lógica inerente ao sucesso desta técnica, que exige um acompanhamento e um pensamento estratégico apregoado por Mintzberg, Ahsstrand e Lampel (2000); Hamel e Prahalad (2005); e Whittington (2006).

No que concerne à gestão hospitalar, destacam Murray e Vanalle (2002) que há amadorismo da gestão apresentados pelos hospitais, tanto públicos quanto privados. Neste sentido, Rennó, Diniz e Mafra (2007) ressaltam que os serviços de saúde estão passando por processos de mudança no seu modo de gerenciar as ações para atender as exigências da sociedade. Por esta razão, o planejamento estratégico torna-se fundamental na medida em que favorece a discussão da missão, dos objetivos, das políticas, das estratégias que envolvem a organização.

Dentre os programas, constatou-se que o de Transplantes estava diretamente relacionado à visão estabelecida no Plano 2006-2012 definida para o HU-UFSC – “ser um centro de referência em alta complexidade (...)” –, e ao momento pelo qual o HU-UFSC estava passando por conta da contratualização. Na ótica de E28, E20 e E22, o transplante seria implantado no HU-UFSC de uma forma ou de outra, já que havia uma orientação nesse sentido do gestor estadual (SES-SC). Esta posição coincidiu com o depoimento de E11, quando lembrou que a atuação do corpo diretivo teve enorme participação na implantação do programa, ressaltando que a atuação ocorreria “independentemente de se ter planejamento estratégico ou não”.

Supõe-se que este foi o principal motivo que deu sustentabilidade para que o Programa de transplantes fosse plenamente implantado, pois foi o único a ser finalizado. Os demais programas foram voltados somente para o ambiente interno e, conforme se pode perceber, não chegaram a ser implementados.

Vale destacar que na grande maioria dos programas foi apontada a dificuldade em operacionalizar algumas ações estratégicas pela falta de recursos financeiros destinados à sua execução. Fato contrário ao que advoga Chandler (apud WHITTINGTON, 2006), quando, ao definir estratégia, alerta sobre a necessidade do estabelecimento de trajetórias de ação e a alocação de recursos necessários para o alcance desses objetivos. Quanto à etapa correspondente ao acompanhamento e avaliação do processo, vale lembrar Oliveira (1999), ao mencionar o termo administração estratégica como a gestão do futuro que ocorre de forma estruturada e sistêmica.

Neste caso, os depoimentos sinalizaram para a ausência do envolvimento da alta gestão no gerenciamento do processo de implementação dos programas, com exceção do programa de transplantes que foi finalizado. Em vários momentos das entrevistas, foi destacado que os programas foram conduzidos de forma isolada, sem o devido acompanhamento do alto escalão no que se refere ao apoio operacional necessário à implementação das ações. Sob este aspecto, Oliveira (1999) ressalta a necessidade de agentes de desenvolvimento estratégico, com a função de desenvolver comportamentos, atitudes e processos que permitam a organização transacionar de forma proativa e interativa.

Mcgee e Prusak (1994, p. 183) também ressaltam a importância da avaliação do desempenho estratégico quando destacam o elo que deve haver entre a estratégia e a execução, sinalizando que “o sucesso estratégico não é simplesmente uma função de análise inteligente e da

composição de um novo posicionamento de produto/mercado, (...) e sim, sua maior capacidade para a execução, sua capacidade de fazer com que estes planos passem a fazer parte das atividades diárias da organização”.

Na sequência, é focado o processo decisório do HU-UFSC com vistas à compreensão da natureza da decisão, o nível de participação dos atores envolvidos e a influência do grau de hierarquia como determinante à participação dos atores envolvidos no planejamento estratégico.

4.3 FATORES RELACIONADOS AO PROCESSO DECISÓRIO INERENTES AO PLANO 2006-2012 (HU-UFSC)

Na percepção E17, E02, E20, E11, E18 e E23, dentre outros entrevistados, a tomada de decisão no HU foi centralizadora. Para eles, a alta direção do HU detém a responsabilidade na decisão de ações a nível estratégico e tem dificuldades em envolver os níveis tático e operacional.

De acordo com E17 e E28, há uma imensa gama de decisões não programadas, ou seja, decisões que fogem ao cotidiano do hospital, com demandas extremamente urgentes. E esse fator é considerado como o desencadeador de um modelo de gestão centralizador. Neste sentido, E28 observou que a “direção fica muito sobrecarregada” e atribuiu esse problema à própria característica do hospital, que precisa dar resolutividade a situações por vezes inusitadas, tais como:

(...) por exemplo, uma tomada de decisão às 18 horas, numa sexta feira, onde ligam da Obstetrícia dizendo: têm três grávidas de alto risco, têm três bebês prematuros para nascer e não tem respirador...e tu tem que providenciar isso (...) essas decisões acabam caindo na direção geral (...) existe uma sobrecarga muito grande em cima da Direção.

Posição semelhante ofereceu E23 sobre esta questão, quando citou as demandas não programadas vindas do MEC e MS, que “parecem que torcem para que a gente não dê conta, já que os prazos que dão para resolução são mínimos”. E23 acrescentou que “se algumas coisas ainda são feitas em nível de investimento aqui no HU são por conta do empenho de poucos, que põe em risco a sua saúde para trabalhar intensivamente para dar conta de toda demanda”.

Entretanto, E20, E18, E23, E02, E17, E15, E13, E01, E03, E12, E21, E 24 e E25 observaram que o nível de centralização das decisões gera inúmeras distorções e são resultantes de um processo de planejamento e gestão restrito à Diretoria Geral deste hospital, dificultando o crescimento e desenvolvimento mais autônomo dos diversos setores/serviços. Desta forma, E27 salientou que a tomada de decisão no HU-UFSC “não obedece a critérios, não têm metas definidas, não tem um objetivo a ser cumprido e não são feitas cobranças (...), as decisões ficam concentradas na Direção e basicamente pouco do que ela decide é repassado para o corpo de funcionários e até algumas chefias, inclusive.”

Raciocínio semelhante foi apresentado por E13, quando destacou que na sua área as coisas acontecem sem planejamento:

quando eu vejo o carrinho de anestesia já chegou aqui (...) aí eu falo: mas como é que o carrinho chegou aqui? (...) aí ouço como resposta: ah, mas é que agora vai ter cirurgia com anestesia aqui (...) quer dizer, a gente escuta no corredor, quando tu vê tá aqui (...) não foi perguntado, não foi dimensionado o espaço (...) gerando conflitos aqui com outros profissionais que passam a operar (...).

Posição idêntica foi apontada por E25, pois defendeu:

eu acho que a tomada de decisão não é planejada, não é compartilhada (...) porque sempre as coisas acontecem para só depois as pessoas e as áreas envolvidas correrem atrás do prejuízo (...), por exemplo, foi decidido que vai ter o transplante (...) até teve reuniões, eu também participei (...) só que mesmo assim as pessoas não foram envolvidas o suficiente para fazer as coisas de forma planejada e organizada (...) tanto é que no primeiro transplante não tinha a medicação necessária(...) isso foi falado antes (...) temos que ver tudo o que precisa (...), os médicos envolvidos estavam presentes (...), precisamos dessa lista de medicamentos (...) mas temos que fazer o levantamento (...), fazer a licitação (...), então tem toda uma estrutura que precisa estar preparada para começar (...) mas aqui primeiro se começa as coisas, para depois ver o que falta (...) alguns

encaminhamentos são dados, mas não de forma sincronizada (...).

Nesse sentido, E21 lembrou que a tomada de decisão no HU é:

centralizada, totalmente centralizada (...) não tem participação, não tem envolvimento dos profissionais (...) a gente não sabe o que acontece nas diversas diretorias (...) os trabalhos são feitos isoladamente (...) as decisões são tomadas isoladamente (...) do meu ponto de vista as coisas já vem prontas, e às vezes nem vem e cada chefia tem que tomar as decisões de acordo com o seu entendimento (...).

A mesma constatação foi feita por E18 quando relatou que “as decisões não conseguem chegar a todos os serviços (...) cada serviço funciona do seu jeito (...) as decisões não programadas é o grande nó (...) não temos nenhuma organização para essa questão”.

No que tange à distribuição de responsabilidade e flexibilização administrativa neste hospital, E27 sublinhou que “a tomada de decisão no HU-UFSC é muito pessoal”. Fato também apontado por E29, quando se referiu à introdução do planejamento estratégico no HU-UFSC como sendo “muito diretivo”. Mesma percepção de E20, quando afirmou que o planejamento estratégico “era um projeto do gestor”.

Tais assertivas permitiram entender que a influência do grau de hierarquia foi fator determinante à participação dos atores envolvidos no processo decisório. Neste prisma, E20 assim se manifestou:

Eu vejo que, de certa forma, cada setor tem uma determinada autonomia (...) até um certo ponto. Então, muitas coisas acontecem naquele núcleo onde a decisão é interna, até onde interfere com alguma coisa que envolva dinheiro, poder. Quando entra muito a questão do poder é muito difícil de ultrapassar sem ter um contato mais direto com o teu superior. Então, às vezes você fica gestando sozinho no teu núcleo e muitas vezes abandonada e se sentindo sem forças para avançar. E decisões às vezes que são mínimas que poderiam ser tomadas nesse teu núcleo, mas que ela tem alguma relação com o poder acima, tu tem que referenciar, e às vezes tem que ceder e tomar decisões que nem sempre são as decisões que tu tomarias. (...) eu acho que quando envolvem

poder entre categorias, problemas de relacionamento é bem complicado (...), quem decide é quem está acima.

E E20 ainda acrescentou:

pode parecer esquisito, mas me parece que quando tem empatia, as coisas ficam mais fáceis (...), então eu não sei se as decisões são tomadas racionalmente ou coerentemente sempre (...) acho que algumas não são (...); eu acho que alguns setores conseguem avançar mais que outros, por conta da empatia entre a hierarquia.

Posição idêntica foi relatada por E02, ao declarar que “dependendo do diretor, da influência, a tomada de decisão é mais facilitada”. Da mesma forma, E18 ressaltou que, para algumas questões, “é necessário um grande poder de articulação, convencimento e paciência para conseguir levar à Direção Geral”.

Relembre-se Choo (2003) quando adverte que, qualquer que seja o modo de decisão, o ambiente organizacional no qual ela ocorre é definido, no mínimo, por duas propriedades: a estrutura e a clareza dos objetivos organizacionais. Os depoimentos sobre os aspectos positivos do Plano 2006-2012 (HU-UFSC) permitiram supor que houve um movimento intenso voltado à organização da estrutura organizacional do HU-UFSC, haja vista que a direção, na época, fomentou o trabalho integrado e articulado, buscando maior clareza aos objetivos institucionais e maior profissionalização da gestão. Apesar disso, todo esse movimento inicial não foi suficiente para promover uma mudança no processo de tomada de decisão do HU-UFSC.

Foi o que se percebeu nos depoimentos direcionados à avaliação dos resultados dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012. No entender de E14, E23, E07, E15, E04, E10, E01, E09, E08, E17 e E18, os problemas na implementação das ações estratégicas foram decorrentes da falta de autonomia dos coordenadores na medida em que o processo de tomada de decisão aproximou-se da execução. A exemplo do programa de gestão de pessoas, que resultou numa proposta detalhada e completa para a área de recursos humanos do HU, como visto na análise individual deste programa, mas sem nenhum tipo de ação implementada.

O único programa implementado teve uma característica diferente dos demais. Conforme já destacado nesse trabalho no tópico destinado ao histórico de cada programa, as ações voltadas à

implementação do transplante no HU seriam colocadas em prática de uma forma ou de outra. Os depoimentos levam a supor que o programa de transplante foi uma “bandeira” do gestor. Tanto que todos os esforços, até mesmo na esfera financeira e de pessoal, foram realizados para a operacionalização de todo o processo. Recursos estes que foram destacados entre os entrevistados como limitadores para a implementação de outras ações definidas em diversos programas.

Como se pôde constatar, a gestão do HU-UFSC estava fundamentada na lógica da racionalidade do tipo racional-legal que, na ótica de Mehy e Cecílio (2001), corresponde à lógica da autoridade e linhas de poder que são típicas da burocracia weberiana. Esses autores ressaltam que esse paradigma não incorpora os interesses dos atores inseridos no universo hospitalar. Isto porque muitos atores atuam em projetos individualizados ou voltados a um conjunto de interesses restritos que propiciam autonomias distintas.

Em diversas fases da entrevista, foi ressaltada a demora na resolução de problemas por parte da Direção, o que, aliado aos problemas anteriormente destacados, encontra consonância com as desvantagens da centralização do processo decisório apregoadas por Hall (1984). Neste sentido, vale destacar o depoimento de E06, quando se referiu ao andamento dos programas estabelecidos no planejamento estratégico: “Os programas que tiveram algum desenvolvimento em nível de proposta para uma futura implementação se deu por conta da ação individual (...) não de um esforço coletivo coordenado pela direção. Foi fruto do encaminhamento de cada um (...)”.

Outro fator relevante destacado por E18, E17, E28, E07 e E03 sobre o processo de decisão do HU, incluindo o planejamento estratégico, está relacionado com a falta de preparo dos gestores aliado à grande demanda de atividades dentro do hospital. Neste caso, E28 advertiu:

Tem muitas situações atípicas que acontecem e situações agudas. Elas poderiam cair menos na Direção Geral se as pessoas que estivessem em determinados setores assumissem, de fato, a sua função. O que acontece é que alguns estão como gestores de suas áreas, mas elas não fazem somente a gestão, elas fazem a parte técnica concomitantemente. É o caso dos médicos.

Neste sentido, E03 observou:

o HU trabalha por demandas (...) aconteceu certa coisa, executa e isso acontece porque não se investe em treinamento das pessoas (...) as pessoas não sabem como, quando e porque pedir (...) tudo pode (...) pode ser um absurdo, uma necessidade ou pode ser uma emergência (...) se acumula tudo na mesa de alguém na Direção e ela tem que despachar isso tudo sem critério de prioridade.

A este propósito, Seleme (1988, p. 41) destaca que “nas organizações hospitalares, boa parte do comportamento é governado pela lógica do conhecimento técnico e não por regras burocráticas”, e muitas chefias dentro do HU-UFSC são nomeadas a partir dessa lógica, assim, “invariavelmente, os especialistas acabam fazendo serviços administrativos, tomando decisões gerenciais e participando dos processos políticos”. E isso acabou interferindo no desempenho administrativo. Nesta seara, ficou evidente a complexidade do processo decisório no hospital, uma vez que existem diferentes pontos de vista e interesses por serem contemplados.

Como se constatou, o HU-UFSC necessita se reestruturar administrativamente para enfrentar as novas demandas impostas pelas novas políticas públicas na área da saúde. Neste sentido, vale lembrar o contrato pactuado com a SES-SC, que no seu bojo, faz exigências quantitativas e qualitativas, com prazos rigorosos de execução, sob pena de o HU-UFSC ser descredenciado dos procedimentos que não atingirem as metas definidas no plano operativo. Para tanto, confirma-se o fato de muitos estudiosos das organizações insistirem que os gestores precisam considerar que os hospitais, tanto os públicos como os privados, precisam ser gerenciados como qualquer outro tipo de empresa, como advogam Murray e Vanalle (2002); Carapinheiro (1998); Machado e Kuchenbecker (2007); Rennó; Diniz e Mafra (2007); Carnelutti (2006), dentre tantos.

Interessou, nessa investigação científica, verificar a racionalidade presente no processo de decisão referente ao planejamento estratégico do HU-UFSC. Portanto, os enfoques inerentes ao planejamento estratégico e à tomada de decisão até agora explorados foram subsídios à compreensão dos elos existentes entre os tipos de racionalidade descritos por Weber. Reservou-se, para este término de capítulo, tecer considerações analíticas que esclarecem a interrogação da pesquisa que motivou este estudo.

4.4 A RACIONALIDADE PRESENTE NO PLANO 2006-2012

Weber (2000) refere-se ao comportamento humano, interno ou externo, quando o sujeito, ou os sujeitos dão sentido à ação. E, é através desta ação, chamada por Weber de ação social, que a racionalidade se interliga com o ambiente organizacional. Nesta perspectiva, buscou-se abordar, a partir das perguntas utilizadas como roteiro da entrevista, informações sobre a percepção dos respondentes acerca da lógica de ação presente no processo de planejamento estratégico, desde a sua elaboração. Em outras palavras, enfatiza-se a presença de tipos específicos de racionalidade, tais como: a racionalidade prática, a racionalidade teórica, a racionalidade substantiva e a racionalidade formal.

As opiniões sobre os tipos de racionalidades presentes no processo de planejamento estratégico foram bem interessantes, refletindo a capacidade dos entrevistados de pensarem criticamente sobre a organização e sobre si mesmos e sua interação com o hospital. Na maioria das entrevistas realizadas, foi observado que o processo do planejamento estratégico, desde a sua elaboração até a implementação de algumas ações estratégicas, pautou-se pela busca do estabelecimento de procedimentos padronizados, com objetivos bem definidos e com metas a serem alcançadas.

No entender de E04, “considerou-se especialmente as principais deficiências, ou seja, o que o HU-UFSC mais precisava”. Comentário semelhante fez E25 ao destacar que, “quando os programas foram estabelecidos, o objetivo também era a adequação da legislação vigente, cada um na sua área (...) mas foi visto a característica do hospital”.

Por sua vez, afirmou E08 que “não se queria implantar uma coisa inovadora (...) mas atender a demanda gerada pelo sistema”. E complementou: “Na verdade, foi tentado construir um modelo ideal (...), atender os dispositivos legais (...), criar uma ferramenta útil (...)”.

Os depoimentos evidenciaram programas que tinham a característica de serem conduzidos de forma a atender determinações legais, como foi o caso do programa de transplantes, pois segundo E11, “nessa questão dos transplantes a legislação é bastante rígida”. A mesma característica dos programas de padronização e gestão financeira, que têm como exigência a adequação aos regulamentos das organizações certificadoras e da SES-SC, respectivamente.

Em vários momentos da entrevista, foram destacadas questões instrumentais na busca de resultados que permitiram o aprimoramento e a capacitação para que o HU-UFSC atingisse seus objetivos. Neste

sentido, E18 salientou que, “até onde o programa andou, se buscou melhorar a imagem da instituição”.

Como crítica a essa característica, foi salientado que os gestores tinham muita pressa em colher os resultados do planejamento estratégico, e isso interferiu no processo. Neste contexto, E17 lembrou que “o planejamento estratégico surgiu assim, de uma necessidade absurda de a gente se organizar (...)”. A mesma percepção foi de E20, quando disse: “(...) a minha impressão é que se tinha muita pressa”. E complementou: “a gestão daquele momento queria ter elaborado esse material todo para ter como se dirigir, para onde ir, e também queria mostrar que a instituição tinha uma estrutura elaborada”.

E a pressa em tentar organizar a instituição pode ter interferido na sensibilização de outras categorias ou servidores. A esse respeito, E25 comentou que “não houve sensibilização objetivando a participação de todos (...), as reuniões tinham um caráter informativo”, coincidindo com a opinião de E28:

nós temos um trabalho que tem o envolvimento muito grande, que nos absorve 24 horas por dia, 365 dias por ano, e que nós temos que dar conta de coisas muito pontuais, e que requer que a comunicação seja clara para que tudo isso funcione. Acho que o planejamento estratégico não venceu essa dificuldade. Com certeza!

E ampliou, destacando que:

O PE serviu como eixo norteador que serviu para definir a nossa missão, o que nós somos e onde pretendemos chegar. As reuniões para a sua elaboração, nos permitiram pensar o HU. Mas era um número xis de pessoas... Tentamos para que houvesse uma representatividade... Estavam as chefias... Mas e as outras pessoas? Eu vejo isso como limitador, mas é a característica do HU.

Esses dados, somados ao histórico de cada programa estudado no tópico 4.2.1, permitem supor que, na concepção do planejamento estratégico, incluindo todo o processo de elaboração até a definição e operacionalização dos programas, as decisões estavam alicerçadas por normas, regras e voltadas para resultados práticos, visando à utilização de meios mais adequados para o contínuo funcionamento e alcance dos objetivos do hospital. Do ponto de vista da academia, visualiza-se

estreita relação às características da racionalidade formal apregoada por Weber.

É necessário lembrar as características dos hospitais. Nas palavras de Gonçalves (1998), tais instituições estão voltadas para o grau de relações que mantém com os indivíduos em particular e com a coletividade em geral, resultante do papel essencial que exerce na vida das pessoas, no nascimento, na doença ou na morte. Deste modo, destaque-se o número significativo de atores que estão ligados à organização de forma diferenciada – funcionários, voluntários, usuários –, cada qual com uma visão singular do hospital, do que ele representa para a comunidade e de que forma atende aos anseios individuais.

No entanto, Campos (1997, p. 42) ressalta uma “nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho”. Neste caso, o processo do planejamento estratégico poderia se voltar para a análise das diferentes relações que se configuram entre os diversos atores que fazem parte do cotidiano do hospital.

Nessa perspectiva, sublinhe-se o depoimento de E26, quando se referiu ao processo do planejamento estratégico realizado no HU-UFSC:

(...) eu acho que o grande fracasso foi a falta de comunicação. Quando uma instituição do tamanho do HU, se propõe a um programa desta natureza um dos principais aspectos, se não o mais importante, é exatamente o fluxo de informações. Eu não posso me reunir aqui com cinco elementos, deixar isso aqui lindo e maravilhoso, sem que ninguém saiba disso e sem qualquer outra pessoa seja beneficiada com isso. Acho então, que teve muitas falhas nesse processo no sentido de chamar as pessoas, vamos falar da importância, e como é importante que estas pessoas estejam atreladas. Porque não pode ser somente A, B ou C, mas que seja representativo.

A falta de comunicação entre os atores também foi ressaltada por E28: “Até mesmo pela complexidade do hospital e pelo volume de trabalho que cada um tem, a gente acaba não conversando entre si (...) e essa falta de comunicação não é benéfica para o produto final”.

Apesar dos problemas levantados sobre a falta de sensibilização e distanciamento entre os atores no processo do planejamento estratégico, os depoimentos destacaram a preocupação dos membros do CAPIHU para o atendimento de questões voltadas às características do HU

enquanto instituição voltada para o seu papel social. Neste sentido, E26 lembra que, “naquele momento havia uma palavra norteadora que era humanização”. E os membros do CAPIHU deixaram transparecer nos depoimentos que todas as decisões, por mais voltadas que fossem para os resultados práticos, não poderiam interferir na missão do HU-UFSC, delineada no momento da elaboração do Plano 2006-2012, que consiste em: “preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (PLANO 2006-2012).

É relevante salientar o depoimento de E15: “a gente não queria perder o que a gente acreditava”. E complementa dizendo que “as pessoas só participam de uma ação se elas compreenderem”. O entendimento geral era de que todas as ações deveriam preservar e respeitar as características do hospital enquanto agente social.

Este posicionamento converge ao que defendem Severo e Pedroso (2006), quando expressam que a razão substantiva diz respeito a julgamentos baseados em valores morais e éticos. Importante também lembrar Kalberg (apud SIENA, 1993), que identifica a racionalidade substantiva de Weber ao relacionar a ação utilizando como fio condutor os valores. Neste caso, o planejamento estratégico do HU-UFSC perseguiu um padrão organizacional considerado não apenas esperado e desejado, mas a própria razão de existir da instituição.

Outro ponto ressaltado foi o nível de abstração das discussões que permearam o processo de planejamento estratégico. Em relação a este aspecto, E27, E08 e E06 reclamaram da dificuldade em transformar as discussões em ações coordenadas. Já E15 observou que os programas foram construídos considerando que seriam colocados em prática. Este entrevistado, portanto, não percebeu que as discussões ficaram restritas ao campo teórico.

Apesar disso, quando o planejamento estratégico começou a tomar um contorno que necessitava da tomada de decisão para executar as ações estabelecidas no Plano 2006-2012, E08 afirmou que: “Em nível de planejamento estratégico a tomada de decisão não existe. Enquanto estava em laboratório se tinha a expectativa de ser criado um caminho, mas ficou só no nível teórico, não existe fórum de discussão no processo de decisão”.

O mesmo observou E06: “aparentemente o processo foi muito bom no nível teórico, mas na prática, poucas coisas aconteceram”.

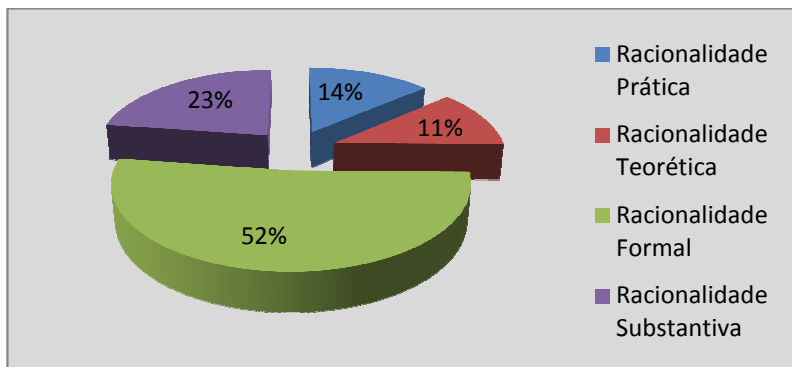
Ainda sobre o assunto, E27 sinalizou: “Acho que ficou muito na conversa, os resultados práticos de fato não ocorreram”. O fato de o planejamento estratégico não ter efetivamente partido para a

implementação dos programas deixou a sensação nos participantes de que as discussões tiveram um elevado nível de abstração. Este fato pode estar atrelado a um dos desafios do planejamento estratégico, que é a sua transformação em pensamento estratégico. Neste sentido, Mintzberg (2006) adverte que é relevante entender que a programação estratégica se caracteriza por articular e elaborar posturas estratégicas e visões existentes, enquanto que do prisma do pensamento estratégico se refere à síntese que combina intuição e criatividade, resultando numa perspectiva integrada ou visão de direção não necessariamente articulada.

Por fim, foi citado que um dos fatores positivos para que o programa de transplantes tivesse sua implementação concluída, ao contrário dos demais programas, consistiu no interesse particular dos envolvidos no programa, incluindo o interesse da Direção Geral, já que daria visibilidade para todos os envolvidos e, conseqüentemente, para o HU-UFSC. Esta foi a percepção dos entrevistados, que foram unânimes em apontar que o programa de transplantes foi implementado independentemente do planejamento estratégico. Nessa vertente, E11 mencionou: “a atuação do corpo diretivo teve enorme participação na implantação do programa, porém ressaltou que tal atuação ocorreria independentemente de ter-se planejamento estratégico ou não”.

Como forma de avaliar o quanto de racionalidade weberiana o processo do planejamento estratégico continha, foi solicitado aos entrevistados que atribuíssem um peso a cada uma das racionalidades, segundo a sua percepção, conforme ressaltado no capítulo três. A Figura 23 permite visualizar o resultado obtido.

Figura 23: Racionalidade no processo de planejamento estratégico do HU-UFSC



Fonte: dados primários (2012).

Para a racionalidade formal foi atribuído o peso de 52%, uma vez que os respondentes consideraram que a razão da escolha da técnica do planejamento estratégico, voltou-se para a busca da melhoria dos fluxos e rotinas, permitindo a reorganização interna do HU-UFSC. O mesmo aconteceu quando da definição dos objetivos de cada programa e os motivos elencados para a sua operacionalização que por sua vez, caracterizaram a necessidade adequação dos meios para que o hospital pudesse melhorar seus resultados.

A racionalidade substantiva recebeu o percentual de 23%, ficando evidenciada a preocupação dos membros do CAPIHU em preservar a razão de ser do hospital, materializada quando foi definida a missão do HU-UFSC.

A percepção da racionalidade prática ficou latente para os respondentes (peso de 14%), haja vista que o único programa totalmente implantado, teve o envolvimento direto da alta direção do HU-UFSC, recebendo todo o aporte financeiro e de pessoal necessário à sua implementação. Fato não ocorrido nos demais programas.

Já, a falta de operacionalização da maioria das ações estratégicas ligadas ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC) deixou a impressão nos respondentes de que a abstração nas discussões foi alta. Por esse motivo, a racionalidade teorética recebeu o peso de 11% do total atribuído às racionalidades estudadas.

Entende-se que a apresentação e análise que se realizou neste capítulo são consistentes e estão em sintonia com os capítulos anteriores, isto é, o da introdução, em que se definiram o problema e objetivos almejados, da fundamentação teórica, que sustentou todo o

aparato conceitual, e dos procedimentos metodológicos pré-definidos no capítulo três. Na sequência, são apresentadas as conclusões e sugestões desse estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a Constituição de 1988, os hospitais universitários vêm assumindo funções definidas no sistema de saúde brasileiro, estando envoltos em constantes pressões e mudanças em nível gerencial para o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas de gestão. No caso específico desta dissertação, constatou-se que o HU-UFSC, desde 2004, vem se adaptando a esse novo cenário. Por estas razões, foi relevante estudar o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) para analisar os enfoques teóricos da racionalidade weberiana presentes no processo decisório definidos no planejamento estratégico do HU-UFSC.

Vale lembrar que os objetivos específicos que balizaram a dissertação de mestrado apresentada ao PPGAU foram: identificar as ações estratégicas estabelecidas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC); apontar os fatores relacionados ao processo decisório que atuaram em cada ação estratégica do referido plano; descrever e confrontar os tipos de racionalidade weberiana que foram identificados no Plano 2006-2012 (HU-UFSC); e, analisar os avanços identificados nas ações estabelecidas no supramencionado Plano.

Com base no referencial teórico e na análise dos dados descritos nos capítulos anteriores, foi possível tecer várias conclusões para o presente estudo. É importante ressaltar que as considerações formuladas referem-se às ações relativas ao processo decisório do planejamento estratégico do Plano 2006-2012 (HU-UFSC), ou seja, não refletem necessariamente a condução do processo decisório do referido hospital ao longo de sua história.

Sobre o primeiro objetivo específico, foram consultados os membros do Comitê de Apoio ao Planejamento Institucional do HU (CAPIHU), que tiveram como função construir, de forma participativa, multidisciplinar e multiprofissional, o planejamento estratégico do HU-UFSC. O referido comitê era constituído de 42 lideranças das mais diferentes áreas do HU, incluindo representantes do corpo docente e discente dos cursos da área da saúde. Dentre as lideranças, estavam representantes do primeiro escalão, isto é, diretor geral, vice-diretor geral, diretor de medicina, diretor de enfermagem, diretor de apoio médico assistencial e diretor de administração.

Constataram-se similaridades dos fundamentos teóricos e empíricos, quando se leva em conta o reconhecimento pelos gestores do HU-UFSC do planejamento estratégico como uma ferramenta indispensável na gestão das organizações (DRUCKER, 2002) e, ainda,

como sendo um processo administrativo que fornece sustentação metodológica para definição da melhor direção a ser seguida pela organização (OLIVEIRA, 2007).

Ficou evidente a influência e papel do Diretor Geral da época, que tinha expressiva liderança e uma visão bastante empreendedora, conseguindo grande receptividade dos servidores convidados para participarem do processo. Este fato foi narrado como um momento ímpar na história do hospital, uma vez que conseguiu a mobilização de várias categorias em torno de um objetivo comum, como também propiciou o aperfeiçoamento do diálogo das várias categorias funcionais analisadas.

Paradoxalmente, como ponto negativo na condução do processo de planejamento estratégico do HU-UFSC, foi identificada a tímida sensibilização de alguns integrantes ao referido modelo de gestão. Verificou-se que mesmo havendo vontade da direção em promover a integração das diversas categorias do hospital, emergiu um descontentamento no que concerne a esclarecimentos e informações à comunidade hospitalar do que estava acontecendo na instituição. Esta constatação vai ao encontro do que sinaliza Rivera (1995), quando sugere modelos de gestão organizacionais interativos, valorativos e comunicativos, “(...) de modo que a organização enquanto totalidade sistêmica se impregne dos valores, ideias (...)”. Nessa linha, Pereira (2010) advoga que, para o planejamento estratégico ter sucesso, é necessário que todos os membros da organização sejam envolvidos no processo e se comprometam com ele.

Pôde-se constatar ainda que o processo de contratualização com a SES-SC, pactuado em 2004, pouco antes da implantação do planejamento estratégico no HU-UFSC, não foi considerado na discussão do processo. Apesar disso, ficou evidenciado nos depoimentos que o processo de contratualização traria mudanças significativas na rotina do hospital e que faltou o entendimento necessário por parte dos membros do CAPIHU e de todos os demais servidores do que estava acontecendo e o que viria de mudanças a partir do referido contrato.

Outra conclusão relevante foi o fato de o alto escalão da época ter buscado maior organização dos processos internos, o que ficou sublinhado na definição dos programas estabelecidos no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). Tais ações “tentaram ordenar de uma maneira melhor, o que se faz com o que se precisa fazer” (PLANO 2006-2012, p. 7).

Quanto aos programas estabelecidos no Plano 2006-2012, verificou-se que apenas o programa de transplantes foi completamente

instituído. O Programa de gestão de pessoas foi concluído “no papel”, submetido às instâncias devidas para os encaminhamentos necessários à sua implementação, mas não gerou resultados. As explicações e os motivos para a implementação do programa de transplantes estão associados ao interesse do HU-UFSC em se tornar referência em alta complexidade, respeitando inclusive o que foi estabelecido como **visão** no Plano 2006-2012. Os demais programas não receberam o aporte financeiro e recursos humanos necessários à implementação, nem o envolvimento direto da alta direção, como foi o caso do Programa de transplantes.

Em relação aos fatores relacionados ao processo decisório que atuaram em cada ação estratégica do referido plano, concluiu-se que a Direção Geral do HU detém a responsabilidade na decisão de ações em nível estratégico e tem dificuldades em envolver os níveis abaixo do primeiro escalão, caracterizando um modelo de decisão centralizador. Outro fator relacionado ao processo decisório foi a existência de uma gama de decisões não programadas, ou seja, decisões que fogem ao cotidiano do hospital, com demandas extremamente urgentes. Esse fator é considerado como desencadeador de um modelo de gestão centralizador, aliado à necessidade de decisões relacionadas ao aporte financeiro e de recursos humanos terem de ter o aval da Direção Geral. Constatou-se, também, que o nível de centralização das decisões resultantes de um processo de planejamento e gestão restrito à Diretoria Geral do hospital dificultou o crescimento e desenvolvimento mais autônomo dos diversos setores e/ou serviços, fato sentido quando da tentativa de implementação de algumas ações estratégicas estabelecidas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Quanto aos tipos de racionalidades weberiana que foram identificados no Plano 2006-2012 (HU-UFSC), os dados da pesquisa revelaram que a racionalidade formal, que oferece como referência à ação humana, a aplicação de regras, leis e regulamentos tornados institucionalizados em determinado contexto, referenciado no cálculo utilitário de consequências no estabelecimento de relações meio-fim, foi a que mais se destacou. Isso pode ser explicado pelo fato de que, à época da implantação do planejamento estratégico, existia uma forte liderança do gestor impondo o seu estilo de gerenciar e cobrando resultados efetivos do grupo.

A racionalidade substantiva – aquela que toma como base para sua orientação os valores, não havendo, portanto, cálculo utilitário das ações humanas e é conduzida independentemente dos resultados a serem obtidos – ficou também evidenciada. Constatou-se um forte

comprometimento do grupo com a preservação das características do HU enquanto instituição voltada para o atendimento dos anseios da sociedade, fato amplamente discutido pelo CAPIHU e transformado na missão do HU-UFSC.

A racionalidade teórica, que envolve o predomínio consciente da realidade pela construção de conceitos abstratos, sem a preocupação com a ação, ficou salientada quando foi aferida a reduzida operacionalização da maioria das ações estratégicas ligadas ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC), deixando a impressão de que a abstração nas discussões foi alta. Já a racionalidade prática ficou latente para os respondentes, haja vista que o único programa totalmente implantado teve o envolvimento direto da alta direção do HU-UFSC, recebendo todo o aporte financeiro e de pessoal necessário à sua implementação, fato não ocorrido nos demais programas.

No quarto objetivo buscou-se identificar os avanços promovidos às ações estabelecidas no Plano 2006-2012 (HU-UFSC). A pesquisa mostrou que o único programa efetivamente concluído e executado foi o de transplantes. O Programa de gestão de pessoas foi concluído, com a proposição de uma nova política de recursos humanos para o HU-UFSC, todavia não foi implementado. O Programa de comunicação interna e marketing teve algumas ações implementadas na área de comunicação visual e normatização dos impressos, mas foram “incipientes para que o programa se destinava”, pontuou um dos respondentes. O Programa de assistência conseguiu somente implantar o procedimento da identificação do leito do paciente, que faz parte de uma exigência apregoadá pela ANVISA. Os demais programas ficaram limitados às discussões nos grupos, sem registros de atividades implementadas que estivessem relacionadas ao Plano 2006-2012 (HU-UFSC).

Por fim, merece destaque uma frase exarada por um dos entrevistados que, por certo, reflete a importância do Plano 2006-2012 para a gestão do HU-UFSC e a frustração de quem acreditou que essa ferramenta de trabalho pudesse ajudar o HU-UFSC a melhorar ainda mais a qualidade de seus serviços prestados à sociedade: “(...) o corte foi muito repentino, e aí nos deixou meio desamparados (...) hoje o Plano 2006-2012 (HU-UFSC) é uma lembrança boa.” Todas as descobertas supramencionadas permitem afirmar que foram atingidos em plenitude os objetivos propostos para esta dissertação.

5.1 RECOMENDAÇÕES

O planejamento estratégico proporcionou um campo de estudo que diz respeito ao processo de reflexão sobre a gestão do HU-UFSC. Contudo, sugere-se a realização de estudos similares, para melhor clarificar a problemática abordada, tais como: aperfeiçoar os instrumentos de coleta de dados, coletando os dados por meios de questionários e entrevista pessoal de forma a possibilitar uma análise qualitativa e quantitativa, testando outras tipologias de racionalidade; e promover estudos sobre a consolidação da técnica do planejamento estratégico como “guarda-chuva” para facilitar a tomada de decisão.

Recomenda-se ainda um estudo detalhado sobre as principais técnicas de planejamento estratégico que obtiveram sucessos em outros hospitais universitários de porte e padrão semelhantes ao HU-UFSC, visando assim corrigir no futuro os equívocos constatados neste trabalho acadêmico.

REFERÊNCIAS

- AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.
- ALENCAR, E. **Introdução à metodologia de pesquisa**. Lavras: UFLA/FAEP, 2000.
- ALMEIDA, T. Especialização na moderna organização hospitalar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 1944. p. 135-163.
- ALMEIDA, M. S. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.
- ANSOFF, H. I.; MCDONNELL, E. J. **Implantando à administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 1993.
- ANSOFF, H. I. **Administração estratégica**. São Paulo; Atlas, 1990.
- ANDREWS, K. R. O conceito de estratégia corporativa. In: MINTZBERG, H. *et al.* **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006. p.78-84.
- ABREU, M. P. **O processo de planejamento em um hospital público e universitário: o discurso e a prática**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, 2006.
- ALVES, A. C. **Lógica: pensamento formal e argumentação**. 2. ed. São Paulo: Ed. Quartier Latin do Brasil, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BAZERMAN, M. H. **Processo decisório: para cursos de Administração, Economia e MBAs**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BEAL, A. **Gestão estratégica da informação: como transformar a informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e de alto desempenho nas organizações**. São Paulo: Atlas, 2004.
- BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 004, p. 861-870, 2007.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999.

BITTAR, O. J. N. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 17, out-dez. 2002.

BLAU, P.; SCOTT, W. R. **Organizações formais**: uma abordagem comparativa. São Paulo: Atlas, 1979.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo da psicologia. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. In: **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, 2008.

BRAGA, N. Processo decisório em organizações brasileiras. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública, v. 21, n. 3, p. 35-57, 1987.

BRASIL. **Constituição Federal**. Publicação oficial, 1988.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de gestão de investimentos em saúde. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno: fundamentos da enfermagem. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira. **Cadernos de Atenção Especializada**, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=ds_pDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12250> Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Terminologia básica de saúde**. 1983. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>
Acesso em: 15 mar. 2012.

BRETAS PEREIRA, M. J. L. **Faces da decisão**: as mudanças de paradigmas e o poder da decisão. São Paulo: Atlas, 1997.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar**: a percepção de diretores de hospitais universitários vinculados às instituições Federais de Ensino Superior. Dissertação (Escola de Adm. de Empresas de São Paulo da FGV), 2008.

CAITANO, D. I. M. O. **A racionalidade substantiva na gestão organizacional**: consolidação de um campo de estudos. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós Graduação em Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CARNELUTTI, J. G. **A competitividade do setor hospitalar de Cruz Alta – RS**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Santa Maria, RS, Brasil, 2006.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. (Org.). **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Cooperação Brasil-França: Éditions École Nationale de La Santé Publique ENSP, 1995. p. 38-49.

CAUDURO, J. L. **Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação**: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Dissertação (Mestre em Administração Pública), Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1990.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, maio 2003.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, L. C. O (org.). **Saúde em debate**: Série Didática. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 7. ed. São Paulo: Ática, 1996.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 2011.

CHOO, W. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. São Paulo: SENAC, 2003.

COBRA, M. **Administração estratégica do mercado**. São Paulo: Atlas, 1991.

CORNELIO, R. R. **A formulação da decisão no nível estratégico de uma organização pública: um estudo sobre o processo decisório na SMS-RJ**. (Dissertação de Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde pública; 1999. 131 p.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n.18, p.49-71, 2002.

DAFT, R. **Administração**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1999.

DALLORA, M. E. L. V; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, vol. 41, p. 135-142, 2008.

DAMASIO, A. R. **O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano**. Sintra: Publicações Europa-América, 1994.

DRUCKER, P. F. **Introdução à administração**. 3 ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

ELSTER, J. **Peças e engrenagens das ciências sociais: quando a racionalidade falha**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1984.

FERREIRA, J. L. C. **Racionalidade e dimensões organizacionais: análise comparativa entre uma empresa de Economia de Mercado e uma empresa de Economia de Comunhão**. Dissertação de mestrado, Curso de Mestrado em Administração do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná – UFPR, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4., Jul/ago. 2007.

FOUCAULT, M. O nascimento do Hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000, p. 99-111.

FREITAS, H. *et al.* **Informação e decisão**: sistemas de apoio e seu impacto. Porto Alegre: Ortiz, 1997.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**: romance da história da filosofia. Tradução João Azenha Jr. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GERGES, M. C. **Visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENEZ, F. A. P. Escolhas estratégicas e estilo cognitivo: um estudo com pequenas empresas. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 1, jan./abr. 1998.

GÓES, R. **Manual prático de arquitetura hospitalar**. São Paulo: Edgar Blucher, 2004.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração, 1983.

_____. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GURGEL JR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**: I racionalidad de la acción y racionalización social. Madri: Grupo Santillana de Ediciones, 1999.

HALL, R. **Organizações**: estrutura e processos. 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.

HAWERROTH, J. L. **Estratégias acadêmicas como alternativa de avaliação de desempenho docente**: o caso da Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

HREBINIAK, L.G. **Fazendo a estratégia funcionar**: o caminho para uma execução bem-sucedida. Rio Grande do Sul: Bookman, 2006.

HOLANDA, A. B. **O novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC. **Apresentação planejamento estratégico**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/index.php?id=26>> Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. **O que é o AGHU?** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/novo_site/ser_vicos/aghu/o-que-e/> Acesso em: 10 jul. 2012.

JOHNSON, A. C.; SCHULZ, R. **Administração de hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1979.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: EPU, 1980.

KWASNICKA, Eunice L. **Teoria geral da administração**: uma síntese. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

LADRIÈRE, J. **Os desafios da racionalidade**: o desafio da ciência e da tecnologia às culturas. Rio de Janeiro: Vozes, 1979.

LOBLER, M. A utilização da ciência cognitiva nos trabalhos científicos da área de sistemas de informações e apoio à decisão. **REAd**, ed. 31, v. 9, n. 1, jan.-fev. 2003.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4., Jul./ago. 2007.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S. DA.; FERNANDES, B. Mudança e estratégia nas organizações: perspectivas cognitiva e institucional. In: VIEIRA, M. M. F.; OLIVEIRA, L. M. B. DE. (Orgs).

Administração contemporânea: perspectivas estratégicas. São Paulo: Atlas, 1999. p. 102-118

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; DELLAGNELO, E. L. Novas formas organizacionais: onde se encontram as evidências empíricas de ruptura com o modelo burocrático de organizações? **O&S**, Salvador, v. 7, n.19, set./dez. 2000.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing:** uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANNHEIM, K. **Diagnóstico de nosso tempo.** Rio de Janeiro Ed. Zahar, 1973.

MARQUES, R. C. **A imagem social do médico de senhoras no século XX.** Belo Horizonte: COOPMED, 2005.

MARTINS, J. A. F. **Resgate histórico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.** Monografia (trabalho de conclusão de curso – UFSC – Curso de graduação em medicina), 2004.

MCGEE, J. V, PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico da informação:** aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

MÉDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais.** Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, 2001. 13 p. (Mimeogr.)

MERHY, E. E. **Inventando a mudança na saúde**. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). São Paulo: Hucitec, 1997.

MINTZBERG, H. **Estrutura e dinâmica das organizações**. Lisboa: Dom Quixote, 1995.

_____. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

_____; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um projeto pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG H. Moldando a estratégia. In: MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia**. São Paulo: Bookman, 2006.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

MOTTA, P. R. Razão e intuição: recuperando o ilógico na teoria da decisão gerencial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 77-94, jul.-set. 1988.

_____. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 10 ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

MOTTA, F. C. P., PEREIRA, L. B. **Introdução à organização burocrática**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MURRAY, A. D.; VANALLE, R. **Contribuição à análise dos processos de planejamento estratégico dos Hospitais gerais privados do município de São Paulo**. XVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – Curitiba, PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

NICOLAU, I. **O conceito de estratégia**. Lisboa: INDEG/ISCTE Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial, 2001.

OLIVEIRA, D. P. R.. **Excelência na administração estratégica: a competitividade para administrar o futuro das empresas: com depoimentos de executivos**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Planejamento estratégico**. 23. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

OLIVEIRA, G. M. **Racionalidade científica, paraconsistência e quase verdade**. Dissertação (Mestrado) Curso de pós-graduação em Filosofia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, 2008.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. Planejamento e gerência: as duas faces de uma mesma moeda. **Revista de Pesq.**: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 25-32, 1./2. sem. 2004.

PEREIRA, M. F. **Planejamento estratégico**: teorias, modelos e processos. São Paulo: Atlas, 2010.

PINOTTI, J. A. **Saúde**: uma visão política. Curitiba: Fundação Pedroso Horta, 1997.

PIZZA JÚNIOR, W. Razão substantiva. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 28 (2), p. 7-14, abr./jun. 1994.

PONCHIROLLI, O. O capital humano como elemento estratégico na economia da sociedade do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 29-42, jan./abr. 2002.

PORTELA, O. T; SCHMIDT, A. S. Proposta de metodologia de avaliação e diagnóstico de gestão hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, n. 21, p. 198-202, 2008.

RAMOS, A. G. **A nova ciência das organizações**: uma reconceitualização da riqueza das nações. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1989.

RENNÓ, C. S. N; DINIZ, Z. C. M.; MAFRA, A. A. Plano diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas 2007-2009. In: MARTINS, M.M.; COUTINHO, I.; SANTOS, A. (org.). **Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2 ed. São Paulo: FENAME, 1977.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2007.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Agir comunicativo e planejamento social** (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

_____. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSETTI, J. P. **Introdução à economia.** 14 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica nos estudos.** São Paulo: Atlas, 1986.

SÃO THIAGO, P. E. **Promovendo saúde e ensino:** Hospital Universitário de Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 1983.

SELEME, A. **Tecnologia e poder em organizações hospitalares: o caso do HGCR.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

SEMLER, Ricardo. **Virando a própria mesa.** São Paulo: Best Seller, 1988.

SENGE, Peter. **A quinta disciplina.** São Paulo: Best Seller, 1990.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: E.P.U., 1987.

SERVA, M. **Racionalidade e organizações: o fenômeno das organizações substantivas.** São Paulo, 1996, 607 f. Tese (Doutorado em Organização, Planejamento e Recursos Humanos) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 1996.

_____. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. **Revista de Administração de Empresa**, São Paulo, v. 37, n. 2, abr./jun. 1997.

SEVERO, L. S.; PEDROZO, E. A. A citricultura orgânica na região do vale do café – RS: Racionalidade substantiva ou instrumental? *In: Encontro de Estudos Organizacionais – ENEO 4*, 4 a 6 jun. 2006. 1 CD-ROM.

SIENA, O. **Tipos de racionalidade na lógica de ação de dirigentes em organizações universitárias brasileiras.** Dissertação (Mestrado) área de concentração: Políticas e Planejamento Universitário, Curso de Pós-graduação em Administração da UFSC, 1993.

- SILVEIRA, V. N. S. Racionalidade e organização: as múltiplas faces do enigma. **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 1107-1130, out./dez. 2008.
- SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: FGV, 1979.
- SOUZA, A. C.; FIALHO, F. A. P.; OTANI, N. **TCC: Métodos e técnicas**. Florianópolis: Visual Books, 2007.
- SUN-TZU. **A arte da guerra: os documentos perdidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- THIRY-CHERQUES, H. R. Max Weber: o processo de racionalização e o desencantamento do trabalho nas organizações contemporâneas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 897-918, 2009.
- THOMPSON JUNIOR, A. A.; STRICKLAND III, A. J. **Planejamento estratégico: elaboração, implementação e execução**. São Paulo: Pioneira, 2000.
- TORRES, J. F. **A participação nas gerências do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: UFSC, 2003, 295p. Dissertação (Mestrado em Administração) Curso de pós-graduação da UFSC, 2003.
- TORRES, N. **Manual de planejamento da informação empresarial**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.
- TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Prof. Polydoro Ernani de São Thiago. **Plano operativo 2010**. Florianópolis, 2010. VALENTI, G. D. **Ética do discurso: A emancipação do homem no trabalho e a teoria social crítica de Jürgen Habermans**. São Paulo, 1995. Tese de Doutorado – EAESP/FGV, 1995.
- VASCONCELOS, C. M. **Notas sobre a crise dos hospitais universitários no Brasil**. (texto impresso). 2004.

VENDEMIATTI, M. *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, suppl.1, p. 1301-1314, 2010.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Universidade de Brasília, 2000. v.1.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. **Cadernos EPAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, art. 4, p. 54-70, mar. 2010.

WRIGHT, P; KROLL, M.; PARNELL, J. **Administração estratégica**. São Paulo: Atlas, 2000.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia**. São Paulo: Thomson, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados de Identificação:

1. Qual era seu cargo/função no momento da implantação do PE-HU?
2. Neste momento, qual o seu cargo no HU-UFSC?
3. Quanto tempo de serviço você tem no HU-UFSC?
4. Qual a estratégia de ação (programa) que você foi responsável e/ou participou?

Planejamento Estratégico

1. Na sua interpretação, como foi conduzido o planejamento estratégico do HU?
2. Como foram selecionados os Programas que compõem o Plano 2006-2012?
3. Qual o objetivo pretendido com a ação estratégica escolhida (Programa)?
4. Quais os motivos que levaram o HU a escolher o referido curso de ação (Programa)?
5. Como foram operacionalizadas as etapas para a elaboração do Programa que você participou?
6. Quais os motivos você destaca para o sucesso ou fracasso na implementação deste programa?

Tomada de decisão

7. Fale sobre o processo de tomada de decisão do HU
8. Na formulação e implementação dos Programas definidos, como você classifica a inclusão das chefias superiores e demais servidores envolvidos?

9. Houve delegação de atribuição e divisão de responsabilidades nas equipes?
10. Em sua opinião, no processo de tomada de decisão para formulação e implementação do Plano 2006-2012, como foram as decisões e quem participou dessas decisões?
11. Na execução dos trabalhos de implementação da ação estratégica (Programa), como foi a supervisão e autonomia dos coordenadores responsáveis pela implementação da ação trabalhada?
12. Como os coordenadores e os diretores de primeiro escalão do HU-UFSC participaram das discussões e qual o apoio operacional dado na implementação da ação (Programa)?

Racionalidade

13. Na **formulação** da ação foi considerado unicamente os dispositivos legais vigentes(estatuto, normas, regimento, etc.)?
14. Na **implantação** da ação foi considerado novos caminhos/alternativas?
15. A **formulação** da ação estratégica foi resultado de um processo de discussão amplo, tendo sido considerado quais categorias envolvidas?
16. Na **implantação** da ação estratégica buscou-se o envolvimento de todos os profissionais envolvidos no processo?
17. Na **formulação** da ação tinha-se como pressuposto atingir as metas estabelecidas no plano operativo firmado com a SES-SC?
18. Na **implementação** da ação tinha-se como pressuposto atingir as metas estabelecidas no plano operativo firmado com a SES-SC?
19. Como você descreve as ações de implantação pelos dirigentes responsáveis por cada programa que compõem o Plano 2006-2012 durante esses 6 anos?

20. Como foram as reuniões e ajustes do Programa que participastes durante esse tempo?
21. Por favor, complemente sua leitura sobre os sucessos e fracassos latentes na implementação do Programa em que participastes? E dos sucessos e fracassos do Plano 2006-2012?

Obrigada!

ANEXO

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Autorizamos a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária – PPGAU/UFSC, Miriam Idalina Hékis, a realizar junto ao Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, seu trabalho de conclusão, tendo como tema “ **A RACIONALIDADE PRESENTE NO PROCESSO DE DECISÃO REFERENTE À IMPLANTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HU-UFSC**”, sob orientação do Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha.

A aluna também está autorizada a divulgar o nome da instituição no corpo de seu trabalho.

Dr. Felipe Felício

Diretor Geral – HU/UFSC