

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MARIA LAURA ORLANDI DEMO

ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Florianópolis

2015

Maria Laura Orlandi Demo

ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do Título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof.^a Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, Dra.

Florianópolis

2015

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

Demo, M. Laura Orlandi
Estratégia como prática em uma organização hospitalar /
M. Laura Orlandi Demo ; orientadora, Gabriela Gonçalves
Silveira Fiates - Florianópolis, SC, 2015.
119 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico. Graduação em Administração.

Inclui referências

1. Administração. 2. Estratégia como Prática. 3. Gestão
de Saúde. 4. Hospitais. I. Fiates, Gabriela Gonçalves
Silveira. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Administração. III. Título.

MARIA LAURA ORLANDI DEMO

ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado e aprovado na sua forma final pela Coordenadoria de Estágios e Monografias do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 27 de novembro de 2015.

Prof.^a Evelize Welzel, Dra
Coordenadora de Monografias

Professores avaliadores:

Prof.^a Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, Dra
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Cibele Barsalini Martins, Dra
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Rosalia Barbosa Lavarda, Dra
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos heróis que vestem jaleco.

AGRADECIMENTOS

Merecem especiais e eternos agradecimentos:
Deus, por possibilitar a concretização do projeto;
Robson, Claudia e Maria Claudia, pelo apoio;
Mími, Bruce, Pérola, Scarlet e Chanel, por estarem sempre ao meu lado;
Caroline Orlandi Brilinger, pela inspiração;
Eliane Fernandes, pela benevolência;
Rute Michels Meneghel, pela solicitude;
Anne Karolyne Junkes, pelo altruísmo;
A equipe do hospital, pela oportunidade e colaboração;
Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, por ampliar o alcance de minha visão.

*“Talvez pareça estranho enunciar,
como primeiríssimo requisito de um hospital,
o princípio de que ele não deve causar danos.”*

Florence Hightingale

“Colui che non rispetta la vita non la merita.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

A monografia tem como tema a gestão estratégica em estabelecimentos hospitalares, seu desenvolvimento foi alicerçado sob a abordagem da Estratégia como Prática. Assim, teve como objetivo analisar o processo de formação/formulação da estratégia na prática do hospital filantrópico pesquisado, para tanto, identificou-se os atores envolvidos, o modo como as práticas organizacionais interferem na formação de estratégias e as práxis relacionadas. Também foi estudado se a postura da instituição, frente a seu meio, tende a ser voluntarista ou determinista. Configura-se como uma pesquisa científica aplicada, caracterizada como um estudo de caso; a análise de dados foi qualitativa e pautada na análise crítica do discurso. Os resultados obtidos evidenciam que as estratégias da instituição não são dissociadas das práticas organizacionais, mas, ao contrário, exercem influências recíprocas. Isso propicia uma visão sistêmica, foco para ações e resulta no alcance dos objetivos estipulados. O setor de saúde possui inúmeras exigências, deve englobar inovações constantemente e suprir uma grande demanda de serviços, o que inflama a necessidade de possuir uma postura estratégica.

Palavras chave: Estratégia como Prática; Gestão de Saúde; Hospitais.

ABSTRACT

The monograph is about strategic management in hospitals, its development was founded in the approach of the Strategy as Practice. Therefore, its objective was to analyze the process of formation/formulation of strategy in the practice of the philanthropic hospital researched, for this purpose, the players involved, how organizational practices interfere in the formation of strategies and the related praxis were identified. It studied, also, if the position of the institution, in relation to its environment, tends to be voluntarist or deterministic. It's an applied scientific research, characterized as a case study; the data analysis was qualitative and guided by the critical discourse analysis. The results show that the strategies of the institution are not separated from its organizational practices but exert mutual influences. This provides a systemic view, focus on actions and allows reach the stipulated goals. The health care industry has many requirements, must encompass innovations constantly and attend a great demand for services, which inflames the necessity of have a strategic posture.

Keywords: Strategy as Practice; Health Management; Hospitals.

SOMMARIO

La tesi ha come tema principale la gestione strategica negli ospedali. La ricerca si è basata sull'approccio della Strategia come Pratica. In questo modo è stato analizzato il processo di formazione/formulazione di strategie nella pratica dell'ospedale filantropico studiato. In base a ciò, sono stati identificati gli attori coinvolti, il modo come le pratiche organizzative interferiscono nella formazione di strategie e le prassi relazionate ad esse. È stato analizzato anche se la posizione dell'istituzione, rispetto al suo ambiente, tende ad essere volontaristica o deterministica. Si configura come una ricerca scientifica applicata, caratterizzata come uno studio di caso; l'analisi dei dati è stata qualitativa e basata sull'analisi critica del discorso. I risultati mostrano che le strategie dell'istituzione non sono separate dalle pratiche organizzative, in quanto, esercitano influenze bilaterali. Questo ci fornisce una visione sistemica, attenta alle azioni e risulta nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Il settore della salute ha molte esigenze, dovrebbe comprendere le innovazioni costantemente e soddisfare una grande richiesta di servizi, il che mette in evidenza la necessità di avere un'atteggiamento strategico.

Parole chiavi: Strategia come Pratica; Gestione della Salute; Ospedali.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégias genéricas de Porter.....	29
Figura 2 – Estratégias deliberadas e emergentes.....	37
Figura 3 – Estratégia Integrativa.....	38
Figura 4 – Escolha estratégica e determinismo ambiental na adaptação organizacional.....	39
Figura 5 – Uma estrutura conceptual para analisar a estratégia como prática.....	42
Figura 6 – Níveis de análise da estratégia como prática.....	48
Figura 7 – Cadeia de Suprimentos no Setor Saúde.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escolas e respectivos processos de formulação.....	31
Quadro 2 – Formas de Coleta de Dados.....	67
Quadro 3 – Questionamentos do Roteiro de Entrevista.....	68
Quadro 4 – Classificação do Hospital PHI.....	73
Quadro 5 – Especialidades atendidas em 2015.....	74
Quadro 6 – Números do Hospital PHI em 2014.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Hospitais no Brasil.....	56
Gráfico 2 – Evolução do número de colaboradores.....	75

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	14
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo Geral	18
1.2.2	Objetivos específicos	19
1.3	JUSTIFICATIVA	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1	ESTRATÉGIA	23
2.1.1	Evolução do pensamento e conceito de estratégia.....	24
2.1.2	Escolas do pensamento estratégico.....	31
2.1.3	Processos de desenvolvimento de estratégia	36
2.2	ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA	41
2.2.1	Práxis	43
2.2.2	Práticas	44
2.2.3	Atores	45
2.2.4	Níveis de análise estratégica.....	47
2.3	GESTÃO EM SAÚDE	49
2.4	SETOR DE SAÚDE NO BRASIL.....	52
2.4.1	Configuração do Sistema Único de Saúde	52
2.4.2	Atual quadro de competição em saúde.....	54
2.5	ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	59
2.5.1	Funções e classificação.....	59
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	64
3.1	TIPO DE ESTUDO	64
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA	66
3.3	COLETA DE DADOS	67
3.4	ANÁLISE DE DADOS	69
3.5	LIMITAÇÃO DO ESTUDO	71
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	72
4.1	O HOSPITAL.....	72
4.2	A ESTRATÉGIA NA PRÁTICA DO HOSPITAL PHI	76

4.2.1 Atores envolvidos	79
4.2.2 Práticas influenciadoras	85
4.2.3 Práxis relacionadas	90
4.2.4 Postura da instituição	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
Referências	107
APÊNDICE	115
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	116

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo são apresentados a contextualização do tema estudado, qual será a pergunta de pesquisa, os objetivos geral e específico que nortearam o desenvolvimento do trabalho e as razões que justificam sua realização.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Ter saúde é imprescindível. Todos os seres vivos dela dependem para conseguir viver e cumprir seu papel. A vida é um direito fundamental que se liga diretamente à saúde, assim, com o objetivo de assegurar a vida, é de suma importância primeiramente prover o direito a saúde. Da mesma forma, a saúde é essencial não só para a manutenção da vida, mas para que se possa viver dignamente, é o maior bem dos seres vivos, nada é suficiente para alguém que não a possui. Sendo assim, o setor de saúde tem um grande papel na sociedade, pois atua de forma a zelar pela qualidade de vida, pela sobrevivência e pelo bem-estar da população.

Em 1978, no Cazaquistão, a Organização Mundial da Saúde definiu e formalizou, na Declaração de Alma-Ata, a concepção de saúde como sendo um completo estado de bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). A partir desse momento, a simples ausência de doença não seria mais sinônimo de saúde e caberia às nações zelar pelo bem-estar de seus habitantes, objetivando um mundo saudável até o ano 2000. Das influências – gripes – à insuficiência cardíaca, a tão necessária assistência a saúde deve ser provida pelo país na medida em que o não cumprimento desse papel seria um retrocesso, iria de encontro a Constituição Federal de 1988 (CF/88) e, ainda, caracterizaria um desrespeito a vida humana.

O sistema público de saúde brasileiro (SUS – Sistema Único de Saúde) é um exemplo até para os países mais desenvolvidos, tendo sua criação e propósitos sido influenciados pela Declaração de Alma-Ata, que objetivava promover a saúde em todos os povos do planeta. Sua preocupação em atender todas as pessoas, mesmo quando possuam condições financeiras de arcar com os preços da rede particular ou sejam acometidas por doenças raras, não é realidade em todos os países. O caso dos Estados Unidos da América ilustra bem esse fato, pois, apesar de ser considerada uma grande potência, nesse país a saúde não é garantida para todos pelo

governo, gerando graves situações de desamparo e desespero, como relatado no documentário SICKO de Michael Moore (2007).

Os princípios doutrinários que regem o SUS são a integralidade, a universalidade e a equidade (BRASIL, 1990a). A integralidade manifesta-se no provimento total da assistência de saúde demandada por cada cidadão, a universalidade prega que, independente de qualquer fator social ou econômico, todos os cidadãos possuem igualmente o direito de ser assistido pelo sistema único, já a equidade visa oferecer proporcionalmente os serviços necessários, ou seja, o nível de atendimento seria proporcional à gravidade da patologia apresentada, por exemplo: pacientes mais graves receberiam um atendimento especializado, enquanto problemas de saúde primária seriam sanados pela atenção básica. O direito à saúde foi regulamentado pela CF/88, assim, com base nesta determinação é papel do governo prover todo o necessário para devolver a saúde ou amenizar o sofrimento dos pacientes, independente dos custos para o cumprimento dessa obrigação.

Apesar da saúde não ter sido atingida mundialmente no ano 2000, como visava a Declaração de Alma-Ata, torná-la um direito de todos encaminhou o Brasil ao atendimento desse objetivo. Ainda que apenas em teoria, o Brasil possui uma posição de destaque no cenário internacional nessa área. Visto que a saúde é o meio para a vida, deve ser universal, integral e equânime, como definiu o SUS, a maior prova de respeito à vida é o fornecimento de uma adequada atenção à saúde.

Desenvolver e gerir um sistema de saúde adequado, que atenda de forma satisfatória as necessidades da população, é um desafio. A saúde é dinâmica, novas patologias surgem, as características da população se transformam, bem como, mudam os perfis epidemiológicos. As demandas variam consideravelmente, acompanhá-las e supri-las não é algo simples, ações empregadas no passado nem sempre são certeza de sucesso presente ou futuro.

No setor de saúde não basta equilibrar a oferta com a demanda administrando os recursos. É uma área complexa, uma vez que envolve interesses sociais, políticos e empresariais, utiliza novas tecnologias constantemente, engloba diferentes instituições e depende de profissionais muito bem capacitados (DAMÁSIO, 2012). Os serviços de saúde são extremamente sensíveis às pesquisas científicas, devem se adequar às descobertas realizadas e fornecer novos tratamentos, pois em pouco tempo o que é novidade vira uma nova exigência a ser cumprida. Esse setor lida diretamente com pessoas, suas esperanças, frustrações, expectativas, sendo assim, ao atuarem, os profissionais de saúde precisam ter cautela em suas atitudes e cuidado nas ações realizadas, agindo sempre de forma ética e responsável, fazendo tudo o que estiver ao alcance.

Não obstante, a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, reconheça a saúde como um dever do Estado e direito do cidadão, problemas podem ser facilmente vistos na oferta dos serviços de saúde pela rede pública, principalmente no não atendimento de toda a demanda existente. Para Tieghi (2013), faltam leitos, equipamentos, profissionais e as filas para procedimentos duram meses, situação que ilustra o quanto prover um sistema de saúde universal é difícil para um país tão extenso territorialmente. Portanto, mostra-se necessária a participação de outros atores no setor e, assim, as lacunas não preenchidas pela rede pública são supridas pela saúde suplementar, que basicamente consiste na participação da iniciativa privada no sistema de saúde do país.

As exigências existentes, complexidade dos serviços, relação direta com o contexto ambiental, elevados custos da atividade e gestão da demanda exercem uma grande pressão sobre o setor de saúde. O modelo de atenção à saúde ainda se transformará progressivamente nos próximos anos, já que as práticas exclusivamente curativas e focadas na doença tendem a ser abolidas, dando lugar à visão sistêmica da saúde, que é baseada na multidisciplinaridade e possui foco no paciente (SANTOS et al, 2002; SILVA et al, 2005 apud DAMÁZIO, 2012). Para Sasso et al (2013), o trabalho conjunto de profissionais de diferentes formações e a união de seus conhecimentos de forma interdisciplinar é fundamental para a promoção da saúde e o atendimento total das necessidades dos usuários.

Todas as mudanças que vêm ocorrendo e ainda se manifestarão conclamam a premência da adoção da gestão estratégica nas mais variadas instituições que atuam no setor de saúde. Por sua vez, as estratégias não podem ser dissociadas das práticas organizacionais, pois se complementam, uma vez que as mesmas se influenciam mutuamente e se direcionam ao alcance do propósito empresarial.

Como o corpo humano, as organizações são sistêmicas, não vivem isoladas do meio, ambos, organização e contexto, sofrem influências bilaterais. A sustentabilidade dos negócios depende do reconhecimento deste fato. Transformações ambientais invocam a elaboração de novas estratégias e, atuando em um ambiente dinâmico, é imprescindível se manter atento a tudo que acontece, buscando prever as transformações para agir da melhor forma em sua vigência e atingir os objetivos definidos.

Mesmo sendo os serviços de saúde amplamente demandados pela população, sua gestão precisa ser eficiente, pois envolve inúmeros custos e a grande demanda não aboliu a competição no setor, a exigência dos clientes é crescente. A sociedade está mais consciente de seus direitos e, por ter acesso a informações de todo o globo, torna-se mais exigente em relação aos produtos e tratamentos ofertados, buscando-os nos mais remotos destinos. Como

afirmam Oliveira e Silva (2012), o turismo de saúde rompe barreiras geográficas e abala o setor; no Brasil essa tendência já pode ser observada em pequena escala em hospitais como Albert Einstein e Sírio-Libanês, ambos em São Paulo.

Para Nicolau (2001), o processo de formação de estratégias e sua implementação se dá de maneira única nas organizações, pois resulta da aglutinação de aspectos internos e externos. Em ambientes de constantes e consideráveis transformações, definir estratégias através de processos controlados e formalizá-las torna-se algo imensamente difícil, em razão da impossibilidade de prever acontecimentos precisamente. Situação que se agrava quando o meio é determinista, característica observada no setor de saúde, devido ao alto grau de regulação. Nesse contexto, a flexibilidade e a aprendizagem constante devem ser buscadas para que se possa estabelecer um alinhamento entre o ambiente e os recursos organizacionais, assim, a formação de estratégia pelo processo de construção permanente seria uma boa alternativa de ação.

Damásio (2012) aponta que a cadeia de valor do setor de saúde no Brasil é composta pelos fornecedores de materiais, de medicação e de equipamento, laboratórios, clínicas, profissionais de saúde e hospitais. Os serviços de saúde são vitais para a sociedade, novas pesquisas são conduzidas a fim de aprimorá-los e é grande a responsabilização na prestação dos mesmos, fato que explica a existência da rígida regulação e fiscalização de toda a cadeia que compõe o setor. Em virtude dessas exigências impostas e velozes avanços científicos, as empresas ligadas à saúde mostram-se perfeitos atores para a prática da formação da estratégia pelo processo de construção permanente.

Assim, observa-se que organizações de saúde precisam ser capazes de adaptarem-se em curtos espaços de tempo, suprimindo as demandas e imposições para manterem-se sustentáveis. O que não impede que sejam feitas também escolhas estratégicas, visto que para Herbianack e Joice (1985) a escolha estratégica e o determinismo ambiental não seriam mutuamente excludentes, mas sim complementares e elucidariam uma postura mais determinista ou mais voluntarista da organização ao longo do tempo.

Como afirmam Okayama, Gagg e Oliveira Junior (2014), em 1996, Richard Whittington apresentou uma visão da estratégia focada no processo de elaboração e no estrategista, colocando a empresa e a própria estratégia em segundo plano. Para Whittington (2004), a estratégia foi, por um longo período, tratada de maneira limitada, focada em dados quantitativos e na imparcialidade científica, porém desde 1980, vem sendo adotadas também abordagens mais práticas e qualitativas. Assim, origina-se a perspectiva da Estratégia como Prática, S-as-P – do inglês *Strategy as Practice*, em que a prática é a peça chave e a estratégia

é vista não como algo que a organização tem, mas como algo que ela faz. Percebe-se, pois, que a Estratégia como Prática pressupõe que o fazer estratégia é complexo e dinâmico, já que é resultado de um mosaico composto por variados fatores, como células que formam tecidos e estes, por sua vez, formam órgãos, que reunidos em sistemas constituem um ser vivo.

Nesse contexto, frente à gestão estratégica muitas são as variáveis que devem ser consideradas e avaliadas para seu exercício e inúmeros são os esforços que precisam ser dedicados para o alcance dos objetivos estipulados. Como afirmou o Gato de Cheshire, personagem do livro *Alice no País das Maravilhas* de Lewis Carroll (2010), para quem não sabe aonde quer ir, qualquer lugar serve. A definição de estratégias tem o papel de romper com essa indiferença em relação aos resultados obtidos e o destino da organização.

As instituições hospitalares são empresas complexas e, por reflexo, sua gestão é igualmente complexa. O alvo do estudo é um hospital filantrópico localizado no estado de Santa Catarina – Brasil. No entanto, visando manter sigilo a respeito da instituição pesquisada adotou-se, em lugar de seu nome, a letra grega PHI (Φ), símbolo da proporção áurea. Desse modo, pautando-se na abordagem da Estratégia como Prática, o problema que orienta a pesquisa é: Como se manifesta o processo de formação/formulação da estratégia na prática do Hospital PHI?

1.2 OBJETIVOS

A fim de delimitar o foco do estudo foram definidos um objetivo geral e quatro objetivos específicos. O objetivo geral pode ser entendido como o foco da pesquisa. Já o papel dos objetivos específicos é comportar-se como uma espécie de roteiro, ou seja, eles consistem nas ações empregadas que serviram de base para atingir o que se propôs no objetivo geral.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral do trabalho é: Analisar o processo de formação/formulação da estratégia na prática do Hospital PHI.

1.2.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos têm-se:

- a) identificar os atores envolvidos na formação e formulação de estratégias;
- b) mostrar o modo como as práticas organizacionais interferem na formação de estratégias;
- c) expor as práxis relacionadas com a formulação de estratégias;
- d) apontar a postura da instituição – voluntarista ou determinista – frente a seu meio.

1.3 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015), a população mundial está envelhecendo rápido, hoje 11% dos indivíduos possuem mais de 60 anos e espera-se que este índice suba para 22% em 2050. Esse fenômeno também é observado no Brasil, onde, segundo projeções do IBGE (2015), o índice de envelhecimento dos brasileiros mais que duplicará em 2030 o valor apresentado atualmente, concomitantemente, a expectativa de vida também tende a crescer, entretanto em nível menos acentuado. No estado de Santa Catarina essa tendência é ainda mais forte, tanto o envelhecimento quanto a expectativa de vida mostram-se mais elevados entre os catarinenses quando comparados com a totalidade do país.

As pessoas passaram a viver mais devido ao saneamento, melhor nutrição, educação, desenvolvimento econômico e cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Essa longevidade transformou as demandas e a relação dos indivíduos com o setor de saúde. Seja na identificação e descrição de patologias ou no desenvolvimento de novas drogas, os avanços científicos da área médica levaram ao aumento na expectativa de vida que, por sua vez acarretou no envelhecimento da população. Ciclicamente, a prolongação da vida ocasiona um aumento na demanda por serviços de saúde, pois doenças antes fatais passam a ser crônicas, necessitando cuidados constantes, e é natural que com o passar dos anos adquira-se problemas de saúde relacionados ao avanço da idade.

Estudo conduzido pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) apontou que os idosos possuem uma qualidade de vida menor por viverem mais

tempo e, por isso, conviverem com doenças crônicas comuns a faixa etária, como: doença articular, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca, doença mental, doença pulmonar e doença cerebrovascular (PIVETTI, 2013). O acompanhamento médico seria capaz de retardar o início desses acometimentos, já que a prevenção pode evitar diversas patologias, e também, através de tratamentos adequados, melhorar a qualidade de vida dos idosos e da população em geral.

Não só a necessidade fomenta a procura por assistência de saúde, mas também o acesso à informação, que leva as pessoas a buscarem novos tratamentos, profissionais e cuidados relacionados ao bem-estar. A busca por qualidade de vida é crescente, há um claro pensamento comum de sua ligação com os hábitos e a saúde. Dessa maneira, a democratização dos conhecimentos somada ao desejo de viver bem, prevenindo ou remediando, propicia o rompimento de fronteiras na cruzada pela saúde. Para Orlando (2014), o turismo médico é um mercado em ascensão que cresce de 20% a 25% ao ano, em 2013 pelo menos sete milhões de pessoas viajaram ao exterior, motivadas pela oferta de tratamento médico de qualidade e mais barato. O Brasil é o destino mais procurado na América do Sul, geralmente para a realização de procedimentos de alta complexidade – tratamentos oncológicos, operações cardíacas e neurológicas – e cirurgias plásticas (ORLANDO, 2014).

O aumento na demanda, somado às inovações constantes do setor e as exigências que possui, cria a necessidade de gerir mais eficientemente as instituições prestadoras de serviços de saúde e, dessa forma, melhorar cada vez mais o atendimento prestado aos pacientes e promover a sustentabilidade do negócio. Como afirmam Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), no âmbito da gestão, as preocupações em torno do uso mais eficiente dos recursos disponíveis vêm sendo traduzidas em forte movimento para maior profissionalização da gestão de estabelecimentos de saúde, acompanhado pela adoção de novas técnicas, ferramentas gerenciais e modernos sistemas de informação. Fatalmente, a gestão estratégica mostra-se importante, na medida em que propicia uma visão sistêmica da instituição e que se obtenha uma maior clareza da relação entre as ações empregadas diariamente e os objetivos possuídos, resultando na melhoria contínua.

Um estudo do Banco Mundial contabilizou que, em 2002, do total dos gastos governamentais em saúde, cerca de 70% eram relativos a gastos hospitalares (BOGUE; HALL; LAFORGIA, 2007 apud BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Os hospitais ocupam uma posição destacada na atenção à saúde, não só em relação aos grandes investimentos, mas também culturalmente. Segundo Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), os avanços na ciência médica ao longo do século XIX, principalmente no que compete ao

emprego de tecnologias pesadas, contribuíram para transformar o hospital em sede da medicina de ponta no século XX. Ainda para os autores, essa instituição passou a ser sinônimo de sofisticação tecnológica, prestígio profissional, segurança e conforto para os pacientes, o que o colocou ao centro dos sistemas de saúde.

O peso cultural emanado pelos estabelecimentos hospitalares ainda hoje é grande, conforme dados da Confederação Nacional de Saúde (2015), o Brasil conta com 6.701 hospitais em funcionamento, sendo 70% destes privados. É vital para essas organizações gerir de forma eficiente os recursos e manterem-se atentas perante as transformações do mercado. Para Paulo Feldmann, professor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA/USP), em entrevista a Tieghi (2013), a situação administrativa dos hospitais brasileiros é precária e os problemas de gestão seriam as principais causas da ineficiência do sistema de saúde. Feldmann complementa que os hospitais são empresas e, por isso, deveriam ser administrados do mesmo modo, os funcionários precisariam ser melhor treinados e medidos por performance, o que não ocorre no Brasil, faltam também sistemas de gestão integrados para maximizar a distribuição dos recursos financeiros e de pessoal (TIEGHI, 2013).

A pesquisa compreenderá um estudo de caso em uma organização hospitalar filantrópica, Hospital PHI. O hospital alvo do estudo possui planejamento estratégico e é bastante atento em relação à gestão estratégica. Ademais, a instituição está passando por um processo de transição na gestão e este fato exigirá uma boa e sólida base estratégica. A empresa pesquisada demonstrou um grande comprometimento com a pesquisa, fornecendo apoio e todas as informações necessárias para o desenvolvimento do trabalho. Sua localização também favorece o estudo, uma vez que se encontra em local de fácil acesso para a pesquisadora.

A gestão estratégica é um tema recorrente nas obras e discussões de ciência da administração. Entretanto, apesar de sua importância ser reconhecida amplamente, seu debate e exercício não são constantes na gestão de saúde. Mintzberg (2004) critica a falta de vínculo das estratégias com a realidade, quando as mesmas são formalizadas por meio de planejamento estratégico. Para o autor as estratégias não poderiam estar dissociadas das operações rotineiras e a previsão do futuro seria uma falácia, pois o ambiente é dinâmico. Essa aproximação da estratégia com a prática foi defendida por Whittington (2004, p. 45), ao afirmar que “a estratégia é algo que as pessoas fazem” e seria percebida como uma prática social, não exclusiva do ambiente empresarial.

O entendimento da Estratégia como Prática é uma abordagem recente, são escassos estudos e aplicações sobre o tema (PACAGNAN et al, 2011; OKAYAMA; GAGG;

OLIVEIRA JUNIOR, 2014), principalmente na sua observação em instituições hospitalares, fato que atribui originalidade à pesquisa. Para confirmar essa originalidade realizou-se adicionalmente, em agosto de 2015, uma pesquisa exploratória na base de dados SPELL, relevante para a área de administração, pois reúne todas as revistas da área editadas no Brasil. Como resposta para a busca da expressão “estratégia como prática”, obteve-se como resultado 30 artigos, dos quais apenas 10 traziam aplicações práticas da teoria. Destes nenhum tratava do setor da saúde e apenas um deles tinha como objetivo identificar e compreender o processo estratégico por meio de seus atores, práticas e práxis. Dessa maneira, a realização do trabalho sobre o referido assunto vem a colaborar com o desenvolvimento de base teórica a respeito do tema e também respaldar seu exercício nas organizações hospitalares, visando o progresso do setor de saúde no país.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são abordados temas relevantes para o estudo aprofundado da estratégia como prática em organizações hospitalares. A estrutura adotada segue os seguintes tópicos: Estratégia, Estratégia como Prática, Gestão em Saúde, Setor de Saúde e Organizações Hospitalares. Primeiramente, aborda-se o conceito de estratégia e sua evolução ao longo do tempo; em seguida discute-se a estratégia como prática amplamente; apresentam-se as particularidades da gestão em saúde; na sequência explana-se a respeito do setor de saúde no Brasil e, por fim, são caracterizadas as organizações hospitalares.

2.1 ESTRATÉGIA

O termo estratégia está fortemente ligado com as questões militares. O dicionário Priberam (2015) conceitua estratégia como: “ciência das operações militares” e, no sentido figurado, como “combinação engenhosa para atingir um fim”. Como mostra Moysés Filho (2010), a palavra estratégia tem origem em *strategós* do grego, sendo a união de *stratos* (exército) e *ago* (liderança ou comando), significando em um primeiro momento “a arte do general”. Para Bethelm (1981), esse significado foi atribuído a palavra estratégia desde os tempos da Antiguidade até o século XVIII, possivelmente.

Segundo a Enciclopédia Britânica (1972 apud BETHLEM, 1981), nenhum outro termo militar, técnico ou de outro tipo passou por tantas mudanças em seu significado, tentativas de se obter uma definição única ou, mesmo, interpretações variadas. A estratégia foi definida como arte do general, segundo Bethlem (1981), devido ao papel exercido por estes líderes de exército nas batalhas, os comandantes se mantinham afastados da linha de frente para conseguir obter uma visão do todo, evitando uma percepção reduzida do conflito, e, assim, preparar e dirigir os combatentes, ou seja, desenvolver estratégias visando à vitória.

“[...] com o passar do tempo, a palavra estratégia foi incorporada ao mundo dos negócios, de forma que ela começou a ser utilizada pelas organizações para significar a maneira com que essas empresas se comportavam e agiam frente ao seu ambiente” (PEREIRA, 2002, p. 93). Tendo em mente o âmbito empresarial, “pode-se dizer que estratégia é a definição dos principais objetivos a longo prazo de uma empresa, bem como a

adoção de linhas de ação e a alocação de recursos tendo em vista tais objetivos” (CHANDLER, 1998, p.136).

Nicolau (2001) destaca que são numerosas as definições do conceito de estratégia da mesma forma que inúmeros autores se propuseram a tratar do tema. Existem convergências e divergências nos conceitos desenvolvidos e processos de formação de estratégia, sendo isso reflexo, segundo a autora, das diferentes visões que os autores possuem das organizações e seu funcionamento.

2.1.1 Evolução do pensamento e conceito de estratégia

Os ensinamentos de Sun Tzu, escritos aproximadamente no século VI a.C., ainda se mostram atuais e válidos nos dias de hoje. Para Sun Tzu (2004), o pensamento estratégico e o conhecimento efetivo de si mesmo e do inimigo seriam capazes de possibilitar a vitória em qualquer combate. A importância de planejar também foi defendida na obra *A arte da Guerra*, pois conforme o autor (2004, p. 20), “o general que vence uma batalha, fez muitos cálculos no seu templo, antes de ser travado o combate. O general que perde uma batalha, fez poucos cálculos antes.”

Sun Tzu (2004) mostra a necessidade de se estar sempre à frente do exército inimigo, antecipando necessidades e se preparando para o que pode acontecer. A motivação dos soldados e os recursos demandados para a guerra devem ser uma preocupação do general, pois é preciso estar bem provido e determinado para alcançar a vitória. Os soldados devem ter entusiasmo e desejar a vitória da mesma maneira que o Estado, esta ideia demonstra o grande valor que o alinhamento dos objetivos individuais e grupais possui. Entretanto, vencer sem lutar, ou seja, com a espada embainhada, é algo positivo, que deve ser feito todas as vezes que se mostrar possível.

Para Sun Tzu (2004), é preciso estar sempre alerta acerca dos acontecimentos internos e, principalmente, externos ao exército, pois conhecer o ambiente e o inimigo é fundamental em uma guerra. O autor fala ainda que os pontos fortes e fracos de um exército podem determinar o resultado de um combate, assim é preciso tomar decisões acertadas e adotar a tática mais adequada, seja ela defensiva ou ofensiva. As decisões se configuram como reflexo da situação, assim, adaptações podem ser feitas, sendo a flexibilidade do exército relevante para essa dinamização. Além disso, nunca se deve firmar uma aliança sem conhecer bem as

intenções do candidato a aliado, já que o objetivo possuído deve ser mantido em segredo, não sendo revelado nem mesmo aos soldados. Como se pode observar, o espírito competitivo se mostra constante nos ensinamentos de Sun Tzu (2004).

Carl von Clausewitz foi general da antiga Prússia e teve um destacado papel como pensador e teórico da estratégia militar. Aron (1986), em seu livro “Pensar a guerra, Clausewitz: a era europeia”, descreve a construção do pensamento de Clausewitz entre os anos 1804 e 1830. Segundo o autor, o general dedicava-se a elaboração de textos sobre o tema desde os 24 anos de idade, entretanto, suas ideias só foram publicadas postumamente em 1937.

Os principais ensinamentos de Clausewitz podem ser encontrados na obra de Aron (1986). Apesar de não desprezar a influência da sorte na guerra, Clausewitz recomenda o uso da racionalidade para submeter os acontecimentos ao que se deseja, visando o desvencilhamento máximo das forças do acaso. A importância do líder também é reconhecida, Clausewitz atribui a ele o papel de dominar a inteligência na determinação dos fins, dessa forma o mesmo deve conhecer as potencialidades do exército e os recursos possuídos, entender a conjuntura e analisar os adversários para que a tomada de decisão seja acertada. De acordo com o general, é ainda indicado que se busque reunir pequenas vantagens, pois somadas elas se convertem em grandes e o risco de obtê-las é menor. Assim, é possível aguentar mais tempo que o inimigo e gastar menos recursos.

“Clausewitz é tido [...] como um escritor militar que introduziu na teoria a noção de moral [...]” (ARON, 1986, p. 181). Como aponta Aron (1986), ele não fechou os olhos para o cunho humano da guerra, mostrando a importância do caráter que é exigido no confronto com os semelhantes e na determinação da intensidade da força a ser aplicada. A superioridade da defesa também é uma ideia apresentada por Clausewitz, ela visa esperar ou evitar os golpes para devolvê-los, permitindo que o ofensor seja desgastado e se alcance a vitória de forma mais segura.

A clareza dos objetivos e das disponibilidades de meios figura-se como um ensinamento do autor. Como mostra Aron (1986), Clausewitz faz uso constante da relação meio-fim e refere-se sempre a intenção dos atores envolvidos; “[...] nunca o meio pode ser pensado sem o fim” (ARON, 1986, p.110), os recursos, combates e resultados obtidos seriam meios utilizados com o objetivo de dar fim à guerra.

Em 1911, Frederick Winslow Taylor publicou o livro “Princípios da administração científica”, onde propôs a organização científica do trabalho. Segundo Taylor (1979, p. 28), “[...] a melhor administração é uma verdadeira ciência, redigida por normas, princípios e leis

claramente definidos [...]”. Para o autor, deveria existir uma divisão equitativa de responsabilidades e de trabalho entre os operários e a direção, dessa forma, caberia aos administradores planejar e controlar enquanto os operários executariam.

Conforme orienta Taylor (1979), todas as operações realizadas deveriam ser precedidas de estudos preparatórios, onde seriam avaliados o tempo, movimentos e instrumentos demandados para compor o melhor método de execução. O rendimento máximo deveria ser buscado, bem como a eficiência operacional e, nesse contexto, o planejamento seria a chave para alcançar estes objetivos.

Henry Fayol, engenheiro francês nascido em 1841, afirmava que a administração é um fator de muita importância para a direção de todos os negócios e, desde muito cedo, dedicou-se a estudar este tema. Definiu em sua obra “Administração industrial e geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle” a função administrativa utilizando cinco conceitos: Prever (examinar o futuro e definir o programa de ação), Organizar (providenciar o necessário para o funcionamento da empresa), Comandar (dirigir o corpo social da organização), Coordenar (unificar e equilibrar todas as ações e esforços) e Controlar (fiscalizar e trabalhar para que tudo ocorra como o planejado).

Quando sabe o que é possível realizar e o que deseja, a organização “[...] aborda os negócios correntes com segurança e está preparada para dirigir todas as suas forças contra as surpresas e os acidentes de qualquer natureza que se possam apresentar” (FAYOL, 1989, p. 73). Para Fayol (1989), o mecanismo mais efetivo para a previsão seria o programa de ação, sendo o mesmo os planos traçados pela empresa, de acordo com o prognóstico do futuro, para atingir o que foi planejado. Para o autor, o planejamento deve ser feito *top-down*, pois “a direção-geral é encarregada de conduzir a empresa ao seu objetivo, procurando obter o maior proveito possível dos recursos de que ela dispõe” (FAYOL, 1989, p. 88).

Chandler, no livro “Estratégia e Estrutura” de 1962, chamou a atenção para a história empresarial e sua utilização como ferramenta gerencial. Segundo Chandler (1998), conhecer a história administrativa e a antiga organização das empresas são fatores necessários para a compreensão do surgimento das novas formas administrativas. As mudanças estruturais estariam fortemente ligadas aos métodos de crescimento utilizados para expandir a organização.

O autor mostra que reestruturações devem ser realizadas de acordo com as estratégias adotadas, ou seja, a estrutura se adapta à estratégia. “[...] a adoção de uma nova estratégia pode não só requerer novos quadros de pessoal e novas instalações, mas também modificar as perspectivas comerciais dos responsáveis pela empresa, esta pode sofrer um forte impacto em

sua forma de organização” (CHANDLER, 1998, p.136). Assim, para que cresça, uma organização precisa ser capaz de se adaptar e, para que isso seja uma realidade, seus membros devem estar abertos à mudança e dispostos a aprender constantemente. Para o autor, o administrador precisa concentrar-se no planejamento e avaliação, mas também saber lidar com problemas e necessidades não esperadas e gerenciar crises não previstas, a aprendizagem organizacional seria algo latente para a administração.

Alfred P. Sloan foi o principal executivo da General Motors entre os anos 1923 e 1946, tendo publicado, em 1964, o relato de sua trajetória na empresa no livro “Meus anos com a General Motors”. Seu pensamento estratégico serviu de base para as mudanças implementadas na organização e seu consequente sucesso. “A General Motors [...] é uma empresa de sucesso porque é eficiente [...]” (SLOAN, 2001, p. 373).

Conforme relata Sloan (2001), a corporação foi reestruturada por meio da descentralização das operações e execução do controle de maneira coordenada; cada divisão contribuía com sua parcela para o resultado final, enquanto o controle financeiro reduzia a necessidade de centralizar a administração no topo. Ainda como mostra o autor, as linhas de produtos evoluíram gradualmente até que se definiu a política de possuir um carro para cada fim e poder aquisitivo. Sloan (2001) afirma que, em uma economia competitiva, uma empresa nunca se encontra em mar calmo. Os ensinamentos do autor mostram que uma organização vista como um sistema coordenado e devidamente gerenciada estrategicamente permite o alcance dos objetivos empresariais.

Ansoff (1977) afirma que as decisões estratégicas são na maior parte dos casos relacionadas com a escolha dos produtos a serem produzidos e dos mercados onde eles serão vendidos. Decidir é algo constante para os administradores, o autor reconhece este fato e recomenda que a tomada de decisão seja feita de acordo com o modelo proposto por Simon, que se baseia na racionalidade. Neste modelo, a decisão é concebida em quatro etapas: Percepção (fase em que o problema é descoberto), Formulação (alternativas de ação são estabelecidas), Avaliação (as alternativas são analisadas) e Escolha (onde se define uma ou mais alternativas para o problema).

Prever acontecimentos não seria suficiente na visão de Ansoff (1977), pois mais importante que prever seria manter-se flexível e se adaptar sempre que necessário. Outro conceito que o autor considera relevante para a estratégia empresarial é a sinergia. A sinergia, conforme explica o autor, poderia ser entendida como o desempenho de efeitos conjuntos, onde a combinação de fatores como produtos e mercados, por exemplo, contribuiriam para a

rentabilidade da organização. Dessa maneira, busca-se pela combinação de fatores variados tornar a empresa mais competitiva.

Porter (1996, p.49) afirma que “[...] a melhor estratégia para uma dada empresa é, em última análise, uma solução única que reflete suas circunstâncias particulares”. Todavia, na visão do autor, existem três estratégias genéricas, que podem ser empregadas de forma combinada ou isolada, para que as organizações possam se defender no longo prazo e vencer os concorrentes, enfrentando as cinco forças competitivas – fornecedores, novos entrantes, clientes, produtos substitutos e concorrentes. As estratégias genéricas propostas foram:

- a) **Liderança no custo total:** esta estratégia consiste em uma busca constante pela redução e controle de custos e despesas, implicando, por isso, na dedicação em otimizar as instalações e operações visando a eficiência. O foco é vencer os concorrentes possuindo um custo mais baixo, entretanto fatores como qualidade e assistência não devem ser ignorados.

Para que seja vantajoso competir pelo custo, é necessário que se possua uma grande parcela do mercado ou outros benefícios, como parcerias com fornecedores, por exemplo. Não se deve esquecer que grandes investimentos iniciais podem ser necessários na modernização de equipamentos e que prejuízos podem ocorrer no início da adoção desta prática. Porter (1996) ainda afirma que uma empresa que adote a posição de baixo custo estará resguardada contra as cinco forças competitivas, pois os concorrentes menos eficientes sofrem pressão e os mais eficientes conseguem manter seus lucros somente até certo patamar de competição;

- b) **Diferenciação:** Porter (1996) explica que, ao optar por esta posição, a empresa diferencia seu produto ou serviço dos adotados pelos concorrentes, comercializando algo único no mercado. A diferenciação pode ser adotada em variados fatores, como a tecnologia empregada, as características do produto ou serviço, a imagem da marca, os fornecedores, entre outros. Pode-se praticar a diferenciação em mais de uma dimensão.

A diferenciação propicia retornos acima da média e proteção contra as cinco forças competitivas. Como o produto ou serviço oferecido é único, os clientes se mostram fiéis perante a marca e menos sensíveis ao preço praticado. Sem possuir uma opção que se iguale a mercadoria diferenciada, os consumidores têm seu poder de barganha reduzido, da mesma forma que os fornecedores, já que a organização possui margens mais altas que aumentam seu poder de negociação.

Ao contrário da estratégia de liderança em custo, na diferenciação não se conquista grande parcela do mercado, em vez disso se trabalha com a exclusividade.

Nem todos os consumidores procuram bens ou experiências diferenciadas, assim nem todos estarão abertos a arcar financeiramente com a superioridade dos produtos e serviços, preferindo opções mais econômicas, mesmo quando estas não promoverem um idêntico efeito;

c) **Enfoque:** o enfoque é adotado quando a organização foca em determinado alvo, que pode ser algum mercado geográfico, um produto específico ou linha de produtos, um grupo de compradores, etc. Todos os esforços se orientam a atender de maneira integral o alvo escolhido para enfoque, sendo mais eficaz e eficiente que os concorrentes.

Ao praticar essa estratégia se atinge também uma posição de diferenciação, de liderança em custo, ou até mesmo ambas. Já que ao satisfazer completamente as demandas do alvo estipulado se conquista a diferenciação, enquanto a liderança em custo é alcançada na diminuição dos mesmos, realizada para obter o alvo visado.

Da mesma forma que as outras posições, a estratégia do enfoque também leva a adquirir um bom retorno. Permite conquistar mercados e segmentos onde substitutos sejam raros e os outros competidores não sejam fortes. Adotar esta prática implica em realizar escolhas, pois uma meta deve ser estipulada para orientar os esforços e, conseqüentemente, apenas a parcela de consumidores visada será conquistada, assim, nem sempre se possuirá um elevado volume de vendas ou uma rentabilidade elevada.

As três estratégias genéricas, propostas por Porter (1996), podem ser mais bem visualizadas e entendidas na representação da Figura 1.

Figura 1 – Estratégias genéricas de Porter

		VANTAGEM ESTRATÉGICA	
		Unidade observada pelo cliente	Posição de baixo custo
ALVO ESTRATÉGICO	No âmbito de toda a indústria	DIFERENCIAÇÃO	LIDERANÇA NO CUSTO TOTAL
	Apenas um segmento particular	ENFOQUE	

Fonte: Adaptado de Porter (1996, p. 53).

A evolução do conceito de estratégia tem como base a mudança, para Hamel e Prahalad (2005), sendo a mesma algo constante e inevitável. Assim, o crescimento sustentável e obtenção de aumentos na lucratividade dependem da capacidade que a empresa possui de prever, que por sua vez é reflexo de uma consciência inovadora. Na concepção dos autores, as

empresas deveriam se manter abertas às oportunidades e atentas às transformações do presente, pois assim, poderão moldar seu futuro, mantendo-se competitivas e tornando possível assumir a liderança no mercado por meio da definição de competências essenciais.

Mintzberg, Ahlstrand, Lampel (2010) conceituam estratégia por meio de cinco dimensões percebidas, de maneira conjunta ou isolada, na forma como as organizações as desenvolvem. Essas dimensões seriam denominadas de cinco P's para estratégia. Dessa forma, a estratégia poderia ser vista como:

- a) **Plan (plano):** a estratégia é pensada e formulada antes de ser realizada, há uma pretensão real e consciente de colocá-la em prática;
- b) **Pattern (padrão):** dizer que a estratégia é um padrão é admitir que a empresa possui uma coerência em seu comportamento ao longo do tempo. As ações realizadas tornam-se o padrão a ser seguido;
- c) **Position (posição):** a posição é a maneira como a organização se encontra no ambiente, ou melhor, a localização de seus produtos no mercado. Uma determinada posição é escolhida para a atuação no mercado alvo, essa decisão demonstra o modo como a empresa se coloca para o cliente, como ela se relaciona com o ambiente externo;
- d) **Perspective (perspectiva):** a perspectiva pode ser entendida como a visão de mundo dos responsáveis pela estratégia da empresa. Ela determina a identidade da organização, sua maneira de agir e os objetivos a que aspira;
- e) **Ploy (manobra):** a estratégia pode ser um truque, ou seja, uma manobra utilizada para enganar os concorrentes, para desencorajá-los mostrando possuir um poder maior, por exemplo. Consiste em simular possuir determinado plano ou vantagem, quando na verdade busca-se apenas confundir o outro.

Estes conceitos podem ser combinados de acordo com cada organização, não são excludentes ou incompatíveis entre si. Também não precisam seguir determinada ordem para serem colocados em prática, uma vez que não possuem uma sequência determinada ou interdependência.

Os autores reconhecem que o pensamento estratégico em muito foi alterado com o passar do tempo, no entanto os preceitos seguidos pelos estrategistas permitem agrupá-los em grupos. Exatamente nesse sentido, com o objetivo de sistematizar as diferentes teorias, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) realizaram uma revisão sistemática que resultou na estruturação de 10 escolas do pensamento estratégico, expostas no próximo tópico.

2.1.2 Escolas do pensamento estratégico

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), na obra “Safári de Estratégia”, realizaram um estudo a respeito das teorias em estratégia, agrupando-as em 10 grupos, denominados escolas. As 10 escolas são: escola do design, escola de planejamento, escola de posicionamento, escola empreendedora, escola cognitiva, escola de aprendizado, escola de poder, escola cultural, escola ambiental e escola de configuração.

Os autores relacionam a estratégia a um elefante, o qual não foi nunca visto de forma completa, porque os formuladores de estratégia seriam cegos e apenas teriam consciência das partes do animal que tivessem tido a oportunidade de tocar. Ainda afirmam que o todo precisa ser compreendido e isso pode ser feito a partir da compreensão das partes, que seriam as 10 escolas de pensamento estratégico existentes.

Cada escola do pensamento estratégico possui seu processo de formulação característico. No Quadro 1, pode-se visualizar resumidamente o processo relativo a cada escola delimitada.

Quadro 1 – Escolas e respectivos processos de formulação

ESCOLA	PROCESSO DE FORMULAÇÃO
Design	De Concepção
Planejamento	Formal
Do Posicionamento	Analítico
Empreendedora	Visionário
Cognitiva	Mental
De Aprendizado	Emergente
Do Poder	De Negociação
Cultural	Coletivo
Ambiental	Reativo
De Configuração	Transformação

Fonte: adaptado de Mintzberg, Ahlstrand, Lampel (2010, p. 20).

A escola do design, segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), possui a visão mais influente do processo de construção da estratégia. Sua origem é atribuída às obras escritas por Philip Selznick, em 1957, e Alfred Chandler, em 1962, onde ambos os autores enfatizavam a relação entre a estratégia e a estrutura interna da empresa. Assim, nesta escola receita-se adequar a organização internamente de acordo com suas expectativas externas. A formulação da estratégia seria um processo deliberativo, racional e apenas uma pessoa teria responsabilidade sobre ele, o executivo principal da companhia. Além disso, a formulação deveria ser simples e a estratégia clara e desenvolvida de maneira criativa, tendo seu processo

de implementação sido bem pensado e detalhado. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) ainda destacam críticas à escola, como o não reconhecimento de influências sobre a estratégia ou o surgimento de estratégias emergentes e a participação de outros indivíduos no processo.

No mesmo período em que surgiu a escola do design nasceu também a escola do planejamento, tendo H. Igor Ansoff escrito sua obra principal, publicada em 1965. Como afirmam Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), esta escola cresceu e impactou amplamente a prática da administração estratégica na década de 70, a ausência ou descuidos no processo de planejamento estratégico formal eram considerados uma sentença de fracasso para as organizações. Entretanto, para os autores, a literatura relacionada à escola de planejamento cresceu de forma acentuada em quantidade, mas não igualmente em qualidade e hoje a escola não possui mais a força de outros tempos, apesar de ainda existir tanto em teoria quanto na prática.

Racionalidade e controle imperariam no modelo da escola do planejamento, as estratégias seriam definidas de maneira formal e possuiriam sequências de etapas bem definidas que dariam a base para a implementação. O executivo principal teria responsabilidade perante a aprovação da estratégia, que seria concebida e executada por planejadores. As estratégias surgiriam prontas do processo e sua implementação deveria obedecer detalhadamente os objetivos, orçamentos e planos elaborados. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) apontam que o planejamento formal é benéfico para a programação das estratégias, pois permite que elas sejam mais facilmente visualizadas e realizadas. Contudo, destacam as grandes fraquezas desta escola: o excesso de formalização, foco exclusivo nas informações quantitativas, inflexibilidade e a impossibilidade de se fazer previsões futuras completamente corretas, principalmente quando pautadas nas tendências do presente.

A escola do posicionamento se aproximou consideravelmente das escolas de design e planejamento no que compete às premissas e ao modelo seguido, mas foi além ao atribuir importância para a estratégia e não apenas para seu processo de formulação. Esta escola surgiu, como apresentam Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), com a publicação do livro *Estratégia Competitiva*, em 1980, por Michael Porter e pelo descontentamento existente com as escolas anteriores. Também foram influentes autores de estratégia militar, como Sun Tzu e Clausewitz, que ofereceram importantes contribuições ao tema com suas análises a respeito de forças, fraquezas e táticas de exércitos e ambientes na vigência de guerra.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) mostram que para a escola do posicionamento as estratégias não seriam únicas para cada empresa, existiriam estratégias genéricas, que seriam adotadas a partir de cálculos e análises da situação atual, da organização e do setor.

Dessa forma, o processo de formulação da estratégia seria a definição da melhor posição genérica para adotar frente à competição do mercado, as estratégias seriam escolhidas em vez de serem elaboradas. Analistas fariam cálculos e seus resultados serviriam de base para os gerentes tomarem as decisões, a figura do executivo principal ainda seria importante, entretanto agora o planejador teria mais destaque, pois seria um analista. Os autores concluem que esta escola se concentrou em realizar análises estratégicas ao invés de formular estratégias, dessa maneira, apoiaria o processo, não o contemplaria como um todo, já que a formulação de estratégias seria um processo muito mais rico, dinâmico e confuso do que acreditava a escola.

Assim como a escola do design, a empreendedora centraliza o processo de formação da estratégia em um indivíduo, neste caso o empreendedor, o líder da organização. A estratégia seria criada individualmente, sendo reflexo da intuição e sabedoria do líder e ainda serviria como uma visão de onde se quer chegar, ao invés de ser um plano detalhado de como agir para atingir os objetivos, caracterizando a existência de flexibilidade, pois se mostra deliberada em relação ao fim estipulado e emergente nos detalhes do percurso. Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), a estratégia decorrente desta escola é especialmente benéfica para as empresas recém-criadas, porque um líder visionário promoveria um diferencial competitivo e criaria um senso de unidade na organização. Apesar disto, neste processo de formulação cria-se uma grande dependência do líder, já que cada passo dado pela empresa é traçado em sua mente. Definir estratégias individualmente também é arriscado, já que o pensamento de uma só pessoa seria a base do processo e um entendimento distorcido do ambiente, por exemplo, poderia acarretar prejuízos incalculáveis e até mesmo destruir o empreendimento.

As atenções da escola cognitiva se voltam para a mente do estrategista, respaldadas pelo fato de ser este o lugar onde são desenvolvidas as estratégias, com base no que é conhecido a respeito do mundo e sua interpretação. Suas ideias estão diretamente relacionadas à psicologia cognitiva e ainda estão em evolução, ainda para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), essa escola se caracteriza mais por seu potencial que por sua contribuição, tendo mais implicações para a psicologia que para a administração estratégica. Contudo, por ser a estratégia resultado de um processo mental, compreender a mente humana e seu comportamento é fundamental para entender seu processo de formação.

Na escola de aprendizado considera-se que as estratégias emergem a partir do aprendizado do grupo ou do indivíduo frente às situações. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) salientam que o marco de início da escola foi o artigo de Charles Lindblom, “A ciência

de alcançar o objetivo de qualquer maneira”, publicado em 1959, e que questionou amplamente as premissas racionais das escolas do design, de planejamento e de posicionamento, derrubando várias de suas hipóteses. Segundo a escola de aprendizado, as estratégias surgem de maneira emergente, geralmente do coletivo (qualquer um pode ser estrategista), sendo deliberadas somente posteriormente. Isso ocorreria devido à complexidade do ambiente que demandaria um aprendizado constante, fazendo com que a formulação e implementação das estratégias aconteçam simultaneamente se tornando indistinguíveis. Os líderes gerenciariam este processo de aprendizado estratégico onde padrões passados evoluem para planos e perspectivas para o momento atual e o futuro. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) afirmam que são defensores desta escola, no entanto enumeram três problemas que podem surgir relacionados a ela: não possuir uma estratégia, afastar-se das estratégias estabelecidas e adotar estratégias inadequadas.

Como o nome já diz, a escola de poder não nega a existência de influências no processo de formulação de estratégias, dependendo dos interesses que se possui no momento, o poder e a política seriam utilizados para atingir o que for mais favorável. Na visão de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), há uma distinção entre dois ramos pertencentes a escola, enquanto o poder micro refere-se ao jogo político interno da organização, o poder macro é encontrado no âmbito externo quando a empresa faz uso de poder, por meio de manobras, alianças, controle ou cooperação. Segundo os autores, as estratégias resultantes da formulação relativa a esta escola são emergentes e assemelham-se a posições. Poder e política são fatores constantes na formação de estratégias, no entanto este processo é muito mais complexo que apenas a combinação entre estas variáveis.

A importância da cultura na administração iniciou-se na década de 80, época em que as organizações japonesas se destacaram no mercado, atuando de forma semelhante e ao mesmo tempo diversa dos EUA, conforme apontam Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010). A escola cultural prevê que a formulação de estratégia é uma ação social que assume a forma de perspectiva e se origina das intenções do grupo. A cultura pode dificultar mudanças estratégicas, mas é inegável seu papel como vantagem competitiva, na medida em que o capital humano não pode ser facilmente imitado. Ainda que os autores reconheçam que a escola não possui uma clareza conceitual, destacam que a mesma se contrapõe ao individualismo das escolas do design, empreendedora e cognitiva incorporando uma visão de coletivo e de integração das perspectivas.

A escola ambiental vê a empresa como subordinada do ambiente, sendo suscetível às forças externas existentes e a elas reagindo. O ambiente também foi considerado por escolas

citadas anteriormente, como na de posicionamento, de aprendizado, cognitiva, nas demais se mostrou ausente, mas apenas na ambiental este fator passa a ser considerado mais substancial que a própria organização. Caberia à empresa se moldar de acordo com as pressões do ambiente, suas escolhas iniciais determinariam sua sobrevivência, assim, o processo de formulação estratégica seria essencial. A base da escola é a teoria contingencial, onde se apregoa que tudo depende, não há uma receita padrão ou uma universal melhor maneira de agir. Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), a principal crítica à escola é sua visão que preconiza a não existência de reais opções estratégicas.

Por fim, a escola de configuração se diferenciaria de todas as outras ao permitir a integração entre todas as demais escolas. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) mostram que existem duas ideias principais nesta escola: a configuração (estado de ser da empresa e do contexto) e a transformação (geração de estratégias), onde ambas se relacionariam circularmente, sendo a transformação consequência da configuração. A estratégia e processo de formulação seriam variados, adequando-se ao momento atual tanto do contexto quanto da empresa individualmente, a estabilidade deveria ser buscada, mas transformações periódicas também seriam benéficas. Nas palavras dos autores, a escola de configuração “traz ordem para o desordenado mundo de formulação estratégica, particularmente para suas enormes e multiformes literatura e prática” (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010, p. 326).

É possível observar que o processo de construção da estratégia varia de escola para escola, dado que cada uma atribui importância a diferentes fatores e objetivos. O nível de influência do ambiente na formação de estratégias é algo a se destacar. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) identificaram a consideração do meio nas escolas de posicionamento, de aprendizado, cognitiva, de configuração e, principalmente, na ambiental, que preconiza a subordinação da empresa perante as suas forças externas, levando a mesma a reagir ao invés de formar estratégias livremente. Para esta escola não existiriam opções reais e tudo dependeria do momento (MINTZBERG, AHLSTRAND, LAMPEL, 2010).

Por outro prisma, a escola de configuração defende que as influências externas são importantes, mas não se configuram como a única peça a ser analisada para a definição de objetivos. A influência ambiental é debatida, no tópico que segue, a partir das ideias de Herbianack e Joice (1985). Também na sequência, explana-se sobre o processo de desenvolvimento de estratégia valendo-se do trabalho de Nicolau (2001) e da apresentação das teorias a respeito das estratégias emergentes, deliberadas e integrativas.

2.1.3 Processos de desenvolvimento de estratégia

Nicolau (2001) argumenta que as estratégias surgem e são implementadas de formas diversas em cada empresa, já que é um processo que resulta da combinação de fatores internos e externos. Na visão da autora, é possível elencar três linhas básicas de formação da estratégia: como um processo racional e formal, como um processo negociado e, ainda, como um processo em construção permanente.

O entendimento da formação de estratégia como um processo racional e formal é o pensamento mais recorrente na literatura. Nesse sistema são valorizados os aspectos quantitativos em detrimento dos qualitativos, seguem-se etapas sequenciais, analíticas e racionais que se pautam na racionalidade econômica para a tomada de decisão, também a análise do ambiente e dos recursos antecede a adaptação aos valores adotados (NICOLAU, 2001). O planejamento estratégico é a principal ferramenta nesse tipo de processo, uma vez que faz com que os objetivos sejam formalizados em um plano claro e explícito.

Na formação da estratégia como um processo negociado os sistemas de valores externos e internos fornecem as estratégias desejáveis, posteriormente, as condições do ambiente e as internas, como os recursos e a capacidade, determinam a escolha final (NICOLAU, 2001). Conforme apresenta Nicolau (2001), essa concepção de desenvolvimento de estratégias percebe a organização como um corpo social e, por isso, o processo compreenderia negociações entre os grupos sociais existentes internamente, o plano seria algo secundário. A autora reforça a importância atribuída às relações psicológicas e sociológicas de poder e dos comportamentos pelo processo em questão.

Para Nicolau (2001), a formação da estratégia é complexa e as duas perspectivas expostas anteriormente não descreveriam todas as dimensões desse processo. Essa ideia apoia-se no pensamento de Quinn (1988 apud NICOLAU, 2001) que afirma a impossibilidade de prever acontecimentos de maneira probabilística e recomenda a ação flexível, experimental e o mais retardada possível para reduzir a incerteza e, assim, decidir com informações mais acertadas. Dessa maneira, quando o contexto é de mudanças inesperadas e profundas, nem sempre é possível formar estratégias por meio de processos controlados e mantê-la explícita em documentos, logo a capacidade de aprender e estabelecer relações adequadas entre o meio e as capacidades internas se sobressai e ações são desencadeadas criando uma convergência de comportamento que se estabelece como uma estratégia (NICOLAU, 2001). Como a

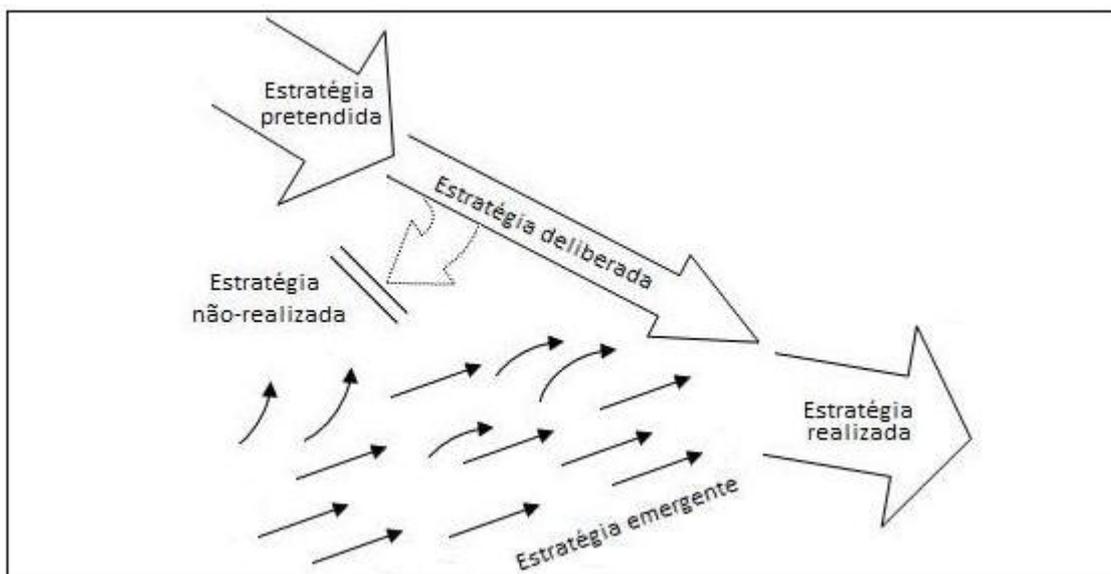
denominação do processo já indica, a formação da estratégia seria um processo constantemente construído.

Apesar das diferenças que guardam entre si as três abordagens apresentadas não se anulam mutuamente, podem inclusive coexistir na mesma organização. Nicolau (2001) exemplifica a existência concomitante dos três processos em uma instituição da seguinte maneira: é possível praticar-se a racionalização e o planejamento estratégico, negociar com atores internos e externos e ainda manter-se flexível para possibilitar a aprendizagem.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010) afirmam que as estratégias podem ser deliberadas ou emergentes. Ao serem formuladas a partir de um plano e de uma tomada de decisão premeditada, a estratégia é entendida como deliberada. Já quando tem origem em um padrão, sem que se tenha uma intenção prévia ou estabelecido um propósito para ser alcançado, diz-se que a estratégia é emergente e foi formada.

Na visão de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), poucas estratégias, ou mesmo nenhuma, são totalmente emergentes ou deliberadas. As estratégias costumam mesclar essas duas características e isso é positivo, já que as emergentes implicam em um aprendizado constante enquanto as deliberadas envolvem um alto nível de controle, permitindo que se exercite a capacidade de previsão de eventos e também a reação frente situações inesperadas. A Figura 2 ilustra a ideia dos autores.

Figura 2 – Estratégias deliberadas e emergentes

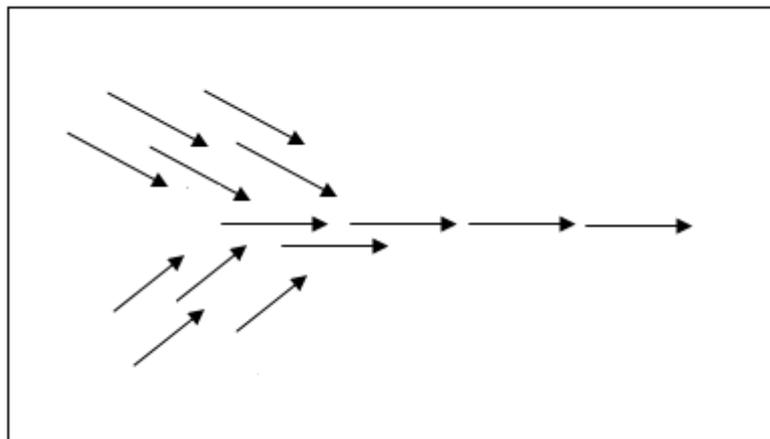


Fonte: adaptado de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010, p. 26).

Segundo Mintzberg et al (2006), desejar que uma estratégia seja puramente deliberada, ou seja, que um padrão seja realizado precisamente como foi pretendido, é uma exigência excessiva. Para que isso fosse possível, a estratégia definida pela alta administração precisaria ser totalmente aceita pelos demais integrantes da empresa e colocada em prática sem sofrer influências externas, como nascimento de novas tecnologias, mudanças no mercado, entre outras. Igualmente uma estratégia não poderia ser verdadeiramente emergente, já que envolveria uma realização consistente e não poderia ter ligação com alguma intenção já existente previamente. Por isso, a grande maioria das estratégias se encontraria entre estas duas classificações, enquanto somente algumas se aproximam mais de uma delas.

Mintzberg e Waters (1985) ainda listam um terceiro tipo de estratégia, a integrativa. Essa estratégia ganha vida quando, sem nenhuma imposição central, diferentes atores convergem naturalmente à mesma direção, o que adquire um poder persuasivo na organização e, assim, passa a influenciar os indivíduos circundantes. Nasce da aprendizagem mútua entre os atores e das respostas do ambiente que levam ao encontro de um padrão comum e geralmente inesperado que funcione para a empresa. A estratégia integrativa é resultado de ações coletivas e não de intenções coletivas, ou seja, não advém de objetivos da administração central ou amplamente partilhados pelos colaboradores. Essa estratégia pode ser mais bem entendida na representação da Figura 3.

Figura 3 – Estratégia Integrativa

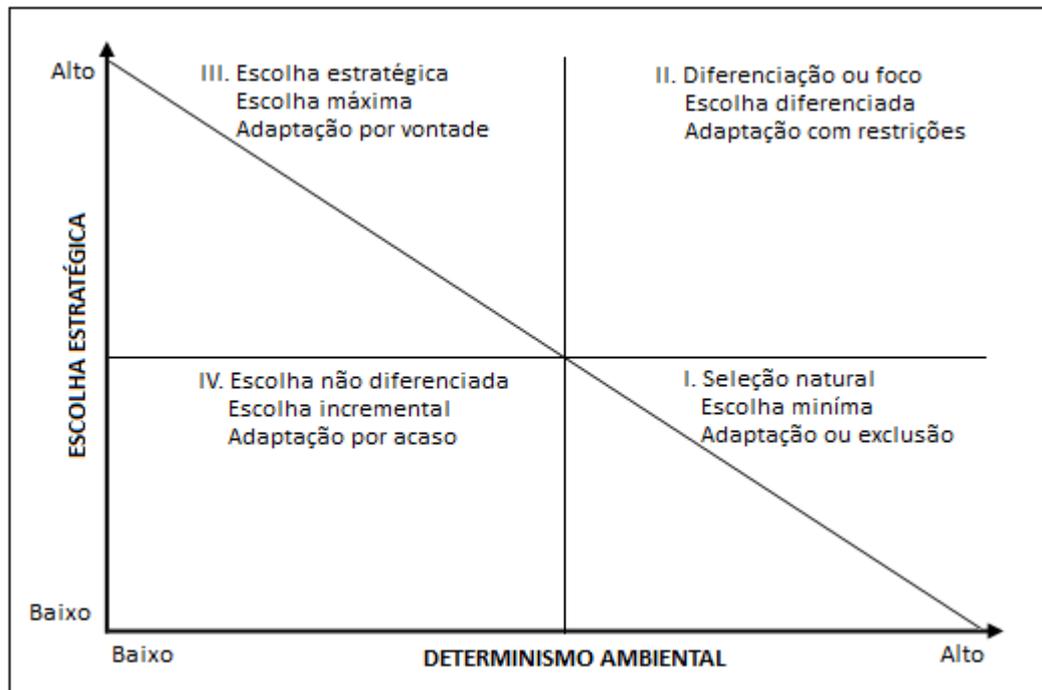


Fonte: adaptado de Mintzberg e Waters (1985).

Em relação à influência ambiental, Herbianack e Joice (1985) elucidam que ao alinharem-se com o ambiente as empresas podem adotar uma postura voluntarista ou determinista em relação à formação de estratégia. Na óptica determinista, a adaptação seria reflexo das imposições do ambiente, já a voluntarista, resultaria das decisões tomadas pela

coalizão dominante. Para os autores, a escolha estratégica e o determinismo ambiental não seriam mutuamente excludentes, mas sim variáveis independentes que ao interagirem dariam origem a quatro tipos de posicionamentos distintos: seleção natural (I), diferenciação ou foco (II), escolha estratégica (III) e escolha não diferenciada (IV). Estas posturas, por sua vez, influenciariam as escolhas possíveis, bem como seu número, a ênfase na tomada de decisão, as relações políticas e, também, as atividades praticadas pela empresa em seu ambiente. A Figura 4 ilustra as situações potenciais de adaptação organizacional identificadas por Herbianack e Joice (1985).

Figura 4 – Escolha estratégica e determinismo ambiental na adaptação organizacional



Fonte: adaptado de Herbianack e Joice (1985, p. 339).

Os quatro quadrantes da figura representam as diferentes situações de adaptação, ordenadas de acordo com o nível – alto ou baixo – de determinismo ambiental e de escolha estratégica. No primeiro quadrante (I), marcado pelo alto determinismo e pela baixa possibilidade de escolher estrategicamente, encontra-se o estado de seleção natural, sob essas condições a adaptação estabelece a permanência da organização, que é excluída caso não consiga adaptar-se. Na seleção natural, há uma perfeita competição controlada pelo mercado, que possui demanda elástica, comercializar produtos diferenciados com preços *premium* é difícil, porém as mudanças tecnológicas e mercadológicas devem ser acompanhadas (HERBIANACK; JOICE, 1985). Esse quadrante incluiria empresas de commodity (HERBST,

1957; ALDRICH, 1979 apud HERBIANACK; JOICE, 1985) e grandes organizações fornecedoras de produtos e serviços padronizados, existem barreiras de saída e baixo número de entrantes, além de pouca possibilidade de obtenção de vantagem competitiva (BRAIN, 1957; PORTER, 1980 apud HERBIANACK; JOICE, 1985).

O quadrante III seria o oposto do I, pois é definido pelo alto nível de escolha estratégica e baixo determinismo do meio, que oportunizam adaptação e escolha voluntárias, ou seja, a organização tem autonomia para agir. Não existem barreiras para entrada ou para variar a atuação em diferentes segmentos ou nichos, por outro lado, as empresas podem influenciar-se mutuamente. Apesar de o ambiente ser favorável, isso tem um preço: novos concorrentes podem emergir (MILES; SNOW, 1978 apud HERBIANACK; JOICE, 1985).

Um alto nível de determinismo ambiental e escolha estratégica definem o quadrante II, nesse cenário as forças externas são consideráveis, porém a empresa pode escolher, ainda que com barreiras, levando a uma adaptação com restrições. Herbianack e Joice (1985) enumeram os casos típicos desse quadrante: organizações que atuam em nichos que possuem determinadas regras, restrições, controle de certo tipo de ações, ou seja, setores altamente regulamentados, e empresas incluídas em mais de um nicho, cada qual com particularidades limitadoras, oportunidades e competidores. Nessa perspectiva, as estratégias de diferenciação ou enfoque de Porter (1996) seriam uma saída, na medida em que levariam à seleção de nichos e segmentos mais flexíveis e inexplorados, colocando a organização em uma posição de destaque dependendo de suas escolhas.

Em último lugar tem-se o quadrante IV, onde o determinismo e a escolha são baixos. A adaptação acontece ao acaso, devido à falta de coerência estratégica das empresas que não permite o aproveitamento das condições favoráveis circundantes, além disso, as ações não seguem uma racionalidade. O ambiente e as empresas parecem não serem capazes de se relacionar; as competências internas são inadequadas para as oportunidades. Essa situação é ainda descrita pelos autores como um instável contexto para colocar decisões em prática, dessa forma, a solução seria desenvolver competências distintas para obter vantagem e migrar para outros domínios, posto que a falta de ação possibilita a atuação de competidores mais agressivos.

Para os autores, a representação da Figura 4 não seria estática, ações organizacionais e ambientais criariam mudanças, que resultariam em alterações nas decisões futuras. A tipologia de adaptação organizacional estruturada por Herbianack e Joice (1985) mostra que tanto os fatores ambientais, quanto as escolhas da empresa promovem o acontecimento de

transformações, induzindo, assim, a adaptação estratégica, vista como um processo natural e dinâmico.

Com base nas teorias apresentadas, infere-se que o processo estratégico é dinâmico, não segue uma fórmula pré-estipulada, porque se adequa às diferentes realidades empresariais, variando conforme os fatores externos e internos. Assim, as estratégias podem ser de variados tipos, bem como seus processos de formação/formulação e a postura da organização – mais determinista ou voluntarista. Esse comportamento frente da definição de estratégias converge com a teoria da Estratégia como Prática, apresentada na sequência.

2.2 ESTRATÉGIA COMO PRÁTICA

Ao analisar-se a evolução do pensamento a respeito da estratégia é possível observar nas obras de autores como Chandler (1998) e Porter (1996), por exemplo, perspectivas mais rígidas, delineadas através da definição de metas, objetivos, posicionamentos e adoção de modelos pré-estabelecidos. Entretanto, como afirmam Jarzabkowski e Wilson (2004), essas abordagens limitam a compreensão dos processos intrínsecos à estratégia, fato que levou a linha processual a afastar-se das abundantes concepções positivistas. A abordagem processual, que considera o planejamento desnecessário e a estratégia resultado de um processo de aprendizado prático, serviu de base para o surgimento da vertente da Estratégia como Prática, sendo esta mais focada nas atividades, dessa forma, em 1996, Richard Whittington expôs uma visão da estratégia enfocada em seu processo de elaboração e no estrategista, em que a empresa e a estratégia eram coadjuvantes (OKAYAMA; GAGG; OLIVEIRA JUNIOR, 2014).

Para Whittington (2004), a estratégia foi, durante muito tempo, conduzida a partir de uma visão restrita, focada em dados quantitativos e na imparcialidade científica, porém, hoje, em movimento iniciado nos anos 1980, são, paulatinamente, manifestadas transformações em seu exercício, abrindo as portas para abordagens mais práticas e qualitativas. Em vez de algo que a organização tem, a estratégia passa a ser considerada algo que a organização faz. Assim, a prática é o ponto fundamental da perspectiva da Estratégia como Prática – do inglês *Strategy as Practice* (S-as-P), que para o autor apesar de ter sido anteriormente estudada por teóricos como Ansoff (1977), foi subestimada e sobreposta por pensamentos mais acadêmicos.

A excessiva preocupação com o formalismo e o cientificismo na elaboração de estratégias foi apontada por Mintzberg (2004), da mesma forma que a tendência em observar esse processo em partes, ao invés de visualizá-las na totalidade sistêmica que compõem, fato também alarmado por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010). A estratégia surge como resultado do mosaico composto pelas ações, atividades, motivações, influências, necessidades, ou seja, variados fatores lhe dão vida, como células que em conjunto formam tecidos e posteriormente órgãos que compõe um ser vivo. Assim, como a saúde não pode ser adequadamente alcançada quando não são empregados esforços para entender o todo do indivíduo, a estratégia não está isenta de sofrer privações desse comportamento voltado a especializações. Ação limitadora oposta à abordagem da S-as-P.

Whittington (2006) buscou integrar as atividades extra e intra organizacionais na pesquisa em estratégia através da proposição de três conceitos: práxis, prática e praticantes. Com base nesses conceitos, Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007) elaboraram uma estrutura conceitual para propiciar uma melhor compreensão da Estratégia como Prática, representada pela Figura 5. Pode-se inferir que a S-as-P resultaria da interação entre os praticantes, as práxis e as práticas da organização, existindo áreas de intersecção entre essas variáveis, sendo que ao centro, no ponto em comum entre as três, estaria o que Johnson et al (2003 apud JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007) entendem como fazer estratégia – *strategizing* – resultante da interação entre as mesmas.

Figura 5 – Uma estrutura conceitual para analisar a estratégia como prática



Fonte: Adaptado de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007, p. 11).

Deste modo, sob o prisma da S-as-P, tem-se a definição de estratégia como: uma atividade de caráter social, construída através de ações, interações e negociações entre múltiplos atores e as práticas formalizadas por eles (JARZABKOWSKI, 2005 apud JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007). Nos próximos tópicos, discute-se de maneira aprofundada a estrutura conceitual de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), separadamente, em três tópicos dedicados aos conceitos que a compõe.

2.2.1 Práxis

Segundo Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), a práxis é formada pela interligação entre a ação de indivíduos e grupos, que se encontram variados e dispersos, e as instituições – sociais, econômicas e políticas – onde estes estão inseridos e para as quais contribuem. Para os autores, esta definição permite inferir que a práxis é um conceito integrado, pois é operacionalizada em diferentes níveis organizacionais, e, ainda, dinâmico, na medida em que pode fluir entre os níveis, indo do micro ao institucional, por exemplo, sendo entendida como uma atividade estratégica realizada socialmente.

Whittington (2006) define práxis como as atividades efetivamente realizadas pelas pessoas, enquanto a prática seria a rotina comum de comportamento, o que também incluiria as normas, tradições e procedimentos de ação e raciocínio. Jarzabkowski e Spee (2009) complementam ao afirmarem que a práxis refere-se ao fluxo de atividades estratégicas realizadas ao longo do tempo. Sendo que, esse fluxo pode modificar-se de acordo com as ações e interações dos atores, inclusive quando elas são divergentes (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006 apud JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

A práxis está presente tanto no nível micro, quanto no macro. No nível micro se manifesta nas interações, negociações e relações entre os atores – indivíduos ou grupos (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007), em episódios específicos, por exemplo, como reuniões e decisões (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009). Já no macro, também denominado nível institucional, a práxis geralmente é observada ligada aos padrões de ação do setor onde se insere a empresa (LOUNSBURY; CRUMLEY, 2007 apud JARZABKOWSKI; SPEE, 2009).

Para Whittington (2006), na medida em que a práxis compreende todas as atividades de formulação e implementação da estratégia, ela seria essencial para a existência da estratégia, ao elaborá-la e executá-la, tendo assim, um caráter intra-organizacional. Na visão do autor, a práxis seria também difusa, pois abrangeria atividades centrais e periféricas, rotinas e não-rotinas e o formal e o informal. Assim, a práxis mostra-se importante para todos os tipos de estratégia, emergente e deliberada (MINTZBERG et al, 2006) e, ainda, integrativa (MINTZBERG; WATERS, 1985).

2.2.2 Práticas

Jarzabkowski e Spee (2009) caracterizam as práticas como ferramentas – simbólicas, materiais e sociais – utilizadas para a concretização da estratégia. Ainda para os autores, as práticas são um conjunto de ações, mais do que os atos individuais de um ator. Dessa forma, entrelaça maneiras de agir, fatores sociais e materiais que nem sempre são articulados ou conscientes para os atores envolvidos, devido a essa interligação entre as práticas, identificá-las separadamente seria extremamente difícil.

Para Jarzabkowski e Whittington (2008 apud JARZABKOWSKI; SPEE, 2009), variados elementos são envolvidos pelas práticas ao tornar o trabalho estratégico possível: discursos, rotinas, conceitos, tecnologias, seja para propiciar o uso de ferramentas acadêmicas, consultorias, revisão de estratégias ou até mesmo materiais e instrumentos tecnológicos que dinamizam e facilitam estas atividades.

A prática conecta-se com o ‘fazer’, uma vez que fornece os recursos comportamentais, cognitivos, processuais, físicos e discursivos para a interação social entre os atores e realização de atividades. Por esta razão, esses recursos, quando utilizados rotineiramente, formam padrões que permitem compreender o modo pelo qual a atividade estratégica é construída (JARZASBKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

Entretanto, como destacam Jarzasbkowski, Balogun e Seidl (2007), as práticas não são imutáveis, bem como os padrões que formam, pois variam e se combinam diferentemente ao longo do tempo, mantendo-se dinâmicas. Portanto, na visão dos autores, a análise das práticas é bastante válida para o estudo da Estratégia como Prática, visto que pela sua dinamicidade influi na práxis, moldando-a em diferentes níveis.

Whittington (2006) afirma que as práticas ocupam diferentes níveis e podem ser únicas para cada organização. Também destaca o fator extra-organizacional, práticas relativas ao setor ou sistemas sociais em que se insere a empresa, como normas de comportamento, por exemplo, e reforça que existem práticas de sociedades como um todo, que se difundem pelas nações legitimando e orientando o modo de fazer estratégia.

2.2.3 Atores

Os atores ou praticantes são o terceiro conceito elencado por Whittington (2006) e inserido por Jarzabkowski, Balogun, Seidl (2007) na estrutura conceitual para análise da Estratégia como Prática. Esse conceito é de suma importância para o estudo da S-as-P, pois, para essa abordagem, a estratégia tem um caráter social, ou melhor, é realizada pelas pessoas. Assim, os atores são aqueles que fazem, delineiam e executam as estratégias (WHITTINGTON, 2006).

Como evidenciam Jarzabkowski e Whittington (2008 apud JARZABKOWSKI; SPEE, 2009), entre os praticantes estão incluídos indivíduos diretamente envolvidos com a estratégia, como gerentes e consultores, e aqueles que exercem influência indiretamente, caso da mídia, escolas de negócios e políticos, por exemplo. Nesse sentido, para Jarzabkowski e Spee (2009), os praticantes podem ser considerados individualmente ou em grupos, bem como podem estar dentro ou fora da organização, também precisam ser vistos como membros de grupos sociais externos à empresa, conforme apresentado por Whittington (2006).

Whittington (2006) afirma que a práxis cria praticantes, e que esses, por sua vez, reproduzem, transferem e inovam na prática da estratégia, dessa forma, os atores teriam um papel mediador entre a prática e a práxis, o que seria vital para a estratégia. Ainda segundo o autor, há um aprendizado intrínseco em grupos de praticantes, assim, os atores tornam-se membros efetivos ao internalizarem as regras e normas específicas do grupo.

Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007) demonstram que a estratégia é moldada pelos atores através de quem são, como agem e de quais práticas fazem uso. Portanto, identificar quem são esses atores se configura uma tarefa complexa e importante para o estudo da estratégia, na medida em que suas ações impactam diretamente nos rumos definidos para a organização, e, do mesmo modo, as estratégias empresariais podem influir na sociedade como um todo.

A influência dos atores na administração de empresas foi abordada também por Handy (2006), correlacionando-os à cultura organizacional. Ao afirmar que a administração é um processo criativo e político, moldado como reflexo da cultura e tradição da organização, o autor classificou quatro maneiras de administrar, com essências semelhantes às de quatro deuses gregos, formadas a partir da base de poder, da forma de aprendizado, operacionalização e da motivação das pessoas. Assim, os integrantes da empresa carimbariam sua marca e determinariam a maneira como os negócios seriam conduzidos. As filosofias de cultura administrativa propostas por Handy (2006) são:

- a) **Zeus:** comum em organizações nascidas do empreendedorismo, por isso, organiza-se ao redor de uma forte figura patriarcal, de onde irradiam o poder e a influência. Por serem centralizadas, as decisões são rápidas e as relações são estabelecidas como em um clube, permeadas pela afinidade e confiança, com sólidas barreiras à entrada ou permanência de indivíduos com pensamentos divergentes. Assim, tanto a seleção quanto a sucessão são problemáticas;
- b) **Apolo:** baseia-se na função, não nas pessoas. Visa à estabilidade e a previsibilidade, definindo regras e procedimentos a serem seguidos, pois tudo é pensado de maneira racional e lógica. Comum em organizações estatais e monopólios, onde a concorrência é inexistente ou fraca. Pode ser visualizada em hospitais, por exemplo, já que possuem atividades características e padrões que determinam a forma de conduzi-las;
- c) **Atena:** é a cultura do trabalho em equipe, construída para solucionar problemas e com o poder descentralizado, variando de acordo com o conhecimento. Valoriza o talento e a criatividade, em detrimento da idade ou grau de parentesco. É cara de ser mantida, uma vez que, visa fazer o melhor sempre, por esta razão, adequa-se a momentos de expansão. Empresas de pesquisa e desenvolvimento e de publicidade costumam ser do tipo Atena;
- d) **Dionísio:** foca no indivíduo e percebe a organização como um meio de ajudar os integrantes a atingir seu objetivo. Típica de empresas de profissionais liberais, como advogados, arquitetos e médicos, permite que cada um seja fiel a sua identidade, pois o talento e as habilidades são os recursos chave. Funciona como uma união de estrelas, em que a tarefa de administrar é coadjuvante e renegada a um terceiro.

Nenhuma das quatro culturas apresentadas é melhor que outra, determinado tipo será mais adequado de acordo com a empresa e com o momento pelo qual ela passa. As

organizações funcionam de maneira diversa e, para Fiates (2013), isso está associado aos padrões de comportamento internos e externos, ou seja, à cultura organizacional.

2.2.4 Níveis de análise estratégica

Para Albino et al (2010), a Estratégia como Prática incita a discussão estratégica a desenvolver-se sem tirar os olhos dos aspectos sociológicos inculcados na ação de fazer estratégia, na medida em que não separa pensamento e ação, ou seja, a decisão e a implementação são entendidas simultaneamente. Além disso, os autores consideram a estratégia importante para toda a sociedade e um fator que pode afetá-la, visto que compreende movimentos de influentes instituições públicas e privadas, atores capacitados e resulta em inovações e investimentos estratégicos.

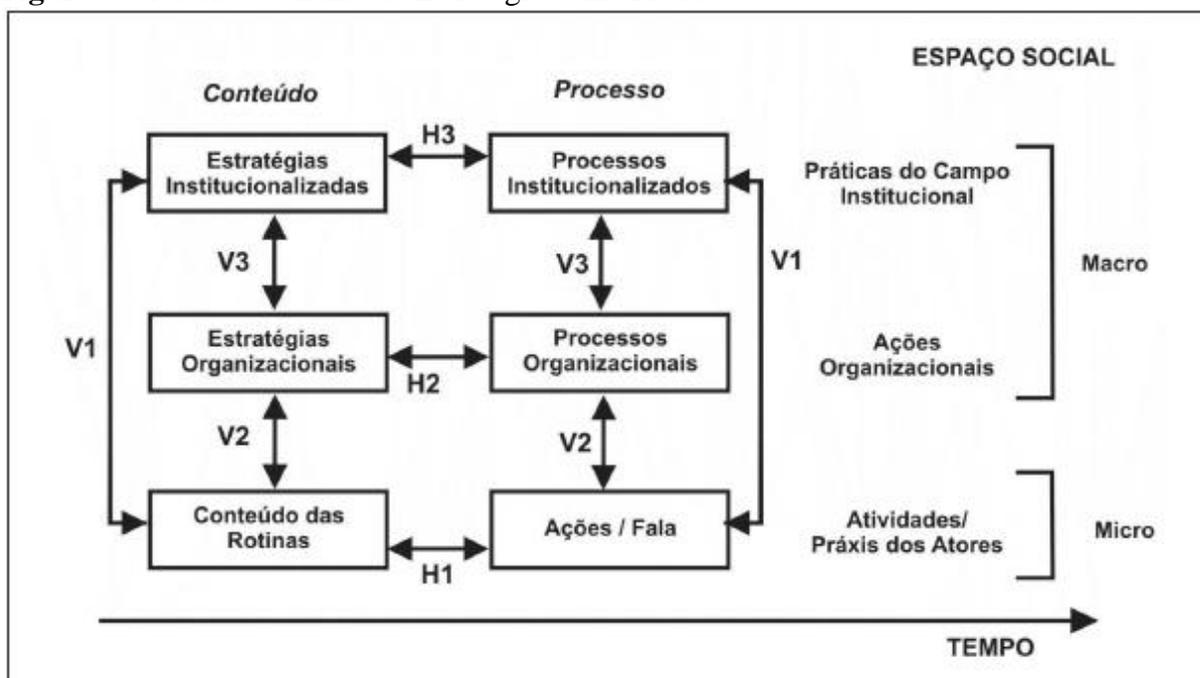
Jarzabłowski e Wilson (2004) afirmam que a instância micro e macro exercem influências bilaterais, dessa forma, uma ação no nível micro teria reflexos também na dimensão macro. O nível macro compreende as instituições sociais, econômicas e políticas, enquanto no micro estão os atos, discursos, pensamentos e gestos (JARZABŁOWSKI; WILSON, 2004). Para os autores, construir ligações entre esses níveis seria uma questão fundamental para o estudo da estratégia.

Portanto, visando organizar as ideias de Johnson, Melin e Whittington (2004, apud ALBINO et al), Albino et al (2010) elaboraram um modelo para o entendimento dos níveis de análise da S-as-P, que integra importantes pontos, como: onde e de que modo a estratégia é desenvolvida e implementada, quem são os responsáveis pelas atividades estratégicas, que competências são demandadas e como são obtidas, que ferramentas e técnicas são empregadas e como é gerenciado o “fazer estratégia”. Esse modelo é exposto na Figura 6, nele é possível observar a relação existente entre os processos estratégicos e as atividades realizadas pelos atores, partindo-se de uma perspectiva gerencial e classificadas em dois níveis, macro e micro.

Como se pode visualizar na Figura 6, o modelo desenvolvido por Albino et al (2010) representa o espaço social da estratégia ao longo do tempo, dividido entre micro – atividades/práxis dos atores – e macro – ações organizacionais e práticas do campo institucional, que englobam conteúdos – conteúdo das rotinas, estratégias organizacionais e

estratégias institucionalizadas – e processos – ações/fala, processos organizacionais e processos institucionalizados – relacionados entre si por links.

Figura 6 – Níveis de análise da Estratégia como Prática



Fonte: Albino et al, (2010, p. 8) elaborado com base em Johnson, Melin e Whittington (2004).

O link V1 representa os códigos compartilhados para atuação, responsáveis por definir como comportar-se e proceder na realização das atividades, já que é preciso ser fiel ao papel que se possui, o que confere legitimidade à prática estratégica, embora seja passível de mudanças. Para os autores, o nível micro é estudado de maneira relacionada ao macro, que autoriza as práticas desenvolvidas no primeiro.

Já o link V2 relaciona os conteúdos das rotinas com as estratégias organizacionais, que podem ser, como exemplificam os autores, estratégias de crescimento e inovação, e também as ações/fala aos processos organizacionais, em exemplo dos autores: como processos de treinamento ajustam-se aos padrões de mudança organizacional. Por sua vez, o link V3 encontra-se no nível macro, pois liga as estratégias e processos organizacionais aos institucionalizados, ou seja, ilustram a influência entre a organização e as instituições sociais (ALBINO et al, 2010).

Os links H, na direção horizontal, relacionam os conteúdos aos processos estratégicos. Albino et al (2010) afirmam que esses links destacam a discussão a respeito da origem da vantagem competitiva, questiona-se o nascimento das mesmas a partir do conteúdo da

estratégia ou dos processos de formação e implementação, em outras palavras: se a estratégia definida é o mais importante ou o modo como é alcançada.

O modelo de Albino et al (2010) compreende diferentes níveis de análise da estratégia, conteúdo/processo, macro/micro e performance das pessoas/performance organizacional, correlacionando-os e, assim, sanando uma lacuna anteriormente existente no estudo da S-as-P. Pacagnan et al (2011) ainda afirmam que esse modelo reflete o pensamento e a ação do estrategista em uma perspectiva futura, onde consideram-se todas as implicações decorrentes.

Os três conceitos propostos por Whittington (2006) – práxis, prática e praticantes – organizados na estrutura conceitual de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007) integram as atividades realizadas nas organizações, externamente e internamente, que em conjunto produzem o “fazer estratégia”. Indo ao encontro, soma-se a sistematização elaborada por Albino et al (2010), responsável por relacionar o nível macro e micro, ambos influentes perante a estratégia.

As citadas contribuições ilustram a complexidade inerente à gestão estratégica e a premência de atentar-se aos fatores que nela impactam. Logo, em contextos de constantes transformações vislumbrar a estratégia como algo que se constrói permanentemente é fundamental, assim as prescrições da S-as-P bem se adéquam à gestão das instituições de saúde, assunto do tópico 2.3.

2.3 GESTÃO EM SAÚDE

Para Sharma, Sarma e Gomes (2013), cuidar de doentes e feridos é a principal função da organização hospitalar, porém, ao mesmo tempo, outras funções devem ser realizadas, como proporcionar treinamento e formação aos profissionais envolvidos com serviços de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros), promover ações de prevenção a doenças e promoção da saúde junto à comunidade e também estimular e tornar possível a realização de pesquisas; sendo que esse variado conjunto de atividades demanda uma performance eficiente para sua adequada realização. Assim, mostra-se imprescindível que as empresas do setor de saúde, principalmente os hospitais, complexas instituições, sejam bem geridos, de forma a coordenar todas as atividades desempenhadas e cumprir efetivamente seu papel na sociedade.

No Brasil, falhas na gestão dos hospitais resultam no encarecimento dos serviços de saúde e em desperdícios, isso porque, segundo Paulo Feldmann, professor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, faltam pessoas preparadas e capacitadas para gerir organizações de saúde (TIEGHI, 2013). Feldmann ainda aponta, no artigo de Tieghi (2013), que nos hospitais brasileiros é necessário em média 10 funcionários por leito, situação diversa de outros países onde esse número despenca para quatro, fato que seria reflexo da falta de eficiência dessas instituições no país.

Outro ponto destacado pelo professor é a ausência de concorrência entre os hospitais, o que melhoraria os serviços, aumentaria a produtividade e reduziria os custos. Entretanto, não são divulgadas informações relativas à qualidade dos serviços de saúde para a população, que sem conhecimento da real situação fica impossibilitada de exigir melhorias ou escolher onde deseja ser atendida. A limitada oferta de serviços do setor e a grande demanda também contribuem para a baixa competitividade.

Apesar da baixa concorrência, a atuação das organizações de saúde exige árduos esforços, pois a saúde tem altos custos que devem ser equilibrados para a manutenção da sustentabilidade dos negócios que compõem o setor. Os impostos são os principais responsáveis por esse custo elevado, uma vez que as atividades relacionadas à saúde são grandemente tributadas nas esferas federais, estaduais e municipais (SAÚDE CATARINENSE, 2015). Um levantamento da Confederação Nacional de Saúde (apud SAÚDE CATARINENSE, 2015) concluiu que a carga de tributos atinge um terço do valor dos serviços de produtos médico-hospitalares. De acordo com a mesma fonte, a tributação sobre as medicações chega a 31%, já no caso dos bisturis essa taxa é de aproximadamente 40%.

Mais um grande custo incutido no setor de saúde é o pagamento dos funcionários que nos hospitais, como citado por Rodrigues e Rodrigues (2012), atinge a marca de 52% de todo o gasto hospitalar, podendo subir para 74% quando se considera os colaboradores terceirizados. As autoras destacam que em organizações de saúde a qualificação da mão de obra e os processos de trabalho são determinantes para os resultados alcançados na prestação da assistência à saúde, pois os conhecimentos técnicos e a experiência dos profissionais são diferenciais no atendimento adequado dos pacientes.

Nesse sentido, práticas de gestão de recursos humanos – recrutamento e seleção, treinamentos, práticas de remuneração, avaliação de desempenho, desenho de carreiras, entre outros – são ferramentas que demandam atenção, na medida em que contribuem para a qualidade dos serviços e funcionamento da empresa como um todo. Para Silva et al (2009,

apud RODRIGUES; RODRIGUES, 2012), a negligência da gestão de recursos humanos pela área da saúde é incoerente com o funcionamento do setor, já que depende dos profissionais.

Mintzberg (2004) classifica os hospitais como organizações profissionais, caracterizadas por trabalhos operacionais complexos e pela dependência de profissionais para seu funcionamento. Esse tipo de organização se mantém flexível nos núcleos operacionais e forma estratégias de maneira fragmentada, unindo objetivos individuais e coletivos, imposição de estratégias pela direção não se adequam nesse caso (MINTZBERG, 2004). Assim, observa-se a existência da independência dos colaboradores inseridos na empresa em suas atitudes e na influência que exercem, pois controlam seu trabalho e grande parte das decisões administrativas, inclusive com padrões vindos de estruturas externas, como entidades representativas de profissões (RODRIGUES; RODRIGUES, 2012). Além disso, para Berry e Seltman (2010), em empresas de serviço com mão de obra intensiva, os valores pessoais do profissional são refletidos também na prestação dos serviços.

A gestão dos hospitais deve contemplar tanto aspectos administrativos quanto técnicos, próprios da área da saúde, entretanto não é isso que acontece na maioria das vezes, pois repetidamente formam-se conflitos entre médicos e administradores em relação à forma de condução da instituição, prejudicando a colaboração e o trabalho em equipe (CORREA; PROCHNIK; FERREIRA, 2009). Como afirmam Bernardes et al (2010), nos hospitais filantrópicos as estruturas de poder e gerenciamento dividem-se, geralmente, entre três atores: os médicos, os filantropos e o administrador hospitalar, sendo que quando trabalham em conjunto e com uma gestão profissional os resultados financeiros são mais positivos, por isso, recomenda-se que os profissionais de nível operacional tenham conhecimentos básicos de gestão, enquanto os integrantes do núcleo administrativo não sejam leigos na área da saúde.

Lima et al (2004) afirmam que os hospitais devem criar vínculos firmes e duradouros com os médicos e profissionais de saúde, dada a importância destes para a sustentabilidade da empresa e os problemas decorrentes da rotatividade. Outra variável que vem a contribuir para a gestão hospitalar são os processos de acreditação (obtenção de certificação da qualidade em serviços específicos), cada vez mais aderidos, em que é aplicada a metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e são definidos padrões de gestão para o alcance dessa determinada qualidade nos serviços (RODRIGUES; RODRIGUES, 2012).

Ainda que a demanda de serviços de saúde seja grande e crescente, a gestão em saúde é tanto ou mais complexa que a gestão de empresas de outros setores. Gerir serviços de saúde exige pensamento sistêmico e responsabilidade, dado a seriedade das atividades desenvolvidas e impactos que ocasionam na vida dos clientes. Um erro pode ser fatal. Por

isso, no Brasil, o setor de saúde sofre forte regulação e atuação do governo federal, como é exposto no tópico seguinte.

2.4 SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

A Carta de Ottawa apresenta um importante pensamento em relação à saúde e sua função para a manutenção da vida: “[...] a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 1). Dessa maneira, pode-se concluir que a busca pela assistência em saúde e solução dos acometimentos patológicos da mesma não deve ser algo dispendioso para a população ou impossível de se conseguir.

Na Carta de Ottawa fez-se uma reafirmação das diretrizes e conceituações veiculadas na Declaração de Alma-Ata assinada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde, onde se firmou um pacto para alcançar a saúde em totalidade no mundo até o ano de 2000. Na Alma-Ata, a saúde, completo estado de bem-estar físico, social e mental, é instituída como um direito fundamental, sendo responsabilidade dos governantes assegurar seu mais elevado nível para todos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A criação do Sistema Único de Saúde do Brasil em muito foi influenciada pelos dois documentos anteriormente citados. Fato que se pode observar, até mesmo, nos princípios definidos para o sistema de saúde nacional: Integralidade – assistência garantida em todos os níveis de saúde demandados pelos pacientes, Equidade – atender os pacientes de acordo com a demanda de cada caso – e Universalidade - garantia de acesso para toda a população aos serviços e recursos oferecidos (BRASIL, 1990a).

Nos tópicos que seguem explana-se a respeito do sistema de saúde adotado no Brasil: a atual configuração do sistema único e a competição no setor de saúde.

2.4.1 Configuração do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS – foi implantado na década de 1990 regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei

n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que entre outras providências dispõem sobre a participação comunitária na gestão do SUS e transferência de recursos financeiros governamentais na área da saúde (BRASIL, 1990b). A saúde tornou-se dever do Estado a partir da CF/88, que também foi responsável por criar o SUS, sistema nacional que integra os subsistemas de saúde pública, sejam serviços públicos ou privados, organizado de maneira hierárquica e regionalizada, com comandos nos diversos níveis do governo (MOYSÉS FILHO et al, 2010).

O artigo 4º da lei n. 8.080 (BRASIL, 1990a) define o SUS como a união de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, inseridos na administração direta e indireta ou nas fundações mantidas pelo governo e também prevê a participação da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro em caráter complementar. Noronha, Lima e Machado (2008) evidenciam que quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para assistir a população de determinada área, ele pode, por meio de contratos e convênios, valer-se de serviços prestados pela iniciativa privada para garantir a gratuidade e integralidade da assistência aos usuários. Tieghi (2013) lembra que o SUS deveria responsabilizar-se pelo atendimento médico de toda a população, entretanto essa não é a realidade e observa-se no artigo 21º da lei n. 8.080 a permissão para a atuação da iniciativa privada no setor (BRASIL, 1990a).

Os serviços de assistência à saúde são regionalizados, ou seja, distribuídos geograficamente e, assim, a diretriz da descentralização leva os governos dos estados e municípios a atuarem com autonomia para implementá-los, de acordo com as demandas da área em questão, para que os recursos sejam otimizados e não haja ociosidade ou desperdícios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Já a hierarquização refere-se aos níveis de atenção à saúde: atenção básica – que trata dos problemas mais comuns, média complexidade – referente às especialidades – e alta complexidade – que emprega tecnologia em larga escala e possui custos elevados, sendo o patamar onde se encontram os hospitais e centros de diagnóstico. Noronha, Lima e Machado (2008) indicam que os usuários podem ser encaminhados para unidades de alta complexidade quando necessário e, posteriormente, retornam para a unidade inicial, para receberem acompanhamento, sendo essa ação denominada de referência e contra-referência, respectivamente a ida para o nível superior de atenção e o retorno para o nível básico.

As estruturas que formam a direção do SUS nos diferentes níveis governamentais possuem uma organização própria, com cargos de chefia que dividem a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde, em relação às funções que possuem, conforme afirmam Noronha,

Lima e Machado (2008). Os autores ainda evidenciam que o modelo institucional adotado pelo SUS é ousado, pois visa integrar diferentes níveis gestores do sistema e propiciar o controle social das políticas de saúde, levando variados atores a participar da tomada de decisão.

Salu (2013) afirma que o sistema de saúde brasileiro é influenciado em sua totalidade pela ação governamental, situação diversa de praticamente todos os outros setores de atividade; na visão do autor, isso acontece porque a saúde é o que de mais essencial o governo pode prover à população, tornando a ação governamental neste sentido um fator estratégico. A regulamentação do SUS se dá por meio de instrumentos legais e executivos, como leis, decretos, medidas provisórias, resoluções, portarias, enfim, por documentos oficiais, sendo a mesma responsabilidade dos poderes Legislativo e Executivo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Ainda o SUS teria um papel regulador que englobaria quatro campos principais: regulação de prestadoras de serviços, regulação de sistemas de saúde, regulação sanitária e regulação de mercados em saúde, com objetivo de garantir resultados e características uniformes através do controle de procedimentos e processos (MACHADO, 2002 apud NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

2.4.2 Atual quadro de competição em saúde

A saúde brasileira é uma área bastante deficiente e que ainda carece de muitos avanços. Segundo Laboissière (2014), no ano passado, 93% da população do país se mostrava insatisfeita com os serviços públicos e privados de saúde, apontando os mesmos como regulares, ruins ou péssimos, foi o que concluiu o Instituto Datafolha em pesquisa encomendada pelo CFM (Conselho Federal de Medicina) e pela APM (Associação Paulista de Medicina).

A supracitada pesquisa apontou como principais problemas: as longas filas de espera, o acesso ao serviço público e a gestão de recursos. Para o vice-presidente do CFM, Carlos Vital, os problemas vêm se agravando nos últimos doze anos, sendo os mais importantes o orçamento e a administração, em contraposição o Ministério da Saúde afirma que os recursos destinados à saúde passaram de R\$ 27,2 bilhões, em 2003, para R\$ 91,6 bilhões, em 2014, aumentando mais que três vezes no período (LABOISSIÈRE, 2014).

A British Broadcasting Corporation - BBC Brasil (2013) veiculou que, no Brasil, a população arca com mais da metade dos gastos do setor de saúde, apesar da existência de um sistema público gratuito e universal. Essa conclusão foi feita com base em dados da Organização Mundial da Saúde de 2011, que também revelam o percentual de gastos privados no setor: 54% em contraponto com os 46% públicos, enquanto em vários países a situação se inverte, a maior parcela de investimentos na saúde é de responsabilidade dos governos, como na Noruega (86%), Japão (80%), Colômbia (74%), Uruguai (68%) e Grã-Bretanha (83%) (BBC BRASIL, 2013). Ainda segundo a reportagem, o orçamento federal brasileiro destinado para a saúde, aproximadamente 8,7%, é mais baixo do que a média dos países africanos, com 10,6% e a média mundial, com 11,7%. Os dados demonstram o quanto o setor de saúde do país não se ampara somente no Sistema Único de Saúde em virtude das prioridades elencadas pelo governo.

Em 2009, a despesa governamental relativa à saúde pública totalizou 3,2% do PIB – R\$102,26 bilhões, no mesmo ano o segundo maior gasto foi com serviços de atendimento hospitalar, que atingiu 0,4% do PIB – R\$13,32 bilhões (AMORIM; LEAL, 2012). Amorim e Leal (2012) expõem ainda que, no mesmo período, a despesa das famílias com saúde foi maior com os serviços, como consultas e exames, atingindo 1,8% do PIB – R\$50,07 bilhões, em segundo lugar vieram os medicamentos para humanos com 1,7% do PIB – R\$56,17 bilhões, por sua vez, os serviços de atendimento hospitalar ocuparam o terceiro lugar, equivaleram a 0,8% do PIB – R\$ 24,75 bilhões. Observa-se que a despesa com serviços hospitalares é bastante expressiva no país, tanto no que compete aos desembolsos públicos quanto particulares.

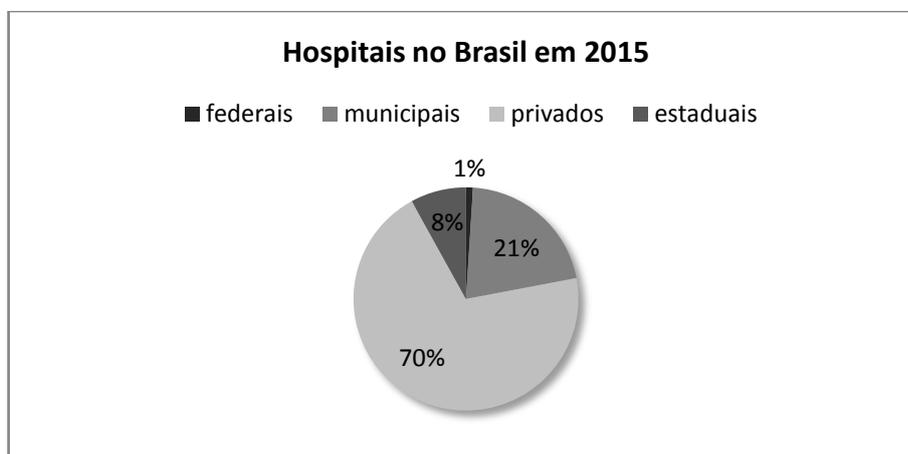
A reportagem de Amorim e Leal (2012) corrobora a ideia apresentada pela BBC Brasil (2013) de que o sistema de saúde é gratuito e universal apenas em teoria, pois a despesa da população foi 27% maior que a do setor público, no quesito saúde em 2009, mostrando que o SUS não extinguiu os gastos privados com saúde, já que não é eficiente em suprir as demandas dos cidadãos, fato reforçado pela pesquisa do Conselho Federal de Medicina em parceria com a Associação Paulista de Medicina realizada em 2014 e publicada por Laboissière (2014). Também vale destacar que, devido ao caráter vital da saúde, esse setor não costuma sofrer abalos em momentos de crise, mantendo-se menos sensível frente às oscilações econômicas (AMORIM; LEAL, 2012).

Assim, como reflexo da grande demanda e ineficiência do setor público, o acesso aos serviços de saúde no Brasil acontece de diferentes formas. Moysés Filho et al (2010), com base em dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e do Ministério da Saúde,

dividem a forma de obtenção de assistência em saúde no ano de 2010 da seguinte maneira: 76% através de atendimento público, 23% por meio de atendimento privado – ligado as operadoras de saúde suplementar – e 1% particular. Os autores explicam que as operadoras de saúde complementar podem ser de quatro tipos: medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e seguro-saúde.

De acordo com a Confederação Nacional de Saúde – CNS (2015), o Brasil possui 6.701 hospitais em funcionamento. O Gráfico 1 ilustra o percentual de hospitais públicos e privados existentes no país em agosto de 2015.

Gráfico 1 – Hospitais no Brasil



Fonte: elaborado pela autora com base em dados da CNS (2015).

Como é possível observar, grande parte (70%) dos estabelecimentos responsáveis por serviços hospitalares no país são privados. Enquanto apenas 30% dos hospitais são governamentais, dividindo-se entre federais (1%), estaduais (8%) e municipais (21%) – estes com maior número. Fato que reforça a publicação da BBC Brasil (2013), pois, percebe-se que no nível de assistência hospitalar é grande a dependência do país perante o capital não governamental.

Nos anos 2000, a competição no setor de saúde no país passou a evoluir de maneira acirrada, em especial pela entrada de investimentos internacionais (MÓYSES FILHO et al, 2010). A Figura 5 representa a atual estrutura de competição no setor de saúde do Brasil a partir do ponto de vista da *supply chain* (cadeia de suprimentos). Moysés Filho et al (2010) comentam que toda a cadeia de suprimentos é remunerada, direta ou indiretamente, quando alguém paga seus impostos ou as parcelas do plano de saúde.

Figura 7 – Cadeia de Suprimentos no Setor Saúde

Fonte: Adaptado de Moysés Filho et al (2010, p. 25).

Os elos que compõem a cadeia – clientes, operadoras de saúde, hospitais, prestadores, distribuidores e indústria – são explicados por Moysés Filho et al (2010). O primeiro elo é o cliente, o consumidor dos serviços de saúde que têm demandas variadas dependendo de seu perfil e da situação econômica momentânea. Em segundo lugar estão as operadoras de saúde que podem ser privadas, nesse caso denominadas complementares, ou pública, o SUS, que atende diretamente a população e ainda arca com procedimentos médicos-assistenciais através de contratos e convênios firmados com hospitais e prestadores. Os autores reforçam que a remuneração dos profissionais de saúde praticada, por procedimento, leva a maioria a atender mais clientes no mesmo intervalo de tempo e a solicitar mais exames para diagnóstico, o que ocasiona uma redução nas margens de lucro das operadoras, fazendo com que as mesmas busquem verticalizar sua atuação por meio da criação ou participação em hospitais, clínicas e laboratórios.

Os hospitais encontram-se no terceiro elo. Atendem clientes provenientes das operadoras de saúde privadas, do SUS e com recursos próprios, estes em menor escala. “Seus custos vêm crescendo devido a vários motivos: cumprimento de protocolos de atendimento cada vez mais exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), regulação da ANS (contratualização), fiscalização por parte do Ministério Público e outros” (MOYSÉS FILHO ET AL, 2010, p. 27). O aumento da responsabilidade civil em saúde tornou mais frequente os processos que visam o pagamento de indenizações a danos por erro médico, nessa situação é comum a responsabilização dos hospitais, reforçam os autores.

Por sua vez, o quarto elo é composto pelos prestadores dos serviços de saúde, que podem ser os profissionais, geralmente organizados em cooperativas, e empresas: clínicas,

laboratórios, enfim, empreendimentos que se dedicam a serviços do setor. Moysés Filho et al (2010) afirmam que as margens de lucro dos prestadores também estão em queda e, para reforçar as defesas contra este fenômeno, é crescente a união de profissionais em associações, existência de diversas policlínicas em funcionamento e operação de laboratórios em rede com numerosas unidades.

O quinto lugar é ocupado pelos distribuidores dos produtos produzidos pela indústria, necessários para as operações dos hospitais e prestadores. Porém, este elo tende a extinguir-se em decorrência da aproximação entre a indústria e os elos três e quatro, que paulatinamente fecham negócios, sem precisar de intermediários, valendo-se da tecnologia da informação. Por sua vez, a indústria, que manufatura os medicamentos e equipamentos, representa o sexto e último elo. Este elo sofre pressão de seus antecedentes, é regulado pela Anvisa e muitas vezes paga *royalties* pelo uso de patentes de companhias internacionais, à vista disso há uma reação de sindicalização para um maior amparo de seus interesses perante os *stakeholders*. Os autores concluem que os fatos expostos permitem compreender a atual insatisfação dos componentes da cadeia de suprimentos do setor saúde e que, na vigência dessa situação, planejar e adotar uma gestão estratégica são ações imprescindíveis.

Apesar da redução das margens de rentabilidade, mesmo em momentos de crise, a perspectiva do setor de saúde é de crescimento, principalmente no longo prazo, pois o envelhecimento da população faz a demanda por esses serviços aumentar, como indica Costas (2015), assim o mercado de trabalho do setor também se mantém mais resiliente no país. Em nível nacional, o setor congrega três milhões de empregos diretos e em torno de cinco milhões indiretos, além disso, em 2014 o volume de empregos gerados cresceu 13,5% em relação ao ano anterior (SAÚDE CATARINENSE, 2015).

Percebe-se, pois, que o setor de saúde é formado por diversos atores, devido à impossibilidade dos serviços públicos individualmente suprirem as constantes e crescentes necessidades da população. Entretanto, Rodrigues e Rodrigues (2012) comentam uma forte particularidade do sistema de saúde brasileiro: ainda hoje, na maior parte das vezes a entrada de usuários no sistema acontece pelas portas dos hospitais, sendo essas instituições responsáveis por cerca de 70% dos atendimentos de emergência e 27% dos atendimentos ambulatoriais. Para Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), isso resulta do fato de que a atenção à saúde no país ter sido estruturada com foco nas práticas curativas e hospitalares, ou seja, seguindo o modelo hospitalocêntrico. Assim, inegavelmente, quando se pensa em saúde no Brasil, pensa-se nos hospitais, tipo empresarial alvo do estudo e tema do próximo tópico.

2.5 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

O hospital é visto como o território sagrado da medicina. Apesar de não ser o único local onde são prestados serviços de saúde, grande parte das pessoas dirigem-se a essa instituição quando precisam de cuidados médicos, não importando a gravidade do acometimento. Assim, como descrevem Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), as mudanças nos sistemas de saúde e as reflexões a respeito das delimitações do papel dos hospitais não impediram que os mesmos continuassem ocupando uma posição de destaque, pois concentram tecnologias e conhecimentos especializados. Além disso, há o fator cultural, é no hospital onde os seres humanos costumam nascer, passar por situações de saúde delicadas e morrer. Logo, ao pensar em saúde as atenções se voltam ao universo hospitalar.

Para Braga Neto, Barbosa e Santos (2008), recentemente foram introduzidas diversas inovações nas organizações hospitalares, como transformações no escopo das atividades desempenhadas, aumento da integração à rede de serviços, adoção de novos modelos de gestão hospitalar, incorporação de novas tecnologias e formas de prestação de cuidados. Segundo os autores, com as reformas dos sistemas de saúde, ocorreram também reorganizações internas e redefinições de seu papel na atenção à saúde, diretamente ligado à atenção em média e alta complexidade. Sua expressiva importância demanda adaptações constantes frente às crescentes demandas da população.

O estabelecimento hospitalar é uma instituição bastante antiga na história da humanidade, os primeiros relatos de sua existência datam do século VI a.C., realizados por indianos e egípcios, como apontam Cavallini e Bisson (2010). Por isso, suas transformações relacionam-se profundamente às transformações da sociedade e, ainda, aos avanços da ciência. O seguinte tópico dedica-se a apresentar a classificação e as funções relativas às organizações hospitalares.

2.5.1 Funções e classificação

A Organização Mundial de Saúde (2000 apud BRASIL, 2011) reconhece como hospital todos os estabelecimentos que possuam cinco ou mais leitos para realizar a internação de pacientes, garantam atendimento básico de diagnóstico e tratamento, tenham uma

organizada equipe clínica, e possuam prova de admissão e assistência constante prestada por profissionais médicos.

Os hospitais “agregam uma série de funções que os caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde” (BRASIL, 2011, p. 10). São quatro as funções do hospital, segundo a Organização Mundial da Saúde (apud CAVALLINI; BISSON, 2010): prevenir doenças, restaurar a saúde, desempenhar funções educativas e promover a pesquisa. Cavallini e Bisson (2010) complementam o rol de funções ao listar seis características necessárias a essa instituição nos tempos atuais:

- a) **Assistir:** prestar assistência aos pacientes respeitando os princípios éticos e a condição humana. Toda tecnologia disponível deve ser empregada para obter diagnóstico e realizar o tratamento, sendo o médico o responsável por apontar os caminhos a serem percorridos;
- b) **Pesquisar:** são as pesquisas a melhor forma de qualificar um hospital e afirmar sua credibilidade no mercado. Sempre que possível deve-se buscar novos conhecimentos, ao menos no que compete ao perfil epidemiológico da região atendida pela organização hospitalar;
- c) **Educar:** um hospital deve buscar formar profissionais, pois é imprescindível pensar no futuro. A manutenção e sustentabilidade dos serviços, além de sua melhoria, devem ser alvo de esforços;
- d) **Manter as fontes de informação atualizadas:** é importante atualizar as fontes de informações constantemente, tendo em vista que a evolução dos conhecimentos acontece cada vez mais rapidamente. Manter contato com diferentes centros de formação de variadas localidades mostra-se mais fácil hoje devido aos avanços tecnológicos;
- e) **Aproximar:** o hospital deve procurar, na medida do possível, se manter próximo da comunidade e realizar práticas voltadas à promoção da saúde;
- f) **Estimular:** a prevenção das doenças deve ser estimulada, já que muitas patologias podem ser evitadas quando se realiza medidas preventivas e o combate às doenças, depois de manifestadas, nem sempre é eficaz.

A classificação dos estabelecimentos hospitalares obedece a diversos critérios. Braga Neto, Barbosa e Santos (2008) explicam que isso é resultado do ascendente interesse em conhecer e avaliar mais adequadamente a oferta hospitalar, pois a classificação permite comparar diferentes unidades de maneira mais sólida. Os critérios de classificação não são excludentes, sendo os principais:

- a) **Porte:** hospital de pequeno porte – capacidade normal de até 50 leitos, hospital de médio porte – capacidade de 51 até 150 leitos, hospital de grande porte – com mais de 151 leitos (BRASIL, 1977) ou hospital de capacidade extra – acima de 500 leitos (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008);
- b) **Perfil assistencial:** “[...] hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa” (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 668);
- c) **Complexidade das atividades prestadas:** hospital de nível secundário, terciário ou quaternário (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). O nível secundário concentra serviços de diagnóstico, leitos para internação e serviços básicos de medicina (pequenos hospitais e centro de especialidades médicas, por exemplo), o nível terciário apresenta maior complexidade e alto grau de especialização (exemplos: hospitais regionais, particulares de maior complexidade e hospitais de ensino), já o nível quaternário é o mais avançado em ciência e tecnologia, oferece tratamentos especiais como transplantes, cirurgia cardiovascular e neurológica (CAVALLINI; BISSON, 2010);
- d) **Papel na rede de serviços de saúde:** hospital local – atende a população de determinada área geográfica prestando pelo menos assistência básica de emergência, clínica médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica (BRASIL, 1977), hospital regional/distrital – presta serviços próprios de hospital local e outros especializados, definidos estrategicamente, em sua área de cobertura (BRASIL, 1983), hospital de referência/base – centro de integração do serviço médico-hospitalar de determinada área, presta assistência cirúrgica de hospitais locais e assistência especializada diferenciada a pacientes encaminhados dos hospitais regionais (BRASIL, 1977);
- e) **Tempo de permanência:** longa permanência – média de permanência de pacientes internados é maior do que 30 dias (BRASIL, 1977) – ou curta permanência – quando não ultrapassa 30 dias (CAVALLINI; BISSON, 2010);
- f) **Corpo clínico:** aberto – médicos não precisam ser funcionários do hospital – ou fechado – apenas médicos contratados podem atender (CAVALLINI; BISSON, 2010). Pode ainda ser misto quando possui corpo clínico fechado, mas faz concessão a não contratados para internar e assistir seus pacientes (BRASIL, 1977);
- g) **Edificação:** pavilhonar – edificações isoladas de pequeno porte onde distribui seus serviços, monobloco – serviços mantidos em um só bloco, multibloco – edificações de médio a grande porte interligadas ou não concentram os serviços

prestados, horizontal – construção predominantemente horizontalizada e vertical – edificação verticalizada (CAVALLINI; BISSON, 2010);

h) **Regime jurídico:** podem ser públicos ou privados. Os públicos podem ser classificados de acordo com a esfera de governo pertencentes, em federais, estaduais e municipais, e por meio da modalidade de administração, direta ou indireta – autarquia, fundação ou empresa estatal. Enquanto os privados podem ser instituições com fins lucrativos ou sem fins lucrativos – beneficentes ou filantrópicos – e ainda se indica o tipo da clientela atendida pela instituição – pacientes do SUS, particulares e/ou beneficiários de planos de saúde (NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Enquanto os hospitais beneficentes são conservados por seus associados e dedicam-se a assisti-los (CAVALLINI; BISSON, 2010), os filantrópicos reservam parte de sua estrutura, de acordo com a legislação em vigência, para a prestação de serviços gratuitos à população carente e são mantidos total ou parcialmente através de doações (BRASIL, 1977). Vale lembrar que a legislação brasileira não distingue mais hospitais filantrópicos e beneficentes, porém, por costume, essas denominações continuam sendo utilizadas, razão pela qual, denomina-se o hospital pesquisado de filantrópico no presente estudo.

O alvo da pesquisa é um hospital filantrópico, em razão disso, serão aprofundadas algumas características básicas relativas a esse tipo de organização. Segundo o DATASUS (2015), em setembro de 2015 estavam em funcionamento 717 hospitais filantrópicos no Brasil. Em 2013, 41% do total de internações realizadas no país, 4,7 milhões, foram feitas por entidades filantrópicas (BRASIL, 2014). Além disso, no ano de 2012, essas instituições concentraram 128.867 leitos do SUS, 37% do total – 345.183 – referente ao sistema único (BRASIL, 2013).

São consideradas filantrópicas as entidades que portam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Cebas), que é concedido desde 2009 pelo Ministério da Saúde, essa certificação isenta o pagamento de tributos de seguridade social (BRASIL, 2013). A Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009) certifica como entidades beneficentes de assistência social aquelas que prestam serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação em caráter universal e, ainda, no caso da saúde, entre outros fatores:

- a) sejam constituídas como pessoa jurídica;
- b) firmem contrato, convênio ou similar instrumento com o gestor do SUS;
- c) prestem serviço ao SUS no percentual mínimo de 60%;

- d) comprovem a prestação de serviços ao SUS anualmente, por meio das internações e atendimentos ambulatoriais efetuados;
- e) os diretores, conselheiros, sócios, instituidores ou benfeitores não podem receber remuneração ou benefícios de nenhum tipo pelas funções, competências ou atividades que sejam de sua responsabilidade, exceto nas associações assistenciais ou fundações, sem fins lucrativos, cujos dirigentes podem ser remunerados, quando atuam efetivamente na gestão executiva, respeitando como limite máximo o valor praticado pelo mercado na região para a área de atuação em questão;
- f) a renda, os recursos e superávit devem ser aplicados de forma integral no território nacional para a manutenção e desenvolvimento dos objetivos da instituição;
- g) deve manter escrituração contábil regular;
- h) em nenhuma hipótese pode distribuir resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do patrimônio;
- i) documentos que comprovem a origem e a aplicação de recursos devem ser conservados por dez anos, bem como os relativos a implicações na situação patrimonial;
- j) as obrigações estabelecidas na legislação tributária devem ser cumpridas.

Para Lima et al (2004), os hospitais filantrópicos devem ser alvo de atenção no processo de formulação de políticas públicas na área da saúde, visto que participam grandemente no número de internações do SUS, como também constituem um grande parque hospitalar disperso e interiorizado no Brasil. A prática da filantropia, nascida no Iluminismo, entre os séculos XIX e XX, teve início no país e foi de grande importância para a oferta de assistência médica à população, recebendo muitas vezes apoio do Estado para suas ações (SANGULARD et al, 2015), o que, conforme foi apresentado, ainda é realidade nos dias de hoje.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O homem é um cientista primitivo, incessantemente busca estabelecer relações de causa e efeito nos fenômenos que observa. Por meio de observações, reflexões e análises, as possibilidades da natureza tornam-se visíveis, em um processo denominado pesquisa, que junto à ciência, se desenvolveu como um produto histórico resultante do esforço durável e coletivo da humanidade (CHIZZOTTI, 2010). Nesse sentido, para Marconi e Lakatos (2010), o conhecimento científico é obtido racionalmente, valendo-se de procedimentos, e é norteado com o objetivo de explicar o porquê e como acontecem os fenômenos.

Para Ventura (2007), pesquisar implica em realizar uma escolha, pois, além de definir o objeto de estudo, é necessário sistematizar um processo de investigação. Nos próximos tópicos são apresentados os procedimentos metodológicos que foram utilizados para a realização do trabalho. Os aspectos referentes à metodologia foram enquadrados em cinco subtópicos: Tipo de estudo, Sujeitos da pesquisa, Coleta de dados, Análise de dados e Limitação do estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Segundo Chizzotti (2010), as pesquisas científicas são aquelas que empregam métodos claros e padronizados em sua execução. Essas pesquisas, por sua vez, podem ser classificadas, de acordo com Matias-Pereira (2012), em básicas, quando visam à obtenção de conhecimentos sobre determinado tema, ou aplicadas, pesquisas que se ligam intimamente a prática ao nela buscarem conhecimentos ou aplicá-los. Dessa maneira, o estudo configura-se como uma pesquisa científica aplicada.

O trabalho foi realizado por meio de pesquisa descritiva que, segundo Prodanov e Freitas (2013), apresenta as características de uma população ou fenômeno, valendo-se de técnicas padronizadas para a coleta de dados. Na pesquisa descritiva, além de descrever características do objeto de estudo, como falam Diehl e Tatim (2004), pode-se ainda buscar estabelecer relações entre as variáveis estudadas. Assim, as particularidades do Hospital PHI, principalmente as relacionadas à estratégia, foram abordadas e analisadas para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

Primeiramente, foi feita uma pesquisa bibliográfica para a elaboração da fundamentação teórica e, conseqüentemente, obtenção de maior conhecimento a respeito do tema estudado. Essa pesquisa foi realizada por meio de consulta em livros, trabalhos acadêmicos, artigos científicos e publicações periódicas. Já os dados referentes ao Hospital PHI foram coletados em entrevistas, observação e pesquisa documental, sendo o trabalho definido como um estudo de caso. De acordo com Mascarenhas (2012), o estudo de caso é uma pesquisa aprofundada a respeito de um ou poucos objetos, onde se busca descrever detalhadamente o objeto de estudo. Os resultados obtidos com esta linha de pesquisa dificilmente podem ser generalizados, pois, como mostra Ventura (2007), o público alvo do estudo pode se encontrar em situação diversa da apresentada por sujeitos semelhantes ou das áreas não analisadas.

Como ressalta Chizzotti (2010), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa recorrente na clínica psicológica e médica e também nas ciências humanas e sociais. Para o autor, esse tipo de estudo pode ser definido como instrumental, intrínseco ou coletivo, de acordo com o objetivo da investigação. No estudo de caso instrumental o caso é estudado para lapidar determinada teoria, tendo, por isso, importância secundária. Em oposição, o estudo de caso intrínseco visa entender profundamente um caso particular, ainda que não seja representativo para outras situações, por fim, no coletivo um grupo de estudos de caso instrumentais é empregado para que se teorize a respeito de um contexto mais amplo. Ao dedicar-se a apenas um hospital, sem ambições de expandir as conclusões auferidas para instituições semelhantes, o estudo de caso que compõe o trabalho é enquadrado como intrínseco.

Quanto à abordagem, a pesquisa segue a qualitativa. Para Diehl e Tatim (2004), nos estudos qualitativos é possível descrever a complexidade de determinado problema, relacionar variáveis, compreender situações vivenciadas e entender particularidades de comportamento. Segundo Malhotra (2006), uma pesquisa qualitativa é capaz de fornecer uma visão e entendimento mais detalhado do contexto do problema estudado. A escolha da abordagem qualitativa ainda foi motivada pela sua importância para a Estratégia como Prática, ilustrada por Whittington (2004) ao afirmar que a S-as-P liga-se intimamente aos atores organizacionais e à prática da estratégia, baseando nesses fatores o estudo e entendimento da ação de “fazer estratégia”, opondo-se ao quantitativismo anteriormente dominante nas pesquisas dedicadas ao tema.

A natureza da pesquisa é classificada como pesquisa-diagnóstico, pois visa conhecer a atual relação da estratégia com a prática no Hospital PHI. Para Diehl e Tatim (2004), esse tipo

de pesquisa permite que se diagnostique o ambiente interno de determinada organização, ou apenas alguma área da mesma. Ainda para os autores, o maior problema enfrentado em uma pesquisa-diagnóstico é a temeridade dos gestores em fornecer dados confidenciais para o pesquisador.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Como universo do estudo possui-se o Hospital PHI, um hospital filantrópico de grande porte, segundo dados do ano de 2014, responsável por assistir anualmente a mais de 100.000 pacientes, desses sendo aproximadamente 70% atendidos pelo SUS. Emprega em torno de 1.000 colaboradores, possui um corpo clínico formado por mais de 160 médicos e conta com mais de 300 leitos. Localiza-se no estado de Santa Catarina – Brasil – e é referência em sua região, atraindo pacientes de diversas localidades próximas. Compreende serviços de variadas especialidades médicas, como cardiologia, oncologia, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, entre outras. Ressalta-se que o nome utilizado, Hospital PHI, é fictício e que os números e características da instituição não são apresentados de maneira precisa para impedir sua identificação.

O Hospital PHI possui um centro de diagnóstico por imagem bastante completo, permitindo que os exames solicitados sejam feitos nas dependências do hospital. Também possui um importante papel na formação de novos profissionais de saúde, já que é um hospital de ensino e mantém parceria com uma universidade da região, já há alguns anos. Além disso, pesquisas clínicas são conduzidas no hospital, com o objetivo de melhorar a assistência prestada aos pacientes e desenvolver as competências profissionais tanto dos professores quanto dos alunos envolvidos.

O trabalho dedica-se a levantar informações sobre o processo de formulação e formação de estratégias no hospital em questão, mais especificadamente a ligação da estratégia com a prática, e analisá-las a partir da perspectiva da S-as-P. Assim, objetiva-se identificar quem são os atores envolvidos, quais são as práxis adotadas, a influência das práticas e, ainda, visualizar se a organização comporta-se de maneira voluntarista ou determinista em sua relação com o contexto, já que por ser uma empresa do setor de saúde e possuir natureza filantrópica não pode atuar de forma dissociada ao meio.

3.3 COLETA DE DADOS

Pesquisas enquadradas na abordagem da S-as-P, na maioria das vezes, buscam identificar de que modo as ações e estruturas se relacionam no processo de formação/formulação de estratégias, evidenciando quem são os envolvidos, que competências possuem e onde as atividades estratégicas acontecem, por essa razão, é sugerido que essas pesquisas sejam qualitativas e utilizem variadas técnicas para coleta de dados (ALBINO et al, 2010). Adotando a sugestão dos autores, a coleta de dados foi feita a partir de três ferramentas: entrevista, observação e análise documental. No Quadro 2 são relacionados os objetivos específicos que orientaram o desenvolvimento da pesquisa, suas respectivas ferramentas de coleta de dados e os sujeitos com quem foram aplicadas, representados pela função que ocupam ou ocuparam no hospital – em ordem alfabética, e quantidade de entrevistados – entre parêntese.

Quadro 2 – Formas de Coleta de Dados

Objetivos Específicos	Ferramenta	Sujeito
a) Identificar os atores envolvidos na formação e formulação de estratégias;	Entrevista	Assessor de Gestão (1); Diretor Administrativo/Financeiro (1); Ex-Diretor Administrativo/Financeiro (1);
b) Mostrar o modo como as práticas organizacionais interferem na formação de estratégias;	Análise documental	—
	Observação	—
	Entrevista	Assessor de Gestão (1); Assistente de Gerente de Enfermagem (1); Coordenador de Faturamento (1); Coordenador da Oncologia (1); Diretor Administrativo/Financeiro (1); Coordenador do Centro de Pesquisas Clínicas (1); Ex-Diretor Administrativo/Financeiro (1); Gestor de Contratos (1);
c) Expor as práxis relacionadas com a formulação de estratégias;	Observação	—
	Entrevista	Assessor de Gestão (1); Coordenador da Oncologia (1); Diretor Administrativo/Financeiro (1); Ex-Diretor Administrativo/Financeiro (1); Gestor de Contratos (1);
d) Apontar a postura da instituição – voluntarista ou determinista – frente a seu meio	Análise documental	—
	Entrevista	Assessor de Gestão (1); Coordenador da Oncologia (1); Diretor Administrativo/Financeiro (1); Ex-Diretor Administrativo/Financeiro (1); Gestor de Contratos (1).

Fonte: Elaborado pela autora.

Optou-se por utilizar entrevistas para coletar as principais informações necessárias. Na visão de Mascarenhas (2012), entrevistas são conversas que objetivam coletar dados para o desenvolvimento de pesquisas. Através das entrevistas realizadas foram coletadas informações relativas à empresa e seu processo de formação/formulação de estratégias. As entrevistas foram do tipo semi-estruturada, ou seja, seguiram um roteiro de perguntas pré-estipuladas, mas não se limitaram a essas, permitindo à pesquisadora inserir questionamentos ou reformulá-los durante sua realização de acordo com as respostas fornecidas e, ainda, adaptá-la ao entrevistado, visto que nenhum deles desempenhava a mesma função, ocupando diferentes níveis hierárquicos. O Quadro 3 sistematiza a relação entre as questões englobadas no roteiro de entrevista utilizado e os objetivos específicos do estudo, ressalta-se que o roteiro se encontra no apêndice.

Quadro 3 – Questionamentos do Roteiro de Entrevista

Objetivos Específicos	Questionamentos
a) Identificar os atores envolvidos na formação e formulação de estratégias;	14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 34, 38, 39, 40, 44, 49, 52, 53;
b) Mostrar o modo como as práticas organizacionais interferem na formação de estratégias;	3, 11, 12, 13, 26, 27, 28, 29, 35, 36, 41, 42, 45, 48, 50, 51, 58, 62, 65, 66;
c) Expor as práxis relacionadas com a formulação de estratégias;	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 31, 32, 33, 41, 43, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 66;
d) Apontar a postura da instituição – voluntarista ou determinista – frente a seu meio.	23, 24, 25, 30, 37.

Fonte: Elaborado pela autora.

Para Okayama, Gagg e Oliveira Junior (2014), a perspectiva da Estratégia como Prática tem incutida em sua essência a necessidade de se contemplar a empresa em sua totalidade durante a condução de estudos, o que torna fundamental investigar os diferentes níveis organizacionais, sem apegar-se a nenhum deles. Portanto, para identificar os variados papéis e visões relacionados às atividades estratégicas do Hospital PHI, foram entrevistados atores de todos os níveis, mais precisamente: três atores estratégicos (Assessor de Gestão, Diretor Administrativo/Financeiro, Ex-Diretor Administrativo/Financeiro), quatro gerenciais (Coordenador de Faturamento, Assistente de Gerente de Enfermagem, Coordenador da Oncologia, Coordenador do Centro de Pesquisas Clínicas), e um operacional (Gestor de Contratos).

A escolha dos entrevistados foi intencional que, para Marconi e Lakatos (2010), é entendida como não probabilística por não fazer uso de seleção aleatória. Adotou-se tal tipo de amostragem para que o universo selecionado permitisse, o mais adequadamente possível,

obter as informações demandadas para a pesquisa. Selecionou-se para entrevista, por isso, o gestor responsável pelo processo estratégico (Assessor de Gestão), atores formadores de estratégias (Coordenador da Oncologia e Diretor Administrativo/Financeiro), implementadores (Coordenador de Faturamento e Assistente de Gerente de Enfermagem), um ator operacional (Gestor de Contratos), para checagem de informações, um ator que mantém vínculo direto com a universidade parceira do hospital (Coordenador do Centro de Pesquisas Clínicas) e, também, um ator que possuiu grande importância estratégica para a instituição, que nela trabalhou até o ano de 2015 (Ex-Diretor Administrativo/Financeiro). Vale destacar que os atores formadores, implementadores e operacional foram indicados pelo gestor principal.

Outra ferramenta de coleta de dados adotada foi a observação, que possibilita a visualização dos fatos comentados pelos entrevistados, bem como, tendo em mente a teoria da S-as-P, a identificação de práxis e práticas específicas do ambiente empresarial alvo do estudo. De acordo com Marconi e Lakatos (2010), a observação empregada no estudo foi assistemática – na medida em que não segue um roteiro pré-estipulado, apesar de o pesquisador saber o que deve observar, não participante – quando o pesquisador entra em contato com a realidade pesquisada sem com ela integrar-se – e individual – realizada por apenas um pesquisador. A observação foi realizada durante as visitas de campo, bem como, ao longo das ocasiões em que os atores componentes da amostra eram entrevistados.

Foram utilizadas também fontes de dados secundários, que, segundo Malhotra et al (2005), são dados que foram coletados e analisados para outros objetivos, diferentes do problema de pesquisa em questão. Para compreender em detalhes a elaboração da estratégia do Hospital PHI foram estudados documentos institucionais fornecidos pelo hospital, como um registro da evolução histórica do estabelecimento, seu organograma, mapa estratégico e documento produzido após o planejamento estratégico. Os dados secundários permitiram um melhor entendimento da realidade da organização e a obtenção de informações detalhadas e fidedignas.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

Segundo Diehl e Tatim (2004), na pesquisa de caráter qualitativo os pesquisadores trabalham com uma grande quantidade de depoimentos, notas de pesquisa e documentos, exigindo que as informações e dados colhidos sejam organizados. Assim, para facilitar o

processo de interpretação, empregam-se instrumentos de análise dos dados, que são selecionados com base em sua adequação ao material coletado e ao tipo do estudo.

O material utilizado na pesquisa foi coletado através de entrevistas, levantamento documental e observação, o que possibilitou a obtenção de um panorama geral a respeito da formação e formulação das estratégias do Hospital PHI. Albino et al (2010) defendem que a pesquisa em Estratégia como Prática deve preocupar-se com a performance dos atores, sem ignorar a performance da organização, unindo, em seu estudo, os procedimentos, ferramentas e discursos visualizados na prática. Logo, visando englobar todos os fatores que devem ser sondados na S-as-P e respeitar o caráter qualitativo da teoria, a análise de dados foi realizada de maneira descritiva, adotando a análise crítica do discurso para embasar as conclusões advindas do que foi apresentado nas entrevistas e documentos.

A análise crítica do discurso é um dos métodos de análise de dados recomendados para a pesquisa em Estratégia como Prática, uma vez que considera as convergências e contradições no discurso, ferramenta de comunicação e expressivo fator estruturador da realidade social (ALBINO et al, 2010). Ultrapassa os processos formais da linguística, privilegiando a função e o processo da língua no contexto em que esta é articulada (CHIZZOTTI, 2010). Além disso, como afirma Wodak (2004), interessa-se pela relação estabelecida entre linguagem e poder, sendo definida pelo autor como campo que analisa relações estruturais, explícitas ou implícitas, de poder e controle reveladas na linguagem.

Nesse tipo de análise, aflorada nos anos 1970, não só textos escritos e falados são estudados, mas também os processos sociais que motivam sua construção, uma vez que, o nível de poder da linguagem é proporcional ao poder dos atores que a utilizam (WODAK, 2004). Resende e Ramalho (2004) afirmam que através do texto é possível observar estruturas de dominação, operações ideológicas e relações sociais, nesse sentido, o discurso contribui para a construção de identidades individuais e coletivas. Chouliaraki e Fairclough (1999, p. 21 apud RESENDE; RAMALHO, 2004) definem práticas como: “maneiras habituais, em tempos e espaços particulares, pelas quais pessoas aplicam recursos – materiais ou simbólicos – para agirem juntas no mundo”, o discurso, assim, seria aceito como uma prática social, representativa das diferentes ações, visões de mundo e mudanças sociais.

Para Meurer (2004), a análise crítica do discurso permite estabelecer interconexões entre a linguagem e o contexto, relacionando aspectos semânticos e sociais. Como resultado, o contexto e a linguagem se mesclam, formando relações de causa e efeito. Tendo isso em mente, a análise conduzida no estudo, foi baseada na fala dos atores, caracterizadas por escolhas lexicais próprias, nos papéis e funções que desempenham dentro da instituição, e,

também, no contexto situacional atual do hospital. As informações obtidas foram dissecadas de forma a compreender o processo pelo qual a estratégia “nasce” na organização, identificando as práticas, práxis e as motivações intrínsecas às ações empregadas.

Pelo traço vanguardista do entendimento da estratégia na prática, fato exposto pela escassez de trabalhos dedicados ao tema e elucidado por Pacagnan et al (2011), Okayama, Gagg e Oliveira Junior (2014) e, ainda pela pesquisa exploratória no portal SPELL, que identificou apenas 30 artigos em sua base de dados, a análise de obras publicadas sobre a S-as-P foi de fundamental importância. Por essa razão, os dados coletados em campo foram interpretados também com base na bibliografia pesquisada para o desenvolvimento do trabalho.

3.5 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

As limitações do estudo são estruturais e temporais. O trabalho foi iniciado em março de 2015 e finalizado em novembro do mesmo ano. Assim, caracteriza-se a limitação temporal do estudo, pois a coleta de dados foi realizada neste período, o que mostra uma fragilidade na generalização das conclusões obtidas no trabalho para o tempo anterior e posterior do mesmo.

Soma-se às limitações o fato do estudo ter sido desenvolvido tendo como base a realidade do Hospital PHI, ou seja, é um estudo de caso intrínseco. Dessa forma, sua aplicação para outra organização é dificultada, mesmo que do mesmo porte e setor de atuação. Toda empresa é única, existem diferenças nos processos, recursos, colaboradores e diversos outros fatores. O resultado encontrado é exclusivamente atribuído ao hospital estudado.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Neste capítulo são apresentados os dados que alicerçaram o desenvolvimento do estudo, como também, a análise resultante. Assim, o hospital estudado é caracterizado, focalizando-se em aspectos relacionados aos objetivos da pesquisa, ou seja, o processo de formação e formulação de estratégias, seus participantes, práxis inerentes, influência das práticas e a postura organizacional em relação ao contexto onde atua.

4.1 O HOSPITAL

A história do Hospital PHI é centenária, inicia-se, mais ou menos no princípio do século XX, com a chegada de irmãs, de uma congregação europeia, na cidade do estado Santa Catarina onde foi fundado o hospital. Vieram motivadas pela carência da região de estabelecimentos de ensino e saúde, identificada por um padre também europeu que residia no estado. No princípio as irmãs se dedicavam às atividades de ensino e evangelização, mas a população local as procurava quando acometida por problemas de saúde e, por isso, elas mantinham uma sala, no colégio também ligado à congregação, para o atendimento de enfermos. A construção do hospital começaria somente 10 anos depois, financiada por doações.

O hospital foi inaugurado com menos de 30 leitos, rapidamente, a demanda foi crescendo, atingiu mais de 2.000 pacientes ao ano já na década de 40, o que levou a realização de inúmeras reformas para ampliação. Tecnologias foram incorporadas, paulatinamente, com a chegada de novos médicos. Em 1950, eram realizadas mais ou menos 80 cirurgias por mês e em 1971 superou a marca de 200 funcionários, porém dificuldades financeiras levaram a uma diminuição neste número. Até a década de 70, o serviço de enfermagem foi responsabilidade das irmãs – muitas eram enfermeiras.

Nos anos 90, diversas doações públicas e privadas foram utilizadas para adquirir equipamentos médicos e no final dessa década o estabelecimento passa a atuar como hospital de ensino. Em torno do ano de 2005, estabeleceu-se uma parceria com uma instituição de ensino superior da região, que se mantém até os dias atuais. Para os gestores entrevistados, ser um hospital escola é muito importante, pois permite que o hospital se mantenha dinâmico,

atualizado e avance. Além disso, permite contribuir com a formação de novos profissionais de saúde e ganhar mais reconhecimento e credibilidade. Atualmente, conta com um centro de pesquisas clínicas, em conjunto com a universidade, tendo por isso sido incluído na Rede Nacional de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (RNPC), iniciativa do Ministério da Saúde e do Ministério da Ciência e Tecnologia.

A classificação da instituição pode ser visualizada no Quadro 4. O Hospital PHI é uma instituição filantrópica, assim, de acordo com a Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), deve prestar serviço ao SUS no percentual mínimo de 60%. Hoje, sua estrutura comporta mais de 300 leitos, caracterizando-o como hospital de grande porte. A edificação é multibloco, que, para Cavallini e Bisson (2010), reúne edificações de médio a grande porte nem sempre interligadas onde concentra os serviços prestados. Essa estrutura decorre das inúmeras fases de expansão pelas quais a instituição passou ao longo de toda a sua existência. O tempo de permanência dos pacientes é classificado como longo, pois podem permanecer internados por mais de 30 dias (BRASIL, 1977).

É um hospital geral, uma vez que, atende especialidades diversas e, ainda, de ensino e pesquisa, dada a ligação com a universidade e a existência do centro de pesquisas clínicas. Atende o nível de alta complexidade, enquadrando-o no nível quaternário; segundo Cavallini e Bisson (2010), o nível mais avançado em ciência e tecnologia, na medida em que, oferece tratamentos especiais como transplantes, cirurgia cardiovascular e neurológica, especialidades englobadas pelo Hospital PHI. Seu importante papel na rede de serviços de saúde o caracteriza como hospital de referência, pois integra o serviço médico-hospitalar de determinada área, presta assistência cirúrgica de hospitais locais e assistência especializada diferenciada a pacientes encaminhados dos hospitais regionais (BRASIL, 1977).

Quadro 4 – Classificação do Hospital PHI

CLASSIFICAÇÃO DO HOSPITAL PHI	
PORTE	Grande porte
PERFIL ASSISTENCIAL	Hospital geral de ensino e pesquisa
COMPLEXIDADE DAS ATIVIDADES	Nível quaternário
PAPEL NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	Hospital de referência
TEMPO DE PERMANÊNCIA	Longa permanência
CORPO CLÍNICO	Misto
EDIFICAÇÃO	Multibloco
REGIME JURÍDICO	Privado sem fins lucrativos (filantrópico)

Fonte: Elaborado pela autora.

Atualmente, o corpo clínico é composto por mais de 160 médicos. Classifica-se como misto, já que apesar de possuir um corpo clínico fechado, faz concessão a não contratados

para internar e assistir seus pacientes (BRASIL, 1977). Diversas especialidades têm serviços incluídos no mix da instituição, alguma delas são expostas no Quadro 5.

Quadro 5 – Especialidades atendidas em 2015

ESPECIALIDADES ATENDIDAS EM 2015			
Alergologia	Anestesiologia	Cardiologia	Cirurgia Buco-Maxilar
Cirurgia Cardíaca	Cirurgia Cabeça/Pescoço	Cirurgia Geral	Cirurgia Oncológica
Cirurgia Pediátrica	Cirurgia Plástica	Cirurgia Torácica	Cirurgia Vascular
Cirurgia Neurológica	Clínica Médica	Endocrinologia	Gastroenterologia
Geriatria	Ginecologia/Obstetrícia	Hematologia	Infectologia
Medicina Intensiva	Nefrologia	Neonatologia	Neurologia
Oftalmologia	Oncologia	Ortopedia	Traumatologia
Otorrinolaringologia	Pediatria	Pneumologia	Proctologia
Psiquiatria	Radiologia	Reumatologia	Urologia

Fonte: Elaborado pela autora.

Vale destacar que madres superiores foram responsáveis pela direção da instituição ao longo de toda a sua trajetória, isso só mudou, recentemente, com a passagem da gestão para uma empresa especializada. Também foi e é constante o apoio recebido pela comunidade local, governo e empresas da região, que, com doações, repasse de recursos e abaixo-assinados, possibilitou as várias ampliações realizadas, aquisição de equipamentos e incorporação de novos serviços, principalmente nos últimos anos, como a inclusão do serviço de oncologia.

Todos os esforços, as melhorias realizadas e a preocupação em ofertar o melhor atendimento possível tornaram o hospital referência no estado para muitos serviços, como ortopedia e neurologia, por exemplo, atraindo pacientes de diversas localidades. No ano de 2014, por exemplo, apenas 50% dos pacientes internados eram da cidade local, a outra metade vinha de outros municípios. Outros dados desse ano podem ser visualizados no Quadro 6, ressalta-se que os números foram mascarados para que a identidade do hospital seja preservada.

Quadro 6 – Números do Hospital PHI em 2014

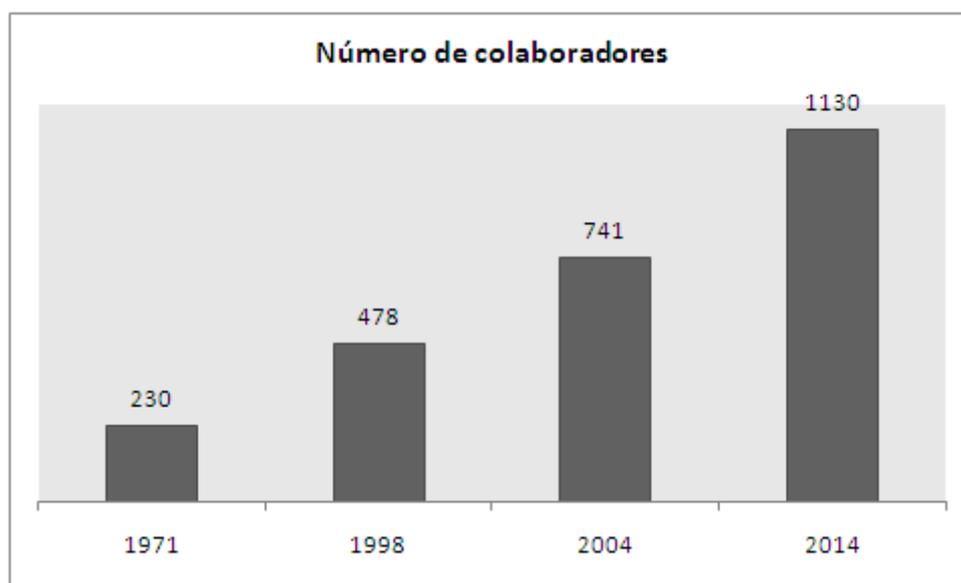
NÚMEROS DO HOSPITAL PHI EM 2014 (dados próximos)	
PACIENTES/DIA	110.213
INTERNAÇÕES	17.054
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	143.807
EXAMES	209.671
CIRURGIAS	10.113
NASCIMENTOS	2.065

Fonte: Elaborado pela autora.

Pode-se observar que o fluxo de atendimento é intenso, a soma de pacientes/dia da instituição, em 2014, ultrapassou 100.000 e mais de 200.000 exames de diagnóstico foram realizados. Sejam internações ou atendimentos ambulatoriais, a porcentagem de serviços prestados via sistema único gira, regularmente, em torno de 70%, ou seja, ultrapassa o mínimo de 60% estipulado em lei. O número de serviços prestados no ano de 2014 foi expressivo e a tendência é de crescimento.

A evolução no número de colaboradores também chama a atenção, conforme exposto no Gráfico 2 – os números são aproximados. Se em 1971 o Hospital possuía 230 funcionários, em 1998 esse índice foi praticamente dobrado. O crescimento dos postos de trabalho é expressivo, hoje emprega 1.130 colaboradores, sendo um dos maiores empregadores da cidade.

Gráfico 2 – Evolução do número de colaboradores



Fonte: Elaborado pela autora.

O Hospital PHI tem uma enorme importância na região, durante muito tempo foi o único hospital da cidade e, ainda hoje, devido sua credibilidade e o atendimento de um rol de especialidades bastante completo, leva pacientes de diferentes localidades a dirigirem-se até ele em busca de atendimento médico. Além disso, possui um também completo centro de diagnóstico por imagem, que permite que os exames solicitados sejam feitos nas dependências do hospital, tanto para os pacientes internados, quanto para clientes externos. Dada sua qualidade e compromisso social, a instituição é muito respeitada em âmbito local e nacional, sendo classificada como um hospital estratégico para alguns serviços.

4.2 A ESTRATÉGIA NA PRÁTICA DO HOSPITAL PHI

Definir estratégias é uma constante no Hospital PHI desde 1998, quando essa atividade começou a ser praticada informalmente. Essa ação foi ideia da irmã que atuava como diretora da instituição nessa época e que, de acordo com os entrevistados, sempre possuiu uma grande visão empreendedora. A irmã visava melhorar a qualidade geral do hospital e fazê-lo crescer, via na definição de objetivos e estratégias um caminho que permitiria esse fim. A preocupação com a qualidade também vem de longa data, desde 1997 trabalha com programas de qualidade e metodologia 5S, no início apenas amadoramente de forma separada por setor.

Percebe-se a importância da existência de uma visão empreendedora nas empresas, peça central da escola estratégica do empreendedorismo definida por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), que se mostra fundamental não somente no momento de abertura do negócio, mas igualmente para sua perpetuação e crescimento, como aconteceu com o hospital pesquisado. O empreendedorismo da diretora levou a instituição a se lançar no mundo da estratégia iniciando essa empreitada com a prática do planejamento estratégico. Para Nicolau (2001), essa ferramenta é a mais comumente adotada, pois permite a formalização dos objetivos em um plano claro e explícito, além de se embasar em informações internas e externas para análise e estipulação do que será buscado.

Contudo inicialmente, mesmo tendo planejamento estratégico, o processo de formação de estratégias não seguia um modelo engessado, era realizado de maneira não formalizada, caracterizando um processo negociado, conforme exposto por Nicolau (2001). Isso porque a instituição, por ser um hospital, abrangia diversos grupos de atores que negociariam entre si, balizando diferentes interesses, como afirmam Berry e Seltman (2010), em organizações altamente dependentes de mão de obra intensiva, como empresas de serviços, os valores pessoais dos profissionais são refletidos até mesmo na prestação dos serviços. Soma-se o fato de que os valores internos sempre foram bastante considerados para a escolha estratégica, bem como a capacidade interna e demandas da população. Segundo os entrevistados, os valores permeiam todas as ações do Hospital PHI, dado que é o que chamaram de “empresa de irmãs”, logo, segue princípios como a espiritualidade, por exemplo, e atender a comunidade é sua principal motivação.

A formalização da estratégia veio em 2003, com a deflagração de uma grande dificuldade financeira na instituição, que ocasionou uma grave crise, o que tornou necessário

organizar e rever as estratégias não só para vencer a dificuldade enfrentada, mas também para promover a autossustentabilidade – preocupação que se mantém ainda hoje na atual gestão. Além disso, o Hospital PHI não era o único mantido pela sociedade de irmãs, que possuía outros hospitais e estabelecimentos de ensino, assim, já era um desejo da mantenedora padronizar a administração de suas filiais e por isso buscaram uma consultoria especializada para implantar a gestão estratégica. Seguindo, agora, os preceitos do processo de formação de estratégias racional, evidenciado por Nicolau (2001), que é baseado em análises internas e externas, resultando em um plano de ação claro e explícito e, ainda, relacionando-se a escola do planejamento de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010).

Dessa forma, profissionalizaram-se as atividades estratégicas, contratando profissionais especialmente para trabalhar nesse sentido e estruturando a organização do hospital, ou seja, criaram um setor especialmente para trabalhar com o processo estratégico, desde a deliberação até a avaliação, o setor de assessoria de gestão. As transformações realizadas para atender o propósito da instituição ligam-se a ideia preconizada por Chandler (1998) de que as mudanças estruturais se relacionam de maneira forte às ações utilizadas para expandir os negócios. Para o autor, a estrutura se adapta à estratégia, visão compartilhada pela maioria dos entrevistados, ao afirmarem que o hospital costuma adaptar-se para poder atingir o que é delimitado, no entanto sem se desconsiderar as possibilidades internas na definição de objetivos. Com as mudanças realizadas na instituição e nas outras filiais a sociedade mantenedora conseguiu engajar todas as suas obras.

O hospital, devido a sua dedicação em relação à estratégia e avanços conquistados nesse trabalho, recebeu diversos prêmios a nível nacional de reconhecimento pela gestão. As melhorias visualizadas na instituição auferidas com a gestão estratégica foram também reconhecidas pelos colaboradores entrevistados ao citar que a diferença entre o hospital de antes e de agora é grande. Levou de três a cinco anos para reverter a crise, mas conseguiu crescer mesmo sem espaço físico. Corroborando com a teoria de Sloan (2001), para o autor, organizações entendidas como um sistema coordenado e devidamente gerenciadas estrategicamente conseguem melhor alcançar seus objetivos empresariais. Atualmente conta com mais credenciamentos, serviços e contratos com o SUS. O avanço foi mais expressivo nos últimos 10 anos, inclusive com um aumento expressivo do número de funcionários, como expôs um dos entrevistados, quando entrou na empresa, no ano de 1998, contava-se com menos de 500 funcionários, hoje esse número gira em torno de 1.000.

A partir de 2003, com a formalização estratégica uniram as metas com o orçamento, permitindo averiguar melhor a viabilidade dos planos e maneiras de colocar em prática os

objetivos. Outro grande salto foi a melhoria da gestão advinda dessa formalização, pois foram readequados os relatórios de gerenciamento, os controles por setor, a sistematização das informações, melhorando as rotinas organizacionais e facilitando negociações. No âmbito financeiro foram observadas mudanças no planejamento de gastos, o custo pôde ser mais bem estabelecido para os setores e serviços prestados e os recursos passaram a ser otimizados com a redução de desperdício de materiais. A transformação gerencial do hospital foi refletida nos serviços ofertados à comunidade, pois o mix foi ampliado, bem como a forma de acesso dos usuários, com o atendimento de mais planos de saúde e estabelecimento de parcerias com o sistema único.

Os atores entrevistados, independente do nível hierárquico ocupado, foram unânimes ao falar dos benefícios de se definir estratégias. Para eles, a estratégia norteia os objetivos, define um período para que sejam atingidos e o modo como isso será feito. Citaram ganhos financeiros, qualidade nos procedimentos e direcionamento para ações como alguns dos benefícios auferidos. O trabalho estratégico trouxe ainda, na visão dos entrevistados, o conhecimento dos pontos fortes e fracos do hospital, das particularidades da região, das oportunidades e uma rapidez no alcance das metas. A relação estabelecida com a estratégia no Hospital PHI se aproxima dos conceitos de plano e perspectiva, construídos por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010), na medida em que seguem um processo formal de formação de estratégias e planos de ação, como também balizam suas escolhas de acordo com a visão de mundo organizacional, que determina a identidade do hospital, visam crescer com qualidade colocando em primeiro lugar as demandas da comunidade.

Ao longo de sua história o Hospital PHI foi dirigido por irmãs integrantes da sociedade mantenedora. Entretanto, recentemente teve sua gestão repassada para uma associação especializada em gerir estabelecimentos hospitalares, decisão motivada pela preocupação em perpetuar a instituição, visto que as irmãs já possuem uma idade avançada e o número de formação de novas religiosas não é expressivo. Apesar da mudança, o hospital não perderá sua característica religiosa, nem seu cunho estratégico, pois as atividades de gestão estratégica continuam sendo desenvolvidas e inclusive estão passando por reformulações a fim de serem aprimoradas. As transformações no hospital ainda estão em andamento, deixando-o em um processo de transição que acarretará mudanças no organograma e denominação de cargos, o que pôde ser observado na coleta de dados, uma vez que, o mesmo cargo foi nomeado durante as entrevistas de maneira diversa ao que consta nos documentos pesquisados.

A solidificação da gestão estratégica contribuirá positivamente para o processo de transição na gestão, da mesma maneira que foi o fator crucial para as transformações realizadas na General Motors descritas por Sloan (2001). Uma gestão profissionalizada é benéfica para hospitalares filantrópicos, nessas organizações, segundo Bernardes et al (2010), as estruturas de poder se dividem, comumente, entre médicos, filantropos e administradores, o trabalho conjunto e integrativo de conhecimentos gerenciais e técnicos traz ganhos à empresa e contribui para sua perpetuidade.

As transformações que vem sendo empregadas no processo de formação de estratégias no Hospital PHI, já o tornaram mais dinâmico e participativo, aproximando-o da abordagem da Estratégia como Prática, apresentada por Whittington em 1996. Essa abordagem vê a estratégia a partir de sua relação com as práticas organizacionais, suas práxis e interação entre seus praticantes. Whittington (2006) consolidou esses fatores em três conceitos: práxis, prática e praticantes, estruturados posteriormente por Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007). Assim, nos próximos tópicos são apresentados os atores envolvidos com a formação/formulação de estratégias do hospital, as práticas organizacionais que influenciam esse processo e, ainda, as práxis adotadas pela instituição.

4.2.1 Atores envolvidos

Na Estratégia como Prática o processo estratégico é visto como uma ação social, uma vez que a estratégia é algo construído pelas pessoas, como preconizado por Whittington (2006), assim, as decisões variam de acordo com os indivíduos envolvidos. Para Jarzabkowski e Spee (2009), os praticantes, que não somente são aqueles diretamente ligados às definições de objetivos, podem estar dentro ou fora da organização. No Hospital PHI diferentes atores contribuem para o trabalho estratégico, visto que é uma grande instituição, engloba variados tipos de profissionais e realiza um importante trabalho para a sociedade.

Enquanto o hospital esteve sob a administração da sociedade de irmãs a formulação de estratégias era responsabilidade da equipe diretiva, composta pela diretora geral, vice-diretor, chefes de departamentos, chefes de setores e pelas assessorias de gestão e administrativa. Também participavam atores considerados estratégicos pela direção, como alguns médicos, por exemplo, que eram convidados. Todos os participantes tinham peso igual nas votações, as decisões vinham do consenso. O processo era e continua sendo coordenado pela assessoria de

gestão, que também encabeça as atividades de avaliação e controle, a existência de um setor dedicado exclusivamente a esse trabalho foi considerada positiva pelos entrevistados. Nota-se que a formulação de estratégias contava basicamente com a presença de integrantes do alto escalão da empresa, salvo exceções, mostrando que o critério para escolha dos participantes era os papéis administrativos que exerciam.

Contudo, com a recente mudança na direção, os atores ligados à definição de estratégias foram alterados. Dessa maneira, participaram, na última formalização de objetivos e planos, lideranças estratégicas e somente alguns chefes de departamento. A escolha dos participantes foi baseada na potencialidade de contribuições que poderiam fornecer, visto a importância estratégica do setor onde atuam, pulverizando a participação no processo nos diferentes níveis de atuação. A direção executiva criou um grupo para o acompanhamento do planejamento estratégico, composto por quatro pessoas, sendo que três estão no estabelecimento há mais de oito anos, são elas: o assessor de gestão, o diretor do administrativo/financeiro, o coordenador de oncologia e um assistente de gerente de enfermagem. Esse grupo funcionará em caráter permanente, não só no período de formulação.

Para o momento de proposição e deliberação uniram-se ao grupo instituído o diretor executivo, integrantes de outros setores (financeiro, administrativo, tecnologia de informação e gestão de pessoas, por exemplo), os chefes de departamentos considerados relevantes para o processo, bem como enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos, totalizando um número em torno de 30 pessoas. Segundo um dos entrevistados, nenhum médico participou da definição de estratégias, o que se mostra alarmante, visto que, esses profissionais são de extrema importância para o funcionamento de qualquer hospital. Algumas especialidades médicas participaram apenas de reuniões paralelas, realizadas anteriormente com a diretoria, de acordo com um integrante de topo.

As decisões continuam sendo tomadas por meio do consenso no grupo de definição estratégica, todos têm igual peso e há abertura para a exposição de ideias. Entre os entrevistados, apenas um não se envolveu no processo de formação de estratégias, o ator ligado à universidade, que participou somente da formulação de estratégias do centro de pesquisa, o que propõe que esse setor funciona como uma segunda empresa dentro do hospital, uma vez que possui objetivos próprios e é vinculado à instituição de ensino superior da qual faz parte.

Um dos implementadores entrevistado afirmou que participou do processo pela primeira vez, antes participava somente do treinamento que as áreas recebiam depois de tudo estar definido. Todos os integrantes do grupo de acompanhamento da estratégia foram

entrevistados e, até mesmo, o ator operacional relatou ter sido integrado ao processo e que pôde contribuir como qualquer outro colaborador, evidenciando que as alterações realizadas tornaram essa atividade mais próxima da base, dinâmica e aberta à colaboração de atores antes não diretamente envolvidos. Corroborando com o fato exposto por Whittington (2006): a práxis cria praticantes que reproduzem, transferem e inovam na prática da estratégia; logo, os atores teriam um papel mediador entre a prática e a práxis, algo vital para a estratégia. A nova práxis adotada ampliou a gama de participantes diretos que, conseqüentemente, trazem novas visões de mundo e valores, aproximando a prática empresarial de sua estratégia.

Hoje, busca-se envolver os colaboradores dos diferentes setores no processo, anteriormente a participação era mais expressiva do nível gerencial e de diretoria. O hospital promoveu uma tempestade de ideias que precedeu a deliberação de estratégias, onde muitas opiniões foram dadas pelos funcionários. As informações obtidas foram compiladas e serviram de base para as reuniões posteriores do grupo responsável pela formulação, sendo que algumas delas efetivamente se tornaram objetivos para o próximo período, outras terão a viabilidade estudada. A influência exercida pelos praticantes confirma a teoria de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), pois, para os autores, os atores moldam a estratégia através de quem são, como agem e de quais práticas fazem uso.

As novas práxis, por aproximarem diferentes integrantes da empresa, permitiram à organização enxergar necessidades e potencialidades antes encobertas. Um dos exemplos vem da área gestão de pessoas, que mostrou demandar estratégias mais concretas e um maior foco no setor devido às necessidades apresentadas pelos colaboradores. As pessoas são a grande riqueza das empresas do setor de saúde, em razão de serem essenciais para seu funcionamento e um diferencial, não facilmente imitável, no fornecimento de serviços de qualidade. Hospitais são organizações profissionais, classificação atribuída por Mintzberg (2004), assim, não é recomendável cometer deslizes ou negligenciar as atividades do setor, como evidenciado por Rodrigues e Rodrigues (2012).

Segundo os entrevistados, o Hospital PHI sempre atribuiu uma grande importância para a colaboração dos funcionários dos diversos setores no processo de formulação estratégica, em 2007, por exemplo, montaram uma caixa para coletar ideias e juntá-las em um banco. Entretanto, apenas com a realização das alterações nas práxis as ideias da base se aproximaram dos atores diretamente ligados à definição. Apesar da abertura constante para ouvir as contribuições de quem quer que fosse, ressaltada pelos atores de topo entrevistados, o envolvimento não ocorria com frequência, poucas ideias eram levadas à direção, já para os demais entrevistados, o processo de formação de estratégias não foi sempre tão democrático.

Para um dos entrevistados, o comprometimento nunca foi unânime, seja na formação ou na implementação das estratégias, colaborar com o alcance das metas era visto por alguns como um trabalho a mais que não era sua responsabilidade. Essa situação vem mudando, paulatinamente, também a partir da consultoria pela qual o hospital passou no último ano, fornecida por outra instituição hospitalar. O trabalho estratégico vem se tornando mais prático, entrelaçando-se com as atividades rotineiras do hospital e, por isso, sendo mais aceito.

A preocupação em disseminar as estratégias estabelecidas também vem de longa data, porém não foi considerada eficaz pela maioria dos funcionários entrevistados, mesmo os de nível estratégico. Entendem esse fator como um grande desafio dos hospitais, pois a divulgação sempre foi feita, mas não parecia chegar até aponta, como afirmaram. Os coordenadores recebiam o material produzido com as definições do planejamento estratégico e eram responsáveis por realizar reuniões em seus setores para repassar as informações, além disso, utilizavam murais, informativos e a intranet, onde divulgavam os indicadores de controle, mas não havia um trabalho sistêmico e integrado. Querem mudar essa situação para que todos os colaboradores possam se localizar no mapa estratégico, por essa razão, serão feitas campanhas de divulgação interna, desenvolvidas por publicitário e jornalista, especialmente contratados para este fim.

Mesmo sendo uma instituição filantrópica e tendo sido, durante muito tempo, o único hospital da cidade, atores externos não são envolvidos diretamente na deliberação de estratégias do Hospital PHI, nem mesmo a universidade parceira. Membros da diretoria participam de reuniões de grupos da região, como conselho de saúde e entidades da cidade e regionais, visando tornar o hospital conhecido, divulgar seu trabalho e captar as necessidades da região, que são consideradas para a formulação de objetivos. A instituição possui também grupos que a apoiam, bem como um conselho consultivo.

Para os entrevistados do nível estratégico, os grupos de apoio não impactam diretamente nas estratégias, porém essa ideia é oposta para outros entrevistados, ao afirmarem que as estratégias definidas são repassadas para esses atores externos e, caso eles sugeriram algo, mudanças podem ser feitas. O nível do impacto dos agentes externos correlacionados à organização foi definido como médio/alto por grande parte das pessoas consultadas. Percebe-se que mesmo sem uma ação direta, atores externos são decisivos para a estratégia.

A partir da definição de objetivos, são traçados planos de ação para alcançá-los, colocados em prática como projetos. Equipes são designadas para implementar cada projeto, sendo elas de tamanho variado e formadas por colaboradores de áreas diversas, mas que

possam contribuir com o alvo traçado. A formação de equipes no momento de implementação já era uma práxis seguida pelas gestões anteriores. São designados responsáveis pelos projetos, que não necessariamente integram o nível estratégico. Dessa maneira, todos os colaboradores podem ser envolvidos nos projetos e na implementação das estratégias no geral; a mesma pessoa pode ser membro de uma equipe e responsável por outra. Com exceção de um, todos os atores entrevistados estão envolvidos em projetos, que serão implementados no próximo ano, já que a formalização das estratégias foi feita recentemente.

A assessoria de gestão acompanha, avalia e controla a implementação dos projetos e assessora seus líderes, mas a responsabilidade por eles é compartilhada com o setor envolvido. Nem todos os funcionários entendiam ou colaboravam com a implementação, coordenar os esforços foi citado como algo bastante difícil de ser realizado, pois é preciso alinhar médicos, enfermeiros, terceirizados, ou seja, diferentes profissionais e, ainda, os processos relacionados. O grande número de funcionários torna isso um desafio, mas o hospital busca integrar todos, como exposto por um dos participantes da coleta de dados, conta-se com o serviço de uma psicóloga para apoio dos colaboradores, são promovidos encontros de retiro espiritual para os setores e as missas realizadas na instituição acontecem em quatro horários distintos, para contemplar os trabalhadores de todos os turnos, também são fornecidos treinamentos para sanar as necessidades observadas.

Contudo, para alguns entrevistados a disseminação e conscientização a respeito das estratégias não é totalmente eficaz, por isso, o envolvimento não era homogêneo. Com as mudanças que estão sendo feitas nas práxis estratégicas, busca-se tornar tudo o mais prático possível, para que o entendimento seja facilitado e, conseqüentemente, a colaboração aumente. Foi citado em entrevista que antes não havia tanta proximidade com o nível operacional, o que será mudado com o intenso trabalho de comunicação que vem sendo desenvolvido, onde serão veiculadas informações importantes para o processo; as etapas que o compõem também foram explicadas, bem como o porquê de se fazer esse trabalho.

Ao longo da história do Hospital PHI diversas pessoas foram e ainda são cruciais para sua operação e crescimento, como diretores gerais e de setores administrativos, dentre esses se destaca a irmã que dirigiu a instituição e encabeçou o início dos trabalhos relativos à estratégia. Esse impulsionamento da instituição vindo de determinados indivíduos caracteriza a importância que a veia empreendedora possui para o hospital, resultando no surgimento de líderes.

Conforme preconizado por Mintzberg, Ahlstrand, Lampel (2010), líderes visionários unem a organização e são positivos para momentos em que se promove algo novo, como no

nascimento de empresas, por exemplo, pois os esforços são direcionados ao que se busca, tendo como orientadora a sabedoria e motivação do “capitão”. Porém, esse modelo, típico da escola empreendedora, tende a centralizar a formação de estratégias em um só indivíduo, causando uma dependência do líder e problemas de sucessão.

O funcionamento das organizações se associa, para Fiates (2013), aos padrões de comportamentos que nutrem. Dessa forma, no Hospital PHI, o papel dos diferentes atores é determinado em grande medida pela cultura organizacional. Para Handy (2006), são quatro os tipos de culturas organizacionais comumente encontradas: Zeus, Apolo, Atena e Dionísio. Hospitais são, geralmente, caracterizados metaforicamente por uma cultura representada por Apolo, uma vez que sua operacionalização segue regras bem definidas, o nível de regulação ao qual é submetido é alto e o foco se concentra nas funções, não nos indivíduos. Já clínicas médicas, de maneira oposta, costumam ser mais próximas à cultura representada por Dionísio, pois se orientam de forma a permitir a satisfação pessoal dos associados, que se mantêm fiéis em relação a suas identidades e talentos, nutrindo a individualidade.

O Hospital PHI parece aludir ao modelo intitulado Zeus, a cultura clube. Organizou-se centralizado por líderes fortes e expressivas ligações pessoais parecem conectar os colaboradores em um grande grupo, semelhante a uma família, ainda que existam indivíduos de Dionísio, os médicos, que costumam atuar de maneira individualista. Esse tipo de cultura é comum em organizações empreendedoras, com figuras patriarcais e centralização de decisões. As relações são permeadas pela afinidade e somente pessoas semelhantes ao grupo já formado são aceitas por ele. Assim, transformações podem ser dificultadas, bem como a realização de processos seletivos focados somente nas competências profissionais. Outro fator bastante problemático é a sucessão no âmbito administrativo, já que o apego ao líder é uma difícil barreira a ser transposta. Principalmente na área administrativa é visível a integração de seus membros, que são em maior número mulheres, em alguns casos vindas de outras empresas da região.

A profissionalização na gestão da instituição, com a saída da administração das mãos das irmãs e sua conseqüente passagem para a associação, tenderá a transformar a cultura institucional. As culturas empresariais não são imutáveis, mas sim formadas de acordo com o momento vivenciado. O modelo Zeus foi o que melhor se encaixou anteriormente, entretanto a profissionalização administrativa provavelmente encaminhará a cultura ao tipo Apolo, pois visa obedecer a regras bem definidas e pré-estipuladas padronizando as atividades, objetivando a ordem e o alcance de objetivos concretos e possíveis. O papel de diretor

provavelmente terá um caráter basicamente gerencial, não mais patriarcal como antes, com a figura da irmã.

4.2.2 Práticas influenciadoras

Para Whittington (2006), cada organização possui suas práticas e estas, por sua vez, podem estar relacionadas ao seu setor de atuação, ou seja, podem vir de fora para dentro ou o contrário, modificando o modo de fazer estratégia. Organizações de saúde são grandemente influenciadas por práticas externas, já que trabalham com um fator de interesse público: a vida; por isso, tornam-se alvo de rígidos controles e obrigações. O Hospital PHI não está imune às imposições feitas ao setor, o fato de ser filantrópico e de natureza religiosa ainda somam práticas que o influenciam.

Fortes diretrizes ligadas à cultura organizacional permeiam as escolhas estratégicas e a maneira de atuar da instituição. As irmãs da congregação que fundou o hospital foram apoiadas pela comunidade desde que chegaram à localidade, assim, uma das principais preocupações da organização é suprir as necessidades da população que depende dos serviços ofertados. Busca-se, ainda, manter um bom relacionamento com os três poderes, já que a filantropia se liga fortemente ao Estado e é por ele apoiada, como demonstrou Sanglard et al (2015).

Valores religiosos devem ser respeitados, bem como devem ser empregados esforços para a sustentabilidade das obras da sociedade de irmãs, alcançada por meio do crescimento e melhorias. A religiosidade da instituição é ainda concretizada com a ligação mantida com a pastoral da saúde e com a manutenção de uma capela dentro do hospital, que conta com a presença de um padre, e onde, rotineiramente, são rezadas missas.

A identidade organizacional – missão, visão e valores – foi definida há mais de 10 anos e revista em 2007, com uma revisão dos valores. A terceirização da gestão, com seu repasse para uma associação especializada em gerir organizações hospitalares, pouco impactou na identidade organizacional, apenas algumas alterações de vocábulo e sintetização da missão e visão foram realizadas, sem, com isso, mudar a essência das ideias iniciais. A missão, visão e valores estão expostos nas mais diversas salas e corredores do hospital, evidenciando a importância atribuída a esses fatores.

As práticas do Hospital PHI se entrelaçam com suas estratégias e atitudes, tornando-se muitas vezes inconscientes para os praticantes, como apregoado por Jarzabkowski e Spee (2009). As expressões empregadas na identidade organizacional permearam os discursos dos entrevistados, devido à internalização do caráter institucional e de seus objetivos, que resulta na união dos atores para o alcance de uma meta comum. Essa união, na opinião de um entrevistado, decorre do fato do hospital ser uma “empresa de irmãs”, isso levaria os colaboradores a realmente “vestir a camisa”. Os valores organizacionais, também para os entrevistados, balizam a escolha estratégica em nível máximo, em nenhuma hipótese podem ser desrespeitados.

As práticas se referem ao que a organização deseja fazer, ao passo que as práxis são as ações verdadeiramente realizadas. As diretrizes passadas pela mantenedora do hospital são as práticas mais fortes e influentes sobre a instituição. Com base nesses objetivos repassados, pela matriz anteriormente e hoje pela associação que o administra, é que as estratégias são definidas, logo, devem estar em consonância e permitir alcançá-los. Observa-se a influência dessas práticas nas práxis adotadas, já que elas são estabelecidas de acordo com sua adequação às intenções da organização que o mantém.

As rotinas médicas e o comportamento dos profissionais de saúde também são práticas que impactam consideravelmente no que a empresa efetivamente consegue fazer. Os objetivos organizacionais devem respeitar a vida e ir ao encontro dos princípios éticos e morais esperados nos serviços de saúde, o paciente é a preocupação número um. Entretanto, ainda que busquem igualmente suprir as necessidades dos clientes/pacientes, algumas vezes as metas da instituição encontram barreiras impostas por profissionais de saúde, que são resistentes perante as mudanças provocadas com a adoção de estratégias.

Essa resistência é mais comum nos médicos, talvez pelo caráter dionisíaco dos profissionais liberais (HANDY, 2006). Foi relatada em entrevista a dificuldade, às vezes presente, de integrar as ações dos médicos às estratégias. Um exemplo está nas medidas de cirurgia segura, definidas pela Organização Mundial da Saúde e adotadas pelo hospital com orientação do Ministério da Saúde, em que visando à segurança do paciente são verificados itens como a identificação do paciente, o procedimento que será realizado, a lateralidade (lado a ser operado), o posicionamento do paciente e os equipamentos necessários. De acordo com um entrevistado, os médicos eram resistentes em realizar essa checagem por afirmarem já estarem certos do que fariam e de quem estava sob seus cuidados. Seguir essas medidas em todos os procedimentos cirúrgicos é uma meta do hospital relacionada ao objetivo de oferecer segurança aos pacientes.

Jarzabkowski e Whittington (2008 apud JARZABKOWSKI; SPEE, 2009) afirmam que diversos elementos estão envolvidos nas práticas relacionadas ao trabalho estratégico, como discursos, rotinas, conceitos, tecnologias, ferramentas acadêmicas, consultorias, revisão de estratégias ou materiais. Esses elementos fazem parte das práticas do Hospital PHI, são utilizadas tecnologias, desde o momento de deliberação das estratégias até o controle da implementação. Nas reuniões é comum a utilização de apresentações de slides, em uma delas, na última definição estratégica, a apresentação foi construída ao mesmo tempo em que a deliberação era conduzida; um dos entrevistados afirmou que isso foi positivo, pois tudo ficou mais visual e a construção das estratégias e planos de ação ficou mais coletiva. Planilhas e gráficos eram empregados para o controle das atividades, com a mudança na direção, passarão a utilizar o sistema de informação da associação administradora, que será alimentado pelos líderes dos projetos e integrará todas as informações em um só local.

O hospital utiliza ferramentas acadêmicas desde os primórdios de seu trabalho voltado à estratégia. Exemplos delas são: a metodologia 5S, a matriz SWOT, e o método PDCA. Ferramentas para o controle dos processos ainda são empregadas, bem como são elaborados manuais de procedimento visando à padronização. Os resultados alcançados são divulgados aos colaboradores em reuniões periódicas e em murais, onde são expostos gráficos do desempenho obtido. Programam, ainda, um plano de comunicação interna, que está sendo desenvolvido por um jornalista e um publicitário, para aproximar ainda mais os diversos funcionários do trabalho estratégico. O Hospital PHI já contratou e recebeu consultorias externas diversas vezes, vale lembrar que o setor de assessoria de gestão parece funcionar como uma consultoria interna, uma vez que, não só controla a implementação e os resultados, mas também participa diretamente da definição de estratégias, assessorando em tudo que for necessário.

É evidente nos atores de topo o desconhecimento do nascimento de estratégias emergentes, advindas das práticas organizacionais. Entretanto, alguns atores de outros níveis hierárquicos e o ex-funcionário entrevistado visualizam a estreita ligação entre as estratégias e as práticas, afirmaram que as estratégias podem surgir tanto formalizadas como das rotinas, já que a diretoria e o corpo funcional possuem necessidades diversas. Antes de definir a vocação, a inadequação da estratégia possuída fez surgir estratégias emergentes, visando diminuir os efeitos negativos da agressividade dos concorrentes e manter a sustentabilidade da empresa. Também a consultoria, realizada no ano passado, levou a agregação de processos e estratégias antes inexistentes.

Um dos entrevistados expôs que hoje, com a definição de estratégias sendo realizada por um grupo misto, as atividades técnicas se interligam com as administrativas, permitindo que haja uma melhor adequação das escolhas e conhecimento do que é possível alcançar, o que evidencia a influência das práticas nas práxis. Na visão de Jarzasbkowski, Balogun e Seidl (2007), as práticas são dinâmicas e, por isso, moldam as práxis em diferentes níveis, como acontece no Hospital PHI.

A realização de uma tempestade de ideias antes da deliberação das estratégias trouxe contribuições variadas e apresentou necessidades antes não identificadas, isso porque reuniu funcionários de todos os setores, muitos antes não participantes das práxis estratégicas. Foi realizada ao longo de 10 dias em todos os turnos, assim, contou com a participação de colaboradores diversos. Isso integrou mais os atores e os aproximou do trabalho estratégico, trazendo conhecimento a respeito do que é feito, o que tende a aumentar o comprometimento. As ideias levantadas nas tempestades foram levadas para a deliberação e algumas adotadas, assim, verifica-se as práticas, próprias das rotinas, comportamentos e cultura, influenciando nas estratégias.

Dentro das diretrizes estabelecidas pela administradora, o hospital tem liberdade de atuação, também as práticas não são limitadas pelas estratégias definidas. Cada vez mais, procura-se alinhar as estratégias com as práticas, antes se averiguava certa dissociação, as estratégias pareciam tentar domar as rotinas, ao passo que os colaboradores da área técnica não eram muito integrados com as estratégias, a falta de comprometimento e alinhamento inviabilizava a concretização de projetos. O hospital foi amadurecendo com o tempo em relação a isso, os colaboradores estão entendendo melhor esse processo. Porém, de acordo com a observação, existem pessoas bastante ligadas e preocupadas com as estratégias e outras que exercem suas funções sem se envolver – apesar de serem funções relativas às atividades fins da instituição. Parece faltar uma maior participação de profissionais da área técnica, principalmente médicos, os funcionários administrativos participam das estratégias ativamente, mas não serão eles que estarão frente a frente com os pacientes/clientes.

A prática fornece os recursos comportamentais, cognitivos, processuais, físicos e discursivos para a interação social entre os atores e realização de atividades. Jarzasbkowski, Balogun e Seidl (2007) afirmam que esses recursos, quando utilizados rotineiramente, formam padrões que permitem compreender o modo pelo qual a atividade estratégica é construída. Os atores entrevistados acreditam que as práticas do hospital são refletidas nas estratégias, uma vez que o foco é melhorar o que já se faz continuamente. Atividades

vinculadas ao atendimento via SUS, por exemplo, demandam estudos e estratégias próprias, visando à saúde financeira e resultando em projetos.

Na última definição de estratégias, definiu-se também, orientada pela associação administradora, a vocação da instituição, ou seja, sua atividade de destaque, o que faz de melhor, alardeando a importância de não se dissociar as práticas dos objetivos, pois delas nascem as reais potencialidades de crescimento e sucesso. No período anterior os esforços eram empregados em alcançar um objetivo definido, sem ter sido estudada a vocação da instituição, logo essa estratégia foi improdutiva, pois o foco era uma atividade já explorada em grande medida na região. Nota-se o caráter dinâmico das práticas e sua importância para as práticas organizacionais, corroborando a ideia de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), de que as práticas não são imutáveis, bem como os padrões que formam, variam e se recombinaem ao longo do tempo, mantendo-se dinâmicas.

A estrutura hierárquica do hospital não foi considerada relevante para a definição estratégica, na visão dos entrevistados. Afirmou-se que o foco é bem mais empresarial e que há mais alinhamento que antes. Um dos participantes da coleta de dados deixou claro que a estrutura da organização é verticalizada, mas para a deliberação se tornou horizontal. A tomada de decisão foi classificada como mista, sendo centralizada para o que realmente necessitar de atenção da direção e descentralizada para questões mais operacionais, no passado, era mais centralizada, mas hoje a empresa está mais participativa. Nota-se que a instituição tem uma estrutura tradicional, mas vem conseguindo se dinamizar para as atividades que demandam uma postura mais ágil e integrativa.

A implementação das últimas estratégias definidas ainda não foi iniciada, apenas equipes de trabalho para os projetos foram construídas. Entretanto, em relação aos outros períodos, foram identificados impactos positivos das estratégias nas práticas do hospital: os controles tornaram-se mais efetivos, principalmente o controle de orçamento e de processos; setores foram criados para melhor atender as demandas internas; identificou-se a quantidade de atendimentos de cada nível de complexidade que realizam, otimizando as rotinas e serviços; a conduta dos profissionais de saúde melhorou; parcerias foram mais facilmente estabelecidas; entre outros. Infere-se que possuir estratégias traz inúmeros ganhos para o hospital e isso é visualizado pelos praticantes.

Busca-se equilibrar a implementação das estratégias com as práticas disseminadas no hospital, os objetivos não são vagos ou inadequados, mas sim estudados para que estejam em conformidade com a situação apresentada no momento. Cada vez mais o que está escrito e o que é praticado se aproximam, permeados por mais participação dos colaboradores, como

relatou um funcionário entrevistado. Lideranças expuseram que atualmente as estratégias impactam mais nas práticas, evidenciando que, talvez, antes os objetivos se adequavam ao que o hospital era em vez de transformá-lo no que deveria ser. Acreditam que as novas estratégias impactarão positivamente, pois ao defini-las pensaram no hospital como um todo e que agora, ainda mais que antes, a estrutura se adequará às estratégias.

O processo estratégico não é engessado no que compete à implementação, caso sejam necessárias adaptações há liberdade para realizá-las. Quando mudanças nos planos se mostram benéficas também podem ser feitas, se comprovado serem realmente relevantes e positivas. Diversos benefícios foram auferidos pelo hospital com a implementação de estratégias. Exemplos são: a humanização de práticas, o alcance de mais parcerias, mais eficiência na gestão de leitos e atividades, melhorias na estrutura física, maior precisão na formação de custos, aumento dos benefícios ofertados aos colaboradores, desenvolvimento do endomarketing, mudança de comportamentos, ou seja, como afirmou um dos atores participante de entrevista, o crescimento da empresa nos últimos anos é prova do quanto a gestão estratégica é importante para a instituição.

4.2.3 Práxis relacionadas

Sem práxis não há estratégias, uma vez que ela engloba todas as ações relacionadas à formulação e implementação, conforme apregoado por Whittington (2006); logo, é responsável por fazer nascer formalmente e tornar reais os objetivos organizacionais. Ao encontro dessa ideia vão Jarzabkowski e Spee (2009), ao afirmarem que a práxis corresponde ao fluxo – modificado de acordo com as intenções dos atores – de atividades estratégicas executadas ao longo do tempo. No Hospital PHI, as práxis foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas, paulatinamente, adequando-se às realidades e demandas internas e externas.

A prática da estratégia foi iniciada em 1998, com a realização de planejamento estratégico. No início ele não era tão formal, mas com o passar dos anos foi sendo mais bem estruturado e, até hoje, vem sendo realizado. O planejamento estratégico é revisto totalmente de cinco em cinco anos, mas revisões anuais são feitas, para manter as estratégias dinâmicas, segundo palavras dos gestores. Contudo, a identidade organizacional raramente sofre mutações, já que reflete a essência do hospital e o papel que busca ocupar na sociedade, por essa razão, não é política da empresa alterá-la.

Em 2003, após orientação de uma consultoria especializada, os trabalhos referentes à estratégia foram ampliados, dando origem à prática da gestão estratégica, que culminou com a formalização desse processo, por meio da estruturação de um setor exclusivamente dedicado à estratégia, a assessoria de gestão, adoção de controles, documentação e padrões seguidos em todo o percurso desse trabalho. Essa mudança reforça a dinamicidade do fluxo das atividades estratégicas evidenciada por Jarzabkowski e Fenton (2006, apud JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007), pois as alterações foram realizadas devido à necessidade possuída no momento de vencer a crise instalada e, posteriormente, de manter a sustentabilidade institucional. Para os entrevistados, a formalização do processo é positiva, pois realizá-lo dessa maneira e vê-lo registrado em documentos não o deixa abstrato e aumenta o comprometimento.

Whittington (2006) define práxis como as atividades efetivamente realizadas pelos atores, unindo ações centrais e periféricas, o que provaria sua importância para todos os tipos de estratégia, seja ela emergente, deliberada ou integrativa. Enquanto esteve administrado pela sociedade de irmãs a estratégia era definida com base nos objetivos da mantenedora, que eram repassados em uma reunião, com todos os hospitais da sociedade, na sede para a diretoria. Assim, após serem conhecidas as diretrizes a serem seguidas, a equipe diretiva – diretora, vice-diretora e diretores – se reunia com outras lideranças convidadas para definir as estratégias para o período. A relação com a mantenedora era estreita, de dois em dois meses eram feitas reuniões.

Com a passagem da administração para uma associação especializada, as práxis sofreram alterações, atestando mais uma vez sua dinamicidade frente às intenções dos praticantes. Antes do início de todo o processo, o assessor de gestão, o diretor administrativo-financeiro e o novo diretor executivo participaram de um workshop, no estado de São Paulo, promovido pela associação sobre gestão estratégica, onde foram orientados a adotar as práxis lá apresentadas. Agora, a estratégia do Hospital PHI deveria estar em conformidade com as estratégias da associação, bem como um mapa estratégico deveria ser elaborado ou o já estipulado pela empresa seria adotado.

Como havia um prazo final para a adaptação do mapa estratégico e apresentação das estratégias, todo o processo foi concentrado em um tempo menor do que seria ideal, demandando mais esforços e colaboração. A primeira ação foi a criação de um grupo permanente para o acompanhamento do planejamento estratégico, esse grupo, já citado em um tópico anterior, é formado por quatro colaboradores da instituição. Ele foi responsável pela realização da tempestade de ideias, outra atividade proposta no workshop, que mobilizou

quase 400 pessoas de diferentes setores e demandou quase 10 dias para ser completada. Aproximar de forma mais ativa os diferentes funcionários dos trabalhos estratégicos era uma vontade já possuída pela organização, que será ainda mais efetiva com a implementação de um plano de comunicação interna, hoje em desenvolvimento.

A tempestade trouxe ideias antes não vistas claramente pela direção e que foram levadas, após compilação, para o momento de deliberação, além de possibilitar uma maior abertura para a participação de atores não diretamente envolvidos com a formulação de objetivos organizacionais. A deliberação aconteceu em três dias, em duas reuniões e mais um encontro para o fechamento. Participaram desse momento o grupo de acompanhamento de estratégias, representantes de todas as áreas e lideranças relevantes para o processo, o que resultou em um total de, aproximadamente, 30 pessoas. Materiais já de posse do hospital, com informações de suporte para decisões estratégicas, como a SWOT, por exemplo, serviram também de embasamento para as escolhas.

Conforme relatado em entrevista, após a última consultoria prestada ao hospital por outra organização hospitalar brasileira e da mudança na gestão, o processo está mais sistêmico e capaz de melhor envolver os inúmeros colaboradores da instituição. Os participantes da tempestade se mostraram muito satisfeitos pelo espaço concedido para apresentarem suas contribuições e por terem sido ouvidos. Um alto nível de envolvimento dos diferentes atores de uma empresa em seu processo estratégico é harmônico com os princípios da Estratégia como Prática, uma vez que, nessa abordagem, entende-se que a estratégia é uma construção social (WHITINGTON, 2004).

A adoção das antigas práxis esteve relacionada com a realidade organizacional e a influência da sociedade mantenedora, buscava-se integrar todos os setores para, assim, identificar suas necessidades e as dos médicos, como citado em entrevista. Hoje, com a associação no centro da administração e os treinamentos por ela oferecidos, conseguiram concretizar um desejo anterior: tornar o processo mais participativo, principalmente na formulação de estratégias, o que acarretou numa revisão das práxis e, conseqüente, melhoria. As práxis adotadas foram consideradas adequadas pelos entrevistados, melhorias sempre foram buscadas, sobretudo por meio de consultorias.

Contudo, a partir das recentes alterações, acreditam que as práxis amadureceram, agora, possibilitam um maior direcionamento para ações, ou seja, para a prática. Veem com clareza onde investir e qual é a verdadeira vocação da instituição, definida por recomendação da nova empresa responsável pelo hospital, antes não havia segurança a respeito do serviço que seria o carro chefe. Contarão, ainda, com a constante assessoria fornecida por pessoas

especializadas da associação gestora e, passarão a utilizar, quando a implementação for iniciada, um sistema informatizado para controle, também da associação, em que os indicadores serão alimentados ao longo do desenvolvimento dos projetos, possibilitando a integração da atividade estratégica como um todo de maneira mais veloz, já que, anteriormente, a junção dos resultados era feita pelo setor de assessoria de gestão.

Segundo Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), a práxis é formada pela interligação entre a ação de indivíduos e grupos, que se encontram variados e dispersos, e as instituições sociais, econômicas e políticas, onde estes estão inseridos e para as quase contribuem. Logo, depreende-se que a práxis supera os muros empresariais, na medida em que, é vivenciada não somente nas ações internas, mas também no relacionamento da empresa com o meio. Fato que fica evidente no setor de saúde, onde as estratégias dos diferentes atores que o compõem podem impactar, positivamente ou não na sociedade, visto a importância e a influência que possuem, de acordo com o exposto por Albino et al (2010).

Assim, a práxis está presente tanto no nível micro (empresarial), quanto no macro (relativo ao setor). Para Jarzabkowski e Wilson (2004), o nível macro compreende as instituições sociais, econômicas e políticas, enquanto no micro estão os atos, discursos, pensamentos e gestos; sendo os mesmos passíveis de exercer influências bilaterais. Isso é observado no Hospital PHI, pois seus objetivos organizacionais, convertidos em esforços dedicados a determinados serviços, afetam a sociedade, que pode ter suas demandas supridas ou não, tendo que se deslocar a outra localidade para receber atendimento.

Visando atender a comunidade, seu foco principal, atores da diretoria da instituição participam ativamente de reuniões de grupos locais e regionais, voltados à saúde pública ou mesmo entidades empresariais, em que são expostas as carências apresentadas, posteriormente consideradas na definição de estratégias. Também o hospital sofre com as decisões dos concorrentes, que podem penetrar em seu nicho, ofertando os mesmos serviços, situação frequente que, inclusive, obrigou a instituição a rever os objetivos do período anterior. Percebe-se uma forte correlação entre os níveis micro e macro na atuação do Hospital PHI.

A ligação entre o nível micro e macro pode ser visualizada no modelo teorizado por Albino et al (2010) para o entendimento dos níveis de análise da S-as-P, que representa o espaço social da estratégia ao longo do tempo. O impacto desses níveis na estratégia do Hospital PHI é grande. No nível micro se observa a presença de códigos de conduta compartilhados pelos atores, relativos tanto a prática estratégica, quanto a cultura organizacional, de acordo com Handy (2006), do tipo Zeus. Sendo uma empresa de saúde,

fortes rotinas próprias do segmento imperam nas decisões, influenciando objetivos e os processos organizacionais. Por sua vez, as ações do hospital somadas às práticas do setor em que se insere, levam a criação de estratégias mais fundamentadas e amplas, que contemplem o nível macro.

Valendo-se das novas práxis de definição estratégica foram estipuladas estratégias voltadas principalmente ao ganho de eficiência em atividades e processos, aumento de qualidade dos serviços e a sustentabilidade financeira. Assim, projetos para reestruturação de setores, controle de contratos, reformas, alcance de creditações, melhoria de processos, aperfeiçoamento das práticas de gestão e desenvolvimento de maior segurança e excelência nos serviços foram definidos. Objetiva-se com isso ampliar as receitas e estabelecer mais parcerias para, assim, crescer e obter um sólido alicerce financeiro. Algumas das estratégias foram inspiradas em necessidades levantadas pelos colaboradores de base na tempestade de ideias e nas lições aprendidas com situações anteriores, o que elucida a formação de estratégias emergentes, que, posteriormente, são rapidamente englobadas pelo processo formal, ao ponto de que gestores de topo não as reconhecerem como estratégias que surgiram com as práticas, mas sim estratégias formuladas.

Para a implementação das estratégias do período anterior ao início da administração da associação foram formadas equipes, em torno de 12, para cada objetivo. Colaboradores se voluntariavam para compor esses grupos, que eram mistos, uniam diretores, chefes de setores, membros do setor ligado ao objetivo e de outras áreas. A implementação seguia o método PDCA (*Plan, Do, Check e Act*) e um material com todas as informações sobre o planejamento estratégico era e continua sendo produzido e distribuído para os funcionários, bem como treinamentos são realizados, onde é explicado, pela assessoria de gestão, o que é planejamento estratégico, sua importância e o que será feito para atingir os objetivos.

Ainda são formadas equipes para que os projetos sejam colocados em prática, porém, agora os líderes para eles estipulados selecionam a equipe, que contam com aproximadamente 10 pessoas. Cada líder deve construir o plano de ação (PDCA) com o auxílio do grupo de acompanhamento do planejamento estratégico, são também definidas metas para cenários favoráveis e desfavoráveis. Os padrões seguidos vieram da associação e integrantes dela avaliarão o que foi feito, caso algo esteja em desacordo, proporão alterações.

Os entrevistados foram questionados sobre quais seriam os maiores desafios para a implementação das estratégias, ao passo que, quase de maneira unânime citaram o comprometimento dos colaboradores. Para os gestores de topo, os funcionários não costumavam entender que a rotina não é tudo, como não há uma remuneração extra para

colocar em prática os projetos, nem todos se envolviam, por isso, uma maior mobilização das pessoas é buscada hoje. Segundo os participantes da coleta de dados, o envolvimento dos colaboradores é crescente, aumentou, principalmente, depois das mudanças nas práticas.

Outro fator de impacto é o fato dos coordenadores de projetos possuírem concomitantemente outras funções na instituição, as tarefas de rotina não podem ser deixadas de lado e, por isso, as atividades estratégicas ficam em segundo plano quando o tempo não é suficiente. Um hospital funciona 24 horas por dia, deve estar atento às emergências e aos pacientes, fazer controles sem descuidar do atendimento é primordial, assim, parar as atividades para fazer o trabalho estratégico é impossível. A falta de conhecimento e integração das chefias de setores com os planos estratégicos também era um entrave, bem como a pouca autonomia dos grupos de ação, tudo isso está sendo mudado. No âmbito das estratégias ligadas ao ensino e pesquisa, o desafio é coordenar ambas as atividades, já que não há um centro de ensino integrado no hospital.

As estratégias definidas costumam ser implementadas e os resultados planejados alcançados. Das definidas no período anterior apenas uma não teve avanço e poucas alterações foram realizadas ao executar o que foi deliberado, segundo gestores de topo. Entretanto, para outros entrevistados, nem tudo é implementado integralmente, algumas estratégias não alcançam seus objetivos, ou apenas alcançam de maneira superficial, também ocorrem abandonos, geralmente pela falta de comprometimento da equipe e liderança que executaria o projeto. Foi citado, ainda, que quando algo não é realizado plenamente, pode permanecer como objetivo no período seguinte.

Controla-se a implementação constantemente, sendo o setor de assessoria de gestão responsável por essa atividade, indicadores, metas e prazos são pré-estipulados. A periodicidade depende do projeto, pode ser mensal, trimestral ou semestral. Antes da associação, os atores do nível gerencial repassavam os resultados para a assessoria de gestão, que os unia em planilhas, aperfeiçoadas com as consultorias. Com a nova gestão, em vez de planilhas será utilizado um sistema informatizado, onde os próprios responsáveis pelos projetos realizarão a alimentação, que integrará todas as informações e possibilitará um trabalho conjunto hospital/associação.

Os resultados obtidos são avaliados também de maneira constante, em análises com as lideranças e a equipe diretiva. Reuniões, também com as lideranças, são feitas para que os resultados de projetos sejam apresentados, para dinamizar esse processo há um cronograma que estipula os projetos que serão apresentados em cada reunião. Mensalmente escolhem um resultado para divulgar aos colaboradores, essa escolha é feita para que desperte o interesse

deles, já que veicular muitas informações de uma única vez ficaria maçante. Essa divulgação é feita em reuniões, murais, conversas nos setores e agora será estruturada no plano de comunicação interna que está sendo desenvolvido.

O “fazer estratégia”, na opinião dos entrevistados está cada vez mais integrado. Esse trabalho é unificado desde a formulação até a avaliação das estratégias. É evidente o cuidado e dedicação despendidos pela instituição em todo o processo estratégico, a rotina do setor de assessoria de gestão é intensa e podem ser vistos gráficos de controle fixados nas paredes. Entretanto, o grau de profissionalismo das atividades estratégicas visto no topo organizacional, não parece ser tão alto na base. Contudo, as mudanças que vêm sendo colocadas em prática nesse período de transição e a vontade incutida no hospital de se superar constantemente, possibilitarão o alcance dessa necessária ligação do trabalho estratégico através dos níveis organizacionais.

4.2.4 Postura da instituição

Para os atores entrevistados, a definição de estratégias do hospital se baseia no que consideram o objetivo principal: autossustentabilidade. O termo “autossustentabilidade” e outros, como “qualidade” e “segurança”, foram utilizados variadas vezes por praticamente todos os indivíduos participantes da coleta de dados em suas falas. Infere-se, com a observada harmonia dos discursos, que a instituição dissemina seus objetivos internamente e que o “fazer estratégia” acontece de maneira integrada, levando à construção de um vocábulo próprio.

Um dos atores afirmou que a estratégia é construída tendo como base o mercado em nível regional e que se visa o lucro, porém, segundo outro entrevistado, o lucro não é mais o objetivo central, mas sim a vontade de superar as expectativas. Talvez a dissonância entre essas falas seja apenas ocasionada por uma escolha inadequada de palavras, já que um hospital filantrópico não pode visar lucro, mas sim obter receitas para manter e ampliar sua atuação. Superando as expectativas e tornando-se referência nos serviços que presta poderá fazer mais atendimentos, logo, mais recursos financeiros serão auferidos.

Tendo em vista o objetivo de destacar-se não só em nível regional, buscam constantemente a qualidade e a segurança no atendimento, deixaram esse fato bastante claro, uma vez que, como já exposto, essas foram expressões persistentemente ouvidas nas

entrevistas. O desejo de crescer e ser referência em filantropia também motiva a escolha de estratégias, assim, necessidades internas e externas são consideradas. Busca se atualizar rapidamente, apesar de às vezes faltar espaço físico, recursos financeiros e profissionais. Por exemplo, em 2009, inseriram o serviço de medicina nuclear, que antes era inexistente no estabelecimento, logo após a chegada de um médico da área na cidade. A manutenção desse caráter flexível e aberto às oportunidades converge com as ideias preconizadas por Ansoff (1977) e Hamel e Prahalad (2005) e, ainda, mostra-se decisivo para o sucesso da organização.

O Hospital PHI participa de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, em que são expostas as demandas da cidade, que balizam ações como aquisição de equipamentos, incorporação/ampliação de serviços, contratação de profissionais, pois, como falado, o hospital tenta suprir as exigências da população. A atuação da instituição é focada na população e, por isso, procura saber qual é a visão da mesma a seu respeito, assim, realizou pesquisas de satisfação e de mercado, onde pôde averiguar que é percebido como uma organização idônea e respeitada, atraindo, por isso, inúmeros pacientes. O apoio e mobilização da população mostraram-se fundamentais na inclusão de novos serviços no mix via sistema único e também para a aquisição de equipamentos.

Após a mudança na gestão do estabelecimento, na deliberação das novas estratégias, como exposto em tópico anterior, foi definida também a vocação da instituição, ou seja, o serviço que faz melhor e que apresenta maior potencial de atração de clientes e realização de aperfeiçoamentos. Agora a estratégia será focada nessa atividade (não citada para resguardar a instituição), que é algo diferenciado e impossível de ser fornecido por qualquer empresa do setor de saúde, devido seu caráter de alta complexidade. Ao definir sua estratégia as empresas devem conhecer aquilo que a torna única, pois focando em um produto ou serviço, que apenas ela tenha a possibilidade de comercializar, as chances de êxito crescem exponencialmente, conforme teorizado por Porter (1996) na abordagem estratégica do enfoque.

Anteriormente, o Hospital PHI havia definido como objetivo principal atingir a liderança em um ramo de serviço já muito explorado na região onde atua, os exames de diagnóstico, fato que impediu o alcance da meta e, conforme disse um dos atores, a concorrência se tornou mais agressiva, impedindo que o hospital ocupasse um lugar de destaque nesse nicho. Dessa maneira, é possível averiguar que as ameaças externas impactam nas decisões do hospital, obrigando-o a rever suas estratégias e evidenciando fortes interferências ambientais, típicas da escola ambiental exposta por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010).

As estratégias são definidas pelo Hospital PHI internamente, entretanto, devem adequar-se as diretrizes da associação que o administra hoje, da mesma forma que antes se adequava a sociedade de irmãs. Para os entrevistados a liberdade é total, mas dentro das diretrizes da mantenedora. Porém, não só as diretrizes são limitantes, vários fatores externos foram considerados relevantes: a globalização, a economia, principalmente em momentos de inflação, a concorrência e as normas governamentais, pois costuma ter quase 80% de seus serviços fornecidos via SUS, deixando o caixa muitas vezes próximo do prejuízo. A grande influência governamental sentida pelo hospital não é exceção, mas regra no setor de saúde do Brasil, como demonstrou Salu (2013). Em épocas de alta do dólar a situação financeira fragiliza-se, pois essa moeda é utilizada na precificação de produtos de saúde, inviabilizando compras e o pagamento de equipamentos.

Os hospitais filantrópicos devem destinar parte de sua estrutura, em porcentagem definida por lei, para prestar serviços gratuitos à população, sendo mantidos de maneira total ou parcial por meio de doações (BRASIL, 1977). Depreende-se que também a filantropia tem exigências e modo de operar próprio. O pagamento dos serviços é feito de acordo com a produção, contudo os valores recebidos são insuficientes, pois a tabela está defasada, assim, para cobri-la o hospital ganha incentivos do governo, que prefere agir dessa forma a corrigir os valores. Como ressaltou um entrevistado, políticos da região costumam atuar para amenizar essa situação com medidas parlamentares. O custo elevado dos hospitais é agravado com os impostos, dado que atividades relacionadas à saúde são consideravelmente tributadas nas esferas federais, estaduais e municipais (SAÚDE CATARINENSE, 2015). Por ser filantrópico, o Hospital PHI recebe isenção de determinados impostos, como prevê a legislação, fato que ameniza a tensão financeira comum do setor.

Somam-se a isso as imposições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Ministério da Saúde e Secretarias Municipal e Estadual de Saúde que devem ser obrigatoriamente cumpridas. Convergindo com a ideia apresentada por Moysés Filho et al (2010) de que os custos do setor de saúde crescem grandemente pelo cumprimento de protocolos de atendimento da Anvisa, regulações da ANS e fiscalizações realizadas pelo Ministério Público. Uma das exigências feitas à instituição foi a retirada de todos os móveis de madeira da cozinha, que teve de acontecer mesmo sem a existência de recursos financeiros disponíveis para tal. Logo, mesmo recebendo menos recursos do que necessita as exigências não podem ser descumpridas. A manutenção de organizações de saúde exige árduos esforços, uma vez que a saúde tem altos custos que devem ser equilibrados para que o estabelecimento atinja a sustentabilidade, tão importante para a gestão do Hospital PHI.

Além da dependência de fatores externos ligados ao governo, ao mercado ou à empresa mantenedora, as estratégias ainda contemplam a característica hospital de ensino do estabelecimento, apesar de, segundo o ator ligado ao hospital e a universidade parceira, as estratégias estabelecidas não serem definidas diretamente com esse fim. A equipe gestora considera muito positiva a ligação da instituição com a universidade. Segundo afirmaram em entrevista, ser um hospital escola aumenta a credibilidade, permite a realização de pesquisas, contribui para a formação de novos profissionais, levando ao avanço do estabelecimento como um todo, que se torna mais dinâmico e atualizado. O hospital ganha reconhecimento e benefícios em negociações e na contratualização. A parceria com uma universidade da região vem sendo praticada há cerca de 10 anos, tendo sido aumentada após a implantação de um centro de pesquisas na metade desse tempo.

Visando o equilíbrio financeiro o hospital investe em melhorias, já que busca aumentar o número de atendimentos privados e por convênio, necessários para cobrir a fatura do caixa causada pela alta dependência atual dos serviços via SUS. Ainda assim, para um dos entrevistados integrante do nível estratégico, o hospital é livre para escolher suas estratégias, uma vez que não é público e, por isso, não tem sua autonomia tolhida por ações governamentais, por exemplo, mostrando que a atuação estratégica é voluntarista.

Percebe-se, entretanto, que o hospital não é tão livre quanto os gestores de topo acreditam, fato já visualizado pelos integrantes do nível gerencial e operacional, bem como pelo ex-funcionário. A falta de liberdade total enquadra o Hospital PHI no quadrante II da matriz de posicionamento organizacional de Herbianack e Joice (1985). Esse quadrante é marcado pelo alto nível de determinismo ambiental e escolha estratégica, logo, ainda que as forças externas sejam fortes, a empresa pode escolher, mesmo que com limitações, resultando em adaptações com restrições.

Empresas do setor de saúde costumam se situarem no quadrante II, pois, para os referidos autores, essa situação é comum em setores altamente regulamentados e a saída, geralmente, é a adoção de estratégias de diferenciação ou enfoque (PORTER, 1996), que concentram a atuação em áreas inexploradas colocando a instituição em destaque no mercado. Assim, visualiza-se que o Hospital PHI já vem trabalhando de forma a vencer os desafios que o mercado impõe, ao focar em um serviço onde já é referência e que é inexplorado na região.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o Gato de Cheshire, personagem de Lewis Carroll (2010), em Alice no País das Maravilhas, qualquer lugar serve a quem não sabe aonde ir. Ações estratégicas não combinam com esse pensamento, uma vez que, demandam um claro direcionamento dos indivíduos quanto seus objetivos, bem como a estruturação de planos para atingi-los. Dos ensinamentos de Sun Tzu, do século VI a.C., até a literatura da atualidade, a teorização a respeito do tema estratégia é abundante, entretanto não há receita mágica ou fórmula que se adéque a todos, as estratégias devem se harmonizar à empresa que as adotou. Logo, sem protocolos fechados a serem seguidos, atualização constante e proatividade são imperativos para agir estrategicamente, mesmo em setores imprescindíveis, como o da saúde.

A atuação das organizações de saúde exige árduos esforços, pois envolve altos custos que precisam ser equilibrados para a sustentabilidade dos empreendimentos do setor. Assim, ainda que a demanda por serviços de saúde seja grande e crescente, principalmente devido ao envelhecimento populacional, a gestão em saúde é tanto ou mais complexa que a gestão de empresas de outros setores. Exige pensamento sistêmico e responsabilidade, dado a seriedade das atividades desenvolvidas e os potenciais impactos que pode causar na vida dos clientes/pacientes. Soma-se a isso o forte grau de regulação imposto por órgãos governamentais, com a vigência do Sistema Único de Saúde, que abrange todos os componentes do setor, os pesados impostos e a precificação de produtos em dólar. Lidar com esses e outros fatores implica a necessidade de profissionalizar a gestão.

Os gastos com os serviços hospitalares ocupam uma grande fatia do total despendido com a saúde mundialmente. No Brasil, a importância dos hospitais é grande, visto o peso cultural emanado por essas instituições; a população os entende como o melhor local para buscar atendimento quando possuem problemas de saúde. Por esta razão, concentram tecnologias e profissionais altamente capacitados, para suprir o intenso fluxo de atividades diárias, mas necessitam também de eficiência administrativa, que quando ausente impede seu bom funcionamento. Sejam públicos ou privados, definir estratégias pode ser a chave para o sucesso e perpetuidade dessas organizações.

O processo de formulação e implantação de estratégias é único em cada organização, não segue um padrão e se modifica às diferentes realidades empresariais. Em ambientes de frequentes transformações, é difícil definir estratégias através de processos controlados, em razão da impossibilidade de prever acontecimentos de maneira precisa, situação que se agrava

quando o meio é determinista, característica observada no setor de saúde. Nesse contexto, a flexibilidade e a aprendizagem são indispensáveis para que se alinhe as possibilidades da organização com o meio.

As empresas de saúde não podem fechar os olhos para os avanços científicos, as exigências do setor e as demandas da população, obrigatoriamente, adaptam-se a eles. Contudo, esse grande determinismo ambiental não tolhe a possibilidade de definir estratégias, apenas dinamiza ainda mais esse processo. Pensar a estratégia como algo dinâmico é uma ideia própria da perspectiva da Estratégia como Prática. Nessa abordagem as práticas incutidas nas empresas e mercados são protagonistas do processo estratégico, pois influenciariam fortemente o que a organização faz. Observa-se que, as instituições do setor de saúde podem em muito se beneficiar ao seguir essa abordagem.

Whittington (2006) integrou as atividades extra e intra organizacionais, na abordagem da S-as-P, ao definir três conceitos principais: práxis, prática e praticantes. Os praticantes são os indivíduos que participam do processo estratégico, podendo eles estar dentro ou fora da organização. As práticas referem-se às rotinas de comportamento e ao que a empresa deseja realizar, ou seja, liga-se a sua essência. Já as práxis são as atividades efetivamente realizadas pelos diferentes atores envolvidos. Esses conceitos foram identificados no Hospital PHI, serviram como ações norteadoras – objetivos específicos – para o alcance do objetivo geral: analisar o processo de formação/formulação de estratégias do hospital em questão.

Diversos atores participam diretamente ou contribuem para o trabalho estratégico do Hospital PHI, dada sua importância regional e o fato de ser de grande porte, compreendendo, por isso, muitos profissionais. Com a passagem da gestão da congregação para a associação, houve uma ampliação do número de participantes envolvidos na etapa de formulação e implementação de estratégias. Se antes a definição de estratégias era concentrada nos indivíduos de topo e alguns médicos, considerados estratégicos por esses mesmos atores, agora, colaboradores dos três níveis – operacional, gerencial e estratégico – foram aproximados de todas as etapas.

Englobar participantes com diferentes papéis e áreas de atuação é benéfico, na medida em que, contribuições variadas surgem e um maior número de fatores são trazidos para a discussão, o que ocorreu no hospital com a revisão das práxis adotadas. Combinar conhecimentos administrativos e da área de saúde é imprescindível ao se definir estratégias para uma organização hospitalar. Entretanto, chama a atenção o fato exposto por um dos entrevistados: nenhum médico participou das três reuniões onde foram deliberadas as estratégias. Estavam presentes: o grupo de acompanhamento do planejamento estratégico, o

diretor executivo, representantes da área administrativa e técnica, sem que nenhum deles fosse médico. Hospitais são organizações altamente dependentes da força humana, principalmente do trabalho dos profissionais médicos, o que acende um alerta para a situação vivenciada. A importância da atuação médica nos hospitais incita um maior esforço do Hospital PHI na próxima definição de estratégias, para que esses atores sejam incluídos nas reuniões de deliberação. As atividades dos médicos os colocam em uma posição muito próxima dos clientes, próxima de mais para que sejam excluídos da etapa de definição de estratégias, que é fundamental para todas as outras.

É inegável a influência da cultura organizacional no papel dos diferentes atores. Durante muitos anos, a estrutura da instituição se organizou em torno de uma das irmãs que atuava como diretora. Seu dinamismo e empreendedorismo moviam o hospital e motivavam mudanças, como a adoção da gestão estratégica. Assim, pelo caráter patriarcal, verifica-se a presença da cultura-clube, denominada de Zeus por Handy (2006). Essa configuração não é comum em hospitais, que costumam organizarem-se mais formalmente, seguindo o modelo representado por Apolo, apesar de integrarem muitos indivíduos de Dionísio, os médicos, que atuam, geralmente, de forma individualizada, por serem profissionais liberais.

A cultura Zeus acarreta problemas para a instituição como a formação de um grupo fechado de colaboradores, análogo a uma família, que dificulta a entrada de novos profissionais, bem como, cria-se uma dependência em torno do líder, fazendo com que a sucessão seja um processo complicado. Hoje, com a gestão nas mãos de uma empresa especializada, o hospital parece encaminhar-se para o modelo Apolo, não há mais nenhum líder forte sobressalente. A tendência é focar nas funções em vez de nas pessoas, diminuindo ainda mais a subjetividade na gestão. A maior profissionalização provavelmente levará a um ganho de eficiência e vantagens competitivas para além do que já é de posse da organização.

Outro objetivo específico do estudo foi identificar a postura da instituição, se voluntarista ou determinista. Observa-se que o Hospital PHI mantém um relacionamento próximo com o governo, entidades da cidade onde está localizado, conselho de saúde, grupos regionais, bem como, possui um conselho consultivo. Esses atores interferem nas estratégias definidas, porém somente indiretamente, a liberdade para escolher estratégias é total dentro das diretrizes da associação gestora. Ainda assim, o setor de saúde é impregnado por um alto determinismo ambiental, são muitas as exigências e regulações impostas aos componentes desse setor. Logo, verifica-se que a influência de atores e fatores externos combinada com a autonomia para realizar escolhas coloca a instituição ora com uma postura voluntarista, ora determinista.

A região onde está instalado o hospital é bastante pulverizada por serviços de saúde. Há alguns anos o Hospital PHI não é mais o único da cidade, assim, atentar-se a concorrência é uma necessidade, porém, nem sempre concretizada nos últimos tempos. Alguns períodos estratégicos atrás haviam definido como objetivo ser o líder do mercado em um nicho já muito explorado pelos concorrentes, isso impediu o alcance dessa meta. Com as novas práticas adotadas uma das ações foi estabelecer a vocação da instituição, ou seja, descobrir o que ela faz de melhor, agora, o objetivo principal liga-se a essa atividade diferenciada que é explorada por apenas um dos concorrentes do local. A vocação deve ser algo único ofertado, que poucos ou nenhum possam oferecer. Os hospitais devem explorar o fato de suas atividades serem de alta complexidade ao definir objetivos estratégicos, na medida em que, esse nível de atividade não é comum a todas as organizações do setor, dificultando, assim, movimentos semelhantes dos demais competidores.

Fortes influências sobre as estratégias emanam das práticas. Os valores organizacionais balizam grandemente as escolhas estratégicas, situação constante desde os primórdios do hospital, visto que é uma “empresa de irmãs” pautada em princípios religiosos e morais. Essa essência da organização está enraizada nos profissionais, o que foi observado durante as entrevistas, os atores utilizaram os mesmos vocábulos diversas vezes para responder os questionamentos, também coincidiram, o conteúdo das respostas dadas.

As diretrizes da mantenedora, antigamente, e da associação, hoje, são ainda práticas importantes, que determinam o espaço dentro do qual as escolhas estratégicas podem ocorrer. Com base nos objetivos repassados, as estratégias são definidas, obrigatoriamente em harmonia entre si e dentro da realidade. Por sua vez, as práticas afetam as práticas adotadas, já que são estabelecidas de acordo com sua adequação às intenções da organização que o mantém e as orientações por ela passadas. Os comportamentos dos atores e as rotinas típicas do hospital, como as médicas, por exemplo, impactam de maneira ampla na definição e implementação de estratégias, chegando até a impor barreiras, como a resistência dos colaboradores frente às mudanças.

Vencer essa resistência é imprescindível, uma das ações que podem ser empregadas é a realização de conscientizações e uma comunicação mais efetiva, para esclarecer o porquê de se definir estratégias e possíveis dúvidas dos talentos, e, ainda, integrar os funcionários ao trabalho estratégico. Tudo isso vem sendo feito e será ampliado, resultados positivos já foram observados, como relatado em entrevista. Os funcionários participantes da coleta de dados expuseram que antes o processo estratégico era bem fechado no topo organizacional, havia abertura para apresentar sugestões, mas não era algo instituído; a partir das mudanças nas

práxis, como a realização de uma tempestade de ideias, sentiram-se mais próximos e valorizados, com uma real possibilidade de contribuir com suas ideias e necessidades.

O Hospital PHI procura manter-se dinâmico e atualizado não só no que compete aos serviços que oferta, mas também na gestão. A utilização de ferramentas acadêmicas é prática mantida pela instituição, já há muitos anos. Essa postura inovadora e diferenciada é uma constante para o hospital, que sempre entendeu a necessidade de estudar seus pontos fracos e fortes, analisar o mercado, conhecer a visão da comunidade a seu respeito e procurar consultorias externas. A melhoria contínua é buscada em todas as ações, o foco é oferecer o melhor serviço para os clientes e sabem que isso demanda esforço.

As estratégias do Hospital PHI podem ser formadas ou formuladas. As práticas fazem surgir estratégias emergentes, de acordo com as necessidades observadas. Estas são rapidamente tornadas formais, o que leva os gestores de topo a negarem a existência de estratégias nascidas de modo não formalizado. Principalmente no que compete as atividades fim da instituição, as estratégias emergentes são recorrentes. Essas estratégias ligam-se ao caráter veloz das transformações no setor de saúde, onde novas tecnologias e demandas surgem a todo o momento, assim, estratégias são formadas igualmente para supri-las, já que adaptar-se é um imperativo no setor.

De maneira crescente, procuram alinhar as estratégias com as práticas, antes era possível visualizar certa dissonância. Algumas estratégias pareciam tentar controlar as rotinas, ao passo que os colaboradores da área técnica não se integravam muito ao trabalho estratégico, inviabilizando a concretização dos planos pela falta de comprometimento e alinhamento. O hospital vem amadurecendo, hoje, os colaboradores entendem melhor a importância das estratégias e enxergam o quanto o hospital pôde e ainda pode crescer por meio delas. Contudo, ao que parece, continuam existindo pessoas bastante ligadas e preocupadas com as estratégias e, concomitantemente, outras que exercem suas funções sem muito se envolver.

É necessária uma maior participação de profissionais da área técnica, principalmente médicos; os funcionários administrativos participam das estratégias ativamente, mas um grande número de estratégias no setor de saúde carece de profissionais da área técnica em sua implementação. Além disso, os esforços estratégicos são muito unificados no topo, mas não tanto na base, clamando, dessa maneira, um maior alinhamento, para que as estratégias fluam harmonicamente em todos os níveis organizacionais. Outro ponto de destaque é o fato do centro de pesquisas clínicas funcionar como uma empresa dentro de outra, ou seja, possui estratégias próprias mesmo estando dentro do hospital e sendo ligado à universidade parceira.

Melhor integrá-lo ao hospital é algo importante, visto que, conduzir pesquisas internamente gera um grande diferencial para as empresas de saúde e ao agir em conjunto é possível ir além, atingindo metas mais desafiadoras.

Buscam equilibrar a implementação com as práticas disseminadas no hospital, os objetivos são estudados a fim de que estejam em conformidade com o que é possível e necessário no momento, não são vagos ou inadequados. Para as lideranças, atualmente as estratégias impactam mais nas práticas, elucidando a conclusão de que, talvez, os objetivos se adequassem ao que o hospital era em vez de transformá-lo no que deveria ser. Infere-se que, a gestão estratégica só se concretiza verdadeiramente quando a instituição abandona a zona de conforto e lança-se por rotas desafiadoras.

Sólidas práxis sempre compuseram o “fazer estratégia” do Hospital PHI. Práxis estas que, hoje, estão sendo reformuladas, visando seu aperfeiçoamento e melhor adequação à realidade organizacional. As alterações foram recomendadas pela associação que assumiu a administração da instituição, mas algumas eram desejo anterior, como a aproximação da base, realizada por meio da tempestade de ideias. Destaca-se a existência, desde 2003, de um setor, assessoria de gestão, dedicado exclusivamente ao trabalho estratégico. Assim, sob a coordenação da assessoria de gestão as estratégias são formuladas e postas em prática através das práxis, como: encontros, reuniões, formação de equipes, construção de planos de ação, análises e controles. As alterações recentes lapidaram as práxis, possibilitando um maior direcionamento para ações, ou seja, para a prática. Hoje, sabem claramente em que investir e qual é a verdadeira vocação da instituição, atentam-se tanto ao nível micro, quanto ao macro.

O trabalho estratégico está cada vez mais integrado, sendo unificado da formação até a avaliação das estratégias. O hospital dedica-se muito a esse processo, o que pôde ser observado no setor de assessoria de gestão, que possui uma intensa rotina e onde podem ser visualizados gráficos de controle fixados em murais. As mudanças que vêm sendo colocadas em prática nesse período de transição, em que até mesmo a denominação dos cargos passa por alterações, bem como o organograma, permitirão avanços e apoiarão a instituição nesse delicado período. É louvável a vontade que a instituição possui de se superar constantemente.

Uma gestão profissionalizada é benéfica para os hospitalares filantrópicos, pois integra as estruturas de poder, geralmente divididas entre médicos, filantropos e administradores. Um trabalho conjunto entre esses atores gera bons frutos e contribui para a perpetuidade dessas organizações. O Hospital PHI recebeu diversos prêmios a nível nacional de reconhecimento pela gestão, graças a seu trabalho estratégico e avanços conquistados nesse sentido.

As melhorias visualizadas na instituição auferidas com a gestão estratégica foram reconhecidas pelos colaboradores entrevistados, para os quais a diferença entre o hospital de antes e de agora é, sem dúvida, enorme. Atualmente conta com mais credenciamentos, serviços e contratos com o SUS. O crescimento foi mais expressivo nos últimos 10 anos, inclusive com um aumento expressivo do número de funcionários: de menos de 800 em 2004 para mais de 1.000 em 2015. As transformações empregadas no processo de formação de estratégias no Hospital PHI, tornaram-no mais dinâmico e participativo, aproximando-o da abordagem da Estratégia como Prática. Percebe-se, pois, que o segredo para o sucesso organizacional está na própria empresa, ou seja, em suas práticas, atores e práxis.

Referências

ALBINO, José; GONÇALVES, Carlos Alberto; CARRIERI, Alexandre; MUNIZ, Reynaldo. Estratégia como prática: uma proposta de síntese. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 9, jan./jun. 2010.

AMORIM, Daniela; LEAL, Luciana Nunes. Cresceu a participação do setor de saúde no PIB. **Revista Veja**. Editora Abril, 2012. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/cresceu-a-participacao-do-setor-de-saude-no-pib>. Acesso em: set. 2015.

ANSOFF, H. Igor. **Estratégia empresarial**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

ARON, Raymond. **Pensar a guerra, Clausewitz: a era européia**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1986.

BERNARDES, Jaime Gil et al. Gerenciamento de hospitais filantrópicos: confronto entre a técnica médica, o poder político e a administração hospitalar. **VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2010.

BBC BRASIL. **Gastos públicos crescem, mas modelo de saúde ainda vive contradição no Brasil**. BBC Brasil, 2013. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/04/130402_saude_gastos_publicos_lgb. Acesso em: set. 2015.

BRASIL. Portal Brasil. **Governo anuncia medidas para fortalecimento das Santas Casas e hospitais filantrópicos**. Portal Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/governo-anuncia-medidas-para-fortalecimento-das-santas-casas-e-hospitais-filantropicos> >. Acesso em: set. 2015.

_____. Portal Brasil. **Congresso debate situação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos**. Portal Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/congresso-debate-situacao-das-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>>. Acesso em: set. 2015.

_____. Constituição Federal (1988). **Disponível em:** http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: jul. 2015.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Disponível em:**
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: set. 2015.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: set. 2015.

_____. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Disponível em:**
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm>. Acesso em: set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: atenção hospitalar**. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1983.

BERRY, Leonard L.; SELTMAN, Kent D. **Lições de gestão da clínica Mayo**: por dentro de uma das mais admiradas organizações de serviços do mundo. Porto Alegre: Bookman, 2010.

BETHLEM, Agrícola. Os conceitos de política e estratégia. **RAE – Revista de Administração de empresas**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-15, jan./mar. 1981.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 665-704.

CARROLL, Lewis. **Alice no país das maravilhas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

CAVALLINI, Míriam Elias; BISSON, Marcelo Polacow. **Farmácia hospitalar**. 2. ed. Barueri: Manole, 2010.

CHANDLER, Alfred. **Ensaio para uma teoria histórica da grande empresa**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Dados do Setor**. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm>. Acesso em: ago. 2015.

CORREA, Marcos Gomes; PROCHNIK, Victor; FERREIRA, Araceli Cristina de Sousa. *Balanced Scorecard em Hospitais: uma avaliação das críticas associadas ao modelo a partir do estudo de caso em duas organizações hospitalares brasileiras*. **XXXIII EnANPAD – Encontro da ANPAD**, set. 2009.

COSTAS, Ruth. Em busca de emprego? Saiba quais os setores que mais resistem à crise. São Paulo: **British Broadcasting Corporation - BBC Brasil**, 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/06/150622_emprego_onde_ru>. Acesso em: set. 2015.

DAMÁSIO, Luciana Fabula. Apresentação. In: DAMÁSIO, Luciana Fabula; GONÇALVES, Carlos Alberto. (Org.). **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. vii – xii.

DATASUS. **Indicadores**: Hospital Filantrópico. DATASUS, 2015. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Habilitacoes_Listar.asp?VTipo=6001&VListar=1&VEstado=00&VMun=&VComp=&VContador=717&VTitulo=F>. Acesso em: set. 2015.

DICIONÁRIO PRIBERAM. **Estratégia**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/estrat%C3%A9gia>>. Acesso em: mai. 2015.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prendice Hall, 2004.

FAYOL, Henri. **Administração industrial e geral**: previsão, organização, comando, coordenação, controle. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

FIATES, Gabriela Gonçalves Silveira. **Cultura Organizacional para a Inovação**. HSM Educação, 2013.

HAMEL, Gary; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 23. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

HANDY, Charles. **Deuses da administração**: como enfrentar as constantes mudanças da cultura empresarial. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

HREBINIAK, Lawrence G.; JOYCE, William F. Organizational Adaptation: Strategic Choice and Environmental Determinism. **Administrative Science Quarterly**, v. 30, p. 336-349, set. 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. IBGE, 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: set. 2015.

JARZABKOWSKI, Paula; BALOGUN, Julia; SEIDL, David. Strategizing: The challenges of a practice perspective. **Human Relations**, v. 60, n. 5, p. 5-27, 2007.

JARZABKOWSKI, Paula; SPEE, Andreas Paul. Strategy-as-practice: a review and future directions for the field. **International Journal of Management Reviews**, v. 11, n. 1, p. 69-95, 2009.

JARZABKOWSKI, Paula; WILSON, David C. Pensando e agindo estrategicamente: novos desafios para a análise estratégica. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 11-20, out./dez. 2004.

LABOISSIÈRE, Paula. Mais de 90% dos brasileiros estão insatisfeitos com a saúde. **Revista Exame**, 2014. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/mais-de-90-dos-brasileiros-estao-insatisfeitos-com-a-saude>>. Acesso em: ago. 2015.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20(5), p. 1249-1261, set./out. 2004.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006

MALHOTRA, N. K. *et al.* **Introdução à pesquisa de marketing**. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

MASCARENHAS, Sidnei Augusto. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEURER, J. L. Ampliando a noção de contexto na linguística sistêmico-funcional e na análise crítica do discurso. **Linguagem em (Dis)curso – LemD**, Tubarão, v. 4, n. esp, p. 133-157, 2004.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

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

MINTZBERG, Henry et al. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINTZBERG, Henry; Waters, James A. Of Strategies, Deliberate and Emergent. **Strategic Management Journal**, v. 6, p. 257-272, jun. 1985.

MOORE, Michael. **SICKO**. [filme]. Produção de Michael Moore e Megan O'Hara, direção de Michael Moore. Estados Unidos da América, The Wenstein Company, 2007. 2h 3 min. color. son.

MOYSÉS FILHO, Jamil et al. **Planejamento e gestão estratégica em organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

NICOLAU, Isabel. **O conceito de estratégia**. Instituto para o Desenvolvimento da Gestão Empresarial. Lisboa, 2001.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, Marcos Paulo Valadares de; SILVA, Marcelo Santos. Cadeia de valor dos serviços de saúde: a necessidade crescente de uma gestão transdisciplinar de processos. In: DAMÁSIO, Luciana Fabula; GONÇALVES, Carlos Alberto. (Org.). **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 109 – 123.

OKAYAMA, Emilia Yoko; GAGG, Maíra; OLIVEIRA JUNIOR, Paulo Frederico Paganini. Análise da produção científica em estratégia como prática. **REBRAE – Revista Brasileira de Estratégia**, Curitiba, v. 7. n. 2, p. 191-204, mai./ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Ageing**. UNFPA, 2015. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/ageing>>. Acesso em: set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Cazaquistão: 1978.

_____. **Carta de Ottawa**. Ottawa: 1986.

ORLANDO, Patricia. Em um mercado crescente, turistas viajam ao exterior em busca de tratamento médico e odontológico bom e barato. **Revista Veja**. Editora Abril, 2014. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/turismo-medico-os-10-paises-mais-procurados-pelos-viajantes/>>. Acesso em: set. 2015.

PACAGNAN, Mario Nei et al. A estratégia como prática revisitada por meio de modelos aplicados. **XIV SemeAd – Seminários em Administração**, out. 2011.

PEREIRA, Maurício Fernandes. **A construção do processo de planejamento estratégico a partir da percepção da coalizão dominante**. Florianópolis, 2002. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

PIVETTI, Fernando. **Expectativa de vida cresce, mas vivemos mais tempo doentes**. Agência USP de Notícias, 2013. Disponível em: <<http://www5.usp.br/27118/expectativa-de-vida-cresce-mas-vivemos-mais-tempo-doentes/>>. Acesso em: set. 2015.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**: Técnicas para análise de indústrias e da concorrência. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=zUDsAQAAQBAJ&pg=PA139&dq=elabora%C3%A7%C3%A3o+de+trabalhos+metodologia&hl=pt-BR&sa=X&ei=JqZ6U660HebisASchoGoAQ&ved=0CDUQ6AEwADgK#v=onepage&q=elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20trabalhos%20metodologia&f=false>> Acesso em: mai. 2014.

RESENDE, Viviane de Melo; RAMALHO, Viviane C. Vieira Sebba. Análise de discurso crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso – LemD**, Tubarão, v. 5, n. 1, p. 185-207, jul./dez. 2004.

RODRIGUES, Júnia Marçal; RODRIGUES, Raquel Braga. A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros. In: DAMÁSIO, Luciana Fabula; GONÇALVES, Carlos Alberto. (Org.). **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**: caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 75 – 108.

SALU, Enio Jorge. **Administração Hospitalar no Brasil**. Barueri: Manole, 2013.

SANGLARD, Gisele et al. **Filantropos da nação**: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

SASSO, Silvana Maria et al. A importância da interdisciplinaridade na prática da reabilitação física de amputados. **Simpósio Internacional sobre Interdisciplinaridade no Ensino, na Pesquisa e na Extensão – Região Sul**. 2013.

SAÚDE CATARINENSE. **O lado econômico da saúde**. Saúde Catarinense, 2015. Disponível em: <<http://saudecatarinense.com.br/?p=10005>>. Acesso em: set. 2015.

SHARMA, Yashpal; SARMA, RK; GOMES, Libert Anil. **Hospital Administration**: principles & practice. Nex Delhi: Jaypee, 2013.

SLOAN, Alfred P. **Meus anos com a General Motors**. São Paulo: Negócio editora, 2001.

SUN TZU. **A arte da guerra**. 32. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

TAYLOR, Frederick Winslow. **Princípios de administração científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 1979.

TIEGHI, Ana Luiza. A saúde brasileira tem cura? **Revista Espaço Aberto**, Universidade de São Paulo, nov 2013. Disponível em: <://www.usp.br/espacoaberto/?materia=a-saude-brasileira-tem-cura>. Acesso em: set. 2015.

VENTURA, Magda Maria. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa**. Revista SOCERJ, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

WHITTINGTON, Richard. Completing the Practice Turn in Strategy Research. **Organization Studies**, v. 27, n. 5, p. 613-634, 2006.

_____. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 44-53, out./dez. 2004.

WODAK, Ruth. Do que trata a ACD – Um resumo de sua história, conceitos importantes e seus desenvolvimentos. **Linguagem em (Dis)curso – LemD**, Tubarão, v. 4, n. esp, p. 223-243, 2004.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Cargo:

Função:

Tempo de serviço no hospital:

Tempo de exercício da função:

FORMAÇÃO/FORMULAÇÃO

1. O que levou o hospital a adotar estratégias? O que se busca com essa ação?
2. Desde quando são definidas estratégias?
3. Qual é a missão, visão, valores e diretrizes gerais relativas à cultura organizacional?
4. Definir estratégias contribui para o hospital? Se sim, em que sentido?
5. Com qual periodicidade são definidas as estratégias?
6. Esse processo é formalizado? Como? Exemplo: em documentos, Planejamento Estratégico.
7. (Se for formal) Ter um processo estratégico formalizado é positivo para o hospital? Por quê?
8. Como é feita a definição de estratégias?
9. Quais as práticas relacionadas e qual o papel de cada uma na definição estratégica?
10. O que leva a adoção dessas práticas? Exemplo: são mais adequadas ao hospital, são exigências externas, etc.
11. Como gestor, o senhor/senhora considera as práticas empregadas adequadas? Por quê?
12. Quais recursos são utilizados? Exemplo: consultoria externa, ferramentas acadêmicas para análise, tecnologia.
13. A maior parte das estratégias nasce do processo formal ou surge das práticas organizacionais?
14. O quanto o hospital é livre para ser fiel às suas práticas organizacionais na definição de estratégias?
15. Quem participa dessa atividade? Como é feita a escolha dessas pessoas?
16. O senhor/senhora participa da definição de estratégias? Se sim, qual é o seu papel?
17. Há algum setor responsável exclusivamente pelo processo estratégico? Se sim, qual?

18. As estratégias definidas são disseminadas para os demais colaboradores? Se sim, como? Se não, por quê?
19. Busca-se envolver os colaboradores dos diferentes setores no processo? Eles se mostram interessados e colaborativos? Por quê?
20. Colaboradores não diretamente envolvidos na definição estratégica apresentam contribuições? Se sim, elas são consideradas?
21. Qual a importância que a organização atribui para a participação dos colaboradores dos diferentes níveis e setores no processo estratégico?
22. Atores externos participam? Se sim, quando e como participam? Qual a atribuição de cada um no processo estratégico? Exemplos de atores externos: governo da cidade, consultores, comunidade, *stakeholders* em geral.
23. Qual o nível de impacto de cada ator envolvido na definição de estratégias?
24. A definição de estratégias se baseia em que? Exemplo: objetivos da organização, determinação do SUS, entre outros.
25. Quais fatores externos impactam nas estratégias? Como impactam? Quais são os fatores mais significativos em relação a isso?
26. Qual nível de liberdade a instituição tem na definição de estratégias?
27. Os valores do hospital balizam a escolha estratégica? Se sim, como e em que nível?
28. As rotinas, recursos, maneira de agir, ou seja, a prática do hospital influencia de algum modo as estratégias? Se sim, que práticas são essas e como elas influenciam?
29. O modo como está organizada a estrutura organizacional do hospital (posição hierárquica e responsabilidades atribuídas) influencia na definição de estratégias?
30. A tomada de decisão no hospital é centralizada ou descentralizada? Como ela acontece? Quem são os responsáveis?
31. A postura da organização se mostra mais determinista ou voluntarista em relação ao ambiente em que está inserida?
32. Poderia citar as últimas estratégias definidas pelo hospital?
33. Quais eram seus objetivos? (em relação ao questionamento 32)
34. Quais práticas foram empregadas nessa definição? (em relação ao questionamento 32)
35. Quais foram os atores envolvidos na definição? (em relação ao questionamento 32)
36. Quais práticas influíram nessa escolha? (em relação ao questionamento 32)
37. Práticas foram afetadas pelas estratégias estipuladas? Se sim, quais? Isso foi positivo ou negativo? (em relação ao questionamento 32)

38. Quais foram os fatores determinantes dessa escolha? (em relação ao questionamento 32)

IMPLEMENTAÇÃO

39. O senhor/senhora participa da implementação de estratégias? Se sim, qual é seu papel nesse processo? Se não, por quê?
40. A implementação é responsabilidade de algum setor ou colaboradores específicos? Se sim, quais e como foram escolhidos?
41. Os responsáveis pela definição de estratégias participam da implementação? Se sim, como? Se não, por quê?
42. Busca-se equilibrar a implementação das estratégias com as práticas disseminadas no hospital?
43. Qual o impacto das estratégias definidas nas práticas organizacionais?
44. Quais são os maiores desafios para a implementação das estratégias?
45. No geral, os colaboradores entendem e participam da implementação?
46. A estrutura organizacional do hospital adequa-se as estratégias ou a estratégia adequa-se a estrutura?
47. Em relação às últimas estratégias definidas, como foi feita a implementação?
48. Houve dificuldades? Se sim, quais? (em relação ao questionamento 47)
49. Todas as estratégias definidas foram implementadas integralmente? Houve modificações ou exclusões? (Se sim para a segunda pergunta) Que alterações foram feitas? (em relação ao questionamento 47)
50. Quem foram designados responsáveis pela implementação? (em relação ao questionamento 47)
51. Alguma estratégia não definida anteriormente surgiu no processo de implementação? Se sim, qual? (em relação ao questionamento 47)

ADAPTAÇÃO E CONTROLE

52. Há liberdade para a realização de adaptações no processo de implementação das estratégias, quando essas mudanças mostram-se benéficas para a organização? Se sim, em que nível? Se não, por quê?
53. O hospital busca controlar a implementação das estratégias? Se sim, quem são os responsáveis por isso?

54. (Se houver controle) O senhor/senhora participa dessa atividade? Se sim, qual seu papel e como o exerce?
55. (Se houver controle) Há alguma ferramenta de controle? Se sim, qual e como funciona?
56. São feitas avaliações dos resultados obtidos? Se sim, como e quem faz?
57. (Se há avaliação) Com qual periodicidade são avaliados os resultados?
58. Os resultados alcançados são divulgados para os colaboradores? Se sim, como? Se não, por quê?
59. As estratégias definidas são colocadas em prática na maior parte das vezes? Ou mostram-se inadequadas e, por isso, realizam-se modificações ou descartes?
60. O “fazer estratégia” se dá de maneira integrada, ou seja, há um trabalho unificado desde a formação de estratégias até a implementação e controle? Por quê?
61. Como se deu o controle e avaliação das últimas estratégias definidas?
62. Quem foram os responsáveis por isso? (em relação ao questionamento 61)
63. Houveram benefícios advindos da implantação dessas estratégias? Se sim, quais foram eles e a quais estratégias eles estão relacionados? (em relação ao questionamento 61)
Esses benefícios são advindos das estratégias planejadas ou emergentes?
64. Os resultados esperados foram alcançados? Por quê? (em relação ao questionamento 61)

COMENTÁRIOS

65. Teria alguma sugestão relacionada ao gerenciamento, planejamento e implementação de estratégias do hospital?
66. Gostaria de comentar algum ponto não abordado na entrevista que o senhor/senhora considera relevante para a estratégia?