

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ADMINISTRAÇÃO  
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO PRÁTICA *MANAGERIALISTA* EM  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

ANANDA BARCELOS BISI

VITÓRIA, ES

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**PPG  
ADM**

Programa de  
Pós- Graduação  
em Administração  
UFES  
Mestrado e Doutorado

**Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas**  
Programa de Pós - Graduação em  
Administração

Av. Fernando Ferrari, 514 – Campus  
Universitário - Goiabeiras

CEP. 290075.910-ES-Brasil-Telefax (27)  
3335.7712

E-Mail [ppgadm@gmail.com](mailto:ppgadm@gmail.com)

[www.ppgadm.ufes.br](http://www.ppgadm.ufes.br)

“Planejamento Estratégico como Prática *Managerialista* em  
Organizações Hospitalares”

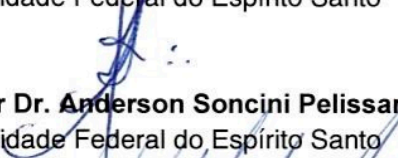
**Ananda Barcelos Bisi**

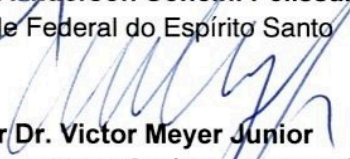
*Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Administração da  
Universidade Federal do Espírito Santo  
como requisito parcial para obtenção do  
Grau de Mestre em Administração.*

**Aprovada em: 17/11/2016**

COMISSÃO EXAMINADORA

  
**Professora Dr<sup>a</sup> Lucilaine Maria Pascuci**  
Universidade Federal do Espírito Santo

  
**Professor Dr. Anderson Soncini Pelissari**  
Universidade Federal do Espírito Santo

  
**Professor Dr. Victor Meyer Junior**  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

  
**Professor Dr. Bruno Felix Von Borell de Araújo**  
Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças

ANANDA BARCELOS BISI

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO PRÁTICA *MANAGERIALISTA* EM  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração, Curso de Mestrado em Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilaine Maria Pascuci

VITÓRIA, ES

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

B622p Bisi, Ananda Barcelos, 1984-  
Planejamento estratégico como prática managerialista em  
organizações hospitalares / Ananda Barcelos Bisi. – 2016.  
135 f. : il.

Orientador: Lucilaine Maria Pascuci.  
Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e  
Econômicas.

1. Hospitais – Administração. 2. Gerência. 3. Planejamento  
estratégico. 4. Sistemas de controle ajustável. I. Pascuci,  
Lucilaine Maria. II. Universidade Federal do Espírito Santo.  
Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. III. Título.

CDU: 65

---

## Agradecimentos

Agradeço, sobretudo, a Deus, por permitir que essa conquista fosse alcançada. Além dEle, várias pessoas foram importantes para que esse processo de aprendizado acontecesse. Não me torno mestre sozinha, trago comigo o apoio e o companheirismo de todos eles.

Ao Henrique, que emergiu no meio do processo, dividiu meu tempo e concentrou meu amor. Ao Alexandre, meu grande incentivador, obrigada pela paciência, persistência e entrega. A minha mãe e minhas irmãs, pela compreensão e dedicação. As avós de Henrique, por serem as melhores avós e babás que podíamos ter, garantindo-me tempo para estudar e carinho ao Henrique.

Aos colegas e professores do PPGAdm, com os quais pude dividir momentos de alegria e de angustias. A experiência, com certeza, foi muito mais valiosa com as trocas que esse período de convivência nos possibilitou.

À Professora Dra. Lucilaine Maria Pascuci, pelos ensinamentos, compreensão e paciência diante do meu aprendizado. Seus incentivos e suas orientações foram fundamentais para a conclusão desse mestrado. Obrigada pela disponibilidade em contribuir com meus estudos!

Aos professores que compõem a banca avaliadora dessa dissertação, Prof. Dr. Victor Meyer Junior, que pode acompanhar, embora à distância, o estudo, Prof. Dr. Bruno Felix von Borell de Araújo e Prof. Dr. Anderson Soncini Pelissari, aos quais externo minha admiração e gratidão pela contribuição dada a pesquisa.

Aos colaboradores e ex-colaboradores dos hospitais onde desenvolvi a pesquisa. A disponibilidade e a colaboração de todos foi fundamental para o resultado alcançado.

Enfim, esta dissertação é resultado do apoio recebido durante toda minha vida escolar, profissional e pessoal. Foram incentivos e contribuições advindos de muitas pessoas as quais só tenho a agradecer.

*“If things seem simple, if your actors seem single-minded, you’re not paying attention. Instead, you are settling for the misleading focus induced by hindsight. You need to restore the past to its own present with all its incoherence, complications, and ‘might-have-beens’”.*

*Karl Weick*

## Resumo

Hospitais são caracterizados como Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) por apresentarem significativa presença de características como: não linearidade, imprevisibilidade, dinamicidade das interações e agentes autônomos, os quais fazem com que o sistema aprenda e evolua continuamente, desafiando seus gestores. Visando maior profissionalização da gestão, essas organizações têm adotado metodologias de gestão – tais como o Planejamento Estratégico (PE) – voltadas, principalmente, ao desempenho financeiro, nem sempre observando as peculiaridades organizacionais, caracterizando-se como uma prática reconhecida como *managerialism*. Diante desse contexto, este estudo questiona: Quais as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos? Para tanto, investigou-se as características e a influência de elementos tais como interações, não linearidade e aprendizado, no Planejamento Estratégico de duas organizações hospitalares da Região Sudeste. Esse estudo tem base em conceitos de Estratégia em Organizações e da Teoria da Complexidade. Trata-se de um estudo comparativo de casos, com corte transversal e de natureza qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade, observação não participante e documentos, os quais foram analisados por meio de técnicas de análise de narrativa e análise documental. Resultados evidenciaram que o PE adotado nos Hospitais segue a orientação tradicional, ou seja, apresenta características *managerialistas* que tem no desempenho financeiro o seu foco principal. A não observação das especificidades organizacionais limitou a efetividade do PE nos hospitais investigados. As características de SAC permitiram compreender as razões das dificuldades encontradas: 1) a não linearidade é potencializada pela autonomia dos agentes e grupos de agentes por tratar-se de organização profissional; 2) as decisões são fortemente influenciadas pela imprevisibilidade do hospital e, por isso, a dinamicidade das interações informais se torna mais efetiva do que o planejamento deliberado; 3) a capacidade de aprendizado dos agentes demonstrou ser essencial para lidarem com o imprevisto, contribuindo para a gestão estratégica das organizações, não necessariamente por meio do Planejamento Estratégico. A partir desses resultados, conclui-se que, embora algumas estratégias planejadas tenham sido implementadas, prevalece na gestão estratégica de hospitais as estratégias emergentes, muito influenciadas pela multiplicidade e pluralidade de agentes, pelos interesses divergentes entre grupos (especialmente administrativo e profissional), e pela constante necessidade de adaptação dos agentes para promover mudanças. Por tratar-se de um hospital, o desempenho assume uma vertente social que, juntamente com a financeira, além de não equilibrado se torna motivo de conflito para o público interno, especialmente, junto aos profissionais especialistas. Por fim, o Planejamento Estratégico demonstrou cumprir um papel simbólico, legitimando a gestão dos hospitais perante o mercado.

**Palavras-chave:** gestão hospitalar; *managerialism*; planejamento estratégico; SAC.

## **Abstract**

Hospitals are described as Complex Adaptive Systems (CAS) for showing significant presence of peculiarities such as: nonlinearity, unpredictability, dynamicity of interactions and autonomous agents, which guarantee the learning and evolution of the system continuously, challenging their managers. Aiming at greater professionalization of management, these organizations have adopted management methodologies - such as the Strategic Planning (SP) - focusing, principally, on the financial performance, not always observing the organizational peculiarities, characterized as a practice recognized as managerialism. In this context, the question of this study: *What are the implications of strategic planning in organizational performance of hospitals, as a Complex Adaptive Systems? Therefore, we investigated the characteristics and influence of factors such as interactions, nonlinearity and learning on strategic planning in two hospitals organizations in the Southeast Region. This study is based on Strategy Concepts in Organizations and Complexity Theory. It is a comparative case study, with traverse analysis and qualitative nature. Data were collected through in-depth interviews, non-participant observation and documents. Which were analyzed using narrative analysis techniques and documentary analysis. Results showed that the SP adopted in hospitals follows the traditional orientation, in other words, has managerialist features it has in financial performance its main focus. Failure to observe the organizational specificities has limited the effectiveness of SP in the hospitals investigated. The CAS features allowed us to understand the reasons for the difficulties encountered: 1) non-linearity is enhanced for the autonomy of agents and agent groups for being professional organization; 2) decisions are strongly influenced by the unpredictability of hospital, therefore, the dynamics of informal interactions becomes more effective than deliberate planning; 3) learning ability of agents shown to be essential to deal with the unexpected, contributing to the strategic management of organizations, not necessarily through the Strategic Planning. Thus, it is concluded that, although some planned strategies have been implemented, prevails in the strategic management of hospitals the emerging strategies, very influenced by the multiplicity and plurality of agents, divergent interests between groups (especially administrative and professional) and the constant need for adaptation of agents to promote changes. Since is a Hospital, the performance takes on a social dimension, which, together with the financial, besides not balanced becomes source of conflict for the internal public, especially with the professional experts. Strategic Planning showed accomplish a symbolic role, legitimizing the management of hospitals in the market..*

**Key-words:** *hospital management; managerialism; strategic planning; CAS.*



## Sumário

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	18
1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA.....	18
1.3.1 Justificativa Teórica .....	18
1.3.2 Justificativa Prática .....	19
1.4 DELIMITAÇÃO E ESTRUTURA DO ESTUDO.....	20
<b>2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>22</b>
2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: CONCEITOS E APLICAÇÕES.....	22
2.1.1 Estratégia: conceitos e metodologias de análise.....	22
2.1.2 Planejamento Estratégico: características, etapas e limitações .....	26
2.1.3 Planejamento Estratégico e Desempenho.....	36
2.2 SISTEMAS ADAPTATIVOS COMPLEXOS .....	39
2.2.1 Organizações hospitalares como SACs .....	44
2.3 <i>MANAGERIALISM</i> E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO ORGANIZACIONAL	46
2.3.1 <i>Managerialism</i> em SAC .....	51
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>54</b>
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	54
3.1.1 Perguntas de Pesquisa.....	54
3.1.2 Identificação das Categorias Analíticas .....	55
3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA .....	60
3.2.1 Delineamento da Pesquisa .....	60
3.2.2 Organizações Pesquisadas .....	62
3.2.2.1 Hospital Alfa .....	62
3.2.2.2 Hospital Beta.....	64
3.2.3 Fonte e Coleta de Dados .....	66
3.2.4 Análise dos Dados.....	69
3.2.5 Limitações da Pesquisa .....	70
3.3 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA .....	71

<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO HOSPITAL ALFA.....	73
4.1.1 Planejamento Estratégico do Hospital Alfa.....	73
4.1.2 Implicações dos elementos de SAC no PE do Hospital Alfa .....	84
4.1.3 Práticas <i>managerialistas</i> no Hospital Alfa.....	87
4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO HOSPITAL BETA .....	93
4.2.1 Planejamento Estratégico do Hospital Beta.....	93
4.2.2 Implicações dos elementos de SAC no PE do Hospital Beta .....	100
4.2.3 Práticas <i>managerialistas</i> no Hospital Beta .....	106
4.3 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS .....	111
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA.....	123
5.2 RECOMENDAÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS .....	127
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE 1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>136</b>

## **Lista de figuras**

Figura 1 - Tipos de estratégia .....	25
--------------------------------------	----

## Lista de quadros

Quadro 1 - Etapas do Planejamento Estratégico .....	29
Quadro 2 - Classificação dos agentes organizacionais do Hospital Alfa .....	64
Quadro 3 - Classificação dos agentes organizacionais do Hospital Beta .....	66
Quadro 4 - Identificação dos entrevistados dos Hospitais Alfa e Beta.....	68
Quadro 5 - Características do Planejamento Estratégico do Hospital Alfa .....	74
Quadro 6 - Características do Planejamento Estratégico do Hospital Beta .....	94
Quadro 7 - Análise comparativa do PE dos Hospitais Alfa e Beta.....	113
Quadro 8 - Implicações dos Elementos de SAC no PE dos Hospitais Alfa e Beta .	116
Quadro 9 - Manifestação managerialista do PE dos Hospitais Alfa e Beta .....	120

## Abreviaturas

Sigla	Significado
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
PDE	Plano Diretor Estratégico
PE	Planejamento Estratégico
SAC(s)	Sistema(s) Adaptativo(s) Complexo(s)
SWOT	<i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities e Threats</i> (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares têm sido cada vez mais cobradas em seu desempenho, tanto em termos de sustentabilidade financeira, como de qualidade dos serviços prestados e, ainda, do papel social desenvolvido por estas organizações (PORTER; TEISBERG, 2007). São diversos os públicos e interesses envolvidos na gestão dos hospitais. Financiadores e proprietários/acionistas visam obter resultados financeiros satisfatórios, seguindo uma lógica capitalista (HANDY, 2005). A sociedade, por sua vez, anseia por um desempenho não-financeiro (HANDY, 2009), ou seja, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a humanização do atendimento que tem se tornado cada vez mais impessoal (PORTER; TEISBERG, 2007).

Dentre os diversos *stakeholders* das organizações hospitalares, soma-se aos financiadores e à sociedade, o Estado. Esse, além de regular o setor, é o maior prestador dos serviços de saúde no Brasil, seguido dos planos de saúde (IBGE, 2010), que também tem grandes interesses envolvidos no setor. Esses diversos *stakeholders* nem sempre compartilham de interesses semelhantes, podendo apresentar interesses até mesmo contraditórios (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006).

Assim, conforme o *stakeholder* envolvido, o desempenho almejado pelo hospital pode assumir diferentes significados. É comum que financiadores e proprietários/acionistas busquem exclusivamente o desempenho financeiro (KENNERLEY; NEELY, 2003), enquanto que a sociedade, como usuária dos serviços hospitalares, se ampare no desempenho não financeiro, ou seja, na missão social e moral a ser exercida por um hospital (HANDY, 2009).

O atendimento de anseios distintos com relação ao desempenho da organização hospitalar se torna um desafio para seus gestores. Com o intuito de aumentar a profissionalização da gestão dessas organizações, gestores e consultores atrelados ao sucesso de organizações atuantes em mercados dos mais diversos ramos de atuação são atraídos a gestão hospitalar. Diante do cenário de

sucateamento e precariedade dos processos de gestão de muitos hospitais brasileiros (PEREIRA, 2000), especialmente os públicos e filantrópicos, tem sido comum essas organizações adotarem metodologias de gestão oriundas do mercado, cujo objetivo principal nem sempre se assemelha ao almejado pelas organizações hospitalares. Como exemplos de metodologias de gestão podem ser considerados o Orçamento Base Zero, a Qualidade Total, a Reengenharia, o *Downsizing*, o *Empowerment*, o *Balanced Scorecard*, o Planejamento Estratégico, além de outros (MEYER; MEYER, 2004).

Há uma tendência de profissionalizar a gestão de organizações com perfil distinto do estritamente mercadológico por meio da adoção de metodologias de gestão conforme utilizadas no mercado e compreendidas hegemonicamente como modelos eficientes e voltados, sobretudo, ao desempenho financeiro e à produtividade (CHANLAT, 2002). Essa prática tem sido denominada na literatura de *managerialism*. O termo *managerialism* consiste na disseminação de metodologias de gestão para toda e qualquer organização, sem considerar a natureza e as especificidades de onde essa metodologia será empregada (STACEY, 2010).

A prática *managerialista* privilegia a busca pelo desempenho financeiro, ignorando as especificidades que caracterizam o ambiente hospitalar e que contribuem na diferenciação dessas organizações em relação às organizações mercadológicas. Em diversos países europeus, a adoção de práticas *managerialistas* nas organizações hospitalares já está sendo vivenciado há cerca de três décadas (KUHLMANN; ANNANDALE, 2012). No Brasil, tal movimento é mais recente, data do final dos anos 1990 (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006).

Hospitais apresentam características que os diferenciam das demais organizações e que não podem ser negligenciadas (ETZIONI, 1976; MINTZBERG, 2007). Trata-se de burocracias profissionais (MINTZBERG, 2007), onde especialistas (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) são responsáveis por desenvolver a atividade fim da organização, cabendo aos gestores e demais agentes administrativos a realização da burocracia típica, ou seja, das atividades de suporte à atividade fim (ETZIONI, 1976). A fim de defender interesses próprios, os distintos grupos de agentes organizacionais, sejam eles pertencentes a classes

profissionais ou grupos políticos, tem poder suficiente para garantir que seus interesses sejam considerados quando do desenvolvimento das estratégias organizacionais (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Contudo, os interesses reais dos agentes nem sempre são expostos, ficando obscuros perante os demais agentes (CARLISLE, 2011).

As organizações hospitalares podem ser consideradas também como um Sistema Adaptativo Complexo - SAC, nos termos de McDaniel (2007). São organizações caracterizadas pela não linearidade, imprevisibilidade, dinamicidade das interações e agentes autônomos. Essas peculiaridades fazem com que o sistema aprenda e evolua continuamente, desafiando seus gestores.

A adoção de metodologias de gestão de mercado por organizações caracterizadas como SAC, por exemplo hospitais, sem qualquer adequação dessa metodologia as peculiaridades das organizações, caracteriza-se como uma prática *managerialista*. Assim, neste estudo, a metodologia de gestão foco de análise é o Planejamento Estratégico (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). No seu modelo tradicional e mercadológico, o PE assume um caráter prescritivo, com foco em como as estratégias devem ser intencionadas e planejadas para serem executadas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Dessa maneira, o PE apresenta pressupostos fortes de racionalidade (CLEGG; CARTER; KORNBERGER; SCHWEITZER, 2011), previsibilidade (MORGAN, 2007) e linearidade (CHAFFEE, 1985).

Enquanto prática *managerialista*, o Planejamento Estratégico é adotado nas organizações visando ao desempenho financeiro. Porém esse não é o único, e quiçá não seja o principal, desempenho buscado pela organização hospitalar. Questões morais, sociais, humanitárias e assistenciais, consideradas como desempenho não financeiro, também compõem o escopo esperado pela sociedade para essas organizações, bem como por parte dos agentes internos das organizações. Ou seja, o desafio da gestão hospitalar está em atender aos múltiplos interesses, sobretudo aos interesses de cunho subjetivo e de mensuração distinta da quantitativa/financeira (MEYER; LOPES, 2015).



Dessa maneira, o Planejamento Estratégico é uma metodologia de gestão desenvolvida para organizações do tipo máquina (MORGAN, 2007) que, se adotado conforme modelo mercadológico em organizações com características peculiares, é reconhecido como uma prática *managerialista*. Os hospitais, como SAC, distinguem-se das organizações máquina. A partir disso, esse estudo busca analisar as implicações que o Planejamento Estratégico exerce sobre o desempenho organizacional de hospitais, seja esse desempenho financeiro ou não financeiro.

Para analisar as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos, este estudo se ampara na Teoria da Estratégia em Organizações, que fornece embasamento para as definições de estratégia e Planejamento Estratégico, bem como os contextos em que essas se aplicam. Utiliza-se ainda conceitos das Teorias da Complexidade, principalmente no que diz respeito aos Sistemas Adaptativos Complexos, para embasar o entendimento de que os contextos organizacionais apresentam características que os tornam diferenciados, influenciando a maneira como respondem aos estímulos recebidos. Para tanto são observados os seguintes elementos de SAC: (a) interações entre agentes, (b) não linearidade e (c) aprendizado.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Definindo como premissa que a adoção do Planejamento Estratégico, na maior parte das organizações, representa uma prática *managerialista*, ou seja, tem como principal objetivo o desempenho financeiro, este estudo visa responder a seguinte pergunta de pesquisa:

**Quais as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos?**

## 1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Visando a responder o problema de pesquisa apresentado, tem-se como objetivo geral neste estudo:

**- Analisar as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos.**

Para o alcance do Objetivo Geral, definiram-se os seguintes Objetivos Específicos:

- a) Identificar as características do Planejamento Estratégico adotado nas organizações hospitalares foco do estudo;
- b) Examinar as influências de elementos de SAC no Planejamento Estratégico das organizações hospitalares estudadas;
- c) Identificar as práticas *managerialistas* adotadas no desenvolvimento do Planejamento Estratégico nas organizações estudadas;
- d) Verificar as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho financeiro e no desempenho não-financeiro das organizações hospitalares analisadas.

## 1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

Este estudo busca contribuir com a teoria de Gestão Organizacional, assim como com a prática da gestão nas organizações hospitalares. Dessa maneira, seu desenvolvimento se justifica em ambas as áreas, teórica e prática.

### 1.3.1 Justificativa Teórica

Ao analisar a contribuição teórica deste estudo, verifica-se que os Estudos Organizacionais e a Teoria da Estratégia em Organizações têm dedicado grande

parte de seus estudos a organizações vistas pela ótica da mecanização, ou seja, organizações observadas como máquinas (MORGAN, 2007). Com o advento das Teorias da Complexidade, observa-se a necessidade de aprofundamento nos estudos das Organizações Complexas (ETZIONI, 1976; McDANIEL, 2007; STACEY, 2010; 2012), ainda pouco exploradas, a fim de melhor compreender em que essas organizações se diferenciam das organizações vistas como máquinas.

Kulhmann et al (2013) aponta que, independente do tipo de organização, há uma pressão de mercado para adoção das metodologias de gestão que visam ao desempenho financeiro. Essa pressão estaria influenciando hospitais a adotarem metodologias como o PE com as mesmas características com que são desenvolvidas nas organizações tradicionais (KULHMANN et al, 2013). Com isso, há a necessidade de identificar as características do Planejamento Estratégico utilizado no mercado, bem como do modelo que tem sido adotado em hospitais e se essa adoção tem sofrido influência de elementos que contribuem para diferenciação da organização hospitalar das organizações máquina.

Conforme Ouakouak e Ouedraogo (2013), o desempenho financeiro buscado por essas metodologias de gestão pode e deve ser complementar ao desempenho visado com a gestão estratégica, que pode ser também o desempenho não financeiro, ou seja, mais voltado ao social e ao moral do que a lucratividade da organização (HANDY, 2009). Assim, faz-se necessário conhecer cientificamente se essas metodologias de gestão que já estão em uso em hospitais contribuem ou não para com o alcance dos objetivos dessas organizações, bem como do que almejam os demais interessados no desempenho dos hospitais, ou seja, se os desempenhos financeiro e não-financeiro estão sendo alcançados.

### 1.3.2 Justificativa Prática

A opção de estudar organizações hospitalares se deve a mudança de imagem que essas organizações têm enfrentado, conforme destacaram Pascucci e Meyer (2013), em que deixam de possuir uma imagem assistencialista para desenvolver uma imagem de organização profissional, fato perceptível tanto no Brasil como em outros países ocidentais. Além disso, essas organizações estão subordinadas a

normas regulamentares que tornam um desafio conciliar missão institucional e sustentabilidade, como destacado por Kuhlmann et al. (2013).

As organizações hospitalares estão sofrendo, há algumas décadas, pressão para profissionalizarem sua gestão, tornando os serviços hospitalares mais rentáveis e produtivos (KUHLMANN; ANNANDALE, 2012). Contudo, há ausência de metodologias de gestão específicas para esse tipo de organização tem levado a adoção de metodologias de gestão desenvolvidas para as organizações tradicionais de mercado, sem observar as especificidades e o contexto em que essas metodologias serão aplicadas, o que está sendo chamado *managerialism* (CARLISLE, 2011).

A adoção de tais metodologias de gestão não considera a natureza, as características e as possíveis diferenças que possam existir entre as organizações, especificidades que podem tornar essas metodologias de gestão inadequadas para o contexto em que serão aplicadas (MEYER; LOPES, 2015). Assim, o insucesso na adoção de metodologias de gestão como PE pode não ser consequência de gestão equivocada, e sim da inadequação dessa metodologia ao tipo de organização, o que teria impacto distinto no trabalho exercido pelo gestor. Com isso, objetiva-se evitar equívocos gerenciais e garantir maior amparo acadêmico e científico para os gestores das organizações complexas.

#### 1.4 DELIMITAÇÃO E ESTRUTURA DO ESTUDO

Após a contextualização do assunto estudado, foi feita a delimitação dos objetivos a serem perseguidos e apresentados os motivos que justificam esta pesquisa. Por meio de levantamento bibliográfico relacionado ao tema, foram consultados diversos estudos de referência em cada assunto, bem como as últimas edições das principais publicações da área, a fim de conhecer o que tem sido estudado e apresentar os principais conceitos que embasam esta pesquisa. Foram abordados, então, os conceitos de estratégia e o PE, em suas premissas e etapas.

São tratados ainda os desempenhos que se busca alcançar com o desenvolvimento da metodologia de gestão do PE.

As organizações são identificadas como diferentes entre si. É o caso das organizações caracterizadas como Sistemas Adaptativos Complexos (SAC), que têm como elementos essenciais a interação entre os agentes, a não linearidade e o aprendizado. Como exemplo de organização como SAC são apresentados os hospitais. E para finalizar o Quadro de Referencial Teórico é apresentada a prática *managerialista*, em que as metodologias de gestão, nesse caso o PE, são vistas como práticas institucionalizadas, por meio das quais se busca desempenho financeiro e legitimidade.

Na metodologia é apresentado como foi desenvolvido o trabalho e as escolhas metodológicas que embasaram cada etapa da pesquisa, assim como a conduta ética utilizada na realização do estudo. Na sequência, constam as apresentações e as análises realizadas com base na coleta e tratamento dos dados de cada hospital separadamente, para em seguida apresentar a análise comparativa dos dados.

Posteriormente, são feitas as considerações finais, em que é respondido o problema de pesquisa e são apresentadas sugestões de futuras pesquisas. Por fim, são apresentadas as referências que embasaram o desenvolvimento deste estudo.

## 2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

### 2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: CONCEITOS E APLICAÇÕES

O PE tem sido uma das principais metodologias de gestão adotadas pelas organizações (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010), sendo visto como uma prática generalizada (WHITTINGTON; CAILLUET, 2008). Na Academia, entretanto, o assunto teve espaço reduzido nas publicações do século XXI se comparado ao destaque nas publicações entre as décadas de 1970 a 1990 (WHITTINGTON; CAILLUET, 2008). Contudo, diante da universalização de seu uso por organizações nas mais diversas áreas de atuação, Whittington e Cailluet (2008) vêm no estudo renovado do PE uma oportunidade para pesquisadores.

Para compreender o PE e a atuação dessa metodologia de gestão nas organizações, é necessário conhecer os conceitos de estratégia mais difundidos e as principais metodologias de análise desenvolvidas com o objetivo de colaborar com a definição das estratégias.

#### 2.1.1 Estratégia: conceitos e metodologias de análise

Para conhecer o percurso teórico do PE é importante observar as mudanças no conceito de estratégia ao longo das décadas. As discussões sobre estratégia têm em Chandler (1963) um dos primeiros conceitos de grande repercussão. Para este autor, “estratégia pode ser definida como a determinação das metas de longo prazo e objetivos básicos de uma empresa, bem como a adoção de linhas de ação e alocação de recursos necessários para a realização desses objetivos” (CHANDLER, 1963, p. 13). Chandler (1963) defendeu que a estrutura da organização deve seguir a estratégia. Assim, os agentes devem realizar aquilo que a alta gestão determina por meio da estratégia e a estrutura deve ser modificada sempre que necessário para que a estratégia pretendida seja realizada.

Contemporâneo de Chandler (1963), Ansoff (1965) também se destacou no estudo da estratégia. Este autor ressalta a presença de uma alta cúpula que planeja: pensa a organização e toma as decisões. Para Ansoff (1965), estratégia é um conjunto de decisões que seguem regras a fim de direcionar o comportamento organizacional. Esse comportamento visa à adaptação da organização ao ambiente em que essa está inserida a medida que o ambiente se modifica (ANSOFF, 1965). Ansoff (1965) acreditava ser possível determinar a estratégia da organização. Para isso, a partir de uma metodologia de análise, era preciso analisar em que situação os produtos da organização se encontram e em que mercado a fim de definir que estratégia a organização deve seguir. A Matriz de Ansoff foi uma das primeiras metodologias de análise utilizadas pelas organizações para planejar as estratégias.

Em publicação de 1971, Andrews conceituou estratégia como representando os principais objetivos, propósitos e metas da organização, bem como as principais políticas e planos traçados visando ao alcance de tais metas. Nesta perspectiva, o foco estava na definição da atividade/negócio que a organização exercia ou pretendia exercer. Por meio da estratégia, Andrews (1971) acreditava ser possível demonstrar em quais atividades/negócios a organização deveria permanecer ou em quais deveria começar a atuar, tendo como foco, portanto, a área de atuação da organização, o segmento de negócio em que estaria inserida.

Foi com base nas publicações dos estudiosos de *Havard*, principalmente de Andrews, que se desenvolveu a Matriz *Swot*. A sigla corresponde a abreviação dos termos em Inglês: *Strenghts*, *Weaknesses*, *Opportunities* e *Threats*, que foram traduzidos para o Português como: Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças. A Matriz *Swot* se propõe a realizar um cruzamento entre percepções e previsões do ambiente interno da organização com as percepções e previsões do ambiente externo. Durante a elaboração da estratégia são analisadas as Forças e Fraquezas internas e as Oportunidades e Ameaças externas à organização. A estratégia deve, então, visar à adequação das forças internas da organização às oportunidades do ambiente externo (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Posteriormente, outra definição de estratégia de grande repercussão foi a de Porter (1980; 1985), que entendia que a estratégia estava relacionada à maneira

como a organização deveria se posicionar no mercado, ou seja, que espaço a organização ocuparia frente às demais organizações e aos consumidores. Esse posicionamento seria influenciado pelas forças competitivas. Porter (1985) baseou-se, assim, em uma visão mercadológica para o desenvolvimento das estratégias. Para o autor, a posição ocupada pela organização perante a concorrência era essencial para buscar o resultado esperado.

Os conceitos de estratégia de Chandler (1963), Ansoff (1965), Andrews (1971) e Porter (1980, 1985), bem como as metodologias de análise desenvolvidas por esses autores, têm como característica comum a previsibilidade. Esses autores acreditavam que, por meio de análises de futuro, era possível à organização, mais especificamente à alta gestão da organização, definir estratégias. Ao adotar tais conceitos de estratégia e as metodologias de análise derivadas desses, parte-se do pressuposto que o comportamento da organização e do mercado podem ser previstos, uma vez que é a partir dessa previsão que propunham a definição da estratégia (ou das estratégias) da organização.

Contraopondo-se a essa visão de total previsibilidade, Mintzberg e Waters (1985) definiram estratégia a partir de duas vertentes: deliberada e emergente. Por estratégia deliberada se entende que a organização pensa e planeja detalhadamente o que espera realizar e as ações são executadas exatamente como foram intencionadas. Esse tipo de estratégia é mais condizente com a perspectiva de previsibilidade. Já estratégia emergente se refere à estratégia que não foi prevista, ou seja, que surge inesperadamente.

Na concepção de Mintzberg e Waters (1985), para que a estratégia seja considerada perfeitamente deliberada, a organização deve atender com sucesso três condições: (a) as intenções devem ser claras e detalhadas o suficiente para que não haja qualquer dúvida quando da execução da estratégia, (b) as intenções devem ser compartilhadas e expostas de maneira que se tornem coletivas para os agentes da organização, e (c) as intenções coletivas devem ser concretizadas exatamente como foram detalhadas, sem que sofram quaisquer intervenções que acarretem algo diferente do que foi pretendido (MINTZBERG; WATERS, 1985).



Entretanto, Mintzberg e Waters (1985) destacaram que dificilmente são encontradas estratégias perfeitamente deliberadas, já que essas sofrem a interferência de estratégias que não foram planejadas, denominadas pelos autores de estratégias emergentes. A estratégia emergente é assim considerada caso haja padrão na ação, porém não tenha ocorrido qualquer intenção em ter aquela estratégia, ou seja, não houve qualquer previsão ou intenção que antecedesse a ação estratégica (MINTZBERG; WATERS, 1985).

Mintzberg e Waters (1985) diferenciaram a estratégia deliberada da emergente principalmente pelo fato de a primeira estar relacionada à direção e ao acompanhamento pretendidos, já a emergente está vinculada ao que os autores chamaram de “aprendizado estratégico” (MINTZBERG; WATERS, 1985 p. 270). Por aprendizado estratégico se entende aprender o que funciona e adaptar caso necessário, sem a obrigação de seguir exatamente o que foi intencionado, ter flexibilidade para mudanças conforme se adquire aprendizado. A estratégia emergente, portanto, não é indicativo de caos ou falta de controle da organização, mas de abertura, flexibilidade e reatividade, sendo vista como uma organização que deseja aprender (MINTZBERG; WATERS, 1985).

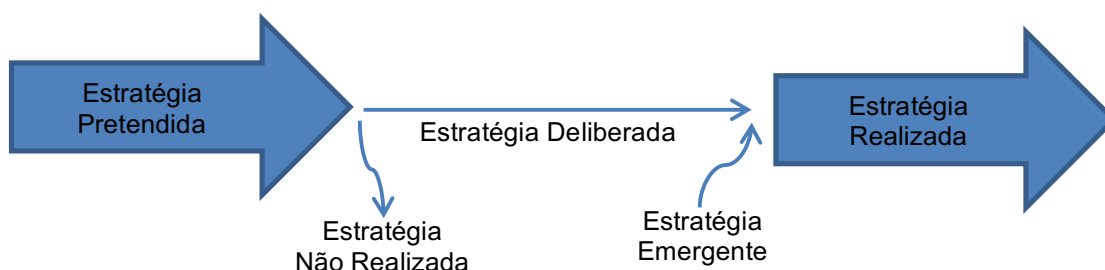


Figura 1 - Tipos de estratégia  
Fonte: Mintzberg e Waters (1985, p. 258, tradução nossa)

Além das estratégias deliberada e emergente, Mintzberg e Waters (1985) conceituaram estratégia realizada. Após o desenvolvimento de estratégias pretendidas, diante da dificuldade de prever o futuro, algumas estratégias tornar-se-ão não realizadas. Outras, as estratégias deliberadas, serão concretizadas juntamente com as estratégias emergentes, resultando nas estratégias realizadas, conforme Figura 3, apresentada acima.

As definições de estratégia de Mintzberg e Waters (1985) apresentam elementos que contrapõem a previsibilidade que se supunha ser possível nos conceitos de estratégia de Chandler (1963), Ansoff (1965), Andrews (1971) e Porter (1980; 1985). Foi embasado nessa previsibilidade e na racionalidade dos conceitos de estratégia de natureza prescritiva que se desenvolveu o Planejamento Estratégico. Assim, as metodologias de análise desenvolvidas a partir desses conceitos prescritivos e racionais, bem como outras metodologias que a essas se somaram, são responsáveis pela metodologia de gestão conhecida como Planejamento Estratégico e adotada em muitas organizações há mais de meio século.

### 2.1.2 Planejamento Estratégico: características, etapas e limitações

Quatro dos conceitos de estratégia apresentados nesta pesquisa, referentes aos estudiosos Chandler (1963), Ansoff (1965), Andrews (1971) e Porter (1980; 1985), apresentam natureza prescritiva. Por natureza prescritiva se entende que o foco está em como as estratégias devem ser intencionadas e planejadas para serem executadas, com base exclusivamente em estratégias deliberadas, ou seja, previsíveis, ignorando a existência de estratégias emergentes (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

Esse PE, baseado na estratégia de natureza prescritiva, é conhecido pela racionalidade, ou seja, tem foco na formalidade, com “prazos fixos para o ciclo de planejamento, dependência de extensa documentação e de relatórios escritos, o uso de modelos padronizados, e implantação de especialistas em planejamento” (GRANT, 2003, p. 496). Dessa forma, o PE é vinculado com a racionalidade, sendo uma forma moderna de ser e agir racionalmente (CLEGG et al., 2011).

O PE visa, então, ao processo de desenvolvimento das estratégias e sua formalização, ou seja, a formulação da estratégia (MINTZBERG; WATERS, 1985). Nesse caso, por formulação se entende que os principais gestores “articulam suas intenções na forma de um plano, para minimizar a confusão, e, em seguida, elaboram esse plano em detalhes, tanto quanto possível, na forma de orçamentos, cronogramas e assim por diante, para se antecipar a problemas que possam impedir

a sua realização” (MINTZBERG; WATERS, 1985, p. 259). Na formulação, a intenção deve ser detalhada ao máximo, de maneira que não se tenha dúvida do que é desejado antes de iniciar qualquer ação (MINTZBERG; WATERS, 1985).

O foco do PE está em como o processo de formulação deve acontecer, e não em relatar como ele efetivamente é realizado. Dentre as premissas do PE têm-se que o processo estratégico segue a lógica da formulação antecedendo a ação, ou seja, o pensar e o agir devem acontecer em momentos distintos e são atribuídos a agentes diferentes na organização (MINTZBERG, 2004). A implementação da estratégia refere-se à fase de ação coletiva, em que se busca a aplicação do plano tal como foi formulado, com o mínimo de distorção e isento de ocasiões inesperadas (MINTZBERG; WATERS, 1985). Dessa maneira, no PE, parte-se do pressuposto de que o comportamento coletivo pode e deve ser guiado e controlado pelo que foi expresso no plano, quando da formulação, com o objetivo de aplicar na íntegra o que foi formulado. Nesse caso, o ambiente é visto como previsível, podendo ser considerado ainda como benigno ou controlável (MINTZBERG; WATERS, 1985).

O PE adota, então, o conceito de estratégia deliberada no processo estratégico, considerando ser possível que a formulação e a implementação aconteçam exatamente como intencionadas, ou seja, a formulação prevê exatamente o que deve ser implementado e a implementação cumpre na íntegra o que havia sido planejado. Nesse caso, haveria conformidade minuciosa na implementação do que foi anteriormente planejado, formulado (MINTZBERG; WATERS, 1985).

Para formulação, essa metodologia de gestão se apoia na ideia de que o executivo principal tem papel importantíssimo nesse processo, pois é dele a responsabilidade de formular as estratégias, ou, quando da presença de uma equipe de planejadores, o executivo tem o papel de aprova-las (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Os gestores são os responsáveis pelas decisões racionais e, conseqüentemente, pelas alterações feitas nas organizações (CHAFFEE, 1985). Por decisões racionais se entende que o pensar antecede o analisar, que, por sua vez, acontece antes do agir, correspondendo assim a etapas exercidas de maneira assíncronas (CLEGG et al., 2011), ou seja, formulação e implementação da

estratégia seriam exercidas em momentos distintos (MINTZBERG; WATERS, 1985). Numa analogia ao corpo humano, Clegg et al. (2011) compararam os gestores à cabeça da organização, responsáveis por pensá-la e tomar as decisões racionais, e os demais funcionários seriam o corpo, que seriam capazes de seguir as diretrizes enviadas pela cabeça e executá-las, implementando a estratégia conforme anteriormente formulada.

O PE apregoa, ainda, uma linearidade tanto internamente, como no ambiente externo. Nesse caso, entende-se linear como uma “ação metódica, dirigida e sequencial envolvida no planejamento” (CHAFFEE, 1985, p. 90). Ao observar a linearidade que caracteriza o PE, percebe-se que as estratégias são utilizadas para definição e busca de objetivos organizacionais viáveis por meio de decisões integradas, ações ou planos. A linearidade do PE estabelece uma relação de causa/efeito, ação/consequência: ao formular uma estratégia e definir como essa deve ser implementada, os gestores esperam que essas ações tenham consequências previamente conhecidas, não havendo espaço para imprevisibilidades e surpresas.

Com base nisso, as estratégias são formuladas e os agentes que compõem a organização deveriam se comportar de maneira semelhante a partes de máquinas, com atitudes completamente previsíveis, sem qualquer desvio do planejado para que os objetivos predeterminados na formulação fossem atingidos (MORGAN, 2007). Para Morgan (2007), a precisão que se postula é comparada a de um relógio, sendo as expectativas em relação ao seu funcionamento marcadas pela repetitividade, eficiência, confiabilidade e previsibilidade. São consideradas por Morgan (2007) com atuação de máquinas, as organizações que apresentam as seguintes características: (a) a atividade a ser executada pode ser considerada contínua, (b) o ambiente é constante o suficiente para garantir que o produto comercializado é adequado, (c) não há qualquer intenção de diversificar a produção, (d) o principal objetivo é ser preciso e (e) os funcionários são submissos o suficiente para desempenharem suas funções como partes de máquina, exatamente como se esperava que agissem.

Portanto, para fins deste estudo, o PE corresponde a três etapas:

ETAPAS DO PE		DESCRIÇÃO
1	Formulação	Com base na análise de cenários, a alta gestão se reúne para definir quais as melhores estratégias para que a organização atinja o desempenho desejado. Essas estratégias são definidas em detalhes antes de iniciada a ação (MINTZBERG; WATERS, 1985)
2	Implementação	O que foi planejado deve ser executado com rigor ao que foi descrito quando da formulação. Só tem início após a conclusão da formulação (MINTZBERG; WATERS, 1985)
3	Acompanhamento	De acordo com os indicadores e metas estabelecidos na formulação, realiza-se o acompanhamento para verificar se foram alcançadas as metas planejadas, se durante a implementação houve êxito em cumprir as estratégias deliberadas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010)

Quadro 1 - Etapas do Planejamento Estratégico

Fonte: Adaptado de Mintzberg e Waters (1985) e Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010)

1º) **Formulação de Estratégias:** Num primeiro momento, por meio de previsões, analisa-se como estará o ambiente quando da implementação das estratégias que estão sendo planejadas, assim como a própria organização (JOHNSON; SCHOLE; WHITTINGTON, 2007). Observa-se a economia, o mercado, a atuação dos concorrentes, dentre outros fatores, realizando assim uma análise de cenários. Cenários são projeções detalhadas e admissíveis do comportamento do ambiente externo de uma organização no futuro (JOHNSON; SCHOLE; WHITTINGTON, 2007). Traçam-se os cenários “com base em agrupamentos das principais influências ambientais e condutores de mudança em relação aos quais há um alto nível de incerteza” (JOHNSON; SCHOLE; WHITTINGTON, 2007, p. 112).

A análise de cenários é dividida em duas partes que se complementam: a primeira é chamada de externa e envolve o macroambiente, o setor/segmento do qual a organização é parte, o mercado em que está inserida e os concorrentes; já a segunda, conhecida como análise interna, se refere à análise da própria organização (JOHNSON; SCHOLE; WHITTINGTON, 2007). Assim, os estrategistas partem do pressuposto de que o ambiente é objetivo e aguarda para ser analisado (CLEGG et al., 2011), ou seja, é previsível apesar das incertezas. No PE, estima-se que qualquer mudança no ambiente é possível de ser presumida com antecedência e, conseqüentemente, desenvolvida a estratégia como se o que acontecerá durante o período em que esta estará sendo implementada fosse conhecido. O ambiente externo é percebido como um fator que causa incômodo, porém que é necessário, e que existe à parte da organização, onde estão os concorrentes (CHAFFEE, 1985).

Posteriormente, a alta gestão se reúne para traçar possíveis estratégias a partir da análise de cenário realizada e definir, dentre elas, quais as melhores estratégias para que a organização atinja o desempenho desejado (MINTZBERG; WATERS, 1985). Definidas as estratégias a serem seguidas, essas são detalhadas a fim de orientar a implementação, podendo ser estabelecidos planos de ação, desdobramentos, indicadores e metas. Sendo entendida como finalizada a etapa de formulação, não havendo qualquer alteração a ser realizada nos planos, é dado o comando para implementação (MINTZBERG; WATERS, 1985).

Para a divulgação do que foi formulado é comum a utilização de quadros nas mais diversas repartições da organização expondo algumas das definições obtidas nesta primeira etapa do PE, como o que comumente se denomina de identidade organizacional e engloba a missão, visão e valores da organização. Assim como, é muito comum o uso de metodologias padronizadas para a realização da análise de cenários e a definição das estratégias, como as Cinco Forças de Porter e a Matriz Swot.

**2º) Implementação de Estratégias:** recebido o comando da alta gestão, os agentes da organização devem iniciar a ação conforme o planejado. Deve-se evitar qualquer desvio do que foi pretendido, uma vez que se espera que, caso o proposto seja cumprido na íntegra, o desempenho seja atingido. Busca-se uma relação de causa/efeito, em que os agentes responsáveis pela Implementação devem cumprir com precisão o que foi detalhado para alcançar o desempenho traçado na Formulação (MINTZBERG; WATERS, 1985).

De acordo com a metodologia de gestão indicada no PE, após a análise de cenários, que tem como base a previsibilidade, a alta gestão deve formular as estratégias observando o que foi encontrado na análise para que posteriormente essas estratégias sejam implementadas. Pressupõe-se, assim, que a Formulação e a Implementação acontecerão exatamente como intencionadas. Tal pressuposição por parte dos gestores é possível porque esses observam as organizações como “máquinas” e a mecanização assume o comando (MORGAN, 2007).

3º) **Acompanhamento**: de acordo com os indicadores e metas estabelecidos na Formulação de Estratégias, realiza-se o Acompanhamento para verificar se foi alcançado o planejado, se durante a Implementação houve êxito em cumprir as estratégias deliberadas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). São observados inúmeros indicadores, como as metas de mercado estabelecidas e os orçamentos previstos, medidos principalmente por meio de sistemas quantitativos (DENIS; LANGLEY; ROULEAU, 2006). O Acompanhamento pode ter fim em si mesmo ou servir como meio, sendo as informações coletadas consideradas quando da próxima Formulação de novas estratégias (MACDOWELL; SUMANSKY, 2004).

Dessa maneira, no Acompanhamento, objetiva-se conhecer se a precisão pretendida inicialmente de fato se concretizou (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010). Por intermédio de sistemas de medição, são desenvolvidas técnicas a fim de exercer o Acompanhamento, ou seja, verificar se está sendo alcançado o que era esperado. Para Denis, Langley e Rouleau (2006), quando o caráter racional é dominante, destaca-se o Acompanhamento por meio dos números. A quantificação é utilizada visando a aumentar a confiabilidade nos dados encontrados e garantir credibilidade de que as metas estão sendo atingidas (DENIS; LANGLEY; ROULEAU, 2006).

Meyer e Meyer (2004) sintetizaram as propriedades que caracterizam as organizações vistas pela ótica racional, também chamada de mecanicista, de organização máquina ou mesmo, como abordam os autores, de tradicional:

A premissa é que há um mundo externo que pode ser analisado, de forma objetiva, permitindo a definição dos principais objetivos e estratégias a serem seguidas. Há uma preocupação em estabelecer relações de causa e efeito e indicadores tão necessários aos modelos de gestão. A ênfase está em dados quantitativos e o pressuposto dos modelos que aqui se fundamentam é a previsibilidade dos eventos. (MEYER; MEYER, 2004, p. 3)

Essa pode ser apontada como uma premissa que sintetiza o PE que tem sido difundido desde a década de 1960. No entanto, a racionalidade pressuposta na metodologia de gestão do PE já era questionada desde a época em que o PE foi desenvolvido. Herbert Simon (1979) criticava a maneira como era visto o homem racional de então: diante de uma suposta estabilidade do ambiente e da organização, o homem seria capaz de desenvolver o PE com base na previsão de todas as

possibilidades de cenário, o levantamento de todas as opções estratégicas e suas consequências, para então decidir pela melhor estratégia, a estratégia ótima. March e Simon (1981) discutiram que o homem racional da Economia e da Teoria de Decisão Estatística era visto como se ocupasse um ambiente “minuciosamente especificado e nitidamente definido” (MARCH; SIMON, 1981, p. 193), o que não retrata a realidade.

Essa percepção de homem racional foi então questionada quando Simon (1979) apontou a limitação da racionalidade dos seres humanos e, conseqüentemente, a capacidade desses de prever todas as situações: “é impossível, evidentemente, que um indivíduo conheça *todas* as alternativas de que dispõe ou *todas* as suas conseqüências” (SIMON, 1979, p. 70). Assim, a partir de March e Simon (1981), o estrategista pôde ser visto como sendo influenciado por seus próprios processos psicológicos e sociológicos, bem como pelos daqueles que compõem com ele o ambiente, o que limita as alternativas e conseqüências consideradas quando da Formulação de Estratégias às experiências do estrategista.

Posteriormente, Mintzberg e Waters (1985) também confrontaram a previsibilidade do PE ao apresentarem o conceito de formação de estratégia. Ao realizar pesquisas em empresas de diversos segmentos, Mintzberg e Waters (1985), verificaram que dificilmente as estratégias deliberadas podiam ser consideradas puras. O que observaram era que as estratégias eram formuladas e, quando se iniciava a etapa de Implementação, novas estratégias emergiam (estratégias emergentes) e se juntavam as deliberadas, propostas na Formulação, num processo que denominaram formação de estratégia.

A formação de estratégia remete, então, a junção, num mesmo processo, de estratégias deliberadas e emergentes. Tal fato “requer uma gestão hábil para orientar a fim de perceber as intenções e, ao mesmo tempo, responder a um padrão de desdobramento de ação. A ênfase relativa pode mudar ao longo do tempo, mas não a obrigação de atender a ambos os lados deste fenômeno” (MINTZBERG; WATERS, 1985, p. 271). Com isso, a gestão baseada exclusivamente em formular as estratégias, delegar ordens e acompanhar, ou seja, baseada no PE, se torna improvável de acontecer.



Mintzberg (2004) ressaltou que “a racionalidade suposta no planejamento estratégico pode ser irracional quando considerada em relação às necessidades de formação de estratégia” (MINTZBERG, 2004, p. 183). Mesmo que a organização não reconheça, as estratégias emergentes surgem e se agregam as deliberadas. Ao negar esses desdobramentos, a organização impossibilita o melhor aproveitamento das estratégias emergentes (MINTZBERG, 2004).

Além dos questionamentos relacionados à limitação da racionalidade (MARCH; SIMON, 1981; MINTZBERG, 2004) e ao conceito de formação de estratégia (MINTZBERG; WATERS, 1985), que se contrapõem a metodologia de gestão do PE, Mintzberg (2004) aponta o que denomina de falácias fundamentais do PE. São abordadas pelo autor três falácias:

- **Falácia da Predeterminação:** ocorre quando, ao realizar o PE, são feitas conjecturas sobre o ambiente, seja por previsões ou mesmo pela determinação desse; são definidos períodos específicos nos quais as estratégias devem ser desenvolvidas; e as estratégias elaboradas são impostas e devem ser seguidas com obediência dentro do prazo estabelecido, tudo isso partindo do pressuposto de que a organização se encontra estável (MINTZBERG, 2004).

Essa primeira falácia apontada por Mintzberg (2004), a da predeterminação, questiona o que foi considerado nesta pesquisa como a primeira etapa do PE: a Formulação de Estratégias. Afinal, a análise de cenários se baseia, sobretudo, na previsão do futuro tanto do ambiente externo, como do interno. A possibilidade de essa previsão ser realizada de maneira correta é questionada uma vez que, para Mintzberg (2004), a organização não é capaz de controlar o ambiente e esse pode passar por mudanças cíclicas, sendo assim menos difíceis de serem previstas uma vez que se repetem, ou descontínuas, que acontecem apenas uma vez, dificultando ainda mais sua previsibilidade. Assim, a análise de cenários implica à Formulação de Estratégias a dificuldade da previsibilidade, e ainda deve determinar as estratégias partindo do pressuposto de que a organização se encontrará estável, ou seja, as estratégias não teriam que sofrer ajustes, teriam que ser precisas no detalhamento da ação, pois a Implementação seguiria fielmente o que foi planejado quando da Formulação da Estratégia (MINTZBERG; WATERS, 1985; MINTZBERG, 2004).

Para Stacey (1993), quando em ambientes em constante transformação, se torna inviável construir imagens de futuros que sirvam como base para formulação de planos de longo prazo. É compreendido como improvável a possibilidade da organização possuir uma única visão estratégica, assim como foco organizacional baseado na estabilidade (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Soma-se a isso a reflexão de Clegg, Carter e Kornberger (2004), que tratam da disparidade existente entre o que são os objetivos reais e claros quando da Formulação e os objetivos futuros, no que se refere à possibilidade de serem previsíveis e se concretizarem.

- **Falácia do Desligamento:** ausência de vínculo direto entre o que é considerado PE e o gerenciamento das operações; perceptível com maior ênfase ao observar a separação existente entre a Formulação e a Implementação de Estratégias, em que a alta cúpula pensa e os demais obedecem ao comando; o desligamento pode ser percebido também no momento dedicado por algumas organizações para desenvolverem o PE, quando são realizados retiros ou encontros em espaços que não o de trabalho a fim de que se saia de lá com as estratégias traçadas (MINTZBERG, 2004).

A separação preconizada pela abordagem racional entre a alta gestão, que pensa e formula as estratégias, e os demais agentes, que as implementam, nem sempre se dará na prática como foi proposto no PE (STACEY, 1996). Nas organizações que contam com gestões menos rígidas hierarquicamente, as estratégias emergentes surgem nas mais diversas instâncias organizacionais. O fluxo de informações e de ações não obedece apenas à relação *top-down*, apontada por Mintzberg (2004) como comum nas organizações máquina, mas percorre o caminho inverso, já que gestores das instâncias intermediárias podem colaborar com o processo de planejamento, conforme apresentado por Cummings (2008), seguindo assim o sentido *bottom-up*.

Além do desligamento apontado entre a Formulação/Implementação e alta gestão/demais funcionários da organização, é comum as organizações desenvolverem *workshops* e reuniões fora do local de trabalho, levando a alta gestão para um local simbolicamente mais agradável se comparado ao que estão acostumados na organização, onde possam pensar e agir de maneira distinta do

que estão habituados (JOHNSON; PRASHANTHAM; FLOYD; BOURQUE, 2010). Nesse local, os executivos ficam por um ou mais dias, a fim de tratar das questões estratégicas, geralmente com a participação de algum especialista/consultor que conduz o encontro, como num ritual. Esses *workshops* de estratégia têm sido vistos como limitadores da pesquisa prévia no desenvolvimento de estratégias, assim como momento de pouca teorização, fazendo com que a Formulação de Estratégias seja considerada vaga, isolada do restante da organização (JOHNSON et al., 2010).

- **Falácia da Formalização:** o PE se propõe a formalizar o processo de formação de estratégia, indo além ao supor que sistemas são capazes de fazê-lo, todavia os sistemas não “podem detectar discontinuidades, perceber parceiros, prover criatividade, programar intuição” (MINTZBERG, 2004, p. 236).

A formalização prevista no PE, em que as estratégias formuladas são descritas e detalhadas em documentos a serem repassados para os responsáveis pela Implementação, atende aos anseios de quem defende o PE, porém, quando se trata de formação de estratégia, a formalização não atende ao processo (MINTZBERG, 2004). A utilização de sistemas, por exemplo, restringe a possibilidade de estratégias emergentes serem formalizadas, contribuindo para com a falta de flexibilidade da organização, que trabalha apenas com estratégias deliberadas, ou com a incompletude do que está formalizado, já que apenas o deliberado consta na formalização e as estratégias emergentes acontecem de maneira informal, sem constar nos sistemas e, conseqüentemente, nos documentos deles derivados.

Após discorrer sobre cada uma dessas falácias, Mintzberg (2004) conclui com o que considera a grande falácia: “**assim como análise não é síntese, planejamento estratégico não é formação de estratégia**” (MINTZBERG, 2004, p. 256, grifo do autor). Com essa afirmação o autor confirma que o PE visto nas organizações tem sido baseado em metodologias como as apresentadas neste estudo, em que o processo estratégico é programado por meio da Formulação sucedido pela Implementação, não sendo reconhecida a possibilidade de surgirem estratégias emergentes no decorrer do processo. Ao que acrescenta: “a expressão

‘planejamento estratégico’ demonstrou ser uma contradição” (MINTZBERG, 2004, p. 256).

### 2.1.3 Planejamento Estratégico e Desempenho

As etapas do PE são cumpridas a fim de garantir que o desempenho almejado no início do processo seja atingido. A etapa do PE que consiste do Acompanhamento visa a verificar se as metas planejadas estão sendo atingidas, principalmente por meio de sistemas quantitativos (DENIS; LANGLEY; ROULEAU, 2006) e, conseqüentemente, se o desempenho esperado foi alcançado.

Conforme Greenley (1994), a literatura de estratégia com caráter prescritivo indica uma relação de causalidade positiva entre PE e desempenho. Os objetivos relacionados ao desempenho são apontados por essa abordagem como o principal foco da Implementação e do Acompanhamento quando adotada a metodologia de gestão do PE (GREENLEY, 1994). E o desempenho, sobretudo o financeiro, tem sido utilizado para indicar o sucesso ou não das organizações (KENNERLEY; NEELY, 2003).

Nesse contexto, sendo a alta gestão da organização responsável pela Formulação de Estratégias e visando essa ao desempenho financeiro, o processo objetiva aos interesses dos financiadores e acionistas. Almeja-se garantir ao mercado que a organização é capaz de alcançar as metas de lucros previstos (HANDY, 2005). A busca pelo desempenho financeiro caracteriza, inclusive, a cultura local, sendo o mercado tido como ser supremo e a vida se restringindo ao dogma dos lucros, segundo Handy (2005).

Sendo assim, o PE é desenvolvido visando ao alcance, sobretudo, de desempenho financeiro, e para isso segue etapas como a Formulação de Estratégias, a Implementação de Estratégias e o Acompanhamento. Contudo, nem todo desempenho é financeiro e nem todo desempenho pode ser medido quantitativamente. Assim, o PE culmina no questionamento do desempenho esperado pela organização quando adota essa metodologia de gestão. Tendo o PE sido desenvolvido com ênfase na busca do desempenho financeiro, é necessário que a organização tenha clareza do que deve ser acompanhado, uma vez que

Acompanhamento financeiro se distingue do Acompanhamento estratégico (HITT; HOSKISSON; IRELAND, 1990), embora ambos possam e devam ser complementares (OUAKOUAK; OUEDRAOGO, 2013).

Há a necessidade de que o sistema de medição de desempenho esteja alinhado com as estratégias, filosofias e sistemas de incentivo, se mostrando ser um sistema equilibrado, abrangente e consistente (KENNERLY; NEELY, 2003). Estar alinhado com as estratégias pode estar relacionado ao fato do desempenho a ser acompanhado, por exemplo, ser também o não financeiro. Afinal, o desempenho e a maneira como esse é medido deve ser apropriado às estratégias e ao ambiente em que a organização está inserida (KENNERLY; NEELY, 2003).

Assim, além do desempenho financeiro, que tem sido foco dos sistemas de medição de desempenho, tem-se o desempenho não financeiro, em que o sucesso da organização não está vinculado exclusivamente ao resultado de lucro obtido. Handy (2009) compreende que o comportamento das organizações deve sofrer mudanças culturais. E, a partir dessas mudanças, buscarem ser vistas de maneira diferente pela sociedade e não por almejam exclusivamente causas próprias, que normalmente é manifesto pela alta lucratividade. Se atualmente a visão é de que as organizações atuam apenas em benefício próprio, visando a resultados exclusivamente financeiros, sendo até para alguns que nelas atuam modelos de prisões de almas humanas, deve-se pesquisar porque a organização é vista dessa maneira, assim como buscar modificar a imagem transmitida (HANDY, 2009).

Não só as organizações públicas e sem fins-lucrativos devem ser vistas pela perspectiva de que o benefício próprio, o desempenho financeiro, é o único desempenho almejado. É necessário que também as organizações de caráter privado exerçam um papel social e moral, implicando assim na busca de desempenhos não financeiros (HANDY, 2009). Nessa proposta de uma nova cultura apresentada por Handy (2009), a organização deve se descrever tendo como seu negócio uma finalidade social e medir o sucesso alcançado pelo que foi conquistado para os demais, e não apenas para si mesma, mostrando assim uma mudança de prioridades. Com isso, "qualquer esforço para definir a estratégia corporativa deve considerar mais do que medidas tradicionais de desempenho, tais como

capacidades essenciais da empresa e da estrutura da indústria em que compete” (BISSON; STEPHENSON; VIGUERIE, 2010, p. 2).

Diante disso, Rudd, Greenley, Beatson e Lings (2008, p. 105) apontam que o PE, enquanto “processo sequencial lógico muitas vezes prescrito na literatura, não é suficiente para influenciar o desempenho”. Para Morgan (2007), as metodologias de gestão mecanicistas, caso do PE (STACEY, 2010), somente funcionam nas organizações que operam como máquinas. E quando o contexto descrito por Morgan (2007) não acontece, pode acarretar na incompatibilidade entre o que foi planejado para a organização e o que efetivamente se concretizou, o que foi implementado (MORGAN, 2007), e o PE racional por si mesmo não impactar diretamente sobre o desempenho da organização (OUAKOUAK; OUEDRAOGO, 2013).

A não implementação do que foi formulado pode ser motivada não por uma aplicação equivocada do PE pelos gestores, mas decorrer de características da organização e do ambiente em que essa está inserida (STACEY, 2010; McDANIEL, 2007). “Em muitas organizações pode-se observar uma dissonância estratégica representada pela discrepância e não alinhamento entre objetivos, decisões, ações e resultados, o que faz com que a interpretação dos resultados tenha um caráter essencialmente subjetivo e pessoal” (MEYER; LOPES, 2015, p. 47). A distinção entre o que foi formulado e o que foi implementado ocorre, por exemplo, quando a estabilidade e a previsibilidade em que se baseou a Formulação de Estratégias não se tornam a realidade vivenciada pela organização quando da Implementação.

Embora diante dessas contradições do PE - conforme termo utilizado por Mintzberg (2004), essa metodologia de gestão continua sendo amplamente adotada nos mais diversos tipos de organização, até mesmo naqueles que não possuem perfil estritamente mercadológico ou mesmo características que as distinguem das organizações máquinas, como é o caso dos Sistemas Adaptativos Complexos - SAC.

## 2.2 SISTEMAS ADAPTATIVOS COMPLEXOS

A Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos – SAC, juntamente com a Teoria das Estruturas Dissipativas e a Teoria do Caos, compõem a Ciência da Complexidade (STACEY, 1996). Etzioni (1976) aponta como exemplos de Organizações Complexas, as Universidades, as Instituições Públicas, os Museus e os Hospitais. Para o autor, os especialistas que desenvolvem as atividades nessas organizações têm autonomia para atuar, estando a organização “à mercê dos especialistas” (ETZIONI, 1976, p. 143), havendo de maneira recorrente “conflito entre a autoridade administrativa e a profissional” (ETZIONI, 1976, p. 143).

Waldrop (1992) desenvolveu um dos conceitos mais conhecidos de SAC. Para o autor, os sistemas capazes de respostas mais complexas se destacam no ambiente competitivo. Nesse tipo de sistema, espera-se que seja possível aos agentes aprender de modo que o sistema possa se manter constantemente à beira do caos, onde seria possível também a evolução (WALDROP, 1992). Na visão de Stacey (1996), o SAC “é formado por um número de componentes, ou agentes, interagindo uns com os outros” (STACEY, 1996, p. 183). A partir dessa interação, os agentes aprimoram seus comportamentos e, conseqüentemente, o comportamento do SAC. É também da interação dos agentes que consiste no aprendizado (STACEY, 1996, p. 183).

Já para McDaniel (2007), os Sistemas Adaptativos Complexos são caracterizados por:

1. Diversos agentes que **aprendem**,
2. Que **interagem** uns com os outros de maneira **não linear**, e, por conseguinte,
3. Se auto-organizam,
4. Têm propriedades emergentes, e
5. Co-evoluem com o ambiente. (McDANIEL, 2007, pp. 22-23, grifo nosso)

As definições de Waldrop (1992), Stacey (1996) e McDaniel (2007) para Sistemas Adaptativos Complexos, juntamente com as de outros estudiosos (CILLIERS, 2002; STACEY, 2010; 2012; RICHARDSON, 2011), apresentam elementos essenciais para o entendimento de uma organização enquanto SAC.

Dentre esses elementos essenciais, serão abordados para fins deste estudo: (a) a interação entre os agentes, (b) a não linearidade e (c) o aprendizado.

### **(a) Interações entre os agentes**

Os SACs são reconhecidos como organizações em que os diversos agentes organizacionais se relacionam de maneira não prevista (CILLIERS, 2002), ou seja, embora exista um sistema formal, por meio do qual o que foi planejado e legitimado funciona, há também um sistema informal, ou, como denominado por Stacey (1996), sistema sombra. No sistema formal há apenas uma hierarquia, uma cultura e uma ideologia a serem seguidas pelos agentes da organização, como se a relação entre os agentes organizacionais acontecesse de maneira linear, havendo apenas as relações previstas (STACEY, 1996). Contudo, paralelamente ao sistema formal, há um sistema informal/sombra, que não está previsto no PE ou no organograma da organização, mas que pode ser percebido no dia-dia, nas interações estabelecidas entre os agentes organizacionais (STACEY, 1996).

O sistema sombra se desenvolve em paralelo ao formal e, muitas vezes, é ignorado oficialmente, como se não acontecesse, apesar de sua existência ser conhecida. Trata-se de relações que se estabelecem sem que tenham sido previstas, traços culturais que não foram pretendidos, mas que se fazem presentes no contexto organizacional e o influenciam (STACEY, 1996). O sistema sombra recebe essa nomenclatura por estar às margens do sistema formal, sendo uma espécie de sombra desse, e as interações estabelecidas por ele são de causa e consequência desconhecidas.

Nos SACs, a pluralidade de agentes na organização pode contribuir para as interações informais, uma vez que essa pluralidade está diretamente relacionada aos diferentes objetivos e interesses dos agentes ou grupos que compõem a organização (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). A partir dos objetivos e interesses de determinado agente, ele buscará interagir com outros agentes ou grupos que compartilhem de seus objetivos e interesses e, conseqüentemente, estabelecerá relação com agentes organizacionais com quem não teria contato caso o sistema de



interação da organização ficasse restrito ao formal, resultando em uma multiplicidade de interações não previstas.

De acordo com Carlisle (2011), diferentemente do que pressupõem as abordagens estratégicas predominantes, os motivos que desencadeiam as interações entre os agentes organizacionais nem sempre são declaradamente expostos, de forma que sejam transparentes as razões para buscar interação com determinado agente ou grupo. Os contextos caracterizados pela pluralidade apresentam objetivos estratégicos múltiplos, fragmentados e potencialmente conflitantes advindos de grupos com poderes suficientes para legitimar interesses próprios: “um objetivo não pode ser feito à custa, ou mesmo antes, de outro, a necessidade de promulgar objetivos incompatíveis ou mesmo ativamente contraditórios ao mesmo tempo, inevitavelmente, produz conflito” (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006, p. 634). No intuito de fazer predominar seus interesses, os grupos podem se enfrentar e medir poder, mas como para a organização normalmente todos esses grupos são essenciais, busca-se a resolução do conflito e o atendimento a seus anseios, ainda que de forma compensatória.

Essa multiplicidade de interesses parece se opor a proposta de intenções coletivas apontada por Mintzberg e Waters (1985) como necessária para a concretização de estratégias deliberadas, base do PE. As organizações identificadas como SACs apresentam assim uma característica que expõem a diversidade de intenções de seus agentes, que não buscam interesses coletivos, mas interagem formal ou informalmente a fim de alcançar interesses de um agente ou de um grupo de agentes que não necessariamente representa se quer a maioria, quanto mais a coletividade.

Assim, mesmo diante da possibilidade de conflito de interesses, a diversidade de agentes é vista como uma força, responsável pela criatividade do sistema, não sendo a redução de conflitos e a eficiência motivos para tentar exterminar a diversidade (McDANIEL, 2007). Pelo contrário, cabe a organização saber utilizar essa diversidade em benefício próprio, conhecendo as diferentes visões e ideias que podem surgir num grupo heterogêneo de agentes e colocando em prática o que for mais conveniente.

De acordo com a situação, os próprios gestores podem estimular a interação de determinados agentes organizacionais a fim de buscar um melhor resultado (ANDERSON; PLOWMAN; CORAZZINI; HSIEH; SU; LANDERMAN; McDANIEL, 2013). Diante de outra situação, essas interações deixarão de existir para ceder espaço a novas interações entre um grupo de agentes distintos. Para Anderson et al. (2013), “a capacidade das organizações para implementar informação aumenta quando vários mecanismos formais e informais de interação são utilizados” (ANDERSON et al., 2013, p. 3). Com isso, além dos meios de interação formal, se percebe a valorização de oportunidades de interação informais, como encontros casuais e reuniões informais (ANDERSON et al., 2013), propiciando espaços em que também serão possíveis alcançar resultados satisfatórios para organização por meios muitas vezes distintos dos inicialmente previstos, ou seja, com ações distintas das previstas na Formulação de Estratégias, por exemplo.

Stacey (1996) destaca ainda que o comportamento dos agentes ao interagirem não implica no mesmo comportamento por parte do sistema. Ou seja, a soma das interações não representa o SAC, as características dos agentes e a relação que estabelecem entre si não são suficientes para caracterizar um SAC. A fim de facilitar a compreensão de um Sistema Adaptativo Complexo, se soma a interação entre os agentes outros elementos essenciais como a não linearidade.

### **(b) Não linearidade**

O termo não linear indica que “simples equações determinísticas podem produzir uma inesperada riqueza e variedade de comportamento” (CAPRA, 1996, p. 85). A não linearidade, apontada como um dos elementos essenciais dos Sistemas Adaptativos Complexos, está relacionada tanto com a maneira como ocorre a interação entre os agentes (CILLIERS, 2002) e a interdependência entre esses agentes (McDANIEL, 2007), como com o *feedback* das ações (STACEY, 1996; 2012). Nesse estudo, o uso do termo não linearidade se refere ao conceito de Stacey (1996; 2012), ou seja, ao *feedback* não linear.

Como *feedback* se compreende a informação de retorno após a concretização de determinada ação, o resultado, e que influencia a tomada de decisão para as

próximas ações (STACEY, 1996). Quando não é possível determinar apenas um resultado para determinada ação, ou seja, um único *feedback* previsto com antecedência, uma única consequência para uma ação, tem-se um resultado/consequência não linear, um *feedback* não linear (STACEY, 1996).

Em modelos lineares há uma causa para um efeito e um efeito para uma causa. Em modelos não lineares existe mais do que uma causa para um efeito e mais do que um efeito para uma causa. Esses modelos têm uma forma não linear particular, no qual a saída do cálculo de um período se torna a entrada do próximo período, gerando uma história interminável. (STACEY, 2012, p. 11)

Dessa maneira, a relação entre causa e efeito, ação e resultado, desaparecem no comportamento do sistema não linear (STACEY, 1993; 1996; 2012). Com isso, a previsibilidade pressuposta para o desenvolvimento do PE afeta a implementação dessa metodologia de gestão. Como em sistemas não lineares não há um efeito único, o resultado que era esperado e havia sido previsto pode não ser alcançado mesmo que a ação aconteça como planejada, o que influencia, inclusive, as próximas ações.

Assim como a interação entre os agentes, a não linearidade possibilita que resultados criativos emergentes sejam percebidos (STACEY, 1996) e se tornem fonte de aprendizado para os agentes (RICHARDSON, 2011).

### **(c) Aprendizado**

Diante do desconhecido, de algum evento pelo qual nunca passaram, os agentes devem descobrir (McDANIEL, 2007). Situações dessa natureza são comumente encontradas em sistemas não lineares, como é o caso dos Sistemas Adaptativos Complexos. Assim, McDaniel (2007) refletiu que os agentes são submetidos a determinadas situações perante as quais não sabem como agir, não por incompetência, mas porque nunca as vivenciaram e não foram previstas. Nesses casos, cabe aos agentes descobrir e aprender, ou seja, modificar os esquemas que possuíam a fim de possibilitar a formação de novos esquemas (STACEY, 1996).

Não é necessário que a organização se preocupe, portanto, em contratar agentes em número suficiente para que todos os eventos sejam conhecidos com antecedência, mesmo porque, num sistema não linear, essa previsibilidade não é

possível. Mas a organização deve, então, valorizar o aprendizado, pois, conforme McDaniel (2007), se no sistema linear o conhecimento é o fundamental, no não linear é o aprendizado.

O foco do comando dado pelo gestor, no caso de SACs, deixa de ser a obediência, e passa a ser a possibilidade de permitir o aprendizado no decorrer da ação, no dia-dia, conforme a situação vivenciada (McDANIEL, 2007). Embora o uso do poder não possa eliminar os elementos essenciais de um SAC, como o aprendizado, a maneira como o poder é utilizado pode afetar a capacidade de aprendizado dos agentes da organização (STACEY, 1996). Com isso, a forma como a organização é gerida e a liberdade dada a seus agentes organizacionais, amplia ou reduz a capacidade de aprendizado e, posteriormente, as ações realizadas e os resultados obtidos.

Se os agentes aprendem no decorrer das atividades, e esse aprendizado influencia as próximas ações, não há como prever todas as ações quando da realização do PE. Com isso, havendo aprendizado por parte dos agentes, os novos esquemas formados serão diferentes dos anteriores e, possivelmente, acarretarão em ações e resultados distintos dos previstos. Além disso, a Implementação do PE também pode ser comprometida em um SAC, uma vez que a obediência pressuposta para que a ação seja executada conforme o previsto é substituída pela possibilidade de aprendizado e pela ação não prevista.

Conforme Clegg et al. (2011), a Teoria da Complexidade contribui para o entendimento do porque a estratégia nunca é completa. Os autores refletem que não há acesso ao “conhecimento completo” porque o conhecimento é justamente resultado emergente da interação. Dessa maneira, para Carlisle (2011), os elementos que caracterizam um sistema complexo não podem ser gerenciados ou controlados por metodologias de gestão utilizadas em sistemas meramente complicados.

### 2.2.1 Organizações hospitalares como SACs

Os hospitais são exemplos de organizações que apresentam as características de um sistema complexo (ETZIONI, 1973; McDANIEL, 2007). Essas

organizações de saúde são espaços onde predominam profissionais especialistas, que desenvolvem suas atividades com autonomia em relação à burocracia típica (MINTZBERG, 2003). A atividade fim dos hospitais, conforme Etzioni (1976), é exercida por agentes profissionais dotados de competências técnicas que prestam serviço direto à população/clientes. Os gestores e a equipe administrativa, por sua vez, são responsáveis pela realização das atividades meio, ou seja, por proporcionar condições para que os especialistas exerçam seu trabalho (ETZIONI, 1976), o que Mintzberg (2003) denomina burocracia típica.

Os elementos anteriormente identificados como essenciais a um Sistema Adaptativo Complexo – interação entre os agentes, não linearidade e aprendizado – podem ser observados nas organizações hospitalares (McDANIEL, 2007). Os agentes, de acordo com Stacey (1993), interagem de maneiras distintas perante a dinamicidade do contexto pluralista encontrado nos hospitais. Com a dinâmica organizacional dessas organizações, o aprendizado se mostra um elemento importante na gestão do hospital uma vez que situações novas podem surgir com frequência e demandar dos agentes organizacionais disponibilidade para aprendizado e, dos gestores, que propiciem um ambiente propício ao aprendizado. Ao aprender, os esquemas dos agentes são modificados e ações não previstas podem acontecer, assim como resultados distintos dos esperados, já que a relação causa/consequência ou ação/resultados é não linear.

A divergência de interesses também é uma característica presente nas organizações hospitalares (STACEY, 1993). Pascucci e Meyer (2013) salientaram que a divergência de interesses nesse tipo de organização se manifesta entre grupos capazes de validar seus objetivos perante os demais, uma vez que diversos desses grupos são detentores de poder. Para Stacey (2010), na organização hospitalar essa disputa de poder é perceptível entre médicos e gestores, e a maneira como acontece a interação entre esses grupos tem implicações sobre o desempenho da organização (STACEY, 2010).

Visando a tornar os serviços hospitalares mais rentáveis e produtivos, as organizações de saúde têm sofrido pressão para tornar a gestão mais profissionalizada (KUHLMANN; ANNANDALE, 2012). Com isso, de acordo com

Kuhlmann e Annandale (2012), a resposta dada pelos formuladores de políticas de saúde a essa pressão acontece por meio da introdução ou ampliação das metodologias de mercado e dos acompanhamentos gerenciais.

Estudos mostram que a adoção de práticas gerenciais, como é o caso do PE, tem sido uma constante nas mudanças de gestão realizadas em hospitais (CARVALHO; SANTIAGO, 2008; CARLISLE, 2011; KUHLMANN et al., 2013). Pascucci e Meyer (2013) pontuaram que “estudos têm exaltado uma mecanicidade, uma racionalidade e uma previsibilidade [...] que se tornam impraticáveis, em se tratando de organizações com características complexas e pluralistas” (PASCUCI; MEYER, 2013, p. 538). Essa exaltação pode ser entendida como *managerialism*.

### 2.3 *MANAGERIALISM* E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTÃO ORGANIZACIONAL

A disseminação de metodologias de gestão para todas e quaisquer organizações, sem considerar as especificidades que essas apresentam, tem sido denominada pela literatura de *managerialism*, ou na tradução, gerencialismo (PARKER, 2002). O *managerialism* consiste na descrição, explicação e interpretação da organização pela ótica da gestão privada, uma vez que essa é considerada hegemonicamente como o modelo eficiente, voltado, sobretudo, ao desempenho financeiro e à produtividade (CHANLAT, 2002). E esse não é um movimento localizado, o predomínio de *managerialism* pode ser percebido na maioria dos países (KUHLMANN et al., 2013), alcançando grandes proporções e influência na maneira de gerir as organizações mundialmente.

Outra definição de *managerialism* é de Carlisle (2011, p. 286): “um comando e controle de estilo de gestão hierárquico *top-down*, preocupado com a eficiência e o controle. Envolve objetivos em cascata relativamente bem definidos de cima para baixo”. Os gestores tendem, assim, a vislumbrar maior eficácia da organização a partir da ampliação da padronização, da produção em massa e da gestão instrutiva (ZIGMOND, 2009).

Metodologias de gestão desenvolvidas para auxiliar no alcance de eficácia têm sido amplamente propagadas pelas Escolas de Negócio em países como os Estados Unidos, onde o ensino está baseado em “fatos concretos” e quantificação. É o caso do PE (LOCKE; SPENDER, 2011; STACEY, 2010). Soma-se a isso o trabalho desenvolvido por consultores, que tem crescido nas últimas décadas e vendem metodologias de gestão padronizadas a fim de estruturar o que os clientes encontram como problemas em um modelo pré-concebido (KIESER; WELLSTEIN, 2011), dentre eles está novamente o PE.

Conforme descrito por Meyer e Meyer (2004), a administração vivencia modismos, ou seja, numa mesma época várias organizações aderem à determinada metodologia de gestão, como aconteceu ou ainda acontece com “Planejamento Estratégico, Orçamento Base Zero, Qualidade Total, Reengenharia, *Downsizing*, *Empowerment*, *Balanced Scorecard*, dentre outros” (MEYER; MEYER, 2004, p. 2). Trata-se de metodologias de gestão que são vistas naquele período como inovadoras e revolucionárias pelo mercado, e criam expectativas milagrosas (MEYER; MEYER, 2004).

Sendo assim, o PE pode ser compreendido como uma das práticas gerenciais que representam o *managerialism* (MEYER; MEYER, 2013). Isso ocorre porque, as organizações, ao adotá-lo, seguem uma metodologia de gestão padronizada, em que são traçados Missão, Visão, Valores, dentre outros elementos a serem elencados. São executadas etapas previamente estabelecidas, seguindo metodologias de análise a serem preenchidas e estratégias detalhadas antes de iniciar a Implementação do PE, não sendo aceitas mudanças ou desvios ao longo do percurso de Implementação. Há uma cegueira em relação à revisão do processo, se espera que tudo aconteça conforme um plano pré-definido (ROWE, 2014).

Para Rowe (2014), a adesão a metodologias de gestão dessa natureza encontra amparo na “racionalidade que o mercado oferece, pelo menos, a ilusão de ordem e controle” (ROWE, 2014, p. 56), atraindo a gestores que almejam comandar a organização e garantir que tudo ocorra conforme planejado, não havendo espaço para o inesperado. No intuito de intensificar a utilização dessas metodologias de gestão nas organizações, como é o caso do PE, Magro (2011) e Zigmond (2009) destacam que até mesmo o nível linguístico sofre influência. É comum perceber nas

organizações que aderem as práticas de gestão a predominância de termos como “gestão, *management*, gerir, *downsizing*, resultado, vocabulário típico usado até em áreas do conhecimento não afetas à gestão” (MAGRO, 2011, p. 34).

Dessa maneira, o uso disseminado das metodologias de gestão e, conseqüentemente, o *managerialism*, visa a “adoção de modelos e abordagens gerenciais voltadas para a otimização quanto ao uso de recursos o que contribui para um melhor desempenho na forma de maior competitividade e retorno do investimento” (MEYER; MEYER, 2013, p. 3). Ao aderir à determinada metodologia de gestão, a organização acredita ter mais competitividade e, conseqüentemente, maiores chances de alcançar o desempenho almejado, principalmente o financeiro. Assim, o *managerialism* pode ser também reconhecido como a maneira vista pela organização de conquistar o desempenho esperado. Essa seria uma das justificativas para que as organizações incorporem metodologias de gestão e de análise pré-concebidas, mesmo que de eficiência não comprovada, ou mesmo “ultrapassadas, inadequadas e voltadas para o mercado, e, portanto, ineficazes para o contexto” em que serão aplicadas (MEYER; LOPES, 2015, p. 49).

Outra possível justificativa está na busca da legitimidade e na tentativa, por parte da organização, de minimizar a possibilidade de ter a conduta questionada. Por legitimidade, tem-se que “é uma percepção generalizada ou suposição de que as ações de uma entidade são desejáveis, adequadas ou apropriadas dentro de algum sistema socialmente construído de normas, valores, crenças e definições” (SUCHMAN, 1995, p. 574). Estando a organização, portanto, legítima perante a sociedade, conquistaria o apoio de fornecedores, colaboradores, clientes e mercado, e, conseqüentemente, teria menos dificuldade em permanecer no mercado, sendo vistas como uma organização mais confiável. Com isso, as organizações visam à conquista de apoio e à garantia de sobrevivência (MEYER; ROWAN, 1977). Por outro lado, as organizações que não consideram adotar as metodologias de gestão apenas pelo fato dessas serem legitimadas, sofrem maiores desconfiças do mercado com relação a posturas negligentes, irracionais ou mesmo desnecessárias (MEYER; ROWAN, 1977).

A legitimidade não é um bem que se possui ou troca, e sim uma condição que indica alinhamento com determinadas práticas de gestão e que atesta um valor



simbólico reconhecível, inclusive pelos que não estão diretamente ligados à empresa (SCOTT, 2008). Assim, a organização tenta provar o valor que possui por meio do envolvimento que apresenta com atividades consideradas como legítimas (BRUTON; AHLSTROM, 2010), como é o caso da adoção nas organizações do PE, uma metodologia legitimada.

Dessa maneira, conforme DiMaggio e Powell (1983), já não cabem à competição ou à eficiência as mudanças estruturais a serem realizadas nas organizações. Essas alterações são realizadas, sobretudo, como resultado de processos em que se almeja a legitimidade e que, conseqüentemente, aproximam cada vez mais as estruturas, tendendo à homogeneidade, ou, como preferem os autores, ao isomorfismo (DIMAGGIO; POWELL, 1983). A semelhança na forma assumida institucionalmente pelas organizações onde impera o *managerialism* pode ser observada a partir da definição de DiMaggio e Powell (1983) para isomorfismo mimético: diante de incertezas, organizações imitam outras organizações que têm como modelo; as imitadas não necessariamente têm conhecimento de que suas atitudes são observadas e copiadas, e pode ser que nem mesmo gostariam de sê-lo.

As pressões para adoção às práticas de gestão legitimadas podem ser percebidas em maior ou menor grau conforme o campo em que está inserida a organização (SCOTT; MEYER, 1991). Tal imposição do mercado para possuir legitimidade pode incorrer na adoção simbólica das práticas institucionalizadas. Trata-se da adoção aparente a essas metodologias de gestão visando a ser reconhecida como uma organização com legitimidade, a implementação, no entanto, não se concretiza no desenvolvimento das atividades (MEYER; ROWAN, 1977).

A distinção existente entre o que as organizações dizem fazer e o que elas realmente fazem, ou seja, a adoção simbólica de práticas de gestão, já foi constatada na literatura por estudiosos como MacDowell e Sumansky (2004) e Mintzberg (2006; 2010). MacDowell e Sumansky (2004), por exemplo, se referiram ao provável abandono de documentos que direcionam a prática legitimada, citando o engavetamento do PE. Ou seja, a organização realiza a Formulação de Estratégias, desenvolve documentos que indicariam sua Implementação, mas não os utiliza efetivamente na Implementação da estratégia. Esses documentos são arquivados

para serem apresentados caso necessário ou, eventualmente, se pode observar que algo que foi desenvolvido por coincidência corresponde ao que estava previsto (MACDOWELL; SUMANSKY, 2004).

Além da adoção simbólica encontrada em algumas organizações, Nickson (2014), ao estudar a aplicação de metodologias de gestão *managerialistas* em Universidades do Reino Unido, observou o que chamou de gestão híbrida. Ou seja, as metodologias de gestão eram aplicadas parcialmente, pois se somavam a elas a atuação individual dos agentes conforme autonomia que detinham em relação à gestão. À medida que era detectada uma lacuna na Implementação de Estratégias, os agentes conseguiam fazer prevalecer seus interesses nas práticas do dia-dia, tendo a metodologia *managerialista* um impacto limitado (NICKSON, 2014).

De um lado, a metodologia de gestão do PE adotada para atender aos anseios de desempenho financeiro e legitimidade da organização, de outro, as ações desenvolvidas no dia-dia organizacional. A dificuldade de realizar o que foi planejado em algumas organizações faz com que o PE, em alguns casos, tenha fim em si mesmo, não servindo de meio para o alcance do desempenho almejado (MACDOWELL; SUMANSKY, 2004). Ou seja, há situações em que a organização despense tempo e recursos para desenvolver o PE, porém essa metodologia de gestão não é colocada em prática e, conseqüentemente, não colabora para o cumprimento das metas e alcance do desempenho esperado.

Conforme MacDowell e Sumansky (2004), o PE é uma necessidade para que as organizações atuem de maneira competitiva em alguns mercados. Contudo, é essencial compreender que as organizações possuem características diferenciadas, e que por isso devem adotar uma metodologia de gestão que contribua efetivamente para o desempenho organizacional (MACDOWELL; SUMANSKY, 2004), respeitando características como a motivação, a criatividade e a capacidade dos agentes (BILLOT; CODLING, 2011). De modo que o planejamento não seja um fim, mas um meio para estimular o envolvimento dos agentes e possibilitar uma alocação adequada de recursos (MACDOWELL; SUMANSKY, 2004).

Dessa maneira, as metodologias de gestão consideradas como símbolo de eficácia de gestão ao serem adotadas por todas as organizações sem observar as especificidades dessas recebem críticas e são confrontadas. Para Moore (2000), as organizações buscam resultados distintos conforme o tipo de organização e, para isso, precisam se utilizar das técnicas/tecnologias adequadas a cada realidade para garantir o alcance do objetivo, seja ele o retorno financeiro, o alcance de fins sociais ou a satisfação dos cidadãos. Os valores produzidos pelas organizações são um dos principais critérios de diferenciação dentre elas, tanto no que diz respeito ao que constitui esse valor ou mesmo a maneira como esse é medido (MOORE, 2000). Observa-se que essas especificidades organizacionais, como é o caso dos SACs, dentre eles as organizações hospitalares, podem influenciar na adequação ao PE defendido pelas abordagens prescritivas (MORGAN, 2007).

### 2.3.1 *Managerialism* em SAC

Com a adoção de práticas *managerialistas* (PARKER, 2002), até mesmo as organizações que se caracterizam por serem Sistemas Adaptativos Complexos se vêm pressionadas a adotar metodologias de gestão como o PE. Todavia, os três elementos essenciais dos SACs neste estudo apresentados – interação entre os agentes, não linearidade e aprendizado – parecem acarretar em divergências entre o ambiente encontrado em um Sistema Adaptativo Complexo e o ambiente em que se desenvolve a metodologia de gestão do PE.

Se o PE é baseado na Formulação e Implementação de Estratégias e no Acompanhamento dessas, os elementos essenciais do SAC induzem a acreditar que não seja possível à organização alcançar a previsibilidade necessária para execução do PE. Assim, em um SAC não seria possível que na Formulação fossem previstas todas as ações e seus efeitos, implicando em uma Implementação distinta do formulado e, posteriormente, em resultados encontrados no Acompanhamento também divergentes dos previstos inicialmente. Alguns estudos apresentam exemplos de organizações com características não condizentes à aplicação dessas práticas de mercado, dentre elas o PE, mas que adotam essas metodologias de gestão por imposição do próprio mercado.

É o caso das organizações sem fins lucrativos, estudado por Claeys e Jackson (2012). Os autores refletem sobre as pressões isomórficas institucionais pelas quais estão passando organizações sem fins lucrativos (ONG) do sul da África. A coerção é tamanha por parte da estrutura de governança global da ajuda internacional que tem levado essas ONGs a adotarem um discurso *managerialista*. Claeys e Jackson (2012) detectaram que tal pressão tem gerado uma forma híbrida de gestão: foco gerencialista para objetivos humanistas. Como resultado obtido se encontra uma abordagem de “números *através* de pessoas” (CLAEYS; JACKSON, 2012, p. 603, grifo do original). Os autores destacam sobre o risco de que o *managerialism* empregado acarrete um entendimento *a-histórico, a-contextual e a-político* da situação em que se encontram as ONGs (CLAEYS; JACKSON, 2012).

Outro exemplo são as universidades brasileiras, estudadas por Meyer e Meyer (2013). Observou-se que o mercado tem imposto alterações a essas instituições de educação superior, cuja concorrência tem crescido significativamente, tanto pelo aumento do número de instituições quanto pela entrada de grupos estrangeiros nesse mercado. Meyer e Meyer (2013) identificaram que, diante da busca constante por maior eficiência e desempenho, e da inexistência de abordagens específicas para as universidades, essas instituições têm utilizado de práticas gerenciais de mercado, ou seja, *managerialism*, e que essas práticas têm se mostrado limitadas para as universidades.

O *managerialism* na gestão hospitalar tem sido relatado em países europeus, além de Estados Unidos, Japão, China e Austrália (KUHLMANN; ANNANDALE, 2012). No Brasil, mudanças recentes na gestão estão sendo empregadas a fim de buscar melhorias para um sistema de saúde intitulado de degradado e abandonado (PEREIRA, 2000).

Diante de um sistema complexo como as organizações hospitalares, Meyer, Pascucci e Murphy (2012) ressaltaram que o processo estratégico acontece de maneira distinta. Ao se referir à área de saúde, Zigmond (2009) defendeu que o *managerialism*, ao mesmo tempo em que contribuiu para o fim de práticas clínicas condenáveis, impossibilitou que melhores práticas fossem desenvolvidas e aplicadas.

Para Carlisle (2011), ao adotar gestões verticalizadas, baseadas em metas, medições, classificações e auditorias, ou seja, metodologias de gestão com características de mercado, as organizações de saúde, bem como as de educação, colocaram fim ao compromisso e à criatividade dos agentes ao exercerem suas atividades. Na área de saúde, conforme Campos (2000), são demandados consultores de planejamento para instruir o “como fazer”, e esses profissionais especialistas em planejamento instrumentalizam o processo, sem se preocupar com as finalidades. Contudo, a autora argumenta que “as questões humanas e do mundo social nunca poderiam ser reduzidas ao mundo racional” (CAMPOS, 2000, p. 725), pois ao utilizarem metodologias padronizadas e racionais, os sujeitos são sacrificados (CAMPOS, 2000).

Contudo, independente do saldo entre os benefícios ou malefícios da adoção de práticas *managerialistas* por hospitais, Kuhlmann et al. (2013) destacaram que essa metodologia de gestão já não é apenas uma força externa a ser exercida sobre a organização, mas cresce sua presença também internamente, nas “mentes dos médicos” (KUHLMANN et al., 2013, p. 9). Como exemplo desse tipo de metodologia de gestão, que foi chamado por Pascucci e Meyer Jr (2013) de mecanicista, racional e baseada em previsibilidade, tem-se o PE. Dessa forma, a maneira como o PE é adotado em organizações hospitalares é questionada.

### 3 METODOLOGIA

Esta seção visa a apresentar o percurso metodológico desenvolvido no intuito de responder ao problema de pesquisa, assim como atender ao objetivo geral e aos objetivos específicos propostos por este estudo. Tal seção é de suma importância para este trabalho, uma vez que “os métodos e os procedimentos são o meio científico de prestação de contas pública com respeito à evidência” (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002, p. 29).

#### 3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo como premissa que a adoção do PE, na maior parte das organizações, representa uma prática *managerialista*, ou seja, tem como principal objetivo o desempenho financeiro, definiu-se o seguinte problema de pesquisa:

**Quais as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos?**

##### 3.1.1 Perguntas de Pesquisa

A partir dos Objetivos Específicos que se buscou atingir com este estudo, foram desenvolvidas Perguntas de Pesquisa. Assim, as seguintes perguntas orientaram a realização desse estudo:

- a) Quais as características do Planejamento Estratégico adotado nas organizações hospitalares foco do estudo?
- b) Quais as influências de elementos de SAC no Planejamento Estratégico nas organizações hospitalares estudadas?
- c) Quais as práticas *managerialistas* adotadas no desenvolvimento do Planejamento Estratégico nas organizações estudadas?

- d) Quais as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho financeiro e no desempenho não-financeiro nas organizações hospitalares analisadas?

### 3.1.2 Identificação das Categorias Analíticas

Conforme recomendação de Richardson (2014), a fim de apresentar os principais conceitos utilizados no desenvolvimento desta pesquisa foram elaboradas Definições Constitutivas (DC) para os conceitos considerados fundamentais na discussão proposta. Foram determinadas ainda Definições Operacionais (DO) para esses mesmos conceitos a fim de apresentar como serão observados, coletados em campo e analisados.

#### a. *Managerialism*

DC: Neste estudo, o conceito de *Managerialism* é representado por uma disseminação de metodologias de gestão com características racionalistas (STACEY, 2010), compreendidas hegemonicamente como sendo “modelos eficientes” voltados, sobretudo, ao desempenho e à produtividade (CHANLAT, 2002), independente da natureza e especificidades organizacionais (STACEY, 2010).

DO: Neste estudo, a presença do *managerialism* na adoção do PE pelas organizações estudadas é representada pela identificação de características tais como: a supervalorização do controle e da eficiência, o comprometimento do desempenho não financeiro para o alcance do desempenho financeiro, a adoção do PE de maneira padronizada, acarretando no uso simbólico do PE devido a inadequação dessa metodologia de gestão as características das organizações hospitalares. Tais informações foram obtidas por meio de documentos, sejam eles cedidos pelas organizações estudadas ou de conhecimento público, bem como por meio do Diário de Campo elaborado a partir da observação não participante e de entrevistas em profundidade aplicadas a agentes organizacionais de diferentes níveis hierárquicos, como alta gestão, gestão intermediária administrativa, gestão intermediária especializada e profissionais especialistas.

#### b. Planejamento Estratégico

DC: Neste estudo, o conceito de PE adotado prevê a “determinação das metas de longo prazo e objetivos básicos de uma empresa, bem como a adoção de linhas de ação e alocação de recursos necessários para a realização desses objetivos” (CHANDLER, 1963, p. 13). Para isso, as organizações utilizam metodologias de análises como os desenvolvidos por Chandler (1963), Ansoff (1965), Andrews (1971) e Porter (1980, 1985) que têm como característica comum a previsibilidade. Considera-se, ainda, que o PE contempla as seguintes etapas: 1) **Formulação de Estratégias**: as estratégias são pensadas e definidas em detalhes durante momento que antecede a ação (MINTZBERG; WATERS, 1985); 2) **Implementação de Estratégias**: etapa em que o que foi planejado deve ser executado com rigor ao que foi descrito quando da formulação (MINTZBERG; WATERS, 1985); e 3) **Acompanhamento**: avalia o êxito das estratégias deliberadas, ou seja, se o pretendido de fato funcionou ao ser implementado (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2010).

DO: Neste estudo o PE é representado pela presença de estratégias organizacionais, sendo que elas podem se apresentar de maneira sistematizada (como resultado de um PE) ou não (informalmente, ou seja, apesar da inexistência de um PE sistematizado). O PE foi analisado ainda tendo como base as seguintes etapas: 1º) **Formulação de Estratégias**: representado por reuniões formais ou informais da alta gestão ou equipe de planejamento a fim de definir as estratégias da organização, nessas ocasiões podem ser estabelecidos planos de ação, desdobramentos, metas e indicadores, seja de maneira sistematizada ou apenas verbalmente; 2º) **Implementação de Estratégias**: representado pela ação de agentes organizacionais segundo o planejado nas estratégias e seus desdobramentos, buscando evitar a todo o momento qualquer desvio do que foi pretendido; 3º) **Acompanhamento**: representado pela presença e acompanhamento, seja por meio de sistemas ou manualmente, de indicativos e metas estabelecidos na formulação da estratégia, podendo ter fim em si mesmo ou servir como meio, ou seja, sendo as informações coletadas consideradas quando da próxima formulação de estratégias. As características do PE foram identificadas por meio de documentos, tendo sido esses cedidos pelas organizações estudadas ou de conhecimento público, pelas observações feitas no Diário de Campo pela pesquisadora ou por entrevistas



em profundidade aplicadas a agentes organizacionais de diferentes níveis hierárquicos, como alta gestão, gestão intermediária administrativa, gestão intermediária especializada e profissionais especialistas.

### c. Desempenho Organizacional

DC: Neste estudo, Desempenho Organizacional é definido como os resultados almejados pela organização (GREENLEY, 1994), estejam eles definidos ou não como objetivos pretendidos no PE. Pode ser observado por duas vertentes: Desempenho Financeiro - tem sido utilizado para indicar o sucesso ou não das organizações, em que o lucro é o principal objetivo (KENNERLEY; NEELY, 2003), é apontado como tendo relação de causalidade positiva com o PE (GREENLEY, 1994); e Desempenho Não Financeiro - resultados almejados que não estão relacionados só a lucratividade da organização, mas também a questões sociais e morais que essa possui (HANDY, 2009).

DO: Neste estudo é representado pelos objetivos expressos no PE, bem como pelos objetivos buscados pelo Hospital detectados na coleta de dados, mesmo que não estejam previstos no PE. A relação objetivo/desempenho foi considerada representativa para o desempenho financeiro quando se referiu às finanças da organização, como aumento no número de atendimentos, ampliação de serviços de alto-custo, ou seja, fatores que influenciam diretamente na lucratividade da organização. Em contrapartida, a relação objetivo/desempenho foi considerada representativa para o desempenho não financeiro quando se referiu a questões que beneficiem a sociedade, como qualidade nos serviços prestados, humanização no atendimento, ou seja, fatores que contribuem para a satisfação dos clientes/pacientes. Para identificar o Desempenho pretendido pelos Hospitais foram considerados a observação não participante da pesquisadora, os documentos disponibilizados pelas organizações ou de acesso público, assim como as respostas a entrevistas concedidas por agentes organizacionais de diversos níveis hierárquicos, como alta gestão, gestão intermediária administrativa, gestão intermediária especializada e profissionais especialistas.

### d. Hospital como Sistema Adaptativo Complexo

DC: Este estudo compreende hospitais como Sistema Adaptativo Complexo, o que nesse caso corresponde ao fato de esses serem “formados por um número de componentes, ou agentes, interagindo uns com os outros de acordo com conjuntos de regras chamados esquemas de tal maneira a melhorar o seu comportamento e, assim, o comportamento do sistema, que eles compreendem” (STACEY, 1996, p. 183). Considera-se ainda que os hospitais enquanto SAC são caracterizados pela (d.1) Interação entre Agentes (STACEY, 1996); (d.2) Não linearidade (STACEY, 1996); e (d.3) Aprendizado.

DO: Os hospitais estudados são identificados como Sistemas Adaptativos Complexos a partir da presença de múltiplos agentes organizacionais se relacionando de maneira que essa interação resulte em aprendizado e melhorias na organização. A interação, o aprendizado e as melhorias na organização serão detectadas por meio de entrevistas com agentes organizacionais de diversos níveis hierárquicos, em que esses foram incentivados a relatar como acontecem as relações entre agentes, se há descobertas e trocas de experiências e como essas impactam na organização.

#### *d.1 Interações entre agentes*

DC: Trata-se, neste estudo, da relação estabelecida entre a multiplicidade de agentes organizacionais de maneira não prevista (CILLIERS, 2002; McDANIEL, 2007; STACEY, 2012), seja por meio de sistemas formal ou informal de interação (STACEY, 1996). Esses agentes organizacionais possuem interesses diversos, que nem sempre são claros (CARLISLE, 2011), podendo inclusive serem conflitantes (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006).

DO: A interação entre os agentes, neste estudo, é representada por meio da identificação da relação entre agentes organizacionais, seja de maneira formal ou não, com o intuito de resolver conflitos e divergências estratégicas. Para detectar a presença dessas interações foram utilizados a observação não participante, cujos dados coletados

compuseram o Diário de Campo, e as informações obtidas junto aos entrevistados.

#### d.2 Não linearidade

DC: A não linearidade é aqui definida pela impossibilidade de determinar apenas um resultado para determinada ação, ou seja, um único *feedback* previsto com antecedência, uma única consequência para uma ação, tem-se um resultado/consequência não linear, um *feedback* não linear (STACEY, 1996).

DO: A não linearidade é representada pela comparação entre os resultados esperados e os resultados obtidos com as estratégias definidas no PE. Por meio dos dados coletados no Diário de Campo desenvolvido quando da observação não participante, dos documentos iniciais e finais do PE, assim como das informações concedidas nas entrevistas sobre o que era pretendido com determinada estratégia e o que foi alcançado, foi possível detectar a presença da não linearidade nas organizações estudadas.

#### d.3 Aprendizado

DC: O aprendizado, neste estudo, segue definição de McDaniel (2007), que define o conceito como a capacidade dos agentes organizacionais se adaptarem a situações novas. Ao estarem diante de situações inesperadas e desconhecidas, cabe aos agentes organizacionais descobrir e aprender, ou seja, modificar os esquemas que possuíam a fim de possibilitar a formação de novos esquemas (STACEY, 1996).

DO: As situações que se caracterizam como aprendizado são representadas neste estudo pela incorporação de novas ações, comportamentos e iniciativas no desenvolvimento das atividades dos agentes organizacionais envolvidos no PE ou, na ausência dessa metodologia de gestão de maneira sistematizada, na definição de estratégias organizacionais. Para operacionalizar tal constatação foram

considerados: os dados coletados no Diário de Campo desenvolvido quando da observação não participante, documentos em que são relatadas mudanças nas ações, comportamentos e iniciativas dos agentes organizacionais, além das informações obtidas junto aos entrevistados.

## 3.2 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA

### 3.2.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa tendo em vista a natureza do objeto, o problema de pesquisa e a corrente de pensamento envolvida, conforme orientam Sá-Silva, Almeida e Guidani (2009). Foi desenvolvido um estudo comparativo de casos, de natureza descritiva e *ex-post-facto* por se tratar de fenômenos que ocorreram em período anterior ao do desenvolvimento da pesquisa. O estudo de caso visa o “conhecimento amplo e detalhado” (GIL, 1989, p. 78) do objeto de estudo, em que se torna possível conhecer em profundidade o fenômeno a ser estudado. O nível de análise foi o organizacional e a unidade de análise a percepção dos agentes no que se refere às implicações do PE no desempenho das organizações hospitalares estudadas (RICHARDSON, 2014).

A pesquisa qualitativa, segundo Bauer, Gaskell e Allum (2002), trata de interpretações das realidades sociais. Desta forma, o mundo social é reconhecido como um ambiente construído por pessoas, sem que essas mesmas pessoas tenham estabelecido as condições (GASKELL, 2002). Neste estudo se buscou, então, “estabelecer o significado de um fenômeno a partir do ponto de vista dos participantes” (CRESWELL, 2003, p. 37), e de maneira adequada “entender a natureza de um fenômeno social” (RICHARDSON, 2014, p. 79).

O estudo comparativo de casos se baseou em duas organizações localizadas na Região Sudeste. Entre os critérios para seleção dos hospitais, buscou-se

organizações com realidades distintas entre si e com características de gestão que as distinguem do mercado em que atuam: um Hospital de uma cooperativa médica e um Hospital Universitário Federal, denominados para fins dessa pesquisa de Hospital Alfa e Hospital Beta, respectivamente, visando a não identificação dos mesmos.

A comparação entre hospitais com realidades distintas no que diz respeito à fonte de recursos, ou seja, um privado e outro público, justifica-se por permitir analisar se, por se tratarem de hospitais, algumas peculiaridades de gestão são comuns. Entre essas peculiaridades está, principalmente, a influência dos elementos de SAC e do *managerialism*, bem como no tipo de desempenho buscado pelas organizações ao adotarem o PE.

Por características de gestão que as distinguem de outras organizações do mercado entende-se que os hospitais estudados apresentam, além dos *stakeholders* comuns a organizações hospitalares, grupos políticos internos que tendem a acentuar a disputa de poder nessas organizações, uma vez que o mais alto cargo de gestão em ambas é ocupado por agente eleito pelos próprios agentes organizacionais. Além disso, os hospitais estudados possuem estruturas hierárquicas menos rígidas, pois como há a possibilidade de rotatividade de poder entre os agentes, o subordinado em uma gestão poderá ser o superior na próxima e vice-versa. Soma-se a isso o fato dos cooperados, no caso do Hospital Alfa, e dos servidores públicos, no caso do Hospital Beta, terem maior estabilidade nas posições/funções que ocupam se comparados a contratações de agentes no mercado de trabalho.

O período analisado compreendeu o que se denominou um ciclo completo do PE das organizações hospitalares Alfa e Beta. Nesse caso, por ciclo completo se entende: início com a etapa de formulação do PE na organização e fim quando o acompanhamento do planejamento desenvolvido na formulação é dado por encerrado, podendo variar o tempo de acordo com o período de duração do PE de cada organização. O ciclo completo do PE estudado no Hospital Alfa teve início em setembro de 2011, com a formulação das estratégias e foi encerrado em dezembro de 2015, com o final do acompanhamento do que foi formulado para esse ciclo. E no

Hospital Beta, o ciclo de PE que serviu como base para esse estudo teve início em 2010 e a gestão que deu origem ao mesmo se encerrou em 2013.

Como o estudo se refere a um determinado momento do tempo de cada organização pesquisada, é considerado de corte transversal (EISENHARDT, 1989). Tal corte se justifica por tratar do contexto encontrado quando da coleta dos dados e compreender um ciclo completo do PE, possibilitando estudar os objetivos da pesquisa em todas as etapas desse processo (RICHARDSON, 2014).

### 3.2.2 Organizações Pesquisadas

#### 3.2.2.1 Hospital Alfa

O Hospital Alfa pertence a uma cooperativa médica e todo o quadro de colaboradores médicos que atuam no hospital é formado por cooperados. Foi fundado em 2003 e ocupa uma área de 16 mil metros quadrados, onde são realizados atendimentos de natureza privada exclusivamente aos clientes do plano de saúde também da cooperativa. Especializado em atendimentos de alta complexidade, dispõe de mais de 170 leitos para diversos graus de complexidade de atendimento.

A manutenção financeira do hospital depende de repasse de recursos de sua mantenedora, chamada pelos agentes organizacionais de operadora. A mantenedora tem como principal negócio a comercialização de planos de saúde e, para atender seus clientes de plano de saúde, disponibiliza o Hospital Alfa, dentre outras estruturas próprias. Assim, remunera os serviços prestados pelo hospital de acordo com o procedimento realizado e tem o poder de interferir nos investimentos a serem executados no hospital, bem como nas principais diretrizes estratégicas da organização.

O PE do Hospital Alfa é desenvolvido para quatro anos, período que coincide com a vigência de um mandato administrativo. A cada ano são feitas revisões, a fim de realizarem as adequações necessárias. A mantenedora dispõe de uma equipe de PE que coordena, inclusive, o PE do hospital. Os agentes dessa equipe são chamados na própria organização de consultores, sendo que um desses consultores

atende ao Hospital Alfa. Embora o PE seja desenvolvido para a mantenedora, o Hospital possui estratégias próprias, relacionadas às da mantenedora, porém com planos de ação, projetos, indicadores e metas específicos para suas necessidades. Essa equipe de planejamento é responsável por realizar a análise de cenário, agendar as reuniões para Formulação de Estratégias do PE e também pelo Acompanhamento, cobrando aos responsáveis pelos indicadores a manutenção dos dados atualizados no sistema.

O Planejamento Estratégico estudado no Hospital Alfa teve início em setembro de 2011. Na primeira fase, de Formulação, o presidente e os diretores da mantenedora determinaram as diretrizes gerais. Posteriormente, essas diretrizes foram apresentadas a alta gestão e a gestão intermediária do Hospital para que fossem apontadas possíveis estratégias, planos de ação, metas e indicadores. Esse esboço do PE foi, então, analisado pelo presidente e pelos diretores da mantenedora, que determinaram quais estratégias seriam consideradas no PE, com autonomia para modificar o que julgaram necessário. Em março de 2012, iniciou-se a fase de Implementação, bem como o Acompanhamento, sendo encerrado o ciclo desse PE em dezembro de 2015.

Para fins dessa pesquisa, os agentes organizacionais do Hospital Alfa foram divididos em seis grupos:

<b>Grupo</b>	<b>Componentes</b>	<b>Forma de acesso ao cargo</b>	<b>Quantidade de Entrevistados</b>
<b>Alta Gestão</b>	Presidente, Superintendentes e Diretores	Presidente – cooperado eleito pelos demais cooperados para atuar na mantenedora	2
		Superintendente – contratação	
		Diretores Administrativos – cooperados indicados pelo presidente	
		Diretor Clínico – cooperado eleito pelos cooperados que atuam no hospital	
<b>Gestão Intermediária Administrativa</b>	Gerentes e coordenadores de áreas administrativas	Contratação	2
<b>Gestão Intermediária</b>	Gerentes e coordenadores de áreas	Coordenadores médicos – cooperados indicados pelo	2

<b>Especializada</b>	assistências, como coordenadores das diversas especialidades	presidente Outras especialidades - contratação	
<b>Profissionais Especialistas</b>	Médicos	Cooperados com atuação no hospital	1
<b>Equipe PE</b>	Gerente, coordenador e analistas/consultores	Contratação	3
<b>Conselheiros</b>	Agentes dos diversos conselhos da mantenedora, como Administrativo, Social e Técnico	Cooperados eleitos pelos demais cooperados	2

Quadro 2 - Classificação dos agentes organizacionais do Hospital Alfa  
Fonte: Pesquisa

### 3.2.2.2 Hospital Beta

O Hospital Beta é um hospital federal universitário, atuando, além da assistência, com ensino, pesquisa e extensão. Atende a demanda de formação de 14 cursos de graduação, além de cursos de pós-graduação, todos vinculados a universidade da qual o hospital é autarquia. Com relação à assistência, o atendimento é 100% público, integrando a rede do Sistema Único de Saúde por meio da gestão de vagas feita pela Secretaria de Estado da Saúde. Grande parte da estrutura física do hospital foi construída na década de 1940 para o funcionamento de um sanatório. Quando da realização do estudo, os entrevistados apontaram como um dos principais problemas do hospital justamente a adequação da estrutura as normas então vigentes. Tal situação tem implicação, inclusive, na quantidade de leitos disponibilizados pelo hospital para atendimento.

Financeiramente, o Hospital Beta recebe recursos do Ministério da Educação e do Governo Estadual. Com esse último, o hospital tem contrato de prestação de serviços assistenciais. O contrato prevê atendimentos diversos, desde consultas especializadas a pronto-socorro e cirurgias de alta complexidade. Os procedimentos seguem valores estabelecidos na tabela nacional do Sistema Único de Saúde.

No período analisado para este estudo, o superintendente, cargo maior na gestão do Hospital Beta, era eleito de maneira direta. Estavam aptos a se candidatar ao cargo professores vinculados ao centro acadêmico que utiliza as dependências



do hospital como laboratório. O mandato do superintendente tinha duração de 4 anos.

O Hospital Beta não possui uma rotina de Formulação de Estratégias do PE. Conforme depoimentos, o Hospital já desenvolveu quatro PEs, todos a partir de iniciativas do superintendente à frente da gestão ou por necessidade de atender a demandas externas, por exemplo, por exigência do Governo Federal. O ciclo de PE estudado foi desenvolvido com a contribuição de uma equipe de Planejamento da Universidade, em uma relação que se assemelhou a uma consultoria. Porém, antes mesmo do encerramento da gestão, o PE já não era Acompanhado, prevalecendo assim uma gestão estratégica que cumpria algumas das propostas do PE.

O Planejamento Estratégico do Hospital Beta estudado nesta pesquisa foi desenvolvido para compor o plano de reestruturação do hospital. Esse plano foi entregue ao Governo Federal como uma das exigências para atender ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – Rehuf. Para o desenvolvimento do PE, a gestão do hospital solicitou o apoio de servidores que atuam na Pró-reitoria de Planejamento da Universidade. Esses servidores atuaram como consultores, conduzindo a Formulação de Estratégias. A Implementação e o Acompanhamento, no entanto, seriam feitos por agentes do próprio hospital.

O ciclo de PE que serviu como base para esse estudo teve início em 2010, com reuniões entre os consultores, a alta gestão e a gestão intermediária. Outros *stakeholders* também foram convidados a participar do processo de Formulação, como sindicatos, Governo do Estado e a Universidade, porém a adesão entre esses foi considerada baixa. Houve um esvaziamento do processo de Formulação das Estratégias, com participação de 5 a 6 agentes nas últimas reuniões. A Implementação e o Acompanhamento iniciaram ainda em 2010. Em 2013, houve o encerramento da gestão vigente e um novo modelo de gestão foi adotado no Hospital. Com isso, o Planejamento Estratégico foi dado como encerrado e um novo Planejamento foi desenvolvido.

A gestão do Hospital Beta no período estudado é visto pelos próprios gestores como um grande desafio. O período que antecedeu a Formulação de

Estratégias estudado foi marcado pela renuncia de um superintendente eleito, que um mês após assumir o hospital, disse que o mesmo não seria administrável. Após novas eleições, chegou-se a um novo superintendente.

Para fins dessa pesquisa, os agentes organizacionais do Hospital Beta foram divididos em seis grupos:

<b>Grupo</b>	<b>Componentes</b>	<b>Forma de acesso ao cargo</b>	<b>Quantidade de Entrevistados</b>
<b>Alta Gestão</b>	Superintendente e Diretores	Superintendente – servidor da Universidade eleito de maneira direta pelos servidores do hospital	2
		Diretores - indicação do superintendente dentre os servidores da Universidade ou do Hospital	
<b>Gestão Intermediária Administrativa</b>	Chefes de divisão de áreas administrativas	Servidores do Hospital	2
<b>Gestão Intermediária Especializada</b>	Chefes de divisão de áreas assistências	Servidores do Hospital	3
<b>Profissionais Especialistas</b>	Médicos	Servidores do Hospital	2
<b>Profissionais do Ensino</b>	Chefes de departamentos e professores com atuação no Hospital	Servidores da Universidade	1
<b>Agentes Externos</b>	Consultores	Servidores da Universidade	2

Quadro 3 - Classificação dos agentes organizacionais do Hospital Beta

Fonte: Pesquisa

### 3.2.3 Fonte e Coleta de Dados

As fontes de coleta de dados foram três: entrevista em profundidade, observação não participante e documentos. Esses métodos de geração de dados foram definidos a fim de permitir a triangulação dos dados e evitar possíveis vieses, conforme recomendado por Flick (2004), principalmente por se tratar de um estudo *ex-post-facto*.

Para as entrevistas foi adotado um roteiro de entrevista (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002), no qual foram elencados tópicos a fim de lembrar o entrevistador dos

pontos a serem abordados na entrevista, conforme Apêndice 2. Esse roteiro de entrevista foi utilizado para todos os níveis hierárquicos, sendo realizadas perguntas espontâneas pelo pesquisador conforme detectada a necessidade de aprofundamento em algum tema abordado nas respostas dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas com cada agente organizacional individualmente com o objetivo de identificar sob a perspectiva de cada entrevistado as características do PE adotado nas organizações hospitalares foco do estudo, analisar as práticas *managerialistas* do PE nas organizações estudadas e examinar as influências de elementos de SAC no PE nas organizações hospitalares estudadas.

As entrevistas foram realizadas face a face (COZBY, 2003), gravadas mediante autorização dos entrevistados e, posteriormente, transcritas a fim de facilitar a análise dos dados obtidos. Dois entrevistados, sendo um de cada hospital estudado, solicitaram que parte da entrevista não fosse gravada, nesses casos foram feitas anotações pela pesquisadora no Diário de Campo. Ao todo foram realizadas 24 entrevistas, o que equivaleu a 1024 minutos de gravação e 216 páginas de transcrição *ipsis litteris*.

Os dois primeiros entrevistados de cada organização foram identificados por meio de amostra não probabilística do tipo intencional (RICHARDSON, 2014) por ter como foco agentes da alta administração envolvidos diretamente na gestão estratégica. Posteriormente, a sequencia de entrevistados foi identificada por meio da técnica de amostragem do tipo bola de neve (MALHOTRA, 2006), em que os primeiros entrevistados indicam os entrevistados subsequentes, os quais indicam os entrevistados seguintes. Foram cessadas as entrevistas quando atingida a “saturação da informação”, ou seja, quando o conteúdo obtido por meio das entrevistas começou a se repetir nas entrevistas seguintes, sem que fossem acrescentadas informações novas relevantes para o estudo, ou mesmo quando os nomes dos indicados para as entrevistas começaram a se repetir (NICOLACI-DACOSTA, 2007). A partir desta técnica é ampliada a chance de chegar as fontes que detenham as informações almejadas para o estudo, com variância considerável e custos de amostragem que podem ser considerados relativamente baixos (MALHOTRA, 2006).

No Hospital Alfa, antes de iniciar as entrevistas em profundidade com os agentes do hospital propriamente, foi realizada uma entrevista com agentes da equipe de planejamento da mantenedora, a fim de melhor compreender a interferência das diretrizes da mantenedora no PE do hospital. Após essa entrevista inicial, foram realizadas 12 entrevistas no Hospital Alfa, totalizando 424 minutos de gravação e 100 páginas de transcrição *ipsis litteris*. Já no Hospital Beta foram realizadas 12 entrevistas, totalizando 600 minutos de gravação e 116 páginas de transcrição *ipsis litteris*.

Os entrevistados foram distribuídos entre os grupos de agentes organizacionais e identificados na análise dos dados da seguinte maneira:

Grupo	Identificação do Entrevistado	
	Hospital Alfa	Hospital Beta
Alta Gestão	A1 e A2	B1 e B2
Gestão Intermediária Administrativa	A3 e A4	B3, B4 e B5
Gestão Intermediária Especializada	A5 e A6	B6 e B7
Profissionais Especialistas	A7	B8
Equipe PE	A8, A9 e A10	B11 e B12
Conselheiros	A11 e A12	-
Profissionais do Ensino	-	B9 e B10

Quadro 4 - Identificação dos entrevistados dos Hospitais Alfa e Beta  
Fonte: Pesquisa

A observação não participante foi desenvolvida de modo que o pesquisador atuou apenas como espectador atento junto aos gestores, não participando como agente do grupo, sendo as informações documentadas em um diário de campo. Essa técnica é indicada em estudos profundos nas ciências sociais (RICHARDSON, 2014). Durante o período de coleta de dados das entrevistas, foram observadas situações naturais, sem que houvesse qualquer preparo ou mudança no ambiente, conforme indicado por Flick (2004) para pesquisa qualitativa. Assim, quando autorizado pelos gestores, o pesquisador participou de reuniões sobre o PE e seus desdobramentos, nas quais observou e anotou no diário de campo como se manifestam as características do PE adotado em uma organização hospitalar, as características que permitem identificar o PE como uma prática *managerialista* e a

influência dos elementos da complexidade na aplicação das abordagens empresariais de gestão no ambiente hospitalar.

Os documentos consultados, por sua vez, contribuíram para a construção da evolução histórica das organizações pesquisadas, sobretudo no que diz respeito às características do processo de gestão foco da pesquisa. Como documentos foram considerados os registros cedidos pelas organizações mediante solicitação formal a ser encaminhada a alta gestão e os documentos fornecidos pelos próprios entrevistados, além daqueles encontrados nos sites institucionais dos hospitais estudados e, ainda informações públicas relacionadas à proposta de estudo, bem como àquelas disponíveis publicamente no interior das organizações estudadas.

#### 3.2.4 Análise dos Dados

Para a análise dos dados foram empregadas técnicas distintas, atendendo as necessidades do tipo de dado coletado. A análise de narrativa foi aplicada aos dados coletados nas entrevistas e aos obtidos pela observação não participante e constantes, assim, no Diário de Campo. Já aos dados obtidos em documentos foi aplicada a análise documental, conforme descrito a seguir.

Aos dados primários foi empregada a técnica de análise de narrativa (ERIKSSON; KOVALAINEN, 2008), uma vez que se refere a uma técnica capaz de contribuir “no processo de interpretação, compreensão e partilha de conhecimentos” (ERIKSSON; KOVALAINEN, 2008, p. 210). Embora, segundo Herman (2007), a narrativa contraste com a cientificidade das metodologias regidas pelas leis, em nada é inferior a essas, sendo uma alternativa quando se trata de transmitir conhecimento sobre o tempo, o processo e a mudança. Para Tsoukas e Dooley (2011), ao estudar a Complexidade é preciso superar as dualidades, como “pensamento narrativo x razão lógica” (TSOUKAS; DOOLEY, 2011, p. 733). Eriksson e Kovalainen (2008) apontam ainda distintas formas de análise de narrativas. Para fins deste estudo foi utilizada a análise de significado, por ser a mais adequada quando o foco está no conteúdo, no “o que é dito” (ERIKSSON; KOVALAINEN, 2008, p. 218).

Assim, os dados coletados nas entrevistas, juntamente com os dados do Diário de Campo desenvolvido por meio da observação não participante, foram organizados e interpretados, servindo como base para o desenvolvimento de narrativas descritas pela pesquisadora. Para cada entrevista realizada foi construída uma narrativa. A partir dessas narrativas individuais, foi desenvolvida uma narrativa síntese para cada organização pesquisada, tendo como base as informações obtidas pela pesquisadora como mais consistentes e fidedignas a realidade. Nessas narrativas se buscou reconstruir a descrição de PE adotado na organização, as influências sofridas por essa metodologia de gestão no que diz respeito às características da organização, bem como o significado de desempenho para o hospital.

Aos dados secundários foi empregada a técnica de análise documental uma vez que se almeja “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação” (BARDIN, 1977, p. 45). Por meio dessa análise, buscou-se produzir e reelaborar os conhecimentos, sendo com isso possível entender os fenômenos de outras maneiras, interpretá-los, sintetizar os dados, encontrar tendências e, conseqüentemente, fazer inferências (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 10).

### 3.2.5 Limitações da Pesquisa

Este estudo apresenta como principais limitações detectadas pela pesquisadora:

- a) A dependência do estudo da memória dos entrevistados sobre os fatos, já que se trata de uma pesquisa *ex-post-facto*. A construção de narrativas agregando as informações obtidas de todos os entrevistados, observando assim as informações congruentes e complementares visou a diminuir o impacto dessa limitação no resultado final, bem como o uso de documentos que ratifiquem os relatos recebidos;
- b) Alguns dos agentes que exerciam cargos importantes de gestão e que foram indicados por outros agentes para serem entrevistados não aceitaram conceder entrevista. A fim de minimizar essa limitação, buscou-

se entrevistar tantos agentes quanto fosse possível até que os assuntos fossem abordados de maneira repetitiva o suficiente para que pudessem ser tidos como credíveis.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido respeitando a individualidade dos entrevistados e o direito desses de se manifestarem, bem como de se negarem a responder quaisquer das questões a eles feitas pelo pesquisador. Desde o primeiro contato com os potenciais entrevistados, ou seja, aqueles que atendem aos critérios para serem fontes desta pesquisa, foi dado ciência do objetivo da pesquisa e liberdade de participação ou não como fonte do estudo.

Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado no Anexo A deste trabalho, os entrevistados receberam as principais informações sobre a pesquisa. Conforme consta no Termo, todo o procedimento de pesquisa descrito obedeceu rigorosamente aos critérios éticos estabelecidos pela legislação vigente que regulamenta pesquisa com seres humanos. As entrevistas seguiram técnica padrão cientificamente reconhecida e foram aplicadas em local escolhido pelo entrevistado. Foram preservados o sigilo das informações e a identidade dos participantes, sendo que os registros das informações estão sendo utilizados para fins exclusivamente científicos e divulgação em congressos e publicações científicas, se resguardando sempre o anonimato dos participantes.

Os participantes tiveram a liberdade de interromper ou desistir da participação em qualquer fase da pesquisa. Dúvidas, informações complementares e esclarecimentos foram fornecidos a qualquer momento aos participantes. As transcrições com os dados produzidos serão mantidos por cinco anos e depois serão inutilizados.

Além disso, o projeto de pesquisa deste estudo foi submetido à Plataforma Brasil com o objetivo de aprová-la junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, assim, garantir transparência na realização da mesma, uma vez que todas as pesquisas aprovadas pelo CEP se tornam dados públicos de acesso à sociedade. Trata-se de uma base nacional e unificada para todo o sistema de Comitê de Ética em Pesquisa no qual são registradas pesquisas com envolvimento de seres humanos. Embora para o desenvolvimento deste estudo não houve nenhum contato com pacientes ou quaisquer outra fonte que não faça parte da equipe de profissionais do hospital, bem como não foram necessários dados vinculados a pacientes, como prontuários e ficha cadastral, o fato de envolver entrevistados foi entendido como suficiente para tal aprovação.

Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, órgão que aprovou o desenvolvimento desta pesquisa.



## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados foi dividida em quatro seções. Na primeira seção foram analisadas as características do PE de cada organização estudada. Posteriormente, na segunda seção, são apresentadas as influências dos elementos de SAC: interação entre os agentes (STACEY, 1996), não linearidade (STACEY, 1996) e aprendizado (McDANIEL, 2007), nas etapas do PE dos hospitais estudados. Já na terceira seção, as manifestações das características *managerialistas* dessa metodologia de gestão são abordadas. Por fim, na quarta seção, foi realizado um comparativo dos achados de cada hospital. Durante toda a análise foram abordadas características que identificam as implicações do PE no desempenho buscado pelas organizações.

### 4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO HOSPITAL ALFA

O Planejamento Estratégico, as influências do elementos de SAC no PE e as práticas *managerialistas* do PE foram analisados no Hospital Alfa, conforme apresentado a seguir.

#### 4.1.1 Planejamento Estratégico do Hospital Alfa

O Planejamento Estratégico do Hospital Alfa se caracteriza por um processo de Formulação *top-down*, cuja Implementação apresenta falhas, não correspondendo exatamente ao que foi formulado. As falhas na Implementação se devem a divergência de entendimento entre o que foi Formulado e o que deve ser executado, bem como pelos eventos imprevistos que acontecem durante o período de Implementação, que acarretam em um novo planejamento ou em estratégias emergentes. Para acompanhar a Implementação das estratégias o Hospital utiliza de sistematização, contudo as estratégias emergentes predominantes ameaçam a

eficácia desse Acompanhamento. O Quadro 5, constante abaixo, apresenta um resumo das características do PE do Hospital Alfa.

Característica	Hospital Alfa	Evidências
Formulação	<i>Top-down</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo extenso de Formulação das estratégias, - Direcionado pela alta gestão - <i>top-down</i>;</li> <li>- Alta gestão traça as diretrizes e aprovar ou não as estratégias;</li> <li>- Baixa participação de gestores intermediários especializados.</li> </ul>
Implementação	Processo falho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grande parte das estratégias não são executadas como planejadas;</li> <li>- Processo marcado pela presença de estratégias emergentes e de novas estratégias planejadas;</li> <li>- Assincronismo entre Formulação e Implementação;</li> <li>- Separação entre quem formula e quem implementa as estratégias;</li> <li>- Responsáveis pela Implementação nem sempre compreendem o que foi proposto na Formulação.</li> </ul>
Tipo de Estratégia	Predominantemente Emergente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imprevisibilidade e entendimentos distintos sobre o planejado levam a ações não previstas;</li> <li>- Ações estratégicas executadas de maneira urgente;</li> <li>- Reconhecimento posterior de que determinada ação foi estratégica.</li> </ul>
Acompanhamento	Sistemático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de software de gestão para o acompanhamento dos indicadores e metas;</li> <li>- Predominância de medidas quantitativas;</li> <li>- Estratégias emergentes demoram a integrar o sistema de acompanhamento.</li> </ul>

Quadro 5 - Características do Planejamento Estratégico do Hospital Alfa

Fonte: Pesquisa

Na etapa de Formulação de Estratégias, o Hospital Alfa se caracteriza por apresentar uma Formulação *top-down*, atendendo sobretudo aos interesses da mantenedora. Para isso, o processo tem início com a realização da análise de cenário interno e externo, nos termos de Johnson, Scholes e Whittington (2007). Tal análise desenvolvida pela organização confirma a característica de previsibilidade apontada por Morgan (2007) para o PE. No entanto, conforme já havia sido relatado por Mintzberg e Waters (1985) e Mintzberg (2004), as previsões feitas acerca do cenário não se concretizam e tornam o processo de Formulação de Estratégias equivocado. A impossibilidade de prever corretamente o cenário é reconhecida por agentes da organização.

Porque o mais difícil do Planejamento Estratégico no hospital é você conseguir acertar o cenário, porque você tem seu o cenário de necessidades hoje de operadora, você sabe as necessidades da população, você tem as estimativas todas de número de usuários, de pacientes que você atendeu, perfil epidemiológico desses pacientes, você sabe as necessidades que vai ter que trazer. Agora, como que você vai trazer isso,

resolver isso e trocar isso em estratégias e resultados que é o X da questão de um cenário que você não sabe como vai estar. Então acho que esse é o principal ponto hoje, no Planejamento Estratégico, acertar o cenário. (Relato de A2)

Após a Análise de Cenários, as propostas de estratégias são discutidas pela gestão intermediária da organização seguindo as diretrizes traçadas pela alta gestão, nesse caso Diretoria e Conselho Administrativo da mantenedora. Essas estratégias retornam, então, para alta gestão da mantenedora visando à aprovação ou não do que foi formulado. Essa aprovação das estratégias pelos executivos principais corrobora com o que foi previsto por Chandler (1963): os agentes devem realizar aquilo que a alta gestão determina por meio da estratégia, e posteriormente percebido por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2010): diante da presença de uma equipe de planejamento, ao executivo principal e, junto a ele, à alta gestão, cabe o papel de aprovar as estratégias planejadas.

Assim, os primeiros direcionamentos para definição das estratégias atendem aos interesses da mantenedora, num sentido *top-down*, conforme relatado em entrevista por A1, agente da alta gestão do Hospital: “Porque a operadora que vai ditar ordens de determinadas coisas que a gente tem que cumprir para o atingimento do objetivo”. Num segundo momento, faz-se o sentido inverso, quando as estratégias são desenvolvidas pela gestão intermediária, com a supervisão da equipe de planejamento, para posterior análise do topo, num sentido *bottom-up*, a fim de que sejam sancionadas.

Embora haja a participação dos gestores intermediários, cabe a alta gestão dar os direcionamentos e posteriormente aprovar ou recusar as estratégias propostas, bem como estabelecer as prioridades dentre elas. Tal situação pode ser interpretada como a manifestação de uma hierarquia mais rígida, o que contradiz o previsto por Etzioni (1976) e por Mintzberg (2003) ao tratarem do papel de apoio que devem exercer a alta gestão e os gestores administrativos na organização hospitalar, onde os profissionais especialistas deveriam ter maior autonomia de atuação. Essa contradição pode ser uma das causas das falhas que podem ser observadas na Implementação das Estratégias, já que nessa etapa os profissionais especialistas e mesmo a gestão intermediária especializada tem maior participação e, exercendo sua autonomia, não cumprem com o planejado.

Além disso, não é toda a equipe de gestores intermediários que participa da Formulação de Estratégias. As áreas são convocadas a colaborar conforme o assunto que culminará em estratégia. São realizadas, então, reuniões com a participação dos gestores dessas áreas para discussão e Formulação de Estratégias.

Tem um momento que você tem uma participação mais ativa no Planejamento Estratégico, quando você tem algum indicador da sua área que desdobra algum indicador lá de cima do Planejamento. Aí a gente participa das reuniões de Planejamento, de indicador e tudo mais, junto com a alta direção da operadora. E fora desse momento, a gente não participa de reuniões, a gente é convidado para alguns eventos: de abertura, de fechamento. (Relato de A11)

Conforme nota do diário de campo, os gestores intermediários são convocados a participar das reuniões, das quais não podem estar ausentes, mesmo que para isso tenham que ir a empresa durante período de férias exclusivamente para a reunião de Formulação de Estratégias. Tal situação pôde ser observada pela pesquisadora em relação à equipe administrativa. Em contrapartida, quando se trata da participação de profissionais especialistas que ocupam cargo de gestão intermediária, há uma grande dificuldade de motivar essa participação, sendo comum o relato de ausências desses gestores em reuniões do PE, que são vistas por esses como administrativas. Isso demonstra a divergência de interesses entre os agentes, conforme relatado por Jarzabkowski e Fenton (2006), em que, diante da pluralidade de agentes, interesses distintos são perseguidos e influenciam na participação e na interação entre os agentes.

Encerrada a Formulação, o PE é apresentado aos gestores numa reunião de abertura, que oficializa o início da etapa de Implementação, processo semelhante ao apontado por Johnson et al. (2010), em que o Planejamento Estratégico é realizado sem vínculo com o dia-dia organizacional, numa espécie de desvinculação. A divulgação do que foi planejado e é esperado para os próximos quatro anos da organização é feita também por meio de quadros em pontos visíveis do Hospital, e-mails, revista e pela intranet. Gestores do operacional dizem disseminar o PE para suas equipes por meio de reuniões e de agentes da própria equipe que atuam como propagadores das informações do PE e dos planos de ação que dependem da participação da equipe. O envolvimento dos profissionais especialistas, responsáveis pela atividade fim, é tido como essencial, porém há diversos relatos por parte dos

gestores da dificuldade em envolvê-los, possivelmente pelos interesses distintos em relação a organização (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), embora parte desses agentes sejam inclusive sócios da organização.

O principal desafio que a gente tem é uma boa adesão das equipes e conhecimento. Muitas vezes, apesar de ter e-mail que você recebe, uma revista só de Planejamento Estratégico, muitas pessoas, às vezes, só vêm no hospital e trabalham. Muitas perguntam: “indicador de quê? para quê serve?”. Então, na verdade, o maior desafio que a gente tem é de manter a equipe consciente da necessidade dele e que a implementação é importante, que a adesão a esse tipo de planejamento só vai gerar benefício para o hospital, a missão dele é gerar qualidade. Se você tem qualidade de serviços no hospital, você vai dar qualidade para quem é atendido e para quem trabalha também. (Relato de A6)

A situação citada pelo gestor pode ser comprovada ao entrevistar profissionais especialistas da organização, que relataram:

O que acontece conosco, colegas médicos, é que não existe uma preocupação, um interesse em procurar saber o que vai ser feito, o que está sendo feito, porque aconteceu isso, porque aconteceu aquilo. Não é que a informação não chega, eu acho que a informação chega, não tem é interesse. A gente tem um portal aqui que mostra tudo, se você quiser você abre esse portal, você vê tudo, mas não existe interesse. É a falta de interesse em procurar saber o que está acontecendo no hospital para melhorar. (Relato de A5)

É como eu estou falando, eu acabo usando pouco o portal, eu acabo acessando pouco. Então eu não vejo muito, não estou muito por dentro, para ser sincera, dessa parte administrativa, dessa parte que é dessas pesquisas, desse levantamento. Mas eu sei que sempre tem, eles colocam. Porque para chamar os médicos daqui para irem nas reuniões científicas já é um custo, que não é todo mundo que vai. Então, para fazer essas reuniões com todo mundo, a não ser quando é uma coisa mais... mas aí geralmente eles botam a parte científica e do lado eles falam alguma coisa que precisaria dessa parte aí (Planejamento Estratégico). (Relato de A7)

Um potencial desinteresse evidenciado na pesquisa pode ser provocado pela separação que existe entre a Formulação e a Implementação, uma vez que o pensar e o agir são exercidos de maneira assíncrona e por agentes diferentes da organização, conforme destacado por Mintzberg e Waters (1985) e Clegg et al. (2011). Num primeiro momento é realizada a Formulação, em que a alta gestão dita as diretrizes, para posteriormente iniciarem a execução do que foi planejado. Esse modelo é decorrência da metodologia de gestão utilizada e leva a divergências de entendimento em relação ao que foi Formulado, além da possível não identificação dos responsáveis pela Implementação com o que deve ser executado e o resultado esperado, acarretando no desinteresse pelo processo.

Quando encerramos esse momento de todas essas reuniões, está tudo estruturado, cria-se um mapa estratégico. No início do ano seguinte se inicia a implementação. A gente dá o nome de *kick-off*, que é o pontapé inicial para execução do novo ciclo da nova estratégia da empresa. *Kick-off* é uma reunião com todas as lideranças, gerentes, coordenadores, em que se apresenta o novo mapa estratégico, a missão, visão, valores, aquilo que foi definido, o caminho que a empresa vai percorrer, os objetivos que foram traçados. E é um momento assim, é como se fosse um marco. O presidente diz: daqui para frente foi dada a largada, está lançado o desafio. (Relato de A3)

O desconhecimento e o desinteresse atribuídos aos gestores intermediários especialistas e aos profissionais especialistas da organização, agentes que deveriam contribuir para a Implementação do PE, revela que, diferentemente do que era previsto pelos defensores do PE de natureza descritiva, os agentes não atuam como “máquinas”, apenas obedecendo a comandos, nos termos de Morgan (2007). Na verdade, conforme relatos, há dificuldade inclusive em fazê-los entender o conteúdo das estratégias para que essas sejam cumpridas conforme o planejado.

Mas é lógico que tem um ou outro que vai acabar, de repente, se você for ali e for perguntar, vai falar que não sabe do que está falando. Pode acontecer, mas a gente procura envolver todo mundo e deixar todo mundo bem ciente mesmo. (Relato de A4)

E, às vezes, a linguagem não é acessível a um colaborador lá na ponta, a forma como eu comunico, que eu falo. Têm pessoas não têm ideia do que é uma estratégia. Eu capacito tecnicamente, mas eu preciso capacitar comportamento, cultura. O enfermeiro tem a visão técnica, ele sabe o trabalho dele, tecnicamente o que ensinaram para ele, mas ele não sai pronto também, não se prepara, tanto ele quanto o médico. Hoje os médicos estão procurando um pouco mais entender o papel deles como gestores, mas nem todos... ainda mais aqueles que já estão há muitos anos, acham que certas coisas são desnecessárias. O cenário estratégico é isso? Isso é uma bobagem. Eles veem isso como burocracia, não têm essa visão. Médicos e enfermeiros: é muito difícil trazê-los para essa visão da gestão. Não é fácil. A gente senta junto, ensina uma vez, ensina de novo, o nosso papel é esse, continuamente. (Relato de A3)

O relato de um membro da gestão intermediária administrativa do Hospital Alfa expõe também a dificuldade que há na adoção de linguagem distinta do ambiente organizacional hospitalar. Ao demonstrarem desconhecimento dos termos das metodologias de gestão de mercado, os agentes organizacionais hospitalares expõem a mudança linguística apontada por Magro (2011) e Zigmond (2009) nas organizações que adotam práticas *managerialistas*.

Visando a reverter esse quadro de desinteresse e desconhecimento, em algumas equipes os profissionais especialistas chegam a ser remunerados para,

dentre outros compromissos, serem mais participativos na Implementação do PE do hospital, contribuindo, assim, para o cumprimento das metas traçadas.

Uma das ideias foi pagar para parte médica por desempenho médico, 20% a mais se você preencher cinco itens, que são: cursos obrigatórios, ter uma carga horária mínima aqui, obrigatoriedade nessas reuniões do Planejamento Estratégico, protocolo e insatisfação do cliente externo, que se o cliente reclamou dele, ele não ganha. Nisso melhorou o meu número de participantes, e eu já consegui: no curso que eu determinei esse ano, que era a meta, 100% do meu objetivo. (Relato de A5)

Assim, fatores como a dificuldade de prever o cenário, o assincronismo da Formulação e da Implementação, a distinção entre a equipe que planeja e a que deveria executar, e o desinteresse e o desconhecimento dos agentes da Implementação contribuem para que grande parte das estratégias planejadas se tornem não realizadas, nos termos de Mintzberg e Waters (1985). Também influenciadas por esses mesmos fatores, surgem oportunidades para as estratégias emergentes, predominantes na organização.

Além das estratégias emergentes (MINTZBERG; WATERS, 1985), que acontecem sem qualquer planejamento, foi possível constatar que novas estratégias planejadas surgem no decorrer da Implementação. Ou seja, todo o assincronismo inicialmente proposto, em que as estratégias deveriam ser planejadas e detalhadas antes de iniciar a Implementação, não se confirma. De maneira emergencial, são propostas novas estratégias fora do período de Formulação, é feito um detalhamento visando principalmente ao levantamento de custo para que a estratégia seja realizada, e assim tem-se uma nova estratégia realizada.

A necessidade de novas estratégias planejadas no decorrer da Implementação pode ser motivada pelos eventos que não haviam sido previstos na Formulação, revelando a imprevisibilidade do contexto. Somam-se a esses eventos imprevistos o alcance de resultados distintos do esperado, já que a linearidade que se supõem existir ao adotar o PE não se concretiza (CHAFFEE, 1985), culminando em resultados distintos do esperado e, por vezes, na necessidade de novas estratégias para buscar novamente o objetivo inicial.

O surgimento de novas estratégias planejadas ou mesmo de estratégias emergentes no decorrer do período de Implementação ficaram evidentes na

observação não participante e em relato de entrevista. Agentes da alta gestão, que detêm o poder de aprovar ou até mesmo mudar as estratégias, são responsáveis por alterações consideráveis no PE, feitas no decorrer da Implementação. Quando o período de Formulação é dado como encerrado, e a organização considera iniciada a Implementação do PE, a alta gestão solicita, por exemplo, que uma estratégia de grande impacto, como a ampliação das dependências do Hospital, ou mesmo a inserção de um novo serviço assistencial, seja realizado com rapidez, sendo que tal iniciativa não era prevista no PE em curso e tampouco os gestores permitem que se espere o próximo PE para que seja executada. O entrevistado, inclusive, disse que o imediatismo é comum quando se trata de decisões estratégicas no Hospital Alfa.

Relato semelhante foi dado por outro entrevistado, que disse:

E ainda assim a gente percebe que lá na frente a gente precisa, às vezes, sair um pouco do Planejamento Estratégico. Porque por mais que você planeja, acontece às vezes alguma coisa que você acaba que não viu, ou aconteceu no mercado que você precisa desviar um pouco. Mas se você está com um bom planejamento, você consegue sair de forma que não te afete, não impacte tanto na empresa. A gente fez tantas coisas de urgência que eu percebo, que às vezes não estava no planejamento. Às vezes, abrir até uma unidade de urgência que não estava no planejamento. Então, é tudo na urgência, é tudo para ontem e a gente age muito bem. Lógico, que tudo para ontem é uma coisa assim meio estressada, mas acontece. Eu já vi várias dessas, tenho uma vasta experiência aí e não vi nenhuma fracassada, de dizer assim: Não deu certo. E é ação assim, que planeja naquele momento e se envolve e acontece. (Relato de A4)

Dessa maneira, é possível considerar que, embora o PE tenha papel fundamental, essa metodologia de gestão não atende as especificidades do Hospital, sendo insuficiente para conter todas as estratégias que serão executadas no decorrer do período para o qual foi projetada. Conforme relatado pela maioria dos entrevistados, as estratégias do Hospital Alfa são predominantemente emergentes (MINTZBERG; WATERS, 1985). Essas estratégias surgem, sobretudo, diante da não concretização do que havia sido previsto quando da Formulação de Estratégias, da não linearidade e do aprendizado dos agentes. Num contexto de imprevisibilidade, os agentes tem que agir diante do novo e do imprevisto, e posteriormente vem que a ação realizada foi estratégica, por vezes contribuindo para o alcance do que era pretendido, porém por um meio não previsto.



Embora a organização tenha um processo de Formulação de Estratégias extenso, as estratégias planejadas podem sofrer diversos tipos de influência, seja de cenários internos e externos não previstos, ou de interesses de grupos internos e externos a organização, ou mesmo de mudanças em regulamentos/legislações, que acarretam em ações distintas das inicialmente propostas e imputam a essas as peculiaridades de estratégias emergentes. Além disso, as estratégias planejadas, embora detalhadas e divulgadas entre os agentes organizacionais diretamente relacionados à gestão do Hospital, sofrem interferência da interpretação de cada agente sobre o conteúdo das próprias estratégias, não possibilitando que sejam coletivas o suficiente para que tenham o mesmo significado para todos os agentes, nos termos de Mintzberg e Waters (1985).

É significativa a tentativa da equipe de PE em aproximar o entendimento dos gestores com relação ao que se busca com o PE, uma vez que, segundo a própria equipe de PE, as interpretações dos agentes organizacionais com relação ao que está escrito no PE são diversas. Contudo, essa mesma equipe reconhece que há divergências de entendimento. Com isso, as intenções coletivas acabam sendo concretizadas de maneiras distintas das que foram pretendidas.

Porque se você faz 600 horas de reunião para esses caras irem se envolvendo, há desalinhamento. Há um completo desalinhamento lá na ponta. Você tem inúmeros pontos, cem estão alinhados, cinquenta a cem desalinhados. Isso é fato. Se você largar para lá: é tudo desalinhado. Você só dá um passo para tentar melhorar um pouco ali do entendimento de cada um deles. Só que o mercado é dinâmico, têm as estratégias emergentes. Tudo que emerge, cada um entende de uma forma e toma a ação de uma forma. Por quê? Cobra rapidez, às vezes. Então, as emergentes desalinham o seu planejamento. Fato. Estratégia emergente vem para desalinhar. Porque se você alinhar muito bem, a única certeza que você tem é que vai desalinhar. (Relato de A8)

Além da divergência de interpretação sobre o que é pretendido com o PE, há adequações que surgem no decorrer do processo de Implementação do PE. Essas adequações ocorrem em consequência da realização de ações distintas das que foram previstas, porém em busca do mesmo resultado inicialmente esperado. Assim como podem ser consequência da busca de resultados diferentes do planejado, mas que se mostraram importantes no momento, seja perante o cenário da própria organização no mercado ou mesmo do cenário externo, como relatado por um agente da alta gestão em entrevista: “Você vai ver que tem metas nossas que estão

no vermelho, por quê? Porque a gente sabe que está em vermelho por uma questão de cenário que nós erramos, mas nós mantivemos essa meta. A gente ajustou a estratégia, mas a meta permanece” (Relato de A2). Isso mostra que o processo pode sofrer alterações e que a previsibilidade pressuposta por autores como Chandler (1963), Ansoff (1965), Andrews (1971) e Porter (1980,1985) nem sempre se concretiza.

Para o Acompanhamento do PE, o Hospital Alfa utiliza a metodologia de gestão *Balanced Scorecard*. Para que seja possível o Acompanhamento são elaborados, quando da Formulação de Estratégias, indicadores e metas a serem alcançadas.

Ou seja, na Formulação você estabelece isso tudo. Tem objetivo, tem indicador, tem meta, tem responsável, tem plano de ação ou projeto, dependendo da quantidade de dinheiro, você tem lá o prazo, tudo é validado, está tudo beleza. Serve para quê? Para nada se você não gerenciar. Quando a gente parte para o gerenciamento é o capítulo mais importante, que é onde você consegue entregar essa história. (Relato de A8)

Dados do próprio hospital, experiências anteriores, *benchmarking* e a literatura são os meios mais utilizados para construção desses indicadores e metas. Há ainda indicadores e metas construídos conforme as exigências de agências certificadoras e auditorias.

Então o estratégico a gente define o que a gente vai estar trabalhando, o que vai ter um melhor resultado, quais são os indicadores que eu preciso ter no estratégico. São indicadores diferentes, mas eles inicialmente são alimentados aqui. Por exemplo, a gente tem um indicador aqui que é um indicador de adesão ao protocolo clínico. O hospital inteiro trabalha com protocolos de doenças, então são doenças às vezes exigidas pela própria ONA, quando você tem protocolos, cada médico vai estar trabalhando em torno do seu protocolo. (Relato de A6)

O processo de Acompanhamento do Hospital Alfa é feito predominantemente com metas mensuradas de maneira quantitativa por meio de indicadores constantes no *Balanced Scorecard*. Os valores alcançados com relação às metas são atualizados no sistema bimestralmente pelos responsáveis pelo indicador, que geralmente são gestores intermediários, sejam eles especialistas ou administrativos. Esses gestores comumente não acompanham nem realizam as atualizações conforme a programação. A coordenação do sistema é feita pela equipe de Planejamento Estratégico, que corriqueiramente tem que cobrar dos responsáveis

pelos indicadores a atualização dos mesmos no período programado. Ou seja, a metodologia de gestão não faz parte do dia-dia dos gestores, sendo vista por esses como mais uma obrigação a ser cumprida quando cobrados. O Balanced Scorecard, na prática, auxilia a equipe de PE e a alta gestão a controlar o que está ou não sendo realizado, não atendendo aos interesses de gestão intermediária.

Também bimestralmente são realizadas reuniões em que são divulgados os resultados alcançados até então. Esses resultados bimestrais são atualizados nos mapas estratégicos que ficam expostos nos diversos setores do Hospital Alfa. E anualmente o PE é revisado, seja para estabelecer como cumprida determinada estratégia – estratégia realizada (MINTZBERG; WATERS, 1985), seja para reformular planos de ação ou projetos de metas que não estão sendo atingidas conforme o planejado. Nessa revisão, mudanças no PE são realizadas em decorrência da não realização do cenário previsto inicialmente.

Entretanto, fica evidente que só é possível fazer tal Acompanhamento das estratégias planejadas. E mesmo para esse tipo de estratégia muitas vezes é necessário rever indicadores, planos de ação, metas, já que a linearidade esperada não se concretiza (CHAFFEE, 1985). Além disso, tornar mensurável quantitativamente um desempenho que envolve subjetividade e necessita ser medido também qualitativamente é visto como um desafio.

Vamos supor, para girar o leito você depende do paciente que está internado. De repente ele tem um evento adverso, uma queda, uma piora no quadro. Pronto, esse paciente já não tem alta, o leito desse paciente pode já não girar. Então, a gente já não atinge a meta, não por causa de um, mas por causa de outros pacientes também, que podem ter o mesmo problema, podem complicar. Então, é um desafio para gente essas metas, não só dessa, mas de outras metas que a gente tem, que dependem muito do quadro do paciente para gente poder atingir. (Relato de A4)

Assim, para o estabelecimento das metas que são acompanhadas, alguns gestores intermediários especialistas relatam a impossibilidade de que sejam metas estabelecidas meramente por questões administrativas. Peculiaridades do tipo de organização em questão influenciam na elaboração dos indicadores e metas ou mesmo podem inviabilizar seu alcance.

O estabelecimento das metas influencia inclusive no tipo de desempenho buscado e acompanhado pelo Hospital Alfa. Ao traçar metas com forte presença de indicadores quantitativos e, sobretudo, com objetivos estritamente financeiros, o hospital demonstra almejar atingir o que é visto no mercado como sucesso da organização (KENNERLEY; NEELY, 2003), mostrando a esse que a organização é lucrativa, como se esse fosse o único desempenho a ser alcançado pelo Hospital (HANDY, 2005).

#### 4.1.2 Implicações dos elementos de SAC no PE do Hospital Alfa

O Hospital Alfa apresenta dois tipos de interação entre os agentes: um formal e outro informal ou sombra, nos termos de Stacey (1996). O sistema formal atende a hierarquia da organização, por meio do qual são estabelecidos cronogramas de reunião para Formulação de Estratégias e revisão do PE, por exemplo. Assim como é pelo sistema formal de interações que é estabelecido o conteúdo do PE.

Em contrapartida, até chegar ao conteúdo final do PE, muitas das discussões que envolvem a construção dessa metodologia de gestão acontecem por meio do sistema informal (STACEY, 1996). Foi possível verificar que os gestores interagem informalmente visando a apresentar com antecedência seus interesses e angariar apoiadores a suas causas, e, conseqüentemente, fazer prevalecer seus interesses estratégicos, demonstrando a pluralidade de interesses envolvidos (JARZABKOWISK; FENTON, 2006).

Os agentes se aliam informalmente aos que compartilham dos mesmos interesses também por se tratar de uma cooperativa hospitalar, onde muitos dos profissionais envolvidos nas disputas de interesses são donos da organização, além de colaboradores. Soma-se a isso, o fato da alta gestão ser escolhida por meio de eleição direta, o que emprega um caráter de disputa de poder as interações, conforme abordado por Jarzabkowski e Fenton (2006), reflexo da pluralidade de agentes com interesses distintos.

A gente trata num hospital com médicos que são cooperados. Então, o cooperado ele é dono da empresa tanto quanto o diretor ou o presidente do hospital. E existe, na verdade, os interesses institucionais e os interesses individuais. Isso que muitas vezes é conflituoso. Se, de repente, (a mantenedora) entende que estrategicamente, financeiramente, etc. é mais interessante criar um serviço disso em detrimento de um serviço daquilo, quem exerce aquela atividade que está sendo reduzida agora em tamanho e magnitude vai gerar conflito porque, obviamente, prejudica pessoalmente a ela. Então, isso é um problema que a gente sempre tem no hospital e sempre terá, qualquer mudança de planejamento, qualquer mudança de diretriz para o hospital, que é feita a partir da operadora. Porque a operadora que vai ditar ordens de determinadas coisas que a gente tem que cumprir para o atingimento do objetivo, vai gerar conflito com os cooperados, que são médicos donos na empresa. Isso é hoje talvez o maior conflito que eu tenho hoje na área clínica, na adoção de estratégias. (Relato de A1)

Essa disputa de poder pode ser percebida também entre gestores e médicos, conforme já apresentado nos termos de Stacey (2010). Quando das reuniões do PE, por exemplo, a equipe administrativa reúne-se separada da equipe médica.

Na verdade, na minha área que é gestão de corpo clínico de enfermagem, envolve os pesos que a gente tem entre uma exigência de qualificação versus a exigência de não aumento de custos, as coisas antagônicas, pois qualificação exige custo não é? Então, isso é um dilema que a gente acaba vivenciando. (Relato de A1)

O fato de tratar-se de um SAC e, sobretudo, de um hospital, faz com que a interação entre gestores e profissionais especialistas, inclusive especialistas que ocupam cargos de gestão, leve a negociações para o estabelecimento de indicadores e metas que não visem apenas a quantificação da assistência.

Criança não tem como você mandar ficar doente a ponto de vir para UTI, não é da idade. Então, eu tenho flutuações de taxas de ocupação. Eu tive que colocar no meu planejamento o aumento da minha taxa de ocupação. Como eu vou fazer isso? Conversando, eu joguei com o planejamento. Qual foi o planejamento que foi conversado entre eu e a diretoria, que eu tenho que conversar porque eles não podem imaginar uma coisa, tipo assim, dizer uma coisa que eu não consigo. Então, por isso que isso sempre é acordo. (Relato de A5)

O sistema informal de interação entre os agentes parece bastante presente também na disseminação e Implementação das estratégias. Gestores disseram contar com colaboradores de confiança que são responsáveis por propagar o PE informalmente entre a equipe. Esses colaboradores participam de um momento formal previamente, como reuniões agendadas para a equipe, e depois levam as informações no dia-a-dia para aqueles que faltaram a reunião.

Eu pego uma célula e ela vai propagar. Eu pego as pessoas chaves, essas pessoas chaves eu tento colocar na reunião ou em qualquer treinamento para propagar, para chegar lá na ponta onde eu preciso. Então a gente tem que fazer outra estratégia em cima. Você tem que estudar o seu público. (Relato de A5)

Assim, embora as interações formais estejam presentes nas decisões importantes do Hospital Alfa, como na elaboração do documento oficial do PE, as interações informais permeiam todo o processo. As negociações e disputas existentes nas interações informais expõem que não só de uma hierarquia, uma cultura e uma ideologia é feito o Hospital Alfa, nos termos de Stacey (1996).

A observação não participante, os documentos analisados e as entrevistas mostraram que a relação causa/efeito não é uma constante no que diz respeito ao *feedback* das ações do Hospital Alfa. Verificou-se que muitas ações podem levar a resultados não previstos e, conseqüentemente, o não atingimento do objetivo esperado, acarretando o que Stacey (1996; 2012) denominou de *feedback* não linear.

Embora na Formulação de Estratégias tenham sido traçados os objetivos a serem alcançados com cada ação, mostrou-se recorrente uma ação implementada levar a resultados distintos dos previstos. Esse *feedback* não linear é, inclusive, percebido por agentes, que relataram a situação em entrevista.

Essas metas podem ser revistas a qualquer momento, se houver necessidade. Isso na reunião, eu estou vendo um indicador, esse indicador está amarelo, eu não consigo sair do amarelo, eu abri vários planos de ação, os planos de ação funcionaram, mas eu vou verificar a minha meta: para a rede eu estou sendo tão exigente com o meu hospital, que o meu hospital não atinge a meta. (Relato de A6)

Entretanto, há agentes que parecem procurar uma razão para justificar que o resultado encontrado seja diferente do esperado.

Quando você monta, a partir das diretrizes, quais são as estratégias, se você não faz uma estratégia adequada... A partir da estratégia você tem um plano de ação. No final do ano vai ver o que? Cumpri todos os planos de ação, cumpri estratégia, mas não resolvi a diretriz. Então na verdade, não teve erro nenhum na execução, teve erro no planejamento, né? (Relato de A3)

A busca de um equívoco no processo de PE revela o possível desconhecimento por parte do gestor de que são recorrentes em organizações como as hospitalares as situações de *feedback* não lineares (STACEY, 1996). Em relato

de entrevista de A6 é possível observar que os dados obtidos no Acompanhamento são utilizados para amparar novas iniciativas: “Se ele estiver fora da meta eu tenho que fazer uma análise crítica e tenho que traçar um plano de ação”. Conforme MacDowell e Sumansky (2004), é importante que os dados do Acompanhamento não tenham fim em si mesmos, servindo como base para melhoria do processo, o que, inclusive, estimularia o envolvimento dos agentes.

O aprendizado no Hospital Alfa é, em grande parte, influenciada pelo *feedback* não linear, conforme já previa McDaniel (2007), e pela interação entre os agentes, como apresentado por Clegg et al (2011). Após uma ação acarretar em resultado distinto do esperado em consequência da não linearidade, os agentes do Hospital Alfa precisam repensar a ação, buscando novos meios de atingir o objetivo desejado. Ao se depararem, então, com uma situação nova, ainda não vivenciada, os agentes aprendem, nos termos de McDaniel (2007).

Contudo, esse aprendizado pode não ocorrer de imediato. Considerando-se que houve relatos da Implementação de várias ações buscando um mesmo resultado e só após algumas tentativas frustradas conseguiu-se chegar ao objetivo, percebe-se que o aprendizado pode ser construído no decorrer das atividades. Assim como o aprendizado pode ser notada no reconhecimento dos agentes do Hospital Alfa de que é preciso ter iniciativas distintas das já executadas até então, e de que ações iguais podem levar a resultados diferentes.

Então a gente tem que avaliar se é o plano ou se é a meta que precisa ser mudada. Na maioria das vezes é o plano, a gente também não pode ficar adequando metas ao que a gente consegue fazer, que a gente precisa também do desafio. (Relato de A6)

O desafio apontado no relato de entrevista é justamente o aprendizado no dia-a-dia. Diante do desconhecido, sentir-se desafiado a descobrir e aprender a agir, a desenvolver atividades distintas das que já foram realizadas, nos termos de McDaniel (2007).

#### 4.1.3 Práticas *managerialistas* no Hospital Alfa

Com base nos dados coletados para esta pesquisa, a adesão ao PE no Hospital Alfa pode ser percebida como uma prática *managerialista*. A análise dos

dados evidenciou que as características do hospital não equivalem ao esperado para a adoção dessa metodologia de gestão, bem como não houve uma adaptação significativa do PE a realidade da organização, tentando implementá-lo conforme o padrão de mercado. Outra característica significativa é a busca de objetivos sobretudo financeiros, principalmente pela alta gestão e pela gestão intermediária administrativa do Hospital.

Na busca pela profissionalização e pela adoção das práticas legitimadas, o PE foi adotado como metodologia de gestão, conforme já previsto por Kuhlmann e Annandale (2012), no Hospital Alfa, como pode ser percebido em relatos de entrevista:

As empresas hospitalares estão cada vez mais profissionalizadas e trazendo técnicas e estratégias de grandes empresas. Então, assim, você vai ver as unidades, empresas hospitalares, cada vez mais voltadas para uma linha de profissionalização. (Relato de A2)

Porque a gente utiliza uma metodologia que é amplamente divulgada, a gente utiliza BSC. Hoje em dia as pessoas mais copiam do que inovam, mudam a obra, mas é padrão, o que está no mercado de melhor, utiliza-se o mesmo método. Por dois anos nós trabalhamos muito o monitoramento do processo. Mas aí retomamos, porque o BSC de fato é em cima de iniciativas, ações e projetos, ele tem muito essa linha. Então voltamos para a metodologia padrão. (Relato de A3)

Muitos dos gestores se referem ao PE do Hospital com orgulho. Citam, inclusive, serem referência no ramo em que atuam, recebendo diversos profissionais de outros hospitais para *benchmarking*. Entretanto, embora o PE seja valorizado na organização, essa metodologia de gestão parece ser insuficiente para contemplar todos os anseios de formalização da estratégia, impactando de modo a dificultar a implementação do PE. Os gestores que lidam mais diretamente com o PE e os agentes da equipe do PE aparentam, por meio de seus relatos, ter consciência de que nem sempre é possível seguir a metodologia.

Ao analisar as respostas dadas as entrevistas quando o assunto foi o objetivo do Hospital Alfa é possível dividir os entrevistados em dois grupos, de acordo com os cargos que ocupam: alta gestão/gestores intermediários administrativos e gestores intermediários especialistas/profissionais especialistas, estando esses últimos exercendo suas funções mais próximos a atividade fim da organização. O grupo formado pelos gestores intermediários especialistas/profissionais especialistas



relata objetivos ligados à qualidade de assistência e ao foco no cliente. Entretanto, quando observados os relatos dos entrevistados do grupo alta gestão/gestores intermediários administrativos é possível constatar que o Hospital Alfa, na opinião desses, visa a diminuir os custos da mantenedora.

Você vai ter metas que vão estar tanto no lado de sustentabilidade do negócio, quanto na parte de crescimento. Nessas metas de sustentabilidade estão: como que eu posso economizar tanto? Eu posso economizar tanto negociando tal contrato, pleiteando compras maiores que vão me suprir durante o ano, em que eu possa negociar nessa compra o preço. Então você tem várias metas pequenas que são colocadas, que vão juntas convergir para o mesmo objetivo. Na parte clínica, clínica médica, a gente foca principalmente a qualidade de assistência. (Relato de A1)

Partindo da orientação *top-down* que o PE assume no Hospital Alfa, é plausível considerar que se sobreponha como o principal objetivo do Hospital: garantir que a mantenedora dispense menos recursos ao utilizar-se dos serviços do Hospital Alfa do que se contratasse esses mesmos serviços em terceirizadas. Inclusive, os serviços assistenciais prestados pelo Hospital Alfa são vistos pela mantenedora como balizadores de preço ao contratar os mesmos serviços de terceirizadas.

Dessa maneira, o PE do Hospital Alfa atende principalmente a fins financeiros (CHANLAT, 2002), conforme relatado em entrevistas:

Embora tenha um lucro razoável, uma economia considerada razoável, mas eles colocaram na cabeça: o objetivo não é dar lucro, o objetivo do hospital é servir a operadora no que a operadora precisa. Mas a estratégia do hospital é isso, é servir para uma retaguarda para a própria operadora, primeiro para ela conseguir oferecer serviços que o mercado não consegue dispor, porque são inviáveis financeiramente, mas como ela é operadora, é obrigada a servir. E segundo, para que não fique na mão também de outros *players* do mercado de hospital, fornecedores e prestadores de serviço. (Relato de A11)

Para a operadora, hoje, o nosso desempenho é modelo seguinte: “eu faço o procedimento X no hospital (Alfa) e no hospital Y”. Como que é esse procedimento? No (Alfa): “o paciente ficou menos tempo internado, o paciente saiu e foi para casa e o custo que eu tive de pagamento foi X”. Esse mesmo procedimento, na média, quando eu faço com o hospital Y: “o paciente fica mais tempo internado, o paciente também tem resultado positivo, só que meu custo é o que teve aqui no hospital (Alfa) mais X%”. A operadora hoje vê nosso desempenho organizacional dessa forma, e hoje nós nos medimos dessa forma dentro do Planejamento Estratégico. Então, nossa base de resultado, de desempenho organizacional, desempenho dos recursos próprios, hoje ela é medida nisso, que a gente chama de indicador de economia gerada frente à rede credenciada. (Relato de A2)

Segundo outros relatos de entrevistas, em ciclos anteriores do PE o foco era ainda mais voltado para o financeiro, a ponto de comprometer a qualidade do atendimento.

O método que é feito o Planejamento Estratégico não vi muita mudança, mas no Planejamento Estratégico em si, de 2009 para cá teve um amadurecimento. Porque, por exemplo, do hospital, onde ele se encontrava dentro desse planejamento era dar lucro para o sistema, para cooperativa. Quer dizer, produzir a mesma coisa, por menor preço. Agora já mudou um pouco mais, não é produzir a mesma coisa com menor preço, já viram que isso pode comprometer demais a qualidade do serviço ofertado e com isso comprometer lá na frente, a própria sustentabilidade do hospital. Então, dentro do planejamento já se busca muito mais o equilíbrio entre a qualidade e o serviço fornecido. Por exemplo, antes a ideia era que o paciente tinha que chegar aqui e gastar o mínimo possível, para ter a maior margem líquida possível. E isso já poderia comprometer, a gente já estava vendo que esse tipo de foco já estava comprometendo a própria assistência, às vezes no sentido de deixar de fazer coisas importantes, que hoje gerariam uma economia, mas a médio prazo podia gerar uma penalidade para o próprio paciente e que isso não era a melhor prática e que, na verdade, o que é menos oneroso para cooperativa, ou as ações que dão melhor eficiência e eficácia, são aquelas que se baseiam na melhor prática médica. (Relato de A11)

Assim, embora reconheça suas peculiaridades enquanto organização hospitalar e os gestores intermediários especialistas/profissionais especialistas estejam vinculados a desempenho não financeiro, o PE é visto pela alta gestão/gestores intermediários administrativos como meio para alcançar os objetivos financeiros da organização.

Durante as entrevistas, bem como na análise dos documentos a respeito do PE e na observação não participante, foi possível identificar o uso de diversas metodologias padronizadas de gestão estratégica pelo Hospital Alfa, como em relato de A3: “E aí começa toda a elaboração do planejamento estratégico, que ela começa fazendo uma análise *Swot*” (Relato de A3). Dentre eles: a análise *Swot*, a análise *Pestel* e o próprio *Balanced Scorecard*. A adoção de metodologias de gestão padronizadas evidencia o objetivo da organização em se legitimar e alcançar os mesmos resultados que os conquistados pelas organizações que utilizaram as mesmas metodologias (ZIGMOND, 2009).

Em contrapartida, os gestores mencionaram fazer ajustes a essas metodologias de análise para atender as necessidades da organização, o que demonstra a impossibilidade de adoção dessa metodologia de gestão tal como foi

concebida para o mercado. As adaptações podem ser reflexo das características de SAC que impactam a adoção do PE.

O uso de modelos acaba sendo híbrido, não tem uma identidade. Se for fazer a análise Pestel, a política, a econômica, e não sei quê, pode ser que você bote o econômico, tire o político, passe pouco no tecnológico, ou seja, você vai consolidando ali algumas ferramentas. (Relato de A8)

A própria instituição de uma equipe de planejamento e de um consultor para atender ao Hospital evidencia a intenção da organização em utilizar-se de metodologias de análise pré-concebidas voltadas para o mercado, conforme abordado por Kieser e Wellstein (2011). Dessa maneira, a alta gestão tem a sensação de estar controlando a organização de forma racional, nos termos de Rowe (2014).

A gente acompanha também o Planejamento Estratégico, não é uma coisa que a gente planeja e fica abandonada, ou deixa a cargo do gerente, se vira e faça. A gente acompanha isso muito bem, isso é cobrado de cada gestor. Temos que dar retorno para diretoria e o superintendente leva isso para o conselho e para diretoria também, os nossos resultados, de cada indicador, que a gente tem que reportar. Então, assim, eu acho que é muito bem acompanhado. (Relato de A4)

Com isso, constata-se que o Hospital Alfa busca utilizar o PE conforme o padrão legitimado, contudo, diante das peculiaridades da organização, nem sempre conseguem seguir a todas as metodologias de análise e de gestão, seja porque essas se mostram inadequadas para a realidade do Hospital, seja porque as situações cotidianas exigem ações distintas do que foi previamente estabelecido nas metodologias.

Com isso, embora os agentes digam seguir um Planejamento que direciona estrategicamente as ações do Hospital Alfa, foi possível detectar que o PE assume papel simbólico nesse hospital, nos termos de Meyer e Rowan (1977). Um dos motivos é o caráter burocrático que essa metodologia de gestão assume ao apresentar como objetivos questões regulatórias. Ou seja, estabelece como estratégico o atendimento a legislação que regula o setor. O PE assume papel simbólico já que, independente de sua existência ou não, a ação teria que ser desenvolvida e em nada contribuirá para a diferenciação do hospital perante seus concorrentes, já que se pressupõe que todos atenderão à legislação.

O parto adequado, por exemplo, não nasceu no ciclo de revisão. Ele teve que entrar para cumprir realmente a legislação. Nós já tínhamos o projeto de parto adequado dentro da organização, mas não era tão intenso, porque você não tinha que se comprometer com a agência com os indicadores que ela exige. Então, teve que nascer um projeto para intensificar isso. Então não foi planejado no ciclo de revisão. (Relato de A10)

Outro quesito abordado nas entrevistas em que é possível notar o simbolismo e a busca por legitimidade que caracteriza o PE no Hospital Alfa é a relação entre o PE e o *Balanced Scorecard* (BSC) utilizada com uma gestão moderna. Entrevistados fizeram questão de destacar na entrevista que o Hospital Alfa adota o que há de moderno no mercado em termos de gestão estratégica, copiando o modelo: “Hoje em dia as pessoas mais copiam do que inovam, mudam a obra, mas é padrão, o que está no mercado de melhor, utiliza-se o mesmo método”, relatou A3. Ainda assim, alguns gestores são acusados de tentarem burlar a metodologia, como relatado:

Às vezes o cara pode falar assim também: “eu vou lançar um plano, só vou medir depois”, e você não sabe antes. Você fica assim: melhorou mesmo? Você não fica sabendo se melhorou. Então, cabe a equipe aqui ter a “malícia” de cobrar esse gestor, porque às vezes ele não faz por mal: “eu quero medir só o resultado”. Nós dizemos: “mas então me passa o histórico de como estava essa situação, para gente mostrar se foi bom mesmo ou ruim”. Então a gente tem esse cuidado também, de controlar isso. (Relato de A9)

Fatores como os apontados podem ser vistos como influentes na decisão de desenvolver um PE. Copiar a metodologia de gestão mais utilizada no mercado a fim de legitimar a organização, mesmo que essa metodologia exerça papel simbólico em muitas ocasiões, conforme termos de Meyer e Rowan (1977), como, por exemplo, ao relatar que nem tudo o que foi estabelecido no PE é seguido, servindo esta metodologia de gestão para “dar um norte”, como relatado por A4. Assim, as estratégias planejadas não são implementadas como previstas e o PE assume um caráter de metodologia de gestão simbólica, embora às vezes os resultados sejam alcançados por outros meios.

O desempenho exclusivamente financeiro almejado com o PE demonstra não se concretizar. Essa não concretização do PE é ocasionada pela influência dos elementos de SAC que pode ser percebida nas características e comportamento organizacional. Características essas muitas vezes ignoradas pelos gestores, que acreditam que o PE pode ser implementado como formulado. Essa divergência entre

reconhecer as particularidades de gestão que um SAC exige e atender a essas necessidades pode ser percebida no discurso dos entrevistados, como relatado

Porque é um hospital. Ele segue um planejamento assistencial muito forte, porque o que comanda, se você visualizar assim, pontos fortes de um hospital: é a parte assistencial. Então assim, ele é diferente de quando você pegar um planejamento ou um plano de ação estratégico da operadora é uma coisa, né? Plano estratégico do hospital é outra, mas se você visualizar com um *Balanced Scorecard*, o objetivo final do grupo de recursos próprios (grupo do Hospital Alfa), todos os recursos próprios, incluindo os hospitais e você pegar o da operadora, o final, o objetivo estratégico final é o mesmo. (Relato de A2)

Assim, embora parte dos agentes reconheçam que o PE tenha peculiaridades ao ser utilizado em um hospital, o Hospital Alfa busca com essa metodologia de gestão o mesmo desempenho que outras organizações de fim mercadológico.

## 4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO HOSPITAL BETA

No Hospital Beta também foram analisados o Planejamento Estratégico, as influências do elementos de SAC no PE e as práticas *managerialistas* do PE, conforme apresentado a seguir.

### 4.2.1 Planejamento Estratégico do Hospital Beta

O Planejamento Estratégico do Hospital Beta se caracterizou pela Formulação de Estratégias no nível hierárquico intermediário, sobretudo com o envolvimento dos gestores administrativos. Esse PE teve o papel de atender a exigências governamentais, não tendo sido implementado, nem acompanhado sistematicamente. Assim, no Hospital existia uma gestão estratégica que se baseava em estratégias emergentes. Uma síntese dessas características e das evidências do processo compõem o Quadro 6:

Característica	Hospital Beta	Evidências
Formulação	<i>Middle-out</i>	- Coordenada por uma consultoria - Marcada pelo ceticismo por parte dos agentes, em que poucos participaram até o final do processo; - Muitos agentes disseram desconhecer o documento final,

		resultado da formulação; - Formulado, principalmente, por gestores intermediários administrativos.
Implementação	Não executada	- Havia uma gestão estratégica no hospital que não seguia o PE; - Alguns resultados alcançados foram semelhantes aos previstos no PE; - Aproximação entre o executado e o planejado vista pelos agentes como coincidência.
Tipo de Estratégia	Emergente	- Gestão baseada nas intercorrências do cotidiano; - Decisões/ações realizadas conforme a demanda; - Ação reconhecida como estratégica depois de executada.
Acompanhamento	Não sistemático	- Não era realizado um acompanhamento estratégico; - Acompanhamento não sistemático da produção e do financeiro; - Falhas de medição nos quesitos que se propunham a medir.

Quadro 6 - Características do Planejamento Estratégico do Hospital Beta

Fonte: Pesquisa

A gestão do Hospital Beta não se baseava no PE da organização. Havia, então, uma gestão estratégica que acarretava aos agentes uma sensação de inexistência de estratégias. O discurso mais comum entre os entrevistados com relação à gestão do Hospital Beta usava a expressão “apagar incêndio”, remetendo a uma gestão baseada em resolver problemas no dia-a-dia, agindo conforme a demanda e não se antecipando a essa.

Então esses incêndios do dia-a-dia tiram o foco da gestão muitas vezes para o que é mais importante, o plano estratégico. (Relato de B10)

A nossa gestão sempre foi apagar incêndio, sempre. Era um problema atrás do outro, nós não tínhamos recursos financeiros, a gente sempre estava devendo, pessoal a gente não tinha. Era sempre leito fechado, nós nunca trabalhávamos na nossa capacidade total de atendimento. Eram muitos problemas para ser administrados, com pouco recurso humano, pouco financeiro. (Relato de B9)

Nós éramos muito amadores. Como não tinha planejamento, ficava muito apagando incêndio do dia-a-dia. Ficava mais administrando problemas, do dia-a-dia. Um hospital que atende 1000 consultas por dia, 100 procedimentos cirúrgicos, parto, você tem muitas coisas para resolver no dia-a-dia. Então, se você não tem um bom planejamento, isso acaba impactando nos seus resultados. (Relato de B7)

A etapa de Formulação de Estratégias do PE do Hospital Beta foi marcada pela consultoria prestada pelos servidores da Universidade, bem como pelo ceticismo de grande parte dos agentes organizacionais do hospital. Durante as reuniões para a elaboração do PE foi ocorrendo um esvaziamento conforme o processo avançava, sendo que poucos dos entrevistados relataram ter conhecimento do documento final com a formalização do PE.

O número de pessoas que tinha que ir para reunião e o que não ia: “Gente, a reunião foi marcada, tem que vir”. Quantas coisas foram deliberadas com 5, 6 pessoas no total de 50. Isso tudo eu tenho anotado, com a lista de presença. Começa com 50, fica com 20, fica com 10. No final, 5 ou 10 pessoas levando tudo, tentando. (Relato de B3)

O descrédito de que o PE daria certo foi atribuído, sobretudo, as experiências anteriores vivenciadas no Hospital Beta. Os entrevistados que não faziam parte da alta gestão apontaram como outro motivo para a descrença no PE a falta de entusiasmo e apoio da alta gestão. Houve ainda relatos de que as reuniões para a Formulação esvaziaram devido a outros compromissos dos próprios gestores, como o atendimento em consultórios particulares e a docência em outras instituições de ensino, compromissos esses que seriam vistos pelos agentes como mais importantes. Além disso, o desconhecimento da metodologia de gestão pelos agentes também foi elencada dentre os motivos para a baixa participação na Formulação de Estratégias.

Não houve um envolvimento muito grande das pessoas, não sei se é por causa de PDEs (Plano Diretor Estratégico) anteriores que foram construídos e que, de uma certa forma, não foram colocados em prática. Então, eu acho que a credibilidade de um novo PDE na época, não sei, estou falando o que é a minha visão, talvez até a minha desistência de fazer parte do grupo tenha se dado um pouco por isso também. Eu comecei a ir nas primeiras reuniões e depois nas últimas eu já não ia mais. Eu não sei como ficou a construção, qual foi a linha que eles seguiram, como foi escolhido isso, porque ficou um grupo bem restrito. (Relato de B9)

O Planejamento Estratégico foi estabelecido, o pessoal só teve dificuldade de desenvolver. A dificuldade também foi em fazer o planejamento por falta de capacitação, vamos dizer assim, da pessoa saber como fazer. (Relato de B4)

Mas como não via também esse interesse de cima, terminava todo mundo se acomodando. Então, os planejamentos todos que houveram aqui pararam na parte de planejamento. Não se passou nenhum deles para parte executiva. (Relato de B6)

Todos os fatores apontados como motivo para baixa participação podem ter sido intensificados pelo fato de tratar-se de uma organização pública, em que os agentes têm maior estabilidade no cargo e uma gestão com hierarquia menos rígida.

Outra característica da etapa de Formulação de Estratégia foi o chamado pelos consultores de seminário. Os gestores e demais agentes do Hospital Beta foram convidados a ausentar-se do ambiente hospitalar por dois dias para o desenvolvimento do documento final do PE. Esse afastamento é criticado por

Mintzberg (2004), sendo indicado pelo autor como um dos motivos da Falácia do Desligamento, bem como por JOHNSON et al. (2010), que critica a realização de *workshops* como o seminário em questão.

Nós fizemos um planejamento do hospital, montamos um grupo de trabalho com vários representantes, fizemos várias reuniões, fizemos encontros fora do hospital. O superintendente da época organizou alguns eventos fora do hospital e esse grupo aqui participou. Fora do hospital para gente ficar imerso ali, para fazer discussão ali. Foram vários grupinhos e dali saiu então um produto e foi orientado pela equipe de planejamento da Universidade. A Universidade tem um setor de planejamento e gestão e eles deram esse suporte para gente, eles conduziram esse grupo à construção desse Planejamento Estratégico, até o ponto de dizer os eixos grandes, os menores e as ações de cada eixo, de cada subcategoria. (Relato de B1)

Dessa forma, a Formulação de Estratégias no Hospital Beta foi marcada pela atuação de uma consultoria, pela diminuição da participação dos agentes no decorrer da Formulação e pelo isolamento dos agentes de seu ambiente de trabalho para a construção do documento final com o PE.

A Implementação da Estratégia do Hospital Beta parece não ter seguido o que foi formulado no PE, nos termos de Mintzberg e Waters (1985). Como apresentado anteriormente, muitos disseram até mesmo desconhecer que havia um PE no hospital. Assim, na verdade, houve uma gestão estratégica que, ao que indicam as entrevistas e a observação não participante, trabalhava com o intuito de manter a organização funcionando com todas as deficiências que ela então apresentava.

Quase a unanimidade dos entrevistados relataram que as estratégias planejadas não foram seguidas. Um dos motivos indicados para a não implementação do PE foi a separação entre os formuladores e os responsáveis pela ação, o que Clegg et al. (2011) comparou com a cabeça e o corpo da organização, respectivamente.

Então ficavam uns gatos pingados que tinham pensado, a parte pensante, que não conseguia botar em prática aquilo. Vamos dizer a parte pensante entre aspas, porque todo mundo pensa, mas a parte de executar não é uma pessoa, o planejamento é da instituição, então tem que ter um envolvimento. (Relato de B6)

O chão da fábrica não participa disso, é o chão da fábrica que faz funcionar, é como se você construísse alguma coisa para o hospital, mas pouquíssimas pessoas soubessem. Na minha opinião, eu acho. Então eu



acho que todos deviam ter participado. A partir do momento que ele ficou pronto, de ser apresentado, o que se esperava de cada um, qual a parte de cada um para fazer. Eu acredito que muitos ficaram sem saber qual era a sua parte, a sua responsabilidade. (Relato de B9)

A escassez de recursos financeiro e de recursos humano foram indicados como os principais contribuintes para a não implementação do PE. Um hospital sucateado, há muitos anos sem concurso público para a contratação de servidores, visto como um estorvo pela Universidade e agentes divididos entre ocupações em outros locais ou mesmo já envolvidos em diversas atividades no próprio hospital que não tinham motivação para assumir mais compromissos. Esses foram os motivos mais recorrentes entre os indicados pelos entrevistados para que o PE não fosse implementado conforme planejado.

A percepção é de que muito do planejado no PE não condizia com o que o hospital realmente buscava e implementava. Embora relatem que a missão traçada nos Planejamentos Estratégicos feitos pelo Hospital Beta, dentre eles o de 2010, visasse a excelência na assistência e no ensino, o hospital parecia buscar a sobrevivência. Continuar com as portas abertas, mesmo acumulando anos de déficit orçamentário, com o quadro de servidores diminuindo ano a ano devido a aposentadorias e licenças, com estrutura física que não atendia as exigências normativas, ou seja, num cenário de busca diária da manutenção das atividades, com diversos fatores que podiam comprometer os serviços, dificilmente se almejava a excelência dos mesmos. Dessa maneira, há uma discrepância entre o que se diz buscar e o real objetivo, vivenciado no dia-a-dia, conforme já relatado por Stacey (2010) e McDaniel (2007).

A sensação que me dá é como se fosse o dia internacional do planejamento. Então, afasta todo mundo: hoje é o dia internacional, todo mundo vai lá, faz aquilo e depois todo mundo cai na sua rotina e esquece que existe um balizador, uma referência para onde vão ser carregados todos os esforços, ali está demonstrado o que o hospital terá que fazer para os próximos anos, ali está o caminho para que eles possam estar construindo o seu futuro. E as pessoas entram na rotina, acabam esquecendo isso e não têm lideranças, isso que é o mais importante. (Relato de B12)

Pode-se notar que ações estratégicas foram implementadas, algumas inclusive com resultados semelhantes ao que previa o PE, contudo por meios distintos dos que haviam sido planejados, conforme relato de entrevista de B11: “Só

que esse planejamento de 2010 não foi implementado enquanto planejamento, algumas ações de forma isolada foram colocadas”.

Assim, o ciclo de PE estudado no Hospital Beta foi marcado por estratégias emergentes, nos termos de Mintzberg e Waters (1985). As estratégias surgiam conforme as demandas do dia-a-dia e atendiam a um padrão, contudo não haviam sido previstas. Muitas vezes, posteriormente ao acontecimento, percebia-se o cunho estratégico de tal ação/decisão. Em outras situações, eram atingidos os mesmos resultados pretendidos quando da Formulação de Estratégias, porém por meios distintos do planejado, não configurando assim uma estratégia deliberada, conforme Mintzberg e Waters (1985).

Nós fizemos muitas coisas na caneta, como eu digo, na operação. Então assim, se tivesse ou não planejamento, elas seriam feitas, porque a demanda é real, a demanda é inerente ao cenário de serviço hospitalar que a gente trabalha, de ensino, sistema de saúde. O planejamento pode ter nos dado talvez uma oportunidade de pensarmos sistematicamente nas necessidades. Mas assim, na operação a gente lembrava: isso está no Planejamento Estratégico, é uma justificativa. (Relato de B1)

Contudo, alguns entrevistados revelaram sentir frustração por não seguirem um PE. Atribuíram tal sentimento ao fato de verem essa metodologia de gestão como uma possível solução para as questões que precisavam ser gerenciadas no dia-a-dia do hospital, como se o fato de não seguirem um PE fosse o motivo de terem tantas intercorrências.

Após a conclusão da Formulação de Estratégias, o PE parece ter sido esquecido no Hospital Beta. Verificou-se que não foram realizados esforços a fim de acompanhar se as estratégias previstas estavam sendo executadas, não havendo indicadores medidos e registro de metas. Entre as poucas questões acompanhadas estava o cumprimento do contrato com a Secretaria de Estado da Saúde, porém mais com o intuito de garantir os recursos de que o Hospital Beta necessitava do que propriamente para atender ao previsto no PE, ou seja, um Acompanhamento meramente de produção e financeiro, e não um Acompanhamento estratégico, conforme alertado por Hitt et al. (1990).

E mesmo com relação ao Acompanhamento de produção, alguns relatos evidenciam que o hospital não conseguia acompanhar com precisão os serviços

prestados, deixando de registrar procedimentos que poderiam acarretar numa maior receita. Também não era conhecido o custo de muitos dos procedimentos realizados, não podendo assim analisar se o valor recebido pelo serviço estava dentro do necessário para suprir os custos do mesmo. Era comum, ao final do exercício financeiro, o hospital acumular déficit e buscar outros meios para arcar com suas despesas ou mesmo para realizar melhorias necessárias, como medidas parlamentares e ajuda da comunidade intermediada por uma associação de amparo ao hospital.

Terminou a fase do planejamento, mas as ações e o acompanhamento dele não aconteceram, o monitoramento dele não aconteceu. Então ele praticamente não rodou, o hospital ficou envolvido com o dia-a-dia e solucionando os problemas do dia-a-dia sem fazer frente ao principal, que é o estratégico. (Relato de B10)

O planejamento tem que estar na cabeça de todo mundo, mas tem que ter monitoramento, tem que ter condições de monitoramento. Não tinha condições. Informática, uma rede de informática frágil e incapaz de chegar a todos os pontos que precisavam chegar. Qualificação mesmo, eu acho que na própria qualificação dos gestores e dos profissionais de escalão médio, pelo menos, para poder trabalhar com um plano de gestão. (Relato de B1)

Dessa maneira, o Acompanhamento não servia nem mesmo como fim para as ações planejadas, e tampouco servia para amparar novos Planejamentos Estratégicos, nos termos de MacDowell e Sumansky (2004). De acordo com relato do consultor, quando iniciou o PE de 2010, ele levou para o hospital dois PEs anteriores e, num primeiro momento, os agentes organizacionais agiram como se nada do planejado anteriormente houvesse sido realizado. Ao que o consultor relatou em entrevista:

Eu levei para lá o material de 98 e levei o material de 2003. Foi aí que eu me preocupei. Nós estávamos em 2010. Falei: “como é que um trabalho de 2003 está tudo aí e nada andou?”. Ou então é um sentimento que as pessoas tinham de que nada andou. Por quê? Porque não foi avaliado. Ah, aquilo ali aconteceu, aquilo ali aconteceu... então a gente já tinha algumas coisas que a gente foi colocando e foi subsidiado pelo processo de planejamento. (Relato de B12)

Assim, o Hospital Beta não possuía um Acompanhamento estratégico, o que existia era um Acompanhamento de produção e financeiro para atender ao contrato de prestação de serviço. Essa ausência de Acompanhamento demonstrou ser ocasionada devido a não Implementação das Estratégias, bem como pela ausência de linearidade (CHAFFEE, 1985), pela predominância de estratégias emergentes

(MINTZBERG; WATERS, 1985) e pela dificuldade de desenvolvimento dessa etapa do PE devido as características da organização.

#### 4.2.2 Implicações dos elementos de SAC no PE do Hospital Beta

Os elementos de SAC observados para este estudo mostraram implicar no PE do Hospital Beta. Essa influência pôde ser percebida nos relatos de entrevistas dos agentes organizacionais e também na observação não participante. E como um SAC, o Hospital Beta é visto pelos agentes como uma organização diferenciada, distinguindo-se de organizações tradicionais, nos termos de Pascucci e Meyer Jr. (2013).

Numa fábrica, por exemplo, você chega lá e fala assim: “eu tenho que produzir X peças”. Aqui a nossa produção é o quê? Doente? A gente não sabe quantos doentes vão entrar, quanto tempo ele vai ficar, quando ele vai sair. Então você não tem esse fluxo de produção metódica que você consegue numa fábrica. A produção nossa é indefinida, você não sabe que horas entra e que horas sai. E quanto tempo você vai ter que ficar fazendo aquilo ali. E o doente pode entrar com um sintoma que você sabe qual remédio você vai dar e depois aparecer várias outras intercorrências, que você vai ter que adotar outro diagnóstico, outro tratamento. Então, são muitas intercorrências, muitas dúvidas que numa empresa de produção você já sabe o que você tem que produzir, o quanto você tem que produzir, quando você tem que produzir. Isso que torna a administração hospitalar muito difícil e complexa. E também o número de funções, dentro de uma fábrica você tem o quê, o operário, o diretor, vamos dizer mais uma diferente. Aqui são N, é multiprofissional. É da área administrativa, é da área assistencial, é da área de apoio, então são N profissões que têm que chegar no mesmo objetivo, que é cuidar do paciente. Então, são muitos conflitos. (Relato de B4)

Por exemplo, você tem uma fábrica de cadeiras e de sapatos, você sabe quantos sapatos você tem que produzir, quantas cadeiras você tem que produzir, o tipo de cadeira, ergonômica ou não ergonômica, mas na saúde você não tem esses parâmetros. Então, por aí, já começa a haver uma subjetividade dentro do processo administrativo muito grande. Porque a visão dos trabalhadores não é uma visão única, nem tem uma verdade absoluta, que é uma das características do planejamento normativo. (Relato de B8)

Aqui, no geral, tudo impacta na vida. Acho que o tempo de resposta, quando se trata de gestão hospitalar, tem que ser bem feita em termos de tempo de resposta. E é aí que eu vejo sucesso ou não sucesso das organizações hospitalares. É o tempo de resposta, que a gente não pode esperar muito tempo. Esperar a produção de um creme de rosto é uma coisa, mas esperar um medicamento é diferente. (Relato de B6)

Essas peculiaridades reconhecidas pelos agentes do Hospital Beta demonstram que, embora possam desconhecer a teoria a respeito do assunto, o dia-

a-dia da organização é suficiente para indicar que nem toda organização atua como uma máquina (MORGAN, 2007), assim como não busca exclusivamente ou sobretudo desempenho financeiro (HANDY, 2009). E quando questionados se seria possível desenvolver um PE no Hospital Beta, alguns entrevistados relataram:

Eu não acho que seria impossível, mas eu acho que é muitíssimo difícil. Agora, é lógico que se a gente tomar alguns cuidados e fizer um preparo melhor, a gente pode diminuir a possibilidade do risco de dar errado. Mas eu acho que pela própria essência do hospital é difícil. (Relato de B12)

O hospital é diferente. Às vezes todas essas ferramentas podem ser usadas na indústria, mas no hospital é diferente. Tem uma série de peculiaridades que não dá, igual uma loja, é diferente. Não adianta se querer fazer da mesma forma. Eu acho que hoje o Planejamento Estratégico e as ferramentas no hospital têm peculiaridades. Então, tem diferença, eu acho. (Relato de B7)

Assim, embora alguns agentes reconheçam que o PE imposto pelo *managerialism* pode não ser o ideal para o hospital, foi essa metodologia de gestão que tentaram implementar. É possível que dentre os motivos para não terem obtido sucesso na Implementação seja justamente a influência dos elementos de SAC.

Dentre os elementos de SAC estudados nesta pesquisa, a interação entre os agentes foi a mais perceptível, tanto nos relatos de entrevistas como na observação não participante. As relações informais, ou sistema sombra, nos termos de Stacey (1996), se fazem presentes entre os diversos grupos hierárquicos.

Mas o curioso, eu acho que todo mundo sabe disso, na execução de um plano, não são os cargos formais do organograma, as normas do que está instituído como formal, é a cultura, é o informal, é o que está submerso, onde estão as resistências, da pessoa falar: “esse computador aqui é meu” e as pessoas têm um apego também ao antigo. (Relato de B10)

A relação de longos anos com o Hospital, onde muitos estiveram como estudantes e hoje atuam como profissionais, aproxima agentes que não interagiriam se observado apenas o sistema formal. A interação informal possibilita alcançar objetivos que pelas vias formais parecem não ser atingíveis, já que a capacidade de atuação das organizações é ampliada quando se somam os sistemas formal e informal, nos termos de Anderson et al. (2013). Como nesse exemplo, em que se tem o relato de entrevistado da alta gestão:

Nós tínhamos umas camas todas velhas, enferrujadas, eu perguntei para o pessoal: “Não dá para gente consertar? Nós temos um setor de

manutenção”. Disseram: “A manutenção já não existe mais, são todos funcionários antigos, que estão aposentando, acham que já deram o sangue pela universidade, não querem mais trabalhar”. Eu falei: “Pingo é o pintor, ele não pode pintar?”. “O Pingo já falou que não trabalha mais. Ele vem aqui só bater ponto”. Eu falei: “Não trabalha não? Então vamos lá conversar com ele”. Eu fui lá: “Pingo, veja bem, me botaram nesse barco aqui, é um desafio muito grande, e eu preciso de todos os meus amigos trabalhando juntos para que a gente possa conseguir um sucesso. E você é um grande amigo que eu tenho aqui, sempre foi, desde a época em que a gente jogava futebol. Então, você é pintor, você ainda está na ativa, você tem capacidade, você é uma pessoa muito boa, todo mundo gosta de você e a gente precisa que você nos ajude pintando as camas”. Ele: “Eu já falei para muita gente que eu não quero. Mas, Doutor, o senhor consegue material? Se o senhor conseguir o material, eu vou pintar as camas”. Cheguei com o material lá, ele pintou todas as camas. Lixou, pintou, voltou a trabalhar. (Relato de B2)

A relação informal de amizade ficou explícita na situação, aproximando agentes hierarquicamente em posições opostas na organização, assim como exemplificando a pluralidade de agentes e de interesses dos agentes (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006) do Hospital Beta. Em outro relato, além da informalidade na interação entre o gestor e o profissional especialista, também é possível perceber a disputa de poder entre esses, como relatado por Stacey (2010).

Mas de vez em quando chegava um médico lá amigo meu, ou não amigo, ou conhecido, e falava: “eu vou parar de operar no hospital, porque não tem o material que eu quero”. Eu dizia: “não, não é assim não, vamos conversar”. Tudo é na base da conversa. Sem conversa não tem gestão hospitalar, ainda mais no serviço público. (Relato de B2)

Conforme apontam Jarzabkowski e Fenton (2006), essas interações informais podem ser intensificadas no Hospital Beta devido a pluralidade de agentes. Os gestores, diante dessa pluralidade, atuam tentando atender a interesses muitas vezes contraditórios e até conflituosos.

Você tem segmentos ali dentro que te demandam coisas diferentes o tempo todo e você tem que fazer a coisa funcionar de uma maneira que fique bem para todo mundo. Com muita dificuldade de gestão você consegue fazer pelo menos o mínimo e fica sempre com a sensação de que está faltando. (Relato de B5)

Porque aqui nós já tivemos servidores da Prefeitura, do Estado, do Federal e CLT terceirizado. Agora nós continuamos: tem da Prefeitura, do Estado, do Federal, terceirizado e CLT. Então são pessoas, às vezes, fazendo a mesma coisa, só que o salário é diferente, a carga horária é diferente, os direitos são diferentes. Um tem abono, outro não tem abono, um é ponto facultativo de trabalho, outro não trabalha. Isso gera uma série de conflitos, parece que as pessoas têm objetivos diferentes. O objetivo de todos deveria ser ter um hospital melhor, mas isso ainda precisa melhorar bastante. (Relato de B7)

Por exemplo: enfermeiro e médico, existem diferenças de pareceres, diferenças de entendimentos, até de hierarquia. Hoje a gente pode ter um enfermeiro sendo o chefe de um médico. Isso é difícil de aceitar. O médico simplesmente não acata, ele passa por cima e vai para o superintendente. Então, tem essa dificuldade de conflito entre as classes de profissionais. Existe um conflito por conta dessa variedade de profissões no mesmo ambiente de trabalho. (Relato de B4)

Essa interação conflituosa e disputa de poder pode ser intensificada no Hospital Beta em decorrência de ser uma organização pública, em que os agentes possuem maior estabilidade nos cargos que ocupam. Soma-se a isso o fato de ser uma organização com rotatividade de poder e eleições diretas, além do *status* pessoal e reconhecimento profissional conquistado ao participar da gestão de um hospital com tamanha representatividade em sua área de atuação.

Diante desse cenário de multiplicidade de agentes e interesses, nem sempre se consegue atender aos interesses diversos e o poder de determinados grupos prevalece sobre os demais. Em um ambiente de pluralidade, é na informalidade que parecem ser construídas relações de poder e hierarquia distintos dos existentes na formalidade, de acordo com termos de Stacey (1996).

Ficava na mão de quem era o especialista daquele leito. Eu interno a hora que eu quero, eu dou aula a hora que eu quero. Você não conseguia avançar. “Ah, nós vamos estruturar o hospital”. Ok, mas a estruturação do hospital era de quem gritava mais alto: “eu quero a reforma assim”. As coisas não vinham de uma direção. A prioridade hoje é a farmácia, então nós vamos fazer todos os esforços para estruturar a farmácia. A prioridade é determinado setor, então nós vamos fazer os esforços para determinado setor. Mas era dos donos dos setores, a prioridade. O dono do setor que falava mais. Assim, talvez eu seja até muito enfática no que eu vou falar, mas é uma lei meio de coronelismo. Aquele coronel que era mais forte e gritava um pouquinho mais alto, ele ia conseguir a reforma. Você tinha aqui setores um pouco melhores do que o outro. Essa visão geral do hospital era meio distorcida. (Relato de B6)

Esse problema é político também. Essa complexidade do hospital é que existe um problema político, existe um problema de poder no hospital, que também é seríssimo. É o poder dos segmentos, é o poder da classe docente com a classe discente, com a classe dos técnicos administrativos. É o problema do poder dos médicos, do poder das enfermeiras e dos técnicos de enfermagem. Existe essa questão do partidarismo dentro do hospital, que as escolhas são diretas, existe essa divisão, existe o grupo da situação e o grupo da oposição. Essa questão da autonomia da área acadêmica também é um problema, porque você fala para o cara fazer e o cara não faz. E não tem ninguém que faça fazer. Por quê? Porque não existe punição. Então, se eu quiser fazer eu faço, se não quiser fazer, eu não faço. Aliás, existem os mecanismos de punição, claro que existem, mas como existe um clientelismo muito grande nisso tudo, um corporativismo muito grande nisso tudo, das categorias, essas coisas não estão andando. (Relato de B12)

Essas interações informais e o motivo delas existirem podem ser obscuros ou, mesmo sendo do conhecimento de todos, ser um assunto velado na organização, como destacado por Carlisle (2011). Na observação não participante foi possível perceber, ora pela entonação das falas, ora pelo próprio conteúdo do discurso, que haviam interações e relações de poder que os agentes não queriam expor diretamente. Nas entrevistas essa obscuridade não foi tratada de maneira objetiva pelos agentes organizacionais, mas sim pelo consultor. Esse foi o único a falar sobre o assunto, talvez por não fazer parte diretamente da organização.

Na verdade, eles ficavam mais no plano tácito, isso não é uma coisa muito assumida. Mas existia essa coisa do docente querer se sobrepor na hora da opinião, na formação de grupos: “ah, não bota essa pessoa, ela não vai contribuir com nada”. A gente tem que ter muita sensibilidade para poder fazer isso, de redistribuir os grupos, de misturar esses grupos para poder não manter o poder muito sobrecarregado num grupo só. A gente sempre procurava quebrar essas coisas para que pudéssemos ouvir os segmentos que em geral sofrem mais com a operação no hospital, porque quem carrega o hospital nas costas é o enfermeiro, é o técnico de enfermagem e são os servidores. São essas pessoas que carregam o hospital, em geral é o enfermeiro que faz isso. (Relato B12)

Dessa maneira, as interações entre os agentes, sejam elas formais ou informais, foram identificadas como recorrentes no Hospital Beta e capazes de influenciar no PE da organização. Essa influência pode ser percebida tanto no sentido de contribuir para que o PE fosse realizado, quanto no intuito de não colaborar com sua realização.

A não linearidade foi analisada de acordo com o *feedback* das ações, de modo que foi considerado não linear quando o *feedback* era diferente do esperado, conforme Stacey (1996, 2012). Identificou-se que a não linearidade influencia na Implementação das estratégias do Hospital Beta, uma vez que resultados distintos do esperado foram alcançados, o que acarretava em mudanças no processo no decorrer das atividades para chegar ao resultado almejado, como relatado no seguinte trecho de entrevista de B6: “Planejamos isso que não foi bem assim, não deu certo por conta disso. Então é a parte que você vai rever tudo aquilo ali e tentar ajustar”.

Com a predominância de estratégias emergentes, a não linearidade torna-se mais difícil de ser detectada, já que impossibilita a comparação entre o que era



esperado como resultado de determinada ação com o resultado obtido. No entanto, verificou-se que ações previstas pela gestão estratégica que se sobrepôs ao PE desencadearam em resultados distintos do esperado. Como exemplo podem ser citadas as repetidas ocasiões em que não foi cumprido o contrato estabelecido com a Secretaria de Estado da Saúde, em que o Hospital Beta previu e planejou a entrega de determinados serviços e não conseguiu cumprir o contratado, embora tenha oferecido outros serviços assistenciais à comunidade. Ou seja, previa-se a concentração de esforços no cumprimento de determinados serviços, mas na informalidade e diante da autonomia dos agentes outros serviços não previstos eram executados.

Diante da interação entre os agentes e da não linearidade, o aprendizado faz parte do Hospital Beta e influencia no PE. O novo parece estar presente no dia-a-dia da organização e exige atitudes também novas e muitas vezes rápidas, levando os agentes a descobrirem e aprenderem, nos termos de McDaniel (2007).

Verificou-se, por exemplo, que mesmo ações planejadas poderiam acarretar em algo não esperado, perante o qual os agentes deviam agir a fim de possibilitar a continuidade dos atendimentos no hospital. E uma vez resolvida a questão, a aprendizagem vivenciada possivelmente influenciaria outras situações.

Porque a gente fazia tudo para resolver o problema. Mas fugiu do planejamento. Fazer o quê? A empresa que ganhou a licitação não entrega, você não pode licitar de novo. Você faz a punição e isso não resolve o problema do hospital. Mesmo que ele pague a multa, vai resolver? Vou ter o remédio? E aí, você vai fazer o quê? Vai no hospital vizinho. Tem aí? Está sobrando? Estou precisando de tantas caixas. Faz um contratozinho. Então, tinha um esquema de uma ajuda mútua que fazia com que as coisas funcionassem, mas fura o planejamento. (Relato de B2)

Situações como a citada nesse trecho de entrevista possivelmente acarretam em mudanças no planejado. E diante do inesperado os agentes aprenderam a buscar outros meios para conseguir o necessário para o funcionamento da organização, modificando esquemas que possuíam ou formando novos esquemas, nos termos de Stacey (1996).

#### 4.2.3 Práticas *managerialistas* no Hospital Beta

Identificou-se características no PE do Hospital Beta que podem associa-lo a uma prática *managerialista*. Até mesmo o motivo pelo qual o PE foi desenvolvido já condiz com uma prática *managerialista*, uma vez que o PE surgiu de uma demanda externa, de uma exigência por parte do Governo Federal de um plano de reestruturação ao qual o Hospital Beta optou por atender com a elaboração de um PE. Assim, tendo que atender ao órgão ao qual é vinculado, restou ao hospital desenvolver o PE. Aliás, diante do cenário de desinteresse da organização para com a Implementação e o Acompanhamento, pode-se inferir que o PE tenha sido desenvolvido exclusivamente com a finalidade de atender a essa exigência.

Eu acho que as pessoas envolvidas não conhecem as ferramentas e, às vezes, até as chefias que estão lá querendo que você faça, estão fazendo porque: “ah, porque o MEC falou que tem que fazer, porque agora para acreditação hospitalar tem que fazer, porque não sei o quê...” ou porque virou moda e todo mundo tem que fazer. (Relato de B5)

Mas o Ministério do Planejamento tinha um posicionamento de que não colocaria mais gente nessas instituições se não tivesse uma gestão mais profissionalizada. (Relato de B10)

Também contribuem para com a visão *managerialista* do processo o fato do PE ter sido formulado com base em metodologias de análise pré-concebidas, utilizadas pelos consultores em diversos outros tipos de organizações, sem considerar as peculiaridades do ambiente hospitalar. E até mesmo a participação dos consultores apenas na Formulação de Estratégias, como se houvesse uma metodologia de gestão pronta a ser seguida, bastava ensina-la e o PE seria concretizado, conforme abordado por Kieser e Wellstein (2011).

Nós iniciamos o planejamento estratégico. Como? Nós não tínhamos dinheiro para pagar, então nós fomos na universidade, na Pró-Reitoria de Planejamento, pedimos ao pró-reitor que nos fornecesse dois funcionários, ele liberou para gente o (nome dos consultores), que nos ajudaram. (Relato de B2)

Eu posso fazer uma análise dessa não implementação de uma forma externa, porque nós orientamos, mas nós não estávamos dentro do hospital. Nós orientamos a elaboração, mas a implementação ficou por conta do hospital. Então, também não é o caso ideal. O ideal é que assim, a implementação e o monitoramento fiquem com a mesma equipe, que sejamos nós, mas do jeito que funcionávamos naquela época somente a elaboração era sobre nossa orientação. (Relato de B11)

Contudo, alguns agentes pareciam reconhecer que a adoção dessa metodologia de gestão assumia um caráter *managerialista*.

Tem hora que eu sou meio desacreditada de Planejamento Estratégico, eu acho que a gente vê, aprende as ferramentas e na hora em que você vai aplicar no serviço público, principalmente tem hora que é meio difícil você aplicar as coisas, você esbarra em uma série de barreiras, uma série de burocracias para você desenvolver. Sem contar que você encontra muita resistência também. Não só do servidor público, mas de muita gente, o ser humano tem medo do novo. Quando você vai tirar ele da zona de conforto dele, é uma coisa complicada. Quando você vai querer chegar com alguma coisa nova é sempre complicado. (Relato de B5)

Porque a saúde não tem um planejamento próprio da saúde, a gente está tentando, os nossos gestores e o grupo tem tentado adaptar esses princípios da gerência científica da época do capitalismo para a saúde. Só que o objeto era diferente. Então, esse encontro e desencontro dessas duas modalidades, dessas duas propostas, gera essa complexidade toda. A complexidade dele não dá para colocá-lo numa redoma e nem dá para ser normativo mais, mas ainda a gente sofre a influência do processo normativo. É o gestor maior, definindo rumos, sem ouvir o trabalhador da ponta. Então a centralização, a sobrecarga, a burocratização do processo ainda é resistente. (Relato de B8)

Mesmo diante dessa percepção de alguns, a prática do *managerialism* estava presente nos objetivos almejados, na adoção dessa metodologia de gestão conforme o padrão desenvolvido para o mercado, sem atender as peculiaridades da organização, o que pode ter acarretado o papel simbólico exercido pelo PE.

Como se observou ao abordar o Acompanhamento do PE no Hospital Beta, os únicos indicadores e metas acompanhados diziam respeito à produção e às finanças do hospital, o que, conforme Chanlat (2002), é uma das características do *managerialism*. Ao procurar garantir o funcionamento do hospital, os objetivos do PE que realmente foram buscados diziam respeito à prestação de serviços, garantindo assim a manutenção financeira do mesmo.

Porque nós estamos num processo de contratualização com a Secretaria Estadual de Saúde e nessa contratualização é feito um contrato mesmo de metas e nós temos que cumprir essas metas. Então, nós temos metas a cumprir e o planejamento tem que nos ajudar a cumprir essas metas. Se eu tenho meta de fazer 110 cirurgias, de 180 pacientes que são encaminhados pela rede, nós temos que cumprir essas metas. (Relato de B11)

Sabe o que ela fazia? Cumpria a tarefa. Se a Secretaria exigisse que eu prestasse contas todo mês, eu prestava. Eu prestava, justificava não sei o quê para receber o meu dinheiro. Sua meta é fazer 50 cirurgias por mês. Aí eu cobrava de você no monitoramento: "Olha só gente, estão falando o seguinte, a Secretaria autorizou 50, só estão fazendo 30". Era cobrado da gestão você fazer. Na verdade, cobrava da gestão para se fazer gestão. Aí

“você dava um jeito de fazer produção: ‘Gente, nós temos que produzir mais aí. Olha aí (nome do agente), opera mais’. Depois, no final do mês: ‘Atingimos a meta’. Era só isso. Cumprir meta para receber o valor de repasse, senão o hospital ia ficar sem dinheiro, porque a Secretaria não paga. (Relato de B3)”

E embora o contrato de prestação de serviços com a Secretaria de Estado da Saúde dizia atender a objetivos também qualitativos, o próprio entendimento de alguns agentes do hospital era de que as medidas eram exclusivamente quantitativas.

Para medir qualidade não existe um parâmetro, o parâmetro de qualidade se reflete no número de atendimentos. Agora, se o atendimento é bom ou não, se é adequado ou não, se eu atinjo ou não, eu também vejo através desses indicadores. Por exemplo, eu faço 10 cirurgias cardíacas por mês. Quatro morrem. Teoricamente, numericamente, eu estou numa péssima qualidade de serviço, de atendimento. Mas se eu não analisar a parte qualitativa desse indicador, mas o paciente morreu por quê? Faltou leito? Faltou sangue? Teve imperícia da equipe? Aí tudo isso eu tenho que prever antes para que eu diminua essas intercorrências. O nosso serviço aqui é reconhecido como um serviço de qualidade. Mas eu não sei se o olhar do usuário entende que isso é um serviço de qualidade. Então, medir qualidade desse jeito não dá, porque a saúde é aquilo que eu falei, você pode ter a doença, mas com uma qualidade de vida excelente. (Relato de B8)

Contudo, por meio das entrevistas e da observação não participante, foi possível notar que o cunho quantitativo que os objetivos do Hospital Beta assumiram deveu-se muito mais as características do PE e das condições do hospital na época do que propriamente ao desempenho que os agentes almejavam para o hospital. Os relatos apresentados eram mais condizentes com a busca de desempenho não financeiro, de quem estava vinculado ao hospital durante toda uma carreira profissional e que desejava ver a organização prestando assistência aos pacientes e formando bons profissionais.

A gente é muito fissurado nessa questão da assistência e do ensino, a gente é muito mais que humano, o olhar é muito mais para o humano. Então, a gente quer resolver o problema do paciente. E aí quando você vai para área de gestão, você tem que ter outros conhecimentos, que inclusive a máquina pública exige para que você possa trabalhar. Essa é a angústia nossa, a gente está o tempo todo correndo atrás de dar recursos, que é o papel do gestor, é possibilitar que a assistência aconteça. E isso é frustrante. Hoje eu estou lidando com a falta de enfermeiro, amanhã com falta de médico, é o outro que precisou se afastar por uma doença e não tem como substituir e aí você tem que sobrecarregar o profissional, aí você tem que estar improvisando material para você não deixar de assistir, porque a assistência não pode parar. (Relato de B3)

Na verdade, o hospital, se você for botar mesmo na ponta do lápis, não tinha estrutura para funcionar. Ele sempre funcionou com muito esforço de

todo mundo que estava lá, de todo mundo. Um gato pingado ou outro que não aparece, mas isso aí é uma questão de exceção. (Relato de B1)

Tal fato parece ser contraditório a metodologia de gestão adotada, uma vez que o PE foi desenvolvido para empresas de mercado que visam, sobretudo, otimização de recursos, nos termos de Meyer e Meyer (2013).

Assim, conforme a análise desenvolvida com base nos relatos de entrevistas e no diário de campo, o desempenho buscado pelo Hospital Beta mostrou ser um perante a formalização do PE e a atuação dos gestores administrativos, e outro na ação dos demais agentes organizacionais do Hospital. Para o PE e para os gestores administrativos, o foco estava na quantificação financeira, com o objetivo de sanar os compromissos financeiros obtidos pelo hospital para prestação dos serviços, e para os demais agentes organizacionais estava muito mais relacionado a questões morais e sociais, conforme Handy (2009), visando ao benefício dos pacientes e da comunidade.

Com isso, nos termos de Meyer e Rowan (1977), o PE foi adotado no Hospital Beta de maneira simbólica, uma vez que as atividades realizadas na organização não condiziam com o planejado ou, quando eram semelhantes ao planejado, davam-se de forma aleatória, já que a preocupação não estava em seguir o PE. Essa coincidência entre o que era desenvolvido e o planejado já havia sido abordada por MacDowell e Sumansky (2004) quando refletiram sobre o uso simbólico do planejamento.

Após ter cumprido a entrega do PE para o Governo Federal e atendido assim ao Rehuf, o hospital parece ter ignorado a metodologia de gestão, não dando sequência as etapas previstas no PE. Muitos relatos indicam, inclusive, que a existência do PE era ignorada por parte dos agentes da organização.

Quantos sabem a missão do hospital? Não sabem. Então como é que eu sei para que eu vim, o que eu tenho que fazer, para quê, se eu não sei nem para quê o hospital existe? Não sabem. Ninguém, ninguém, eu vou falar para você, pode chamar de metida, ninguém, com uma ou outra exceção, trabalha focado na missão. Primeiro porque não conhece, segundo porque não sabe planejar, terceiro, quando planeja fica no papel. (Relato de B3)

Porque as pessoas colocam aquilo como prioridade, mas as pessoas continuam fazendo outras coisas que não aquelas. Talvez essas coisas não tenham sido comunicadas como deveriam ser. Porque esse planejamento

tem que chegar lá na operação e as pessoas muitas vezes não sabem nem que essas coisas existem. (Relato de B12)

E, segundo relatos, mesmo quando as ações previstas eram aparentemente implementadas, o resultado era questionável.

Se a meta era instituir a unidade, ela foi cumprida, você concorda? Eu cumpri a meta, instituí a unidade. O que essa unidade faz? E que melhorou desde quando foi instituída? É a realidade. Pode ser ineficiência da sua parte, tem uma série de fatores envolvidos, mas é o real. E é aí que os planos não são efetivos. E isso aconteceu com os outros planos. Até hoje não se mensuram os dados e para os que mensuram não se analisa. Então não se toma a gestão em cima dos indicadores. (Relato de B3)

O mérito do êxito da Implementação de algumas ações previstas não era dado ao PE, como se houvesse obtido aquele resultado de modo aleatório, sem interferência de uma metodologia de gestão, ou independente dessa.

Então assim, se tivesse ou não planejamento, elas seriam feitas, porque a demanda é real, a demanda é inerente ao cenário de serviço hospitalar que a gente trabalha, de ensino, sistema de saúde. Então assim, o planejamento pode ter nos dado talvez uma oportunidade de pensarmos sistematicamente nas necessidades. Mas assim, na operação a gente lembrava, olha, isso está no planejamento estratégico, é uma justificativa. Isso foi usado como justificativa, foi usado como norte, mas não foi no monitoramento, não foi. Não tínhamos condições para isso. (Relato de B1)

Não era natural ter uma equipe de planejamento, as pessoas faziam da própria cabeça, sem as etapas que hoje se propõe dentro de um planejamento. Fazia meio que sem a questão científica, do senso comum mesmo do planejamento. (Relato de B8)

Com isso, considera-se que o PE no Hospital Beta exerceu um papel simbólico, simplesmente para atender a exigência do Rehuf, o que reforça o caráter *managerialista* da metodologia de gestão no caso estudado. O simbolismo assumido pelo PE pode ter sido intensificado pela adoção dessa metodologia de acordo com o padrão utilizado no mercado, sem adaptações as características de SAC da organização.

Seguindo as orientações dos consultores, para a Formulação de Estratégias do PE no Hospital Beta foram utilizadas metodologias de análise padronizadas a fim de chegar a um documento que formalizasse o processo e pudesse servir de base para a reestruturação do hospital, como era exigido pelo Rehuf. As metodologias de análise padronizadas adotadas parecem ter sido utilizadas para ordenar o processo

e passar ao Governo Federal a ideia de que a organização tinha controle do que seria seu futuro, nos termos de Rowe (2014).

Os mesmos pontos fortes, os pontos fracos, aquelas mesmas construções de problemas que você precisa elencar para poder você fazer, nortear a construção do seu PDE. Aquilo que a gente era forte, aquilo que a gente era fraco, quais eram os nós críticos, o que a gente podia avançar, o que tinha avançado, o que nós já tínhamos de bom para melhorar e aquilo que não funcionava. (Relato de B9)

A primeira coisa foi levantar aqueles pontos da visão, da missão, aqueles pontos favoráveis e desfavoráveis, depois fizemos o levantamento das necessidades que o hospital teria naquela época, em grandes eixos e depois nós fomos fazendo eixos menores. (Relato de B1)

No entanto, nas etapas subsequentes do PE – Implementação e Acompanhamento – não houve a adoção de metodologias ou mesmo programas para acompanhar a implementação.

Por mais que você tenha uma conjectura de que aquilo ali está dentro de um sistema, é impossível, porque não tem uma estrutura, não tem uma informática, não tinha um modelo de gestão, um software para você seguir. Porque se você vai seguir ao léu, você vai seguindo o que vem à sua cabeça, você está vendo que precisa ser profissional, você sabe que precisa. Agora, para se fazer uma coisa decente, tem que ter um modelo de gestão informatizado. (Relato de B1)

Assim, as metodologias de análise padronizadas estiveram presentes na parte de Formulação de estratégias, corroborando com as características *managerialistas* do PE adotado. Essa padronização, no entanto, não se fez presente nos processos de Implementação e Acompanhamento do PE.

A busca de desempenho financeiro, juntamente com a adoção de um PE padronizado, implicando na simbologia dessa metodologia de gestão na organização, desenvolvida sobretudo para atender a exigências de legitimidade perante o órgão mantenedor, caracterizam o perfil de prática *managerialista* que o PE assumiu no Hospital Beta.

#### 4.3 ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS

Com base na análise dos dados apresentada para ambos os hospitais foi desenvolvida uma análise comparativa entre os PEs, as implicações dos elementos

de SAC nos PEs e os PEs enquanto prática managerialista entre os casos estudados. O objetivo foi analisar as semelhanças e diferenças entre os PEs dos Hospitais Alfa e Beta e o que motivou essas características. O resultado pode ser observado no Quadro 7.



PE	Semelhanças	Motivações das Semelhanças	Diferenças	Motivações das Diferenças
<b>Tipo de Estratégia</b>	- Predomínio de estratégias emergentes.	- Dificuldade de Implementação das Estratégias deliberadas; - Imprevisibilidade; - Não concretização da análise de cenário realizada na Formulação de Estratégias.	- Hospital Alfa: agentes dizem obter estratégias realizadas de estratégias deliberadas; - Hospital Beta: agentes reconhecem não haver estratégias deliberadas, apenas planejadas.	- Hospital Alfa: visa a transparecer o sucesso do PE, não admitindo que as estratégias planejadas não sejam realizadas; - Hospital Beta: abandono do PE, admissão da não implementação.
<b>Formulação de Estratégias</b>	- Baixa participação de especialistas; - Utilização de metodologias de análise conforme padrão; - Atuação de consultoria.	- Separação entre equipe de Formulação e de Implementação; - Consultores vistos como detentores do know-how necessário para Formulação conforme mercado.	- Hospital Alfa: formulação <i>top-down</i> ; exigência de participação dos agentes; - Hospital Beta: formulação <i>middle-out</i> ; Formulação durante seminário fora da organização; esvaziamento do processo de Formulação	- Hospital Alfa: poder centralizado na mantenedora; presença na Formulação exigida, não sendo suficiente para participação; - Hospital Beta: desvalorização do processo pela alta gestão; ceticismo de gestores intermediários especialistas e demais agentes especialistas.
<b>Implementação de Estratégias</b>	- Ações executadas distintas do planejado.	- Cenários previstos não concretizados; - Ausência de intenções coletivas; - Entendimento distintos dos agentes com relação aos interesses da organização.	- Hospital Alfa: tentativa de Implementação; mudanças no decorrer da Implementação visando ao objetivo inicial; - Hospital Beta: abandono das estratégias formuladas; desconhecimento do que deveria ser implementado.	- Hospital Alfa: necessidade de apresentar a alta gestão os resultados obtidos com o PE; necessidade de adaptações conforme a não concretização dos cenários e o surgimento das estratégias emergentes; - Hospital Beta: PE formulado para atender exigência externa; baixa participação e ceticismo dos agentes e pouca divulgação do PE.
<b>Acompanhamento</b>	- Acompanhamento quantitativo.	- Indicadores e metas mensuradas quantitativamente, sobretudo conforme o resultado financeiro.	- Hospital Alfa: acompanhamento sistemático; - Hospital Beta: acompanhamento não sistemático.	- Hospital Alfa: utilização do sistema <i>Balanced Scorecard</i> ; atualização dos índices alcançados bimestralmente, reuniões periódicas de Acompanhamento; - Hospital Beta: Acompanhamento apenas dos índices financeiros que precisavam ser repassados ao mantenedor para prestação de contas dos serviços realizados.

Quadro 7 - Análise comparativa do PE dos Hospitais Alfa e Beta

Fonte: Pesquisa

As características do PE adotado nos Hospitais Alfa e Beta mostra que as estratégias planejadas dificilmente se concretizam, predominando em ambos as estratégias emergentes, nos termos de Mintzberg e Waters (1985). O ambiente de imprevisibilidade, tanto interna quanto externamente, é comum as organizações, dificultando a execução da estratégia conforme planejada. Essa imprevisibilidade impacta na não concretização do cenário previsto quando da Formulação das Estratégias e, conseqüentemente, na não Implementação das Estratégias formuladas com base nessa análise de cenários (JOHNSON; SCHOLLES; WHITTINGTON, 2007).

Assim, a imprevisibilidade e a predominância das estratégias emergentes podem ser apontadas também como fatores influentes na não execução da Implementação. Uma diferença apresentada nessa etapa do PE é que a não implementação é reconhecida pelos agentes do Hospital Beta, já no Hospital Alfa os agentes dizem implementar o PE. No entanto, foi perceptível na análise dos dados que, embora muitas vezes alcancem o resultado almejado, as ações para chegar ao resultado sofrem alterações e ajustes, sendo assim distintas do planejado.

Assim, no Hospital Beta parece não haver a preocupação em fazer cumprir o PE, uma vez que os agentes estão mais preocupados em manter o hospital em funcionamento, ou seja, predominam estratégias emergentes que contribuem para a manutenção do funcionamento do hospital, sendo desconsideradas as estratégias planejadas. No Hospital Alfa, por sua vez, os agentes se preocupam em seguir as diretrizes do PE e atingir as metas, mesmo que por meios distintos dos que previstos inicialmente no PE. Nesse hospital a equipe demonstra a necessidade de prestar esclarecimentos a alta gestão com relação ao PE

A preocupação em seguir as diretrizes e atingir as metas no Hospital Alfa pode ser consequência do caráter *top-down* do PE naquele hospital. Sendo as diretrizes impostas pela alta gestão (MINTZBERG, 2004), os agentes sentem-se acuados em não as cumprir. Já no Hospital Beta, conforme foi relatado, a alta gestão não teve participação tão ativa, havendo relatos inclusive de que não houve apoio da alta gestão ao PE. Nesse caso, o PE parece ter sido desenvolvido pelos gestores

intermediários administrativos a fim de atender a exigência do Governo Federal por meio do Rehuf.

Outro possível motivo da busca por seguir as diretrizes e atingir as metas no Hospital Alfa pode ser provocada pelo Acompanhamento sistemático do PE. Sendo os agentes cobrados no que diz respeito aos resultados que alcançam, esforçam-se para cumprir as metas, não importando o percurso realizado para isso. Já no Hospital Beta, são acompanhados apenas a produção e o financeiro, não havendo preocupação com o acompanhamento estratégico (HITT; HOSKISSON; IRELAND, 1990), quando o ideal seria que ambos acompanhamentos fossem realizados (OUAKOUAK; OUEDRAOGO, 2013).

Embora os acompanhamentos sejam distintos nos hospitais estudados, assemelham-se no fato de serem observados critérios quantitativos, conforme abordado por Denis, Langley e Rouleau (2006). Pode ser observada uma dificuldade em estabelecer critérios qualitativos para serem acompanhados em ambos os hospitais. Em algumas situações, mesmo critérios classificados inicialmente como qualitativos, apresentam embasamento quantitativo, como foi abordado pelo profissional especialista B8 ao relatar: “Para medir qualidade não existe um parâmetro, o parâmetro de qualidade se reflete no número de atendimentos. Agora, se o atendimento é bom ou não, se é adequado ou não, se eu atinjo ou não, eu também vejo através desses indicadores” (Relato de B8).

Já com relação aos Elementos de SAC, a análise comparativa mostrou que os Hospitais Alfa e Beta apresentaram implicações bastante semelhantes dos elementos interação entre agentes, não linearidade e aprendizado elementos no PE. O resumo das implicações dos elementos Interações informais entre agentes, *Feedback* não linear e aprendizado no PE desses hospitais encontra-se no Quadro 8.

Elementos de SAC	Implicações no PE de ambos os Hospitais	Evidências	Diferenças nas implicações nos PEs dos hospitais
Interações informais entre agentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação de grupos buscando interesses distintos;</li> <li>- Aprendizado estratégico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema informal marcado por negociações para compactuar sobre interesses inicialmente distintos;</li> <li>- Interações informais a fim de resolver conflitos de interesses, seja por meio de convencimento ou de barganha;</li> <li>- Presença de poder das relações políticas e de amizade;</li> <li>- Troca de informações pela interação informal contribui para o aprendizado dos agentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Alfa: interações informais utilizadas para disseminação do PE;</li> <li>- Hospital Beta: mais evidente a disputa de poder entre os profissionais especialistas por meio das interações informais.</li> </ul>
<i>Feedback</i> Não Linear	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de planos de ação, metas e indicadores;</li> <li>- Acompanhamento;</li> <li>- Alterações no decorrer do ciclo do PE;</li> <li>- Surgimento de estratégias emergentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultado planejado ao traçar planos de ação, metas e indicadores não é alcançado;</li> <li>- Resultado obtido não estava previsto quando da Formulação de Estratégias;</li> <li>- Estabelecimento de novas estratégias ou novos planos de ação para buscar o resultado planejado inicialmente, porém não alcançado por meio da Implementação proposta;</li> <li>- Distinção entre resultado esperado e alcançado propicia ações padronizadas, vistas posteriormente como estratégicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Alfa: não linearidade mais perceptível já que o hospital diz seguir o PE; Acompanhamento nem sempre eficiente, uma vez que acompanha o que não será atingido e não acompanha o resultado realmente alcançado;</li> <li>- Hospital Beta: pelo PE ter assumido um caráter totalmente simbólico, a não linearidade é menos perceptível, uma vez que o resultado esperado nem sempre é exposto com antecedência, o que possibilita apontar o resultado alcançado como o esperado.</li> </ul>
Aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão do PE;</li> <li>- Implementação distinta da formalizada;</li> <li>- Organização agindo como máquina não se concretiza;</li> <li>- Novos resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interações informais e <i>Feedback</i> não linear levam a situações inesperadas, assim agentes são desafiados a descobrirem, aprenderem e mudarem as ações, impactando em novos resultados;</li> <li>- Ao aprenderem, os agentes atuam de maneira distinta da prevista, impactando na Implementação diferente do Formulado;</li> <li>- Agente não apenas obedece a ordens, mas adquire conhecimento e atua de acordo com esse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital Alfa: Aprendizado adquirido no decorrer da ação implica em alterações no PE quando da revisão (embora nem todo aprendizado acarrete em alteração);</li> <li>- Hospital Beta: maior burocracia para realização de processos, implica no aprendizado dos agentes a fim de encontrar meios alternativos para manter o hospital em funcionamento e os procedimentos assistenciais sendo prestados.</li> </ul>

Quadro 8 - Implicações dos Elementos de SAC no PE dos Hospitais Alfa e Beta

Fonte: Pesquisa

Quando analisados comparativamente os elementos de SAC nos Hospitais Alfa e Beta verificou-se que ambos sofrem implicações das interações entre os agentes, da não linearidade e do aprendizado no PE. Essa influência, no entanto, acarreta em reações diferentes nos agentes, sendo que alguns relatam como se reconhecessem a presença desses elementos e outros tentam ignorá-la.

As interações entre os agentes ocorrem tanto pelas vias formais como pelas informais. É na informalidade que a pluralidade de agentes se sobressai e cria um ambiente propício a disputa de poder, em que interesses distintos e mesmo contraditórios são negociados, conforme aponta Jarzabkowski e Fenton (2006). Essas negociações ora mostram-se benéficas a organização, uma vez que a pluralidade de ideias e interesses culmina em crescimento e desenvolvimento do Hospital, ora pode acarretar em prejuízo a organização, mesmo que momentâneo, em detrimento de atender aos interesses de determinado grupo.

No Hospital Alfa, os gestores expõem que se utilizam das interações informais para disseminar a organização, embora não reconheçam que grande parte das decisões são tomadas também na informalidade das relações. Embora defendam que as decisões estratégicas são definidas em reuniões formais, ficou evidente que nessas reuniões há na verdade a ratificação do que já estava definido anteriormente, por meio das interações informais.

Já no Hospital Beta, é significativa a implicação das interações informais, sendo por meio dessas realizada a Gestão Estratégica do hospital. As interações informais adquirem grande representatividade, em qualquer das instâncias hierárquicas, estando presente tanto na relação de iguais como na relação da alta gestão com a base organizacional. Diante da estabilidade que os agentes acreditam possuir nos cargos que ocupam, as vias formais de interação não surtem o efeito esperado, tendo os gestores que recorrer a relações de amizade para que os subordinados cumpram o que lhes é solicitado.

Os efeitos da não linearidade implicaram na relação decisão/resultados do PE do Hospital Alfa, principalmente por esse hospital buscar a Implementação e o Acompanhamento dessa metodologia de gestão, enquanto o Hospital Beta não se

preocupou em implementar e acompanhar o PE. Mesmo diante disso, ambos os hospitais mostraram ser influenciados por resultados distintos dos esperados com determinada ação, o que acarretava na busca por novas ações para alcançar o resultado inicialmente previsto ou mesmo a aceitação do novo resultado.

Assim, a não linearidade mostrou implicar negativamente na gestão estratégica dos Hospitais. Esse impacto negativo pode ser observado na dificuldade dos Hospitais Alfa e Beta em alcançar o resultado previsto, o que provocou revisões do processo e a necessidade de realizar ações de maneiras distintas, porém com o mesmo objetivo inicial, sendo necessário que as organizações mantivessem seus esforços por mais tempo concentrados na busca de um mesmo resultado. Como no Hospital Alfa a busca pela Implementação e pelo Acompanhamento foi mais intenso, essa implicação negativa também foi agravada nesse hospital.

O terceiro elemento analisado, o aprendizado, é provocada pela influência que os elementos interação entre os agentes e não linearidade (STACEY, 2010) exercem no PE. Diante de um ambiente propício para o aprendizado, os gestores de ambos hospitais não pareceram buscar obediência a seus comandos, nos termos de McDaniel (2007), mas estimular para que o aprendizado possa ser utilizado em benefício das organizações hospitalares, como destacado por Stacey (1996). Assim, as características de organização máquina, necessárias para a Implementação do PE, não se realizam, conforme apontado por Morgan (2007).

A autonomia exercida pelos profissionais nos Sistemas Adaptativos Complexos justifica a relação de menos obediência e mais aprendizado, afinal são esses profissionais que desenvolvem a atividades fim da organização. Essa autonomia impacta inclusive no desempenho buscado e alcançado por essas organizações, já que os interesses desses profissionais especialistas adquirem maior representatividade e influencia, não apenas sobre o serviço prestado, mas também sobre a organização em sua amplitude.

Já com relação a adoção do PE, tanto o Hospital Alfa como o Hospital Beta apresentaram indícios de que a metodologia de gestão conforme adotada configura-se como uma prática *managerialista* (CHANLAT, 2002). Ambos os hospitais apresentaram semelhanças ao almejar objetivos financeiros com o PE, utilizando

para isso uma formulação baseada em metodologias de análise padronizadas pré-definidas para o mercado. Contudo, os PEs desenvolvidos assumiram caráter simbólico, nos termos de Meyer e Rowan (1977), não sendo implementados de fato, conforme apresentado no Quadro 9.

<b>Managerialism</b>	<b>Hospital Alfa</b>	<b>Motivações/Evidências</b>	<b>Hospital Beta</b>	<b>Motivações/Evidências</b>
<b>Objetivo do PE</b>	Predominantemente financeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivo principal do PE é diminuir os custos da operadora;</li> <li>- Dar segurança de investimento aos cooperados;</li> <li>- Esse objetivo foi apontado principalmente pela alta gestão e pela gestão intermediária administrativa.</li> </ul>	Predominantemente financeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos acompanhados pelo PE visavam o cumprimento de metas de produção estabelecidos no contrato de prestação de serviço e, conseqüentemente, o repasse financeiro;</li> <li>- PE desenvolvido para garantir a sobrevivência do Hospital;</li> <li>- Real objetivo dos agentes parecia muito mais relacionado a questões não financeiras.</li> </ul>
<b>Adoção do PE sem adequações</b>	Metodologias de análise, Implementação e Acompanhamento padronizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoção de metodologias de análise como Swot e Pestel;</li> <li>- Uso do <i>Balanced Scorecard</i>;</li> <li>- Garantir legitimidade a organização;</li> <li>- Modelo de mercado visto como ideal.</li> </ul>	Metodologias de análise padronizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padronização indicada pela consultoria;</li> <li>- Isolamento de agentes para formular o PE;</li> <li>- Atender as exigências de órgão externo.</li> </ul>
<b>PE simbólico</b>	Estratégias não realizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A não implementação das estratégias conforme o planejado expõe o simbolismo do PE;</li> <li>- Foram seguidas apenas as diretrizes gerais da metodologia de gestão;</li> <li>- Adoção do PE por representar uma metodologia moderna, legitimada.</li> </ul>	Interesse Externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PE formulado para atender a exigência de órgão mantenedor do hospital;</li> <li>- Não execução da Implementação e do Acompanhamento;</li> <li>- Desconhecimento e ceticismo por parte dos agentes;</li> <li>- Inadequação da metodologia de gestão aos interesses e a forma de gestão do Hospital.</li> </ul>

Quadro 9 - Manifestação managerialista do PE dos Hospitais Alfa e Beta

Fonte: Pesquisa



Embora a busca por desempenho financeiro tenha evidenciado ser o objetivo do PE dos dois hospitais, no Hospital Alfa esse interesse atende principalmente a operadora e, conseqüentemente, aos cooperados, que são os investidores do hospital. Caso o hospital não cumpra o papel de diminuir e balizar os custos da operadora, esse perde sua função. Já o Hospital Beta, mesmo sendo de origem pública, pode ter o PE apontado como visando ao desempenho financeiro por essa metodologia de gestão ter atendido apenas as necessidades de Implementação e Acompanhamento necessárias para o cumprimento do contrato de prestação de serviços com a mantenedora desse hospital. Assim, a metodologia de gestão demonstra ser adotada para atender a produtividade e ao desempenho financeiro, caracterizando uma prática *managerialista* (CHANLAT, 2002).

Já no que diz respeito a adoção do PE conforme o modelo de mercado, sem adequações as peculiaridades desse tipo de organização (STACEY, 2010), em ambos os hospitais as consultorias influenciaram para que fosse seguido um modelo pré-definido. No Hospital Alfa essas metodologias padronizadas permeiam todas as etapas do PE, sendo perceptível uma maior necessidade de expor que o PE funciona e é seguido, o que pode ser consequência da imagem de modernidade que o hospital deseja ter. No Hospital Beta, essas metodologias padronizadas estiveram presentes exclusivamente na Formulação, etapa coordenada pelos consultores.

Tanto no Hospital Alfa, quanto no Hospital Beta, o PE assumiu um caráter simbólico, conforme termo de Meyer e Rowan (1977), porém motivado por diferentes influências. Enquanto no Hospital Alfa o PE pode ser considerado simbólico por sua Implementação não ter sido executada como planejado, no Hospital Beta o simbolismo pode ser notado principalmente pelo fato do PE ter sido formulado a partir de uma demanda externa.

Embora no Hospital Alfa tenha havido uma forte presença na gestão do hospital das diretrizes gerais do PE, o simbolismo se manifestou na necessidade do hospital em se mostrar como uma organização moderna, nos termos de Clegg et al. (2011), como se fosse capaz de executar o PE de acordo com o mercado, cumprindo-o conforme o formulado, o que na prática não se realizou. Em

contrapartida, no Hospital Beta, não houve grande interesse por parte da organização em executar o PE, assim como os agentes admitiram que o PE não foi implementado e acompanhado, com exceção do relato do mais alto cargo de gestão, em que o superintendente analisou o PE como realizado.

Dessa maneira, os Hospitais Alfa e Beta apresentaram semelhanças e diferenças no que se refere às características do PE, às implicações dos elementos de SAC nessa metodologia de gestão e o PE enquanto prática *managerialista*. Embora sejam organizações hospitalares bastante distintas, o *managerialism* e os elementos de SAC mostraram levar a semelhanças gerenciais. Tal constatação expõem que mesmo Sistemas Adaptativos Complexos com características distintas entre si, sendo uma privada, com agentes donos cooperados ou contratados, mantida por uma operadora de plano de saúde, e outra pública, com agentes servidores públicos, mantida por contrato de prestação de serviço, ambas recebem implicações semelhantes do mercado e das características que possuem por se tratarem de SACs.

No que diz respeito as implicações do PE no desempenho organizacional dos hospitais estudados, evidenciou-se que o desempenho buscado com PE e o desempenho buscado pelos agentes especialistas é semelhante em ambos hospitais. Com relação ao desempenho buscado com o PE, embora o discurso relate que são contemplados financeiro e não financeiro, as metas, indicadores e o próprio Acompanhamento expõem o perfil financeiro dessa metodologia de gestão conforme adotada nessas organizações. Em contrapartida, em ambos hospitais, de modo especial no Hospital Beta, os profissionais especialistas que exercem atividade fim ou cargos de gestão intermediária, mostraram considerar e objetivar sobretudo desempenho não financeiro, relacionado à qualidade no atendimento e nos procedimentos, a satisfação dos usuários e ao reflexo social do serviço prestado, não importando-se, no primeiro momento, com o desempenho financeiro do hospital.

## 5 CONCLUSÕES

Este estudo visou a analisar as implicações do PE no desempenho organizacional de hospitais, sendo esses Sistemas Adaptativos Complexos influenciados pelo *managerialism*. Para isso, foram analisados dois hospitais, sendo um privado vinculado a uma cooperativa médica e outro de natureza pública vinculado à uma universidade federal. A resposta ao problema de pesquisa, bem como recomendações para futuras pesquisas, são apresentadas nas subseções a seguir.

### 5.1 RESPOSTA AO PROBLEMA DE PESQUISA

Os Planejamentos Estratégicos dos hospitais estudados são baseados na metodologia de gestão desenvolvida na década de 1960, que se caracteriza pela previsibilidade, linearidade e racionalidade. O PE conforme adotado nos hospitais segue a orientação tradicional e desconsidera as especificidades organizacionais, caracterizando-se como uma prática *managerialista* que tem no desempenho financeiro o seu foco principal. A prática *managerialista* é evidenciada quando observado o que os hospitais acompanham como desempenho e pela não adequação da metodologia de gestão as características da organização.

As metas e os indicadores planejados nos hospitais para medir o alcance das estratégias previstas no PE tem como foco principal o desempenho financeiro, sendo essencialmente quantitativos e objetivos. Mesmo quando classificam determinado indicador como qualitativo, esse se baseia nos números alcançados, sem conseguir acompanhar o caráter subjetivo do serviço prestado, expondo a discrepância entre as estratégias planejadas, o desempenho almejado e o que é medido e acompanhado.

No hospital privado, o resultado financeiro é o objetivo principalmente da alta gestão. No de natureza pública, as metas diretamente relacionadas a receita financeira da organização são as únicas acompanhadas, não sendo realizado qualquer acompanhamento das demais metas. O perfil mercadológico seguido pela maneira como a metodologia de gestão do PE é adotada nas organizações hospitalares não contempla questões sociais, morais, assistenciais e humanitárias, por exemplo, com a mesma importância dada as questões financeiras, comprometendo a atuação de natureza qualitativa do hospital, voltada à promoção da saúde.

Foi significativo como hospitais diferentes entre si - sendo um hospital de natureza privada pertencente a uma cooperativa médica e outro público, com recursos advindos de fonte estadual e federal, vinculado a uma universidade - compartilham da prática managerialista ao adotarem metodologia de gestão desenvolvida para fins mercadológicos, sem adequá-la as especificidades organizacionais. Ambos visando a alcançar legitimidade e reconhecimento de organização moderna, seja para atender aos interesses dos acionistas e do mercado, destacando-se entre seus iguais como um exemplo a ser seguido quando o assunto é a adoção do PE, seja para atender a uma demanda de gestão imposta pela mantenedora pública, que visa a reestruturar a gestão realizada.

No hospital de natureza privada, os agentes organizacionais demonstraram forte crença na efetividade do PE, conforme adotado na organização, ou seja, sem adequações que visassem a atender às especificidades da organização. Foi atribuída à prática dessa metodologia de gestão resultados satisfatórios conquistados pelo hospital, bem como o fato desse hospital privado ser referência em gestão estratégica perante seus pares. Contudo, a pesquisa evidenciou que, embora alguns objetivos iniciais do PE sejam alcançados, a Implementação conforme proposta na Formulação dificilmente é seguida, prevalecendo uma gestão estratégica baseada em estratégias emergentes.

Diferentemente da crença na efetividade do PE demonstrada pelos agentes do hospital privado, no hospital de natureza pública os agentes demonstraram ceticismo em relação a maneira como o PE foi adotado. Além das experiências

anteriores em que foi realizada apenas a etapa de formulação do PE, os agentes demonstraram ceticismo em relação à participação de consultores apenas no processo de Formulação das Estratégias, à ausência de uma equipe que orientasse os agentes durante a Implementação e ao baixo envolvimento da alta gestão com o PE. Esse ceticismo pôde ser evidenciado na baixa participação dos agentes no processo de formulação das estratégias e no desconhecimento desses em relação ao documento formalizado do PE. Gestores intermediários especialistas e profissionais especialistas que estariam envolvidos na implementação desconheciam o conteúdo do PE.

Embora no hospital de natureza privada os agentes defendam que o PE seja efetivo, constatou-se que, nos dois hospitais estudados, o PE assume um caráter simbólico, principalmente por ignorar as especificidades organizacionais. Mesmo quando a Formulação das Estratégias é realizada com empenho, a Implementação acaba por se distinguir do planejado. Dentre outros fatores, a imprevisibilidade, a racionalidade limitada, a multiplicidade e pluralidade de agentes, o interesse divergente entre os grupos e a constante necessidade de adaptação dos agentes para promover mudanças contribuem para baixa possibilidade de Implementação de estratégias deliberadas e predominância de estratégias emergentes. Embora o resultado alcançado seja, às vezes, semelhante ao planejado, as ações implementadas até obter esses resultados são distintas das propostas quando da Formulação de Estratégia, implicando em PEs simbólicos. E como essas estratégias emergentes não fazem parte da formalização do PE, o Acompanhamento é falho, medindo indicadores não mais perseguidos pela organização e deixando de medir os resultados alcançados com as estratégias emergentes.

As limitações da efetividade do PE nas organizações hospitalares se devem a não observação das especificidades organizacionais que caracterizam um Sistema Adaptativo Complexo. A interação entre os agentes organizacionais demonstrou influenciar na Formulação de Estratégias, sobretudo as relações informais estabelecidas nos mais diversos níveis hierárquicos. Além das interações reconhecidas formalmente nas organizações hospitalares, interesses e poder são vivenciados nas relações informais, ou no chamado sistema sombra, cuja a existência é muitas vezes ignorada. Embora as estratégias planejadas sejam

resultado do que é negociado nas interações informais, essa mesma informalidade das relações influencia na Implementação e, juntamente com a imprevisibilidade, contribui para que as estratégias deliberadas sejam menos efetivas.

Verificou-se que outro elemento de SAC a influenciar o PE dos hospitais é a não linearidade. Essa constatação tem base na obtenção de *feedbacks* distintos dos planejados, potencializados pela autonomia dos agentes e grupos de agentes presentes em uma organização profissional como a hospitalar. Esses *feedbacks* não lineares foram, juntamente com outros fatores, responsáveis por implicar na influência do aprendizado no PE, enquanto elemento de SAC. As situações imprevistas acarretaram em descobertas e aprendizado aos agentes. Diante da capacidade de aprendizado, os agentes souberam agir perante o imprevisto e garantir uma gestão estratégica, que não necessariamente ocorreu por meio do PE.

Embora o PE conforme adotado nos hospitais tenha se caracterizado como uma prática *managerialista*, em ambos os hospitais foi identificada também a busca por desempenho não financeiro. Essa visão mais relacionada ao papel social e moral das organizações hospitalares pode ser percebida, principalmente, nos profissionais especialistas, vinculados à atividade fim dessas organizações. Diante do *managerialism* e da não adequação das metodologias de gestão às especificidades das organizações hospitalares, essa distinção de interesses em relação ao desempenho a ser buscado pela organização segue sendo conflituosa.

Assim, o interesse por aprimorar a profissionalização da gestão hospitalar – no caso do hospital público - ou mesmo legitimar essa gestão perante o mercado e garantir a ela o reconhecimento de gestão moderna – no hospital privado – tem sido marcado pela adoção de metodologias de gestão baseadas no racionalismo com metas quantitativas. A preocupação com o desempenho financeiro se mostrou presente no discurso da alta gestão e da gestão intermediária administrativa dos hospitais, visando a manutenção da estrutura e dos serviços oferecidos, bem como ao retorno aos acionistas no caso do hospital privado, o desempenho não financeiro, dirigido ao atendimento de excelência, com humanização e qualidade, se fez presente no discurso dos especialistas. Se por um lado a sustentabilidade financeira é necessária, de outro a restauração da saúde e a conservação da vida conflitam

com interesses estritamente financeiros. Conciliar essas necessidades é um desafio de gestão, sobretudo numa área em que os recursos são escassos e o rápido avanço tecnológico impacta tanto no custo quanto na qualidade dos serviços oferecidos. Afinal, ambos os desempenhos, financeiro e não financeiro, mostram-se essenciais para a sobrevivência e o reconhecimento da organização, favorecendo a financiadores, acionistas, agentes organizacionais e sociedade.

## 5.2 RECOMENDAÇÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

Ao desenvolver esta pesquisa se verificou a possibilidade de outros estudos que permitam o aprofundamento de temas relevantes. Sugere-se, então, a realização das seguintes pesquisas:

- a) Analisar comparativamente os resultados da gestão estratégica de hospitais que desenvolvem uma gestão estratégica própria, não baseada em metodologias padronizadas.
- b) A partir dos resultados e limitações identificadas, desenvolver estudos propositivos acerca das adequações que um planejamento estratégico deveria apresentar a fim de melhor adequar-se à realidade da organização hospitalar;
- c) Investigar as práticas adotadas por hospitais na tentativa de conciliar desempenho financeiro e social;
- d) Análise comparativa entre a influência das interações formais e das interações informais na implementação do Planejamento Estratégico.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSON, R. A.; PLOWMAN, D.; CORAZZINI, K.; HSIEH, P.-C.; SU, H. F.; LANDERMAN, L. R.; MCDANIEL, R. R. Participation in decision making as a property of Complex Adaptive Systems: developing and testing a measure. **Nursing Research and Practice**, v. 2013, p. 1-16, 2013.
- ANDREWS, K. R. **The concept of corporate strategy**. Homewood, Illinois: Irwin, 1971.
- ANSOFF, H. **Corporate Strategy**. New York: McGraw-Hill, 1965.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUER, M.; GASKELL, G; ALLUM, N. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento - evitando confusões. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 17-36.
- BILLOT, J.; CODLING, A. Lost in translation: aligning strategies for research in New Zealand. **Higher Education Management and Policy**, v. 23/3, p. 93-113, 2011.
- BISSON, P.; STEPHENSON, E.; VIGUERIE, S. P. Global forces: an introduction. **McKinsey Quarterly**, p. 1-4, jun. 2010.
- BRUTON, G. D.; AHLSTROM, D.; LI, H.-L. Institutional theory and entrepreneurship: where are we now and where do we need to move in the future? **Entrepreneurship Theory and Practice**, v. 34, n. 3, p. 421-440, mai. 2010.
- CAMPOS, R. O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 723-731, jul.-set. 2000.
- CAPRA, F. **The web of life: a new scientific understanding of living systems**. New York: Anchor Books Doubleday, 1996.
- CARLISLE, Y. Complexity dynamics: managerialism and undesirable emergence in healthcare organizations. **Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing**, v. 11, n. 4, p. 284-293, 2011.
- CARVALHO, M. T. SANTIAGO, R. A. (Re)formas da burocracia: a nova gestão pública e a organização hospitalar. **VI Congresso Português de Sociologia**, Universidade Nova de Lisboa, 25 a 28 de junho de 2008. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/179.pdf>>. Acesso em: 25/03/2015.



CHAFFEE, E. E. Three models of strategy. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 1, p. 89-98, 1985.

CHANDLER, A. D. **Strategy and structure**: chapters in the history of the industrial enterprise. Cambridge: The MIT Press, 1963.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, p. 8-11, 2002.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças; sobrevivência de um hospital público. **RAE Eletrônica**, v. 5, n. 2, art. 18, 2006.

CILLIERS, P. Why we cannot know complex things completely. **Emergence**, v. 4, n. 1/2, p. 77-84, 2002.

CLAEYE, F.; JACKSON, T. The iron cage re-revisited: institutional isomorphism in nonprofit organisations in South Africa. **Journal of International Development**, v. 24, p. 602–622, 2012.

CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M. Get up, I feel like being a strategy machine. **European Management Review**, v. 1, n. 1, p. 21-28, 2004.

CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M.; SCHWEITZER, J. **Strategy: theory & practice**. London: Sage, 2011.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRESWELL, J. W. Uma estrutura para projeto. *In*: \_\_\_\_\_. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 21-42.

CUMMINGS, S. Strategy: past, present, future. *In*: BARRY, D.; HANSEN, H. (editors). **New Approaches in Management and Organization**. London: Sage, 2008, p. 184-194.

DENIS, J.; LANGLEY, A.; ROULEAU, L. The power of numbers in strategizing. **Strategic Organization**, n. 4, v. 4, p. 349-377, 2006.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, p. 147-160, 1983.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case study research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, 1989.

ERIKSSON, P.; KOVALAINEN, A. **Qualitative methods in business research**. London: SAGE Publications Ltd., 2008.

ETZIONI, A. **Organizações complexas**: um estudo das organizações em face dos problemas sociais. São Paulo: Atlas, 1973.

\_\_\_\_\_. **Organizações modernas**. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1976.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookamn, 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 64-89.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

GRANT, R. M. Strategic planning in a turbulent environment: evidence from the oil majors. **Strategic Management Journal**, v. 24, p. 491-517, 2003.

GREENLEY, G. E. Strategic planning and company performance: an appraisal of the empirical evidence. **Scandinavian Journal of Management**, v. 10, n. 4, p. 383-396, 1994.

HANDY, C. Para que serve uma empresa? *In*: RODRIGUEZ, M. V. R. (Org.). **Ética e responsabilidade social nas empresas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, p.118-133.

\_\_\_\_\_. Revisiting the concept of the corporation. *In*: HESSELBEIN, F.; GOLDSMITH, M. (Orgs.). **The organization of the future 2**: visions, strategies, and insights on managing in a New Era. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2009, p. 88-97.

HERMAN, D. (Org.). **The Cambridge Companion to narrative**. New York: Cambridge University Press, 2007.

HITT, M. A.; HOSKISSON, R. E.; IRELAND, R. D. Mergers and acquisitions and managerial commitment to innovation in M-form firms. **Strategic Management Journal**, v. 11(special issue), p. 29-47, 1990.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Um Panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JARZABKOWSKI, P.; FENTON, E. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. **Long Range Planning**, v. 39, p. 631-648, 2006.

JOHNSON, G.; PRASHANTHAM, S.; FLOYD, S. W.; BOURQUE, N. The ritualization of strategy workshops. **Organization Studies**, v. 31, n. 12, p. 1589-1618, 2010.

JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. **Explorando a estratégia corporativa**: textos e casos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

KENNERLEY, M.; NEELY, A. Measuring performance in a changing business environment. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 23, n. 2, p. 213-229, 2003.

KIESER, A; WELLSTEIN, B. Do activities of consultants and management scientists affect decision making by managers? *In*: HOCKINSON, G. P.; STARBUCK, W. H. (Orgs.) **The Oxford Handbook of Organizational Decision Making**. New York: Oxford University Press, 2011, p. 495-516.

KUHLMANN, E.; ANNANDALE, E. Researching transformations in healthcare services and policy in international perspective: an introduction. **Current Sociology**, v. 60, n. 4, p. 401-414, 2012.

KUHLMANN, E.; BURAU, V.; CORREIA, T.; LEWANDOWSKI, R.; LIONIS, C.; NOORDEGRAAF, M.; REPULLO, J.A manager in the minds of doctors: a comparison of new modes of control in European hospitals. **BMC Health Services research**, v. 13, p. 1-11, 2013.

LOCKE, R.; SPENDER, J. C. **Confronting managerialism**: how the business elite and their schools threw our lives out of balance. London: Zed Books, 2011.

MACDOWELL, M. A.; SUMANSKY, J. S. Putting a strategic plan into action. **AGB Trusteeship**, p. 28-32, jan./fev. 2004.

MAGRO, D. **New public management, managerialismo e ensino superior**: uma análise das transformações na UDESC. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, 2011.

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

MARCH, J.; SIMON, H. Limites cognitivos da racionalidade. *In*: MARCH, J.; SIMON, H. **Teoria das organizações**. 5 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1981. p.192-200.

MCDANIEL, R. R. JR. Management strategies for complex adaptive systems: sensemaking, learning and improvisation. **Performance Improvement Quarterly**, v. 20, n. 2, p. 21-42, 2007.

MEYER, B.; MEYER JR, V. "Managerialism" na gestão universitária: uma análise de suas manifestações em uma instituição empresarial. **Revista Gestão Universitária na América latina – GUAL**, v. 6, n. 3, p. 1-20, set. 2013.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, p. 340-363, 1977.

MEYER, V. JR.; LOPES, M. C. B. Administrando o imensurável: uma crítica às organizações acadêmicas. **Cadernos EBAPE.BR (FGV)**, v. 13, p. 40-51, 2015.

MEYER, V. JR.; MEYER, B. Planejamento estratégico nas instituições de ensino superior: técnica ou arte? **IV Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul**, Florianópolis, p. 1-11, dez. 2004.

MEYER, V. JR.; PASCUCCI, L.; MURPHY, J. P. Implementing strategies in complex systems: lessons from brazilian hospitals [Special Issue]. **Brazilian Administration Review**, v. 9, art. 2, p. 19-37, 2012.

MINTZBERG, H. The fall and rise of strategic planning. **Harvard Business Review**, p. 107-114, jan./fev. 1994.

\_\_\_\_\_. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

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

\_\_\_\_\_. **MBA? Não, obrigado!**: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes. Porto Alegre: Bookman, 2006.

\_\_\_\_\_. **Tracking strategies**: toward a general theory. New York: Oxford University Press, 2007.

\_\_\_\_\_. **Managing**: desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

MINTZBERG, H.; WATERS, J. A. Of strategies, deliberate and emergent. **Strategic Management Journal**, v. 6, p. 257-272, 1985.

MOORE, M. H. Managing for value: organizational strategy in for-profit, nonprofit, and governmental organizations. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, v. 29, n. 183, p. 183-204, 2000.

MORGAN, Gareth. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 2007.

NICKSON, A. A qualitative case study exploring the nature of New Managerialism in UK higher education and its impact on individual academics experience of doing research. **Journal of Research Administration**, v. 45, n. 1, p. 47-71, 2014.

NICOLACI-DA-COSTA, A. M. O campo da pesquisa qualitativa e o método da explicitação do discurso subjacente. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 65-73, 2007.

OUAKOUAK, M. L.; OUEDRAOGO, N. The mediating role of employee strategic alignment in the relationship between rational strategic planning and firm performance: A European study. **Canadian Journal of Administrative Sciences**, v. 20, p. 143-158, 2013.

PARKER, M. **Against management**. Cambridge: Polity Press, 2002.

PASCUCCI, L. MEYER, V. JR. Estratégia em contextos complexos e pluralísticos. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 536-555, set./out. 2013.

PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 3, p. 83-96, 2000.

PORTER, M. **Competitive strategy**. New York: The Free Press. 1980.

\_\_\_\_\_. **Competitive advantage**. New York: The Free Press. 1985.

\_\_\_\_\_. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RICHARDSON, K. A. Managing complex organizations: complexity thinking and the science and art o management. **Corporate Finance Review**, v. 13, n. 1, p. 23-29, jul./ago. 2008.

\_\_\_\_\_. Complexity and management: a pluralistic view. *In*: ALLEN, P.; MAGUIRE, S.; MCKELVEY, B. (Orgs.). **The SAGE handbook of complexity and management**. London: Sage Publications Ltd., 2011. p. 366-382.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. 15. reimpr. São Paulo: Atlas, 2014.

ROWE, S. Standing up to managerialism. **Liberal Education**, v. 100, n. 3, p. 56-60, summer 2014.

RUDD, J. M.; GREENLEY, G. E.; BEATSON, A. T.; LINGS, I. N. Strategic planning and performance: extending the debate. **Journal of Business Research**, v. 61, p. 99-108, 2008.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C. D.; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, n. I, p. 1-14, 2009.

SCOTT, W. R. Crafting an analytic framework I. *In*: \_\_\_\_\_. **Institutions and organizations: ideas and interests**. 3. ed. Los Angeles, CA: Sage Publications, 2008, p. 47-72.

SCOTT, W. R.; MEYER, J. W. The organization of societal sectors: propositions and early evidence. *In*: POWELL, W. W.; DIMAGGIO, P. J. (Orgs.). **The new**

**institutionalism in organizational analysis.** Chicago: University of Chicago Press, 1991, p. 108-140.

SIMON, H. A tomada de decisões nas organizações administrativas. *In: \_\_\_\_\_*. **Comportamento administrativo**. 3 ed. Rio de Janeiro: FGV, 1979. p. 63-81.

STACEY, R. D. Strategy as order emerging from chaos. **Long Range Planning**, v. 26, n. 1, p. 10-17, 1993.

\_\_\_\_\_. Emerging strategies for a chaotic environment. **Long Range Planning**, v. 29, n. 2, p. 182-189, 1996.

\_\_\_\_\_. **Complexity and organizational reality: uncertainty and the need to rethink management after the collapse of investment capitalism.** London: Routledge, 2010.

\_\_\_\_\_. **Tools and techniques of leadership and management: meeting the challenge of complexity.** London: Routledge, 2012.

SUCHMAN, M. C. Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. **Academy of Management Review**, v. 20, p. 571-610, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. Função, funcionalismo e análise estrutural-funcional. *In: \_\_\_\_\_*. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1997, p. 82-89.

TSOUKAS, H.; DOOLEY, K. J. Introduction to the special issue: Towards the ecological style: embracing Complexity in organizational research. **Organization Studies**, n. 32, v. 6, p. 729-735, 2011.

WALDROP, M. M. **Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos.** New York: Touchstone by Simon and Schuster Inc., 1992

WHITTINGTON, R.; CAILLUET, L. The crafts of strategy: special issue introduction by the Guest Editors. **Long Range Planning**, v. 41, p. 241-247, 2008.

WILDAVSKY, A. If planning is everything maybe it's nothing. **Policy Sciences**, v. 4, p. 127-153, 1973.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIGMOND, D. No country for old men: the rise of managerialism and the new cultural vacuum. **Public Policy Research**, p. 133-137, jun.-ago. 2009.

## APÊNDICE 1-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa

**Título da Pesquisa:** PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO: *MANAGERIALISM* NA GESTÃO HOSPITALAR

**Pesquisador:** Ananda Barcelos Bisi – anandabisi@yahoo.com.br- (27) 99974-5923

**Orientador:** Prof. Dr. Lucilaine Maria Pascuci – lucilaine.pascuci@ufes.br

**Instituição:** UFES – Universidade Federal do Espírito Santo / PPGADM – Programa de Pós-Graduação em Administração. Campus Goiabeiras – Vitória-ES - CEP: 29075-910 (27) 4009-7712 E-mail: ppgadm@gmail.com;

**Endereço do CEP:** Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, UFES/Campus Goiabeiras - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - Campus Universitário de Goiabeiras, Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória - ES, 29060-970 Tel.: 4009-7840 - Email: cep.goiabeiras@gmail.com.

**Objetivo da Pesquisa:** analisar as implicações do *managerialism* na gestão estratégica e no desempenho de hospitais.

**Descrição do Procedimento:** Serão realizadas entrevistas individuais, com perguntas semiestruturadas com gestores e profissionais especialistas dos hospitais estudados.

Os benefícios esperados são contribuir com a gestão estratégica hospitalar, assim como colaborar para que a profissionalização da gestão pretendida pelo setor seja amparada por técnicas adequadas ao contexto em questão.

**Análise de risco e sigilo:** Todo o procedimento de pesquisa descrito obedecerá rigorosamente aos critérios éticos estabelecidos pela legislação vigente que regulamenta pesquisa com seres humanos. As entrevistas seguirão técnica padrão cientificamente reconhecida e serão aplicadas em local escolhido pelo entrevistado. Serão preservados o sigilo das informações e a identidade dos participantes, sendo que os registros das informações poderão ser utilizados para fins exclusivamente científicos e divulgação em congressos e publicações científicas, resguardando-se sempre o anonimato dos participantes. O participante terá a liberdade de interromper ou desistir de sua participação em qualquer fase da pesquisa.

Dúvidas, informações complementares e esclarecimentos serão fornecidos a qualquer momento aos participantes ou seus responsáveis pelo pesquisador. As transcrições com os dados produzidos serão mantidos por cinco anos e depois serão inutilizados.

### Identificação do Participante

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estando de acordo, assinam o presente termo de consentimento em 02 (duas) vias.

\_\_\_\_\_  
 Participante Ananda Barcelos Bisi - Pesquisador

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

## APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

**Problema de pesquisa:** Quais as implicações do Planejamento Estratégico no desempenho organizacional de hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos?

### Antes do início da entrevista:

1. Informar ao entrevistado que a entrevista tem como objetivo o estudo do planejamento estratégico em hospitais.
2. Informar que a realização da entrevista está dentro dos procedimentos éticos, sendo as informações obtidas utilizadas tão somente para fins de pesquisa, não havendo divulgação dos nomes dos entrevistados em nenhuma hipótese.
3. Informar que a pesquisa refere-se ao período 2010 a 2013, compreendendo desde a elaboração (formulação) do Planejamento Estratégico até sua conclusão (início de outro ciclo). Comunicar ainda que informações relevantes de anos anteriores, relacionadas ao tema, são importantes e bem vindas.

### I. PERFIL DO ENTREVISTADO Nº \_\_\_\_\_

1.1 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos

1.3 Escolaridade: ( ) Técnico ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado  
( ) Doutorado

1.4 Curso e área de especialização: \_\_\_\_\_

1.5 Cargo ou função: \_\_\_\_\_

1.6 Experiência anterior em funções gerenciais: \_\_\_\_\_

1.7 Tempo de vinculação com a organização: \_\_\_\_\_

1.8 *Outras questões pontuais relevantes ao estudo*

### II. QUESTÕES

2.1) Na sua percepção, quais as características do Planejamento Estratégico do Hospital? (metas, objetivos, interesses, controle, participantes, modelo, processo)

2.2) No seu entendimento, o modelo de Planejamento Estratégico adotado pelo hospital é o mesmo do mercado ou teve adequações? No caso de adequações, quais foram? (origem, motivo, resultados depois das adequações, exemplos)

2.3) Na sua percepção, quais os principais desafios para fazer com que o estabelecido no Planejamento Estratégico aconteça? Há aspectos que contribuem? (conflitos de interesse, disputa por recursos, descontinuidade de gestão, autonomia médica)

2.4) Em que dimensão o Planejamento Estratégico contribui para o desempenho organizacional do Hospital?

2.5) O que você entende como desempenho organizacional?