



2

José Manoel de Camargo Teixeira  
Alfredo Manoel da Silva Fernandes  
Vera Lúcia Bonato  
Jorge Alberto Fernandes

---

**Planejamento  
estratégico e  
operacional em saúde**

## 2.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL

---

*"Olhar o passado, compreender  
o presente e construir o futuro  
– Planejamento Estratégico em Saúde."*  
VERA LÚCIA BONATO

A lógica deste capítulo prevê que o leitor primeiro entre em contato com aspectos teóricos; em seguida serão expostas as ferramentas a serem utilizadas no processo de gestão. Sua exposição é minuciosa e didática, partindo de etapas simples de construção da complexa equação de montagem do planejamento estratégico (PE).

O texto oferece os primeiros passos do fazer na prática, como também um modelo de planejamento operacional, a partir de um hospital modelo. Ao final, propomos um manual de avaliação e controle dos resultados, no qual sugerimos detalhadamente formas de operacionalização, acompanhamento e gestão do PE.

## 2.2 FRAGMENTOS DA HISTÓRIA: UMA VIAGEM AO PASSADO

---

*"A História nada é, se não for a atividade  
dos homens em busca de seus objetivos."*  
KARL MARX

Os hospitais são instituições prestadoras de serviço, de grande importância social, que se configuram como sistemas abertos, pois, além de sofrerem a ação do meio, são influenciados continuamente pelas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais<sup>1</sup>. Conhecer a história, a evolução e o funcionamento dos hospitais é fundamental para conhecer as forças que determinam o planejamento estratégico em saúde.

A palavra *hospital* deriva da forma latina culta *hospitale*, que significa "relativo a hóspede ou hospitalidade". De fato, a palavra latina *hospes*, hóspede, originou as palavras *hospitalis* e *hospitium*, que designavam o local onde se abrigavam na antigüidade os enfermos, viajantes e peregrinos, além de significar estabelecimento que se ocupava de pobres, incuráveis e insanos, originando a palavra *hospício*. *Nosocômio*, sinônimo de hospital, tem origem na palavra grega *nosocomium*, que significa "lugar para tratar doentes, ou asilo de enfermos".

É possível encontrar registros que apontam a existência de hospitais em civilizações antigas como a indiana, a egípcia, a grega e a romana. Nestas duas últimas, os templos serviam

<sup>1</sup> BONATO, V. L. Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo. São Paulo, 2003.

como hospitais e os doentes eram atendidos tanto em suas necessidades corporais quanto espirituais. Com as contribuições de Hipócrates (460-351 a.C.) e a disseminação dos seus ensinamentos baseados na compreensão integral do homem, os templos passaram a assumir cada vez mais características de hospitais.

São Basílio foi o responsável pela construção das primeiras instituições hospitalares, em Cesárea, capital da Capadócia, na segunda metade do século IV. Ainda nesse século, Fabíola teve a incumbência de construir o primeiro hospital cristão em Roma<sup>2</sup>.

Durante um longo período, entre os séculos IV e XVIII d.C., a Igreja católica, tanto na Europa como em outras partes do mundo, dirigiu as instituições que hoje conhecemos como hospitais. Sob a influência do cristianismo, essas instituições, que inicialmente abrigavam doentes e indigentes, adquiriram cunho eclesiástico. Em virtude disso, os sacerdotes e religiosos que ali atuavam consideravam apenas a alma do doente como merecedora de socorro e, portanto, a cura do seu corpo não era uma meta a ser atingida. Intervenções cirúrgicas e disseções não eram realizadas, por serem consideradas sacrilégio.

O Renascimento, no século XV, trouxe um novo impulso cultural à Europa, reativando os estudos científicos da Medicina. Nos séculos XVIII e XIX, começaram a surgir os grandes hospitais, que tiveram suas condições de higiene e assepsia aprimoradas com as contribuições de Pasteur, Koch e Lister.

Até o século XIX, o funcionamento dos hospitais ainda se encontrava em íntima relação com o mundo religioso e militar. O processo de industrialização resultou em intenso êxodo das populações para as áreas urbanas e na busca de soluções para os problemas de saúde pública, o que, aliado ao desenvolvimento tecnológico e da medicina científica, modificou os papéis desempenhados pelo hospital. Este deixava de ser um local para doentes e pobres morrerem e transformava-se na instituição privilegiada para o tratamento das enfermidades, com as condições de infra-estrutura adequadas que não poderiam ser deslocadas para a residência dos pacientes. Assim, passava-se ao Estado a responsabilidade da assistência aos doentes<sup>3</sup>.

Borba<sup>4</sup> e Teixeira<sup>5</sup> afirmam que o hospital moderno tem diferentes funções, sendo elas: a restaurativa, a preventiva, a educativa, a de pesquisa e de integração, todas abrangendo desde a assistência e prevenção à saúde da comunidade, passando pelo ensino como instrumento para aprimorar os recursos humanos em saúde e pela prevenção graças ao enriquecimento da cultura popular, até o desenvolvimento de pesquisas visando à captação de recursos e ao progresso da sociedade.

### 2.2.1 Tipos de organização hospitalar

Um modo de entender o hospital é vê-lo como uma organização de características próprias que o diferenciam de outras organizações ou instituições. O hospital é uma organização humanitária, sendo até certo ponto burocrática e autoritária, com extensa

<sup>2</sup> MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido – a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.

<sup>3</sup> ROTTA, C. S. G. *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

<sup>4</sup> BORBA, V. R. *Administração hospitalar: princípios básicos*. 3. ed. São Paulo: Cedas, 1991.

<sup>5</sup> TEIXEIRA, J. M. C. *Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação*. In: MACHLINE, C. et al. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

divisão de trabalho especializado, coordenado hierarquicamente segundo certos princípios e métodos.

O alto grau de profissionalização encontrado nesse universo determina o aparecimento de normas e valores comuns aos membros dos grupos e que são essenciais para a integração organizacional.

Entretanto, há a necessidade, dentro da organização hospitalar, de uma filosofia integradora que possibilite operacionalizá-la, fazendo conviver assistência, ensino e pesquisa, quando essas atividades estiverem presentes.

### 2.3 A SAÚDE NO BRASIL: CONHECENDO SEU FUNCIONAMENTO

*"Uma visão sem ação não passa de um sonho; ação, sem visão, é um passatempo; uma visão com ação pode mudar o mundo."*

JOEL ARTHUR BARKER

No Brasil, a evolução histórica dos hospitais sofreu influência das Obras de Misericórdia, fundadas em Portugal no século XV, que originaram a Irmandade das Santas Casas de Misericórdia<sup>6</sup>. Esse tipo de organização foi trazido ao Brasil no período colonial pelos padres jesuítas, no processo de catequização dos índios.

Na década de 1970, diante da boa arrecadação da Seguridade Social, foram realizadas mudanças dentro da estrutura de atendimento previdenciário. Diversos institutos se fundiram e o órgão resultante denominou-se Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Foram realizadas ainda várias outras tentativas de universalizar o acesso aos cuidados em saúde, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o PrevSaúde, o Programa de Ações Integradas de Saúde (Pais) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), que antecedeu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Até a década de 1980, a organização sanitária brasileira caracterizava-se por uma diversidade de instituições prestadoras de cuidados em saúde e por profunda dicotomia entre as práticas de prevenção e promoção e a chamada medicina curativa<sup>7</sup>.

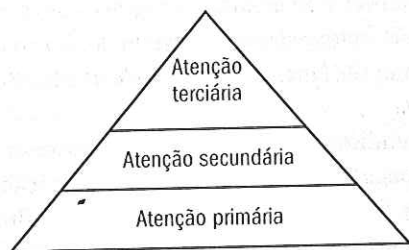
Dentro desse quadro, o Ministério da Saúde se responsabilizava por programas referentes à atenção básica, pelo atendimento às emergências, pelos programas de saúde materno-infantil e pelo controle dos processos infectoparasitários. As secretarias estaduais e municipais se responsabilizavam pela elaboração e condução dos programas educacionais e pelas atividades de imunização. A Previdência Social oferecia atendimento aos segurados nos Postos de Assistência Médica e hospitais da Previdência. Já o setor privado atuava principalmente na área hospitalar.

Atualmente, os princípios norteadores que compõem o SUS são: a universalidade do atendimento, a equidade no acesso e a integralidade dos serviços. As diretrizes consistem na descentralização, já que os municípios são os principais administradores, na partici-

<sup>6</sup> BORBA, 1991.

<sup>7</sup> CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes: ENSP, 1995.

Figura 2.1 Pirâmide de atenção à saúde.



pação da comunidade por meio dos conselhos de saúde, no atendimento integral e na promoção, prevenção, cura e reabilitação. Para que isso ocorra, pressupõe-se que haja comando único em cada esfera do governo, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços e a complementaridade da rede privada na cobertura assistencial. O financiamento do SUS é de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal.

Algumas dificuldades financeiras vêm sendo enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde com relação à distribuição adequada das verbas necessárias e à colaboração efetiva por parte dos governos. Os recursos aplicados têm sido insuficientes para atender aos princípios de universalidade e integralidade. Na tentativa de resolver tais dificuldades, busca-se realocar recursos, por meio de iniciativas como a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Mesmo com tais alternativas, a manutenção do SUS encontra dificuldades referentes à crescente evolução científica e tecnológica aplicada à prática médica, que eleva cada vez mais a demanda de recursos. Outro fator comprometedor é o atendimento que o SUS presta aos usuários de planos e seguros privados de saúde, sem o devido ressarcimento. A última medida tomada para minimizar os problemas com o mecanismo de financiamento do SUS encontra-se na Emenda Constitucional nº 29/2000. Por essa emenda, desde 2001, nenhum estado ou município pode gastar menos de 7% de sua receita líquida com a saúde. Além disso, no período de 2000 a 2005, os estados são obrigados a aumentar progressivamente seus gastos de 7% para 12%, e os municípios de 7% para 15%<sup>8</sup>.

A hierarquia traçada pelo sistema divide a assistência em três grandes eixos, como se vê na Figura 2.1. Na base situa-se a **atenção primária**, voltada à promoção da saúde e prevenção e às doenças mais comuns nas especialidades básicas, seguida pela **atenção secundária**, que tem como foco o atendimento ambulatorial e hospitalar nas especialidades básicas, e pela **atenção terciária**, que atende às situações de maior complexidade.

Na realidade, entretanto, o que ocorre é muito diferente do proposto teoricamente. Pereira<sup>9</sup> ressalta que o problema da crise no sistema de saúde não está na falta de hospitais, e sim no déficit de serviços ambulatoriais que deveriam ser prestados pelos postos de saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são, ou deveriam ser num cenário ideal, a “porta de

<sup>8</sup> BONATO, 2003.

<sup>9</sup> PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-96, jul.-set. 2000.

entrada” para o sistema. É para lá, perto de suas casas, que os pacientes deveriam se dirigir diante de um primeiro sinal de que algo não vai bem com sua saúde; é lá onde receberiam orientações e cuidados preventivos. Somente casos graves deveriam chegar ao hospital<sup>10</sup>. No panorama atual da saúde, evidencia-se a existência de um número significativo de municípios brasileiros que não têm um único posto de saúde, o que resulta em enormes filas nas portas dos hospitais.

Para ter um melhor entendimento dessa realidade, basta acompanhar os acontecimentos ligados à saúde, noticiados pelos meios de comunicação. Constantemente, pessoas relatam passar o dia nas filas de espera para marcar consultas ou, então, para serem atendidas pelos médicos. Infelizmente, os problemas ligados à assistência não terminam por aí. Queixas referentes ao sucateamento de recursos da comunidade – caso em que se improvisam atendimentos gratuitos – ou aos bairros que simplesmente não possuem acesso a nem sequer um posto de saúde fazem parte do dia-a-dia em muitas regiões. Leite<sup>11</sup> nos lembra que, de acordo com o Plano Metropolitano de Saúde, de 1983, a cidade de São Paulo deveria ter hoje um posto de saúde para cada 20 mil habitantes, ou seja, 500 unidades. No entanto, existem apenas 388 – um déficit de 112 unidades.

O resultado dessa situação se reflete na superlotação de hospitais que, teoricamente, deveriam atender apenas casos de maior complexidade, de acordo com o que é configurado como o nível secundário e terciário no sistema de saúde.

As fontes de receita dos hospitais podem ser provenientes do sistema público – o SUS – ou privado – pacientes particulares, doações e operadoras de planos de saúde. Apesar do crescimento demográfico, o número de leitos tem sido reduzido em decorrência do desenvolvimento de novas tecnologias, das políticas de prevenção e do desestímulo à internação. Iniciativas como *home care*, *day hospital* e *managed care* confirmam essa realidade<sup>12</sup>.

### 2.3.1.0 hospital como foco da gestão

Para Drucker<sup>13</sup>, o gerenciamento na área da saúde é mais complexo do que em qualquer outro tipo de organização.

A administração de hospitais constitui-se numa especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados. Serviços característicos de outras organizações, tais como engenharia, alimentação, lavanderia, hotelaria e suprimentos, convivem com os complexos cuidados da área da saúde, interagindo com eles a fim de dar aos pacientes condições para sua recuperação<sup>14</sup>.

Datam do final do século XIX as primeiras teorias da administração, criadas para a indústria e adaptadas à organização dos hospitais contemporâneos<sup>15</sup>. Até 1930, os

<sup>10</sup> LEITE, F. Posto de saúde “virtual” dribla déficit em São Paulo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 mar. 2004. Caderno Cotidiano, p. C1.

<sup>11</sup> LEITE, 2004.

<sup>12</sup> ZANON, U. *Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

<sup>13</sup> DRUCKER, P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 1999.

<sup>14</sup> ALVES, A. *Fontes de financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas: um estudo de caso*. 1998. 129 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

<sup>15</sup> ROTTA, 2004.

hospitais eram freqüentemente dirigidos por enfermeiras, religiosas ou empresários aposentados, pessoas bem-intencionadas que administravam guiadas pelo bom senso e intuição. Nessa época, surgiram nos Estados Unidos os primeiros cursos universitários de Administração Hospitalar e, a partir da Segunda Guerra Mundial, não mais se admitiu nesse país que hospitais fossem administrados por pessoas que não tivessem formação específica na área.

No Brasil, na década de 1940, Odair Pedroso publica os primeiros trabalhos sobre Administração Hospitalar<sup>16</sup>. Criam-se cursos nessa área, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Três décadas depois, mais especificamente em 1972, é criado o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Proahsa), que atua em conjunto com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e com a Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV-EAESP). O programa foi criado em um momento em que os serviços públicos de saúde no Brasil eram desigualmente distribuídos e que chamava a atenção a falta de gerência profissional, de bibliografia e de sistemas de informação na área de Administração Hospitalar. Por isso, no nome do Proahsa foi colocada a expressão *Programa de Estudos Avançados*, já que a intenção de fundadores como doutor Oscar Cezar Leite, doutor Humberto de Moraes Novaes, professor Carlos José Malferrari e professor Gustavo de Sá e Silva era não só a de formar gerentes altamente qualificados, como também a de garantir a formação de professores e a produção de material de ensino. De fato, hoje o Proahsa responde por publicações, atividades de ensino, treinamento, pesquisa e assistência técnica na área de administração em saúde.

Hoje se percebe, pela atuação de profissionais comprometidos com propostas de trabalho visando a constantes melhorias nos hospitais, a boa formação oferecida pelos cursos do país nessa área.

A partir dos anos 1960, os serviços expandiram-se e passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de padronização de qualidade. Os serviços de saúde, que se encontravam nesse mesmo movimento de expansão, também se envolveram com iniciativas de qualidade<sup>17</sup>. Os antecedentes das práticas atuais da gestão da qualidade em saúde têm origem no método científico, nas associações profissionais e nos modelos com destaque para gestão da qualidade total (GQT) e melhoria contínua da qualidade (MCQ)<sup>18</sup>.

Atualmente, premiações como o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS) vêm sendo utilizadas pelas organizações de saúde para recompensar os esforços nesse sentido.

Compreender a atividade hospitalar como um negócio e equilibrar esse conceito com a função social do hospital exige uma gestão empresarial ética, competente e desafiadora. Mais do que isso, adaptar o hospital ao novo paradigma da qualidade é questão de

<sup>16</sup> BORBA, V. R. A importância da avaliação e controle na Administração Hospitalar. *O mundo da saúde*, São Paulo, p. 79-84, abr.-jun. 1982.

<sup>17</sup> NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 34, 2000.

<sup>18</sup> GILMORE, C. M.; NOVAES, H. M. *Manual de gerência da qualidade*: Sime HSP. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. (Manuais Operacionais Paltex, 3.)

sobrevivência. E, sendo essa organização tão complexa, a adaptação envolve a alocação de recursos materiais e a gestão de pessoas, bem como a avaliação da capacidade técnica e sua utilização adequada.

A alta direção tem o importantíssimo papel de facilitar, propiciar e conduzir as transformações. Nos últimos anos, algumas medidas foram tomadas pelas instituições, a fim de introduzir e disseminar a *cultura da qualidade*<sup>19</sup>. Entretanto, algumas dificuldades vêm sendo enfrentadas quanto à conscientização dos tomadores de decisão sobre a importância do compromisso com os princípios da qualidade. Muitos deles ainda não perceberam a necessidade de buscar a melhoria da qualidade de vida e a satisfação das pessoas, praticando a melhor Medicina numa organização hospitalar auto-sustentável e voltada ao homem em desequilíbrio biopsicossocial.

Nesse particular, o real motivo pelo qual existe um hospital é claro: as pessoas. São elas que prestam a assistência e usufruem dela e, portanto, devem ser o foco da Administração Hospitalar.

## 2.4 A ARTE DE GERENCIAR ESTRATEGICAMENTE

*"Uma pessoa fechada jamais abrirá seus horizontes."*

MÁXIMO GÓRKI

O estudo da Administração Estratégica foi definido pela primeira vez em 1950, quando a Fundação Ford e a Carnegie Corporation patrocinaram uma pesquisa no currículo das escolas de negócio, surgindo daí uma área de estudo denominada *política de negócios*. Mais tarde, esse enfoque inicial foi ampliado, passando a incluir a consideração da organização global e seu ambiente. Isso trouxe para o foco questões como responsabilidade social e ética, bem como o impacto potencial de fatores políticos, legislativos e econômicos sobre o êxito organizacional<sup>20</sup>.

A gestão estratégica pode ser entendida como um "conjunto de decisões e ações estratégicas que determinam o desempenho de uma organização no longo prazo"<sup>21</sup>. Inclui a análise profunda dos seus ambientes interno e externo, os quais serão chamados aqui de *cenários* (interno e externo), além da formulação, implementação, avaliação e controle da estratégia. Estudos apontam que, geralmente, as organizações que adotam uma gestão estratégica apresentam melhor desempenho do que outras que não o fazem.

Esse tipo de gestão determina o caminho desejado e possível de crescimento e desenvolvimento da organização e, por isso, deve ser entendido como ponto de partida e fonte para seu processo de planejamento integral. Seu verdadeiro valor, muitas vezes, está mais na visão de futuro que oferece do que no plano formal. A Figura 2.2 ilustra, de maneira bem-humorada, a diferença entre visão reativa e visão estratégica.

<sup>19</sup> BONATO, 2003.

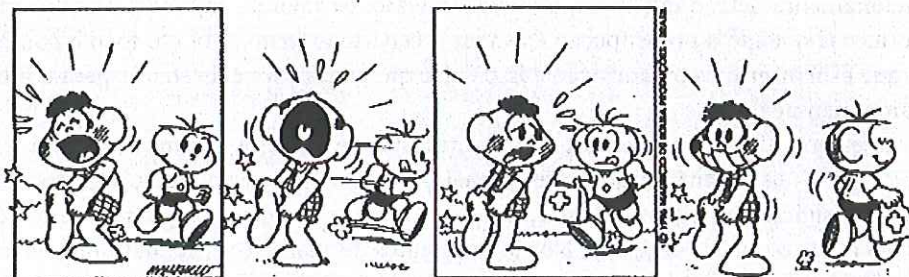
<sup>20</sup> CERTO, S. C.; PETER, J. P. *Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia*. São Paulo: Makron Books, 1993.

<sup>21</sup> HUNGER, J. D.; WHEELLEN, T. L. *Gestão estratégica: princípios e prática*. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.



**Figura 2.2 Problema resolvido?**

Ações "reativas" podem levar a resultados imediatos, mas parciais. Não promovem a visão estratégica; ela, sim, facilita a resolução efetiva do problema e evita erros futuros.



Fonte: Disponível em: <<http://www.monica.com.br>>.

**2.4.1 Cenários: o hospital interagindo com o ambiente**

As mudanças nos panoramas político, econômico, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico têm sido precursoras de grandes transformações nas estratégias organizacionais. Para enfrentar essa nova conjuntura, as instituições necessitam de flexibilidade, adaptabilidade e responsividade às necessidades dos clientes e do mercado, tendo em vista que elas próprias também estão em contínua mudança. As alterações são tão intensas que o momento em que vivemos está sendo classificado como a "era da mudança da mudança". Drucker<sup>22</sup> afirma que nenhum século da história da humanidade passou por tantas transformações radicais quanto esse que terminou.

Diante disso, é sabido que as organizações não têm o controle das condições necessárias a sua própria sobrevivência, sendo elas dependentes de recursos externos. As organizações precisam ser permeáveis ao meio ambiente e estar atentas a suas alterações, não deixando de perder de vista o referencial ambiental como o principal tópico do processo de mudança e adaptação estratégica, num momento em que se vive um cenário instável e mutante.

A mudança organizacional resulta dos interesses e compromissos do indivíduo e dos grupos dentro da organização, bem como da escolha e da interação de forças políticas e econômicas com essa organização. Tal realidade nos conduz, neste capítulo, a discutir as dimensões do conceito de **cenários**, tendo em vista que a organização não se faz apenas por aquilo que a compõe internamente e por aquilo que ela se propõe a ser, isto é, seu funcionamento não é definido apenas por seu **cenário interno**. A conjuntura política, econômica e social – o **cenário externo** – resultará em demandas específicas às quais a organização terá de responder e adaptar o cenário interno para não prejudicar seu bom funcionamento. Cenários internos e externos podem ser compreendidos como descrições

<sup>22</sup> DRUCKER, 1999.

qualitativas de possibilidades ou desejos futuros que visam enriquecer a tomada de decisão. Seu propósito fundamental é aprofundar a compreensão e ampliar a visão dos responsáveis pelas decisões em todos os níveis.<sup>23</sup>

Quando se pensa no cenário interno de uma instituição, leva-se em conta todo o funcionamento dela, o que inclui a missão, a visão, os valores, objetivos e as diretrizes internas; já quando a preocupação é avaliar o cenário externo, está em foco o contexto em que está inserida a organização e isso exige que suas ações e diretrizes para o futuro sejam repensadas.

Ao elaborar cenários é importante descrevê-los de maneira resumida, precisa e objetiva. Os níveis de análise dos vários cenários devem traduzir a situação encontrada, mesmo insuficiente, negativa ou má, para que no futuro essa situação possa ser alterada e se concretize o cenário desejado. Nos instrumentos de análise com apenas dois cenários, um expressará a situação atual, que constitui o problema e que se deseja transformar; e o outro expressará o desejado naquele momento, o cenário estratégico.<sup>24</sup>

As organizações podem responder às mudanças em seu ambiente iniciando processos de mudança estratégica. A energia para essa mudança virá do reconhecimento da pressão do cenário externo e da compreensão das dicotomias existentes entre a organização do presente e seus desejos futuros de relacionamento, aspectos ligados ao cenário interno em interação com seu contexto histórico.

O planejamento estratégico precisa estabelecer ou reforçar os elos entre os diferentes níveis da instituição e o cenário externo, em particular com os clientes, entidades representativas da sociedade, órgãos de governo e sindicatos, entre outros. Esses elos têm a função de promover mudanças internas e continuamente ajustá-las às mudanças externas na gestão estratégica. Com a ampla análise dos cenários internos e externos é possível estabelecer a missão organizacional.

Diferentes grupos de especialistas em planejamento utilizam a elaboração de cenários para formular planos de governos, setores, empresas e cidades; para avaliar iniciativas estratégicas, distribuição de recursos, controle e resultados; para analisar futuros alternativos quanto a planos de desenvolvimento regionais e locais; para elaborar planos de desenvolvimento nas áreas militar, científica, tecnológica, social e espacial.

#### 2.4.2 Planejamento: ferramenta para gestão

O planejamento é uma das funções básicas do processo administrativo, juntamente com as funções de organização, direção, controle e avaliação. Antes de iniciar essa discussão, conceituaremos alguns termos pertinentes ao assunto.

O termo **planejamento** é definido pelo dicionário *Aurélio* como a "elaboração, por etapa, de planos e programas com objetivos definidos". Tal conceito revela-se insuficiente para o trabalho em questão, já que planejamento decorre da necessidade de criar ou modificar realidades. Encontramos em Allen<sup>25</sup> a definição de planejamento como sendo elaboração de plano(s) com objetivos específicos para anular problemáticas, por meio

<sup>23</sup> DEVER, G. E.; ALAN, A. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.

<sup>24</sup> COELHO NETO, A. *Planejamento estratégico para a melhoria da qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

<sup>25</sup> ALLEN, R. O processo de criação da visão. *HSM Management*, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul.-ago. 1998.

Tabela 2.1 Termos empregados no planejamento por Bonato, Dever e Allem.

Conceitos/ Autores	Bonato (2003)	Dever (1998)	Allem (1999)
Planejamento	Trabalho de preparação para um empreendimento, segundo roteiro e métodos determinados, visando a objetivos bem definidos. Processo de ação/reflexão/ação cujo significado é o contrário de improvisação.	Curso de ação projetado para o futuro, com o intuito de atingir um conjunto coordenado e consistente de operações rumo aos objetivos desejados. É o processo orientado para a ação por meio do qual a instituição se adapta a mudanças, tanto na sua constituição interna como em seu ambiente externo.	Elaboração por etapas de planos e programas com objetivos definidos, decorrentes da necessidade de criar ou modificar realidades.

Fontes: ALLEM, A. C. Termos e definições críticas em planejamento. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, set.-out. 1999. DEVER, G. E. Alan. A. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.

de ações sequenciais corretivas. Esse conceito parece traduzir a complexidade do tema, abrangendo sua diversidade. Na Tabela 2.1, vemos a definição de planejamento segundo esse e outros especialistas.

Na primeira etapa da elaboração do planejamento, a **análise diagnóstica prévia** identifica a existência de **problemáticas**, as quais podem ser definidas como situações limitantes que se interpõem ao ideal de perfeição concebido no imaginário. Em seguida, é criado um **organismo** para solucionar essas situações, identificadas na problemática. Dessa forma, a criação de um organismo é o efeito, ou a consequência, de um **problema-causa** e traz consigo o exercício da *missão* e da *competência* de atuar em sua área específica.

A missão é a frase-síntese do organismo, em que se deve expressar do modo mais econômico possível sua incumbência e os motivos que justificam sua criação. Compreende o que fazer, para quê, para quem e objetivando o quê, além dos valores, conceitos de ética e conduta, adotados pela organização e seus colaboradores, sobre os quais todas as relações estão baseadas.

Rivera<sup>26</sup> propõe-se a definir racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva de uma rede de cuidados de saúde, o que equivale a entender a organização hospitalar como uma organização proativa, centrada no exterior, que assume o ambiente como recurso (e não como restrição). Isso significa que a missão terá de ser negociada com o cenário externo institucional, incluindo os outros hospitais da área. Dessa maneira, o adjetivo *proativa* se refere à capacidade de atuar dinamicamente sobre o ambiente.

<sup>26</sup> RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan.-mar. 1997.

Podemos ilustrar esse conceito com alguns exemplos de missão, ligados a instituições hospitalares:

**Missão do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:**

Capacitar médicos e outros profissionais de saúde, produzir conhecimento científico em suas áreas e prestar assistência médico-hospitalar, com sinergia entre essas ações, visando à saúde e qualidade de vida do ser humano.

**Missão do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:**

Ser uma instituição de referência e excelência, internacionalmente reconhecida na área de assistência, ensino e pesquisa em cardiologia, gerando, aplicando e difundindo o conhecimento científico e o desenvolvimento tecnológico e de recursos humanos. Pretende, ainda, ser capacitada para acompanhar e responder às transformações da sociedade.

Muitas empresas apenas emolduram sua missão em um quadro, mas não cuidam para que todos a adotem; nesse caso, ela não passará de um enfeite e a empresa não transmitirá credibilidade aos envolvidos.

Atrelado à missão, o conceito de *visão* organizacional também fornece subsídios para o processo de planejamento estratégico. Aliás, a diferenciação entre os dois termos – *missão* e *visão* – não é consenso entre os autores consultados, já que ambos aparecem na literatura ora como sinônimos, ora como conceitos distintos que se complementam. Para uma visualização mais clara dessa relação, veja a Tabela 2.2.

De qualquer forma, o conceito de visão nunca foi tão importante quanto hoje, quando vemos organizações cada vez menos hierarquizadas e mais descentralizadas. Visão clara é importante para as empresas e pessoas que nela trabalham, considerando que, quando a visão é muito calcada em números e fatos, ela desinteressa as pessoas. Assim, é necessário corrigir essas falhas envolvendo a mente e o espírito dos colaboradores. A criação da visão passa pelo modo como vemos a nós mesmos. De acordo com Allen<sup>27</sup>, a visão pode fornecer o mapa do caminho futuro e gerar entusiasmo quanto a ele, além de colocar “ordem no caos” e fornecer critérios para medir o êxito. Para ser eficaz, a visão precisa ser coerente com as visões individuais e organizacionais; assim, será capaz de criar uma imagem identificável de futuro. Deve também ser convincente, para gerar comprometimento com o desempenho, e deixar claro o que *pode* e o que *deve* ser feito. Portanto, a visão tem implícitos em si componentes racionais, já que é produto de análise, e emocionais, pois resulta da imaginação, intuição e valores dos envolvidos.

A visão, além de ser o mais atemporal possível, deve responder a questões simples, tais como:

- Quem somos?
- Como queremos ser reconhecidos?
- Quem queremos ser?

<sup>27</sup> ALLEN, 1998.

Tabela 2.2 Termos empregados em planejamento por Bonato, Allem e Allen – conceituação de visão e missão.

Conceitos/ Autores	Bonato (2003)	Allen (1998)
Visão	É o estado futuro da organização, no qual se prevêem anseios e necessidades dos clientes, a concorrência direta e indireta, o estado em que os produtos e serviços deverão se encontrar, as oportunidades e ameaças internas e externas, indicando, assim, para onde elas estão sendo conduzidas. Na visão, a empresa descreve o que é capaz de se tornar.	Utiliza os termos visão e missão como sinônimos; ambos são uma referência para as pessoas que trabalham na organização e envolvem aspirações financeiras e espirituais. Respondem aos objetivos da organização, sua motivação, valores, aspirações, ao reconhecimento de suas especialidades, bem como aos pontos a serem desenvolvidos pela organização.
Missão	É a razão pela qual a organização existe, estabelecendo seu propósito perante outras do mesmo tipo e identificando seus produtos e serviços no mercado onde atua. Para isso, o gestor explicita à sociedade: objetivos, filosofia, imagem pública da sua gestão, além da interação com os clientes internos e externos.	Frase-síntese que expressa a incumbência da organização e na qual devem constar, explícitos ou implícitos, os motivos que justificaram sua criação. Comprometimento formal da organização com a sociedade.

Fontes: ALLEM, A. C. Termos e definições críticos em planejamento. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, set.-out. 1999. ALLEN, R. O processo de criação da visão. *HSM Management*, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul.-ago. 1998.

- Qual o nosso objetivo?
- Qual a força que nos impulsiona?
- Quais são nossos valores básicos?
- O que fazemos de melhor?
- O que gostaríamos de mudar?
- O que desejamos realizar?
- O que a organização precisa fazer para que eu me sinta orgulhoso dela?

A metodologia para o estabelecimento da visão/missão deve reportar o gestor ao uso de ferramentas adequadas, tal como sugerido a título de exemplo no Capítulo 3.

O âmbito da missão/visão depende do escopo traçado para a organização. Entenda-se por **escopo** o leque de possibilidades de atuação da organização, seus limites, matéria-prima, produtos e assuntos com os quais vai trabalhar. Em seguida, devem ser tomadas providências para reverter a problemática diagnosticada, por meio da ativação de *ações corretivas*, que, por sua vez, movimentam a missão fazendo despontar *objetivos e metas*. Esses dois termos são freqüentemente utilizados como sinônimos. **Objetivo** refere-se à intenção de produzir algo novo, criando uma realidade ou modificando uma preexistente. Os objetivos podem ser gerais ou específicos. Já a definição de **meta** refere-se à antecipação do porvir de nova realidade, a qual dependerá da conclusão do objetivo. Surge como uma expectativa que deriva do enunciado implícito ou explícito nele próprio.

A execução dos objetivos e das metas se dará pelas ações, as quais resultam de um processo volitivo que levará à criação ou modificação da realidade. As ações são operacionalizadas por meio de diretrizes e estratégias. Diretriz é o conjunto de instruções que normatizam a fase de planejamento que antecede a ação, isto é, normatizam as instruções que implementarão o objetivo. As estratégias estão ligadas à capacidade ou talento de aplicar recursos materiais e humanos para a consecução do objetivo explicitado na diretriz. Dizem respeito à arte de explorar condições favoráveis e otimizá-las, especificando como, quando, onde, quantos etc., e atingindo os objetivos ao menor custo, bem como de explorar condições desfavoráveis e ainda assim cumprir o objetivo aproveitando as oportunidades.

Por fim, a avaliação acontece com a apresentação dos resultados, para que se possa, em seguida, avaliar também a meta em relação à expectativa original. Nesse processo é necessária a análise dos desvios entre o que se planejou e o que foi realizado, avaliando-se o nível de adequação das estratégias selecionadas às condições do ambiente externo.

Pensando na realidade do planejamento em saúde no Brasil, conforme detalhamos anteriormente, o desenvolvimento da rede hospitalar e do sistema de saúde como um todo não corresponde a um processo de planejamento estruturado, configurando-se mais como um aglomerado de acontecimentos que foram sendo improvisados com o desenrolar da História. De maneira geral, tal desenvolvimento se deu muito mais por necessidades sentidas, definições políticas localizadas e interesses particulares de grupos do que em função de uma política nacional de saúde<sup>28</sup>.

#### 2.4.3 Planejamento estratégico: ciência artística ou arte científica

O termo planejamento estratégico vem sendo utilizado, cada vez com mais frequência, no cenário da administração das empresas. No entanto, muitas vezes esse termo corresponde apenas a um modismo terminológico. De acordo com Lobão<sup>29</sup>, durante o processo de elaboração do planejamento estratégico, o estabelecimento de metas e a formulação de planos para atingi-las é freqüentemente antiquado e mal conduzido pelos gestores. Organizações perdem muito tempo e energia intelectual tentando eliminar seus pontos fracos, reais e/ou imaginários, e realizando planos estratégicos grandiosos, os quais, em geral, pouco contribuem para o sucesso da gestão.

O processo de planejamento estratégico pode ser entendido como uma *ciência artística* ou *arte científica*, que requer disposição para questionar as próprias incertezas e, ao mesmo tempo, pará assumir integralmente o compromisso com uma causa comum e levá-la adiante.

Nesse processo, não existe uma única fórmula aceita universalmente, já que por trás dele é importante a existência de raciocínio exploratório e não determinista, capaz de identificar fatores críticos e definir o valor percebido pelo cliente.

Nas tabelas 2.3 e 2.4 a seguir, evidenciam-se termos e conceitos que demonstram os entendimentos distintos, que envolvem o processo de planejamento.

É essencial a capacidade do gestor de identificar os pressupostos, que perpassam as definições construídas.

<sup>28</sup> PEREIRA, 2000.

<sup>29</sup> LOBÃO, L. A. Projeto estratégico: uma proposta de valor. O Estado de São Paulo, São Paulo, mar. 2004.

Tabela 2.3 Definições empregadas no planejamento por Bonato, Allem, Almeida, Ansoff e Silveira – conceitualização de objetivo e meta.

Conceitos/ Autores	Bonato, V. L (2003)	Allem (1999)	Almeida, M. I. R. (2004)	Ansoff H. I. (1990)	Silveira, J.A. (1996)
Objetivo	É o resultado que se pretende alcançar com uma atividade planejada. Ele especifica as diretrizes em termos concretos, definindo um prazo para sua execução.	É a intenção de produzir algo novo, criando uma realidade ou modificando uma preexistente. Pode eventualmente equivaler à meta.	É um ponto concreto que se quer atingir, devendo ter parâmetros numéricos e datas a serem alcançadas. Está intimamente ligado ao conceito de estratégia, pois, enquanto a estratégia dá o caminho, o objetivo mostra aonde se quer chegar.	Ferramenta a ser aplicada na avaliação do desempenho, no controle, na coordenação, bem como em todas as fases do processo decisório. Tem sido usado como base de uma visão integrada de todo o processo de gestão, chamada administração por objetivos.	É a razão de ser da organização, determina o padrão de relação entre as partes, e a natureza da organização como um ser em mudança. Deixando o objetivo de existir ou por ter sido alcançado ou por ter sido perdido pela organização, esta também deixará de existir. A mudança de objetivo de uma organização muda a natureza existencial dela, mesmo que sua forma física ou jurídica não se tenha alterado.
Meta	Bonato diferencia objetivo de meta; para ela, a segunda não quantifica o que se deseja conquistar nem define limites a isso.	Previsão ou antecipação do porvir de nova realidade. É o sucedâneo do objetivo, exprime um propósito, um desejo que só acontecerá se o objetivo for cumprido.	É uma segmentação do objetivo em que o aspecto quantitativo tem maior importância, ou seja, é mais precisa em termos de valores e datas.	Padrão segundo o qual o desempenho presente e futuro da empresa pode ser medido de forma quantitativa.	

Fontes: ALLEM, A. C. Termos e definições críticos em planejamento. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, set.-out. 1999.

Tabela 2.4 Termos empregados no planejamento por Koontz, Lopes, Silveira, Almeida e Ansoff –conceituação de diretriz e estratégia.

Conceitos/ autores	Koontz, H. (1982)	Lopes, C. T. G. (1982)	Silveira, J. A. (1996)	Almeida, M. I. R. (2001)	Ansoff H. I. (1990)
Diretriz	Afirmação ou entendimento generalizado que orienta ou canaliza o raciocínio no processo de tomada de decisão pelos subordinados.	Série de princípios, estabelecidos de forma que possibilitem o atingimento dos objetivos. Guias de raciocínio que canalizam as decisões com o intuito principal de atender aos objetivos. Assim, como os objetivos são os fins, as diretrizes balizam os meios para atingi-los.	Determinação previamente negociada, necessária ao balizamento das políticas. Elenca o conjunto de necessidades para que uma política seja atendida no processo de tomada de decisões e em qualquer nível da empresa; explicita o que a empresa deve ter para viabilizar relações adequadas com os ambientes interno e externo da organização.		Sinônimo de estratégia.
Estratégia	Resultado do processo de decisão sobre os projetos da organização e das mudanças nesses projetos. Seu principal significado e utilidade são des- critos num tipo de programa de planejamento de natureza ampla que dá a direção geral aos programas mais detalha- dos da empresa.	Conjunto dos ob- jetivos, finalidades, metas, diretrizes fundamentais e pla- nos para atingir esses objetivos. É a idéia a ser implementada.	Capacidade de trabalhar contínua e sistematicamente o ajustamento da organização às condições ambientais em mutação, tendo em mente a visão do futuro e a perpetuidade organizacional. A estratégia desdobra-se em táticas, que são as técnicas para sua implementação.	É o caminho que a en- tidade deverá seguir. Considera-se uma decisão mais estratégica quanto mais difícil for voltar atrás e quanto maior for a inter- ferência dela na entidade como um todo.	Conjunto de regras e diretrizes para decisão, que orientam o processo de desenvolvimento da organização.



Segundo Machline<sup>30</sup>:

“[o] planejamento estratégico é composto por um conjunto de ações que visam alcançar uma situação futura diferente da passada, tendo a instituição condições de agir e influenciar nos fatores e variáveis que determinarão essa situação. É a forma pela qual a organização busca controlar sua vida e interferir no seu futuro, realizando uma intervenção deliberada na realidade.”

Assim, o planejamento estratégico serve para que a organização ressalte seus pontos fortes e reduza seus pontos fracos, aproveite oportunidades, responda às necessidades e administre as restrições apresentadas pelo ambiente.

Rasmussen<sup>31</sup> indica quatro fases básicas para a elaboração e implantação do planejamento estratégico. Considerando as idéias desse autor, retomaremos alguns conceitos já apresentados:

- diagnóstico estratégico;
- missão;
- instrumentos prescritivos e quantitativos;
- controle e avaliação das estratégias.

Na fase do **diagnóstico estratégico**, determina-se “como se está” ou “onde se está”. Trata de uma análise interna dos pontos fortes e fracos e da análise externa das oportunidades e ameaças. Devem-se também avaliar os pontos neutros para a organização. É recomendável desenvolver planos por departamentos e divisões, integrando-os ao plano principal. Além disso, nessa fase estudam-se os programas atuais, a natureza dos serviços prestados à comunidade e as relações interprogramáticas.

Na fase em que se define a **missão da organização**, determina-se o motivo central do planejamento estratégico – aonde a empresa quer chegar. É importante para o executivo estabelecer os propósitos da organização dentro da missão e manter postura estratégica, identificar lacunas programáticas para futuras inovações, e estabelecer relações com outras instituições, visando a parcerias em projetos futuros.

Na fase dos **instrumentos prescritivos e quantitativos**, é importante que se determine como chegar à situação desejada e que se investigue, continuamente, características socioeconômicas, políticas e culturais da comunidade para aumentar a capacidade de resposta do hospital.

Durante o **controle e avaliação das estratégias**, o processo de desenvolvimento e avaliação institucional deve ser organizado e o programa de controle das atividades planejadas deve ser permanentemente mantido. A função de controle e avaliação é crucial em toda organização. Sua finalidade é assegurar que os resultados obtidos atinjam os objetivos almejados no planejamento. A avaliação é um processo que deve estar presente em cada etapa do planejamento, influenciando e sendo influenciada por ele. É ela que permite verificar cada ponto forte e todas as oportunidades de melhorias que poderão constar nos próximos planos. Essa avaliação viabiliza a realimentação das etapas do processo de administração estratégica. Pode-se dizer, até, que ela está do outro lado da moeda, em oposição ao planejamento estratégico e formando com ele o sucesso da gestão.

<sup>30</sup> MACHLINE, C. et al. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.

<sup>31</sup> RASMUSSEN, U. W. *Manual de metodologia do planejamento estratégico: uma ferramenta científica da transição empresarial do presente para o futuro adotado para o âmbito operacional brasileiro*. São Paulo: Aduaneiras, 1990.

Encontramos também na literatura referências ao método do **planejamento estratégico situacional (PES)**, introduzido por Carlos Matus<sup>32</sup>, o qual prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas, quais sejam:

- o **explicativo**, no qual se busca justificar os porquês da situação atual;
- o **normativo**, no qual se estabelece o que se deseja fazer;
- o **estratégico**, no qual se analisa a viabilidade das operações planejadas;
- o **tático-operacional**, no qual se cuida da implementação das operações no dia-a-dia.

O planejamento estratégico situacional é indeterminista com predições incertas, seu objetivo é “subjetivo” e está relacionado a uma apreciação situacional. Esse tipo de planejamento realiza várias apostas em cenários, seus planos são por problemas, seu cálculo é tecnopolítico, seus sujeitos são vistos como atores e seu sistema é aberto, apresentando várias possibilidades.

A seguir serão apresentadas algumas outras características importantes para entendimento do PES.

Tabela 2.5 Principais características do planejamento estratégico situacional (PES).

PES
Indeterminista - Predições incertas.
Subjetivo (apreciação situacional).
Várias apostas em cenários.
Planos por problemas.
Incerteza e surpresas.
Cálculo tecnopolítico.
Os sujeitos são atores.
Sistema aberto (várias possibilidades).
Teoria da participação em um jogo.

Fonte: MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1993.

Diversos problemas podem afetar a implementação de um plano estratégico. Dentre eles podemos destacar:

- utilização de cenários como mecanismos para prever, em vez de compreender, o futuro;
- objetivos institucionais estabelecidos pelo planejador, sem a participação dos usuários do processo;
- pouco envolvimento dos colaboradores na elaboração do plano e nas decisões tomadas pelo planejador; em geral, a alta administração é que está mais envolvida.

No contexto da saúde, o planejamento estratégico possui algumas características particulares, caracterizando-se por uma orientação mais dirigida à comunidade que aos prestadores de serviço, além de estar mais preocupado com a necessidade dos pacientes do que com os serviços que os prestadores querem oferecer. Apontam-se, como algumas das

<sup>32</sup> MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1993.

variáveis determinantes do planejamento no setor de saúde, o volume de atendimentos, a configuração da demanda, o perfil dos profissionais, a tecnologia existente e os equipamentos e serviços disponíveis.

O planejamento estratégico em saúde se diferencia de outros processos de planejamento setoriais por olhar além dos valores institucionais, vislumbrando necessidades sociais, por meio da utilização do “cálculo social”, o que envolve processos políticos e de negociação. Ele valoriza o processo gerencial e o considera fundamental à tomada de decisões, bem como ao ajuste e resolução dos problemas.

O planejamento estratégico agirá como diretriz para o hospital elaborar seu planejamento operacional. Quanto mais eficaz for o processo de raciocínio no nível estratégico, mais elaborado será o planejamento nos níveis tático e operacional.

## 2.5 Planejamento estratégico: novos rumos para o amanhã

*"De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando; a certeza de que é preciso continuar e a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Vamos fazer da interrupção um caminho novo!"*

FERNANDO SABINO

O planejamento estratégico não pode deixar de ser visto como um processo de mudança organizacional e, portanto, como processo de aprendizagem, em que a instituição está permanentemente reavaliando seu processo para detectar os pontos de acerto e os pontos em que foram cometidos desvios. A superutilização do termo *planejamento estratégico*, bem como o ritmo acelerado de mudanças no cenário da administração que reduzem a relevância de planos de longo prazo, fez surgir entre alguns autores orientações alternativas no processo de gestão. Parece ter havido deslocamento no foco da atenção gerencial: deixou-se de dar atenção à definição de posições sustentáveis de produção no mercado e passou-se a investigar como desenvolver a capacidade da organização para sentir e reagir de forma rápida e flexível às mudanças.

Três características são consideradas chave para o acompanhamento das mudanças no cenário atual:

- buscar as pessoas mais adequadas à organização, isto é, investir em adequado processo de recrutamento e desenvolvimento do fator humano;
- ligar esses potenciais por fluxos horizontais, isto é, montar novos canais de comunicação que facilitem a difusão rápida de informações estratégicas; em outras palavras, não basta escolher pessoas adequadas e apenas cultivar “ilhas de informação e experiência”;
- criar uma cultura baseada na confiança, a fim de manter unida a organização.

Esse último processo talvez seja o mais difícil, já que muitas vezes implica fazer com que as pessoas troquem informações e experiências que até então constituíam fonte de poder pessoal.

Ao mesmo tempo, é importante perceber que apenas boas idéias ou boas decisões não levam necessariamente a bons resultados; é a “[...] implantação com excelência que consegue isso, o que pressupõe ação, fazendo tudo com o coração e buscando um padrão nota

10<sup>33</sup>. Na realidade, todo ser humano tem boas idéias; algumas pessoas, às vezes, nem têm uma idéia tão fenomenal, mas têm o espírito de ação voltado ao empreendedorismo.

A ação pressupõe a quebra de hábitos – mudar o jeito de ser e de fazer das pessoas. Algo difícil, mas possível de ser realizado e que hoje se constitui no grande desafio da gestão. O desejo de mudar traz receios e racionalizações sobre uma série de obstáculos que o ser humano coloca a si mesmo, embora sabendo que é livre para dirigir a própria vida.

Bartlett e Ghoshal<sup>34</sup> questionam o que os executivos contemporâneos realmente querem para suas empresas. Estas devem ter o poder analítico de um grande mestre de xadrez ou a flexibilidade e energia competitiva de uma criança jogando *videogame*? Aqueles que tiverem dúvida sobre a resposta podem estar no caminho certo. Organizações com bons resultados dependem de poder analítico, de flexibilidade e energia competitiva, o que mostra a necessidade de ampliar os esforços na direção do planejamento e do aprendizado organizacional.

Nesse processo, a integração entre afeto e razão é o elemento fundamental para uma visão sistêmica da organização e o alcance de um funcionamento harmônico.

<sup>33</sup> MOTOMURA, O. A decisão numa fração de segundo. *Você S/A*, São Paulo, n. 62, p. 68-75, ago. 2003.

<sup>34</sup> BARTLETT, C. A.; GHOSHAL, S. Características que fazem a diferença. *HSM Management*, São Paulo, n. 9, p. 66-72, jul.-ago. 1998.

## Referências bibliográficas

- ALLEM, A. C. Termos e definições críticos em planejamento. *Revista de Administração Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 143-152, set.-out. 1999.
- ALLEN, R. O processo de criação da visão. *HSM Management*, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul.-ago. 1998.
- ALVES, A. *Fontes de Financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas: um estudo de caso*. 1998. 129 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BARTLETT, C. A.; GHOSHAL, S. Características que fazem a diferença. *HSM Management*, São Paulo, n. 9, p. 66-72, jul.-ago. 1998.
- BONATO, V. L. *Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo*. São Paulo, 2003.
- BORBA, V. R. *Administração hospitalar: princípios básicos*. 3. ed. São Paulo: Cedas, 1991.
- \_\_\_\_\_. A importância da avaliação e controle na Administração Hospitalar. *O mundo da saúde*, São Paulo, p. 79-84, abr.-jun. 1982.
- CASTELAR, R. M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes: ENSP, 1995.
- CERTO, S. C.; PETER, J. P. *Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia*. São Paulo: Makron Books, 1993.
- COELHO NETO, A. *Planejamento estratégico para a melhoria da qualidade*, Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.
- DEVER, G. E.; ALAN, A. *Epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.
- DRUCKER, P. *Desafios gerenciais para o século XXI*. São Paulo: Pioneira, 1999.
- GILMORE, C. M.; NOVAES, H. M. *Manual de gerência da qualidade*: Sime HSP. São Paulo: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. (Manuais operacionais Paltext, 3.)
- HUNGER, J. D.; WHEELEN, T. L. *Gestão estratégica: princípios e prática*. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso, 2002.
- LEITE, F. Posto de saúde "virtual" dribla déficit em São Paulo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 14 mar. 2004. Caderno Cotidiano, p. C1.
- LOBÃO, L. A. Projeto estratégico: uma proposta de valor. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, mar. 2004.
- MACHLINE, C. et al. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.
- MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea, v. 2, 1993.
- MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido - a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.
- MOTOMURA, O. A decisão numa fração de segundo. *Você S/A*, São Paulo, n. 62, p. 68-75, ago. 2003.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 34, 2000.
- PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-96, jul.-set. 2000.
- RASMUSSEN, U. W. *Manual de metodologia do planejamento estratégico: uma ferramenta científica da transição empresarial do presente para o futuro adotado para o âmbito operacional brasileiro*. São Paulo: Aduaneiras, 1990.
- RIEG, D. L.; ARAÚJO FILHO, T. O uso das metodologias "planejamento estratégico situacional" e "mapeamento cognitivo" em uma situação concreta: o caso da Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar. *Gestão & Produção*, v. 9, p. 163-179, ago. 2002.
- RIVERA, F. J. U. A démarche estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, França. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan.-mar. 1997.
- ROTTA, C. S. G. *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- TEIXEIRA, J. M. C. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: MACHLINE, C. et al. *O hospital e a visão administrativa contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1989.
- ZANON, U. *Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.