UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE

Ana Maria Crepaldi

´

Influência da estratégia e da experiência sobre a tomada de decisão estratégica em hospitais: um estudo multicaso

São Paulo
2017

Administração

Prof. Dr. Marco Antonio Zago
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Roberto Sbragia
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Moacir de Miranda Oliveira Júnior
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

ANA MARIA CREPALDI

Influência da estratégia e da experiência sobre a tomada de decisão estratégica em hospitais: um estudo multicaso

Versão corrigida
(Versão original disponível na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade)

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Operações

Orientador: Prof. Dr. Abraham Sin Oih Yu

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Crepaldi, Ana Maria

Influência da estratégia e da experiência sobre a tomada de decisão estratégica em hospitais: um estudo multicaso / Ana Maria Crepaldi. -- São Paulo, 2017.

167 p.

Tese(Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2017.

Orientador: Abraham Sin Oih Yu.

Nome: Ana Maria Crepaldi

Título: Influência da estratégia e da experiência sobre a tomada de decisão estratégica em hospitais: um estudo multicaso

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 05/06/2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Abraham Sin Oih Yu - Presidente
Instituição: FEA-USP
Julgamento: aprovada

Prof. Dr. Ana Maria Malik
Instituição: FGV-SP - Externo
Julgamento: aprovada

Prof. Dr. Edmilson de Oliveira Lima
Instituição: UNINOVE - Externo
Julgamento: aprovada

Prof. Dr. Fabiano Rodrigues
Instituição: ESPM - Externo
Julgamento: aprovada

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso
Instituição: FEA-USP
Julgamento: aprovada

DEDICATÓRIA

Aos heróis e heroínas anônimos dos hospitais brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Abraham Sin Oih Yu, pela generosidade, disponibilidade, paciência, orientação, bom humor e, acima de tudo, por ser um ótimo exemplo para qualquer aprendiz. Ao Professor Doutor Marcelo Caldeira Pedroso, pelas tantas dicas e por ter me mostrado como a FEA-USP é interessante.

Aos funcionários administrativos, docentes e discentes do Programa de Pós-graduação em Administração da FEA-USP, e à escola como um todo: foram anos de muito aprendizado, pelos quais serei eternamente grata. À Fundação Getúlio Vargas e à Faculdade de Saúde Pública da USP, na pessoa de seus docentes, pelos créditos que pude cursar nestas escolas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação e aos contribuintes estaduais e federais que ajudaram a fomentar esta pesquisa. Aos hospitais A, B e C, na pessoa de seus executivos, pela gentileza de nos abrir suas portas e nos ceder seu tempo para que pudéssemos realizar esta pesquisa.

A toda minha família, especialmente minha mãe, Vanda, pela paciência e apoio durante as fases mais intensas deste processo. À minha segunda família, meus amigos, por terem me dito tantas palavras de incentivo durante os meses finais. Especialmente ao Paul Sarkis Mouawad, à Catarina Bitar Candeia e ao Victor Nakama, pelo apoio mais próximo.

À Russell Reynolds Associates, nas pessoas do Jacques Sarfatti e da Mariane Montana, por todo o aprendizado e por terem permitido que eu reduzisse minha carga semanal de trabalho para cursar os créditos deste doutorado. À Renata Filippi Lindquist, Carolina Artero, Fátima Zorzato e Fabiana Bezerra, por terem dividido comigo um pouco de sua prosperidade, mesmo sabendo que dedicação de doutorando nunca é full time.

Minha gratidão à Cristina Lau Chu e ao Fabio Urban, por terem se voluntariado para ajudar, e à Doutora Patrícia Carla dos Santos, por dividir sua experiência sobre os dias finais de escrita de uma tese.

RESUMO

Uma questão central no estudo da estratégia é a tomada de decisão estratégica ou TDE (Eisenhardt e Zbaracki,1992; Papadakis e Barwise, 2002; Furrer et al, 2008; Ribeiro et al, 2016). Estudos anteriores demonstraram que, em setores mais dinâmicos de atividade, é melhor tomar decisões estratégicas mais rapidamente - já que processos estratégicos tradicionais e demasiadamente estruturados podem fazer com que empresas inseridas em ambientes de alta velocidade se tornem menos competitivas (Eisenhardt e Bourgeois, 1988; Judge e Miller, 1991). Mas e quanto aos ambientes de velocidade moderada, como os hospitais? Será que estes ambientes requerem uma TDE tão veloz quanto a prescrita pela literatura para as empresas, por exemplo, de Tecnologia? A resposta para esta pergunta pode ser útil a decisores atuando em ambientes menos velozes. Com o propósito maior de contribuir para sua obtenção, a pesquisa aqui apresentada teve como objetivo a análise dos processos decisórios estratégicos de três hospitais, através de entrevistas retroativas e semi-estruturadas realizadas com os diretores destas organizações. Para isso, foi utilizada a abordagem metodológica do tipo estudo de caso exploratório de casos múltiplos (Martins, 2008; Zainal, 2007). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 executivos de três hospitais, num intervalo de 6 meses. As entrevistas foram analisadas em seu conteúdo e trianguladas com dados provenientes da análise documental (Yin, 1999). Os casos foram então comparados com os da literatura pré-existente. **Resultados**: (a) os processos decisórios estratégicos avaliados nesta pesquisa se revelaram estruturados e seguiram um padrão de ordenação de fases (Mintzberg, 1976), tendo durado mais tempo do que o prescrito pela literatura de TDE para empresas em ambientes rápidos (Eisenhardt e Bourgeois, 1988). Seus tempos de duração, porém, se mostraram adequados às dinâmicas de mercado em que as organizações estudadas estão inseridas e ao caráter estratégico das decisões; (b) os estilos de TDE foram predominantemente racionais, embora tenham sido evidenciados comportamentos políticos. Através de informações provenientes tanto de documentos quanto das entrevistas, foi possível observar variações no estilo de TDE nestas organizações, ao longo do tempo. Estes foram se tornando cada vez menos centralizados e menos políticos; (c) cinco das seis decisões estudadas estavam completamente alinhadas a objetivos estratégicos claros e bem comunicados, obtidos através de processos de planejamento estratégico abrangentes e estruturados, feitos com a ajuda de consultorias especializadas. Estas características parecem ter relação direta com o sucesso da implementação da decisão estratégica e (d) a análise dos resultados evidenciou, ainda, que a experiência e o perfil de liderança dos decisores foram determinantes da forma como os processos de TDE ocorreram e do sucesso de sua implementação. Em todos os casos estudados, os superintendentes gerais trouxeram para a organização atual executivos que fizeram parte de suas equipes em outros hospitais, tendo este fato por si só contribuído para o consenso nas decisões e para a presença de um certo nível de comportamento político. **Limitações**: A aparente estruturação dos processos decisórios pode ser fruto da racionalização a posteriori dos entrevistados ou da seleção de casos menos conflituosos pelos líderes dos hospitais estudados. Estudos futuros em que os pesquisadores presenciem as reuniões de TDE podem reduzir estas limitações.

Palavras-chave: Tomada de Decisão; Tomada de Decisão Estratégica; Gestão em Saúde; Hospital

ABSTRACT

A central issue in the study of Strategy is Strategic Decision Making or SDM (Eisenhardt and Zbaracki, 1992; Papadakis and Barwise, 2002; Furrer et al., 2008; Ribeiro et al., 2016). Previous studies have shown that, in more dynamic industries, it is better to make strategic decisions more quickly, since traditional strategic and structured processes can cause companies in highly accelerated environments to be less competitive (Eisenhardt and Bourgeois, 1988; Judge and Miller, 1991). But what about organizations operating in moderate velocity environments, such as hospitals? Do they require such fast-paced decision-making processes, as the ones prescribed by SDM authors for Technology companies? The answer to that question may be of interest for decisors in moderate paced environments. With the main purpose of trying to answer it, we have analized SDM processes in three hospitals, by means of semi-structured and retroactive interviews with top level executives at these organizations. A methodological multiple case study approach was used (Martins, 2008; Zainal, 2007). 15 executives in three hospitals have been interviewed for this study, in a six-month interval. The data was triangulated with document analysis (Yin, 1999), and compared to the existing literature. **Results**: (a) the strategic decision-making processes evaluated in this research have proved to be well structured, following a pattern of stage sequencing (Mintzberg, 1976), having lasted longer than what is prescribed for fast paced industries in the literature (Eisenhardt e Bourgeois, 1988). The duration of these processes, however, suits the dynamics of the industry and the strategic character of the decisions in the examined cases; (b) a predominantly rational decision-making approach was observed, even if a certain degree of political behavior has been observed. Document and interview content analysis have revealed changes in SDM style, over time. SDM seems to be less politic and centralized nowadays than it was 20 years ago; (c) five of the six decisions studied were completely aligned to clear and well communicated goals, which were obtained through comprehensive and structured strategic planning processes that were implemented with the help of specialized consultancies. This fact seems to have direct relation with the rationality of the decision and the success of its implementation and (d) the analysis of the results demonstrated that decision-makers' characteristics, such as educational background, previous experience, and leadership skills were instrumental in the way the strategic decision-making processes occurred in the cases studied in this research. However, in all cases studied, the general managers have invited former team members with whom they had worked in other organizations, and that fact alone could have contributed to the level of consensus observed and to the presence of a certain degree of political behavior. **Limitations**: the apparently structured nature of these SDM processes may be due to some form of retrograde rationalization made by the interviewees and/or a biased selection of cases by the hospital general managers. Future studies where researchers can witness ongoing SDM processes may produce cleaner data.

Keywords: Decision Making; Strategic Decision Making; Healthcare Management; Hospital

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Quatro perspectivas básicas em Estratégia, segundo Whittington
Figura 2 - Abordagens teóricas em Estratégia e suas prescrições, segundo Whittington
Figura 3 - Fases do processo decisório, por Mintzberg et al
Figura 4 - Tipos de conflito decisório e seus efeitos em tomada de decisão estratégica
Figura 5 - Principais fatores influenciando o processo decisório nos hospitais estudados

LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Distribuição de casos e decisões por empresa estudada
Tabela 02- Algumas das definições de estratégia publicadas na literatura
Tabela 03- Escolas de pensamento em formação de estratégias, segundo Mintzberg:
Tabela 04- Heurísticas e vieses que delas emanam segundo Bazerman e Moore.
Tabela 05- Framework Integrativo de Das e Teng
Tabela 06- Teorizando a partir de estudos de caso.
Tabela 07- Tipos de Estudo de Caso.
Tabela 08- Aspectos da Obtenção de Dados
Tabela 09- Comparação entre duas estratégias de *sensemaking*
Tabela 10- Método de obtenção de dados por hospital estudado
Tabela 11- Principais características das empresas estudadas
Tabela 12- Entrevistados por caso e empresa
Tabela 13- Temas das decisões
Tabela 14- Características do processo estratégico nas empresas estudadas
Tabela 15- Características dos Superintendentes das organizações estudadas
Tabela 16- Resumo comparativo dos resultados sobre as decisões estudadas
Tabela 17- Características da alta liderança das organizações estudadas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 25

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA 27
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 27
1.3 OBJETIVO DO ESTUDO 28
1.4 MODELO DE PESQUISA E DELIMITAÇÃO DO ESTUDO 28
1.5 CONTRIBUIÇÕES 28
1.6 LIMITAÇÕES 29

2 REFERENCIAL TEÓRICO 31

2.1 PESQUISA EM ESTRATÉGIA: HISTÓRICO 31
2.2 A VOLTA DA VISÃO BASEADA EM RECURSOS 32
2.3 WHITTINGTON E MINTZBERG 34
2.4 TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA 36
2.5 ESTILOS DE TOMADA DE DECISÃO 38
2.5.1 Vieses Em Tomada de Decisão 39
2.6 O ALTO ESCALÃO E AS DECISÕES COLEGIADAS 42
2.7 TOMADA DE DECISÕES ESTRATÉGICAS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES 45

3 METODOLOGIA 49

3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA 49
3.2 PROCESSO DE TEORIZAÇÃO 50
3.3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO 51
3.4 IDENTIFICAÇÃO DE CONSTRUTOS TEÓRICOS E MODELO DE PESQUISA DA TESE 52
3.5 ESCOLHA DOS CASOS 52
3.6 COLETA DE DADOS 53
3.6.1 Estudo Piloto 53
3.6.2 Coleta de dados propriamente dita 53
3.7 ANÁLISE DE DADOS 55
3.8 COMPARAÇÃO COM A LITERATURA E TEORIZAÇÃO 55
3.8.1 Dados provenientes de processos e o sensemaking 55
3.9 LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA 56

4 RESULTADOS 59

4.1 PERFIL DAS EMPRESAS ESTUDADAS 59
4.1.1 O Hospital A 60
4.1.2 O Hospital B 61
4.1.3 O Hospital C 64
4.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS 66
4.3 PROCESSO DE ENTREVISTAS 66
4.4 RESULTADO DAS ENTREVISTAS 67
4.5 ANÁLISE DO DADOS 68
4.5.1 Análise intra-caso 68
4.5.2 Análise e discussão inter-caso 94

4.5.3 Diferenças entre os casos 101

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES 105

5.1 SÍNTESE DO ESTUDO 106
5.2 CONTRIBUIÇÕES DESTE ESTUDO 113
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS 115
5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 116

ANEXO 1 – COMPILAÇÃO DE TRECHOS RELEVANTES DE ENTREVISTAS 129

ANEXO 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 167

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA 169

1 INTRODUÇÃO

A Tomada de Decisão Estratégica é tema central no estudo da Estratégia (Eisenhardt e Zbaracki, 1992; Papadakis e Barwise, 2002; Furrer et al, 2008; Ribeiro et al, 2016) e, em consagrados estudos anteriores, demonstrou-se que é melhor tomar decisões estratégicas de maneira mais dinâmica em ambientes altamente velozes, já que processos estratégicos muito tradicionais e estruturados podem fazer com que empresas inseridas em mercados de alta velocidade sejam menos competitivas (Eisenhardt e Bourgeois, 1988; Judge e Miller, 1991). Mas, e em ambientes de velocidade moderada, como é o caso dos hospitais (Judge e Miller, 1991)?

Saúde é uma pauta estratégica para qualquer nação. Países em todo o mundo dedicam uma porcentagem significativa de seu PIB aos seus sistemas de saúde, quase sempre sem conseguir atingir os resultados preconizados pela Organização Mundial da Saúde (Davis et al, 2010; 2014 e Pedroso e Malik, 2011). Os hospitais, importantes unidades funcionais destes sistemas, vêm vivendo mudanças dramáticas nas últimas duas décadas: o aumento da complexidade dos serviços oferecidos, o envelhecimento populacional, as mudanças nas relações de trabalho e as dificuldades de financiamento são algumas delas (Alexander et al, 2006; Smith-Daniels et al, 1988; Vecina Neto e Malik, 2007).

Nos Estados Unidos, país que possui um modelo de atenção hospitalar com grande influência cultural sobre os médicos, gestores e estudiosos dos hospitais brasileiros, o crescimento econômico do fim da década de 90 trouxe uma mudança radical de modelo de competitividade. Se, nos anos 70, o paradigma era competir pelas operadoras, a partir do final da década de 90 ele se tornou mais varejista, onde ser competitivo significa conseguir os melhores médicos e o os melhores clientes finais (Devers, Brewster e Casalino, 2003). Este crescimento econômico, pelo qual também passamos no Brasil menos de uma década depois, fez com que os hospitais americanos se tornassem mais responsivos às demandas dos seus funcionários, especialmente os médicos, que passaram a ter mais opções de trabalho (Lesser, Ginsburg e Devers, 2003). Por sua vez, o mesmo crescimento econômico deixou os hospitais numa melhor posição para negociar com as operadoras, e cada vez mais a competitividade hospitalar é relacionada a hotelaria e outras amenidades do que a atributos clássicos

vinculados à qualidade dos serviços, tais como a eficácia, a otimidade e a equidade mencionadas no clássico artigo de Donabedian (1990).

No Brasil, pode-se dizer que, ao menos na esfera privada, passamos por uma transformação similar. Este fenômeno se mostrou presente no relato de muitos dos entrevistados desta pesquisa, confirmando que esta é uma tendência também por aqui. As estratégias, governança e os modelos de gestão do setor vêm sofrendo crescente pressão mercadológica, regulatória e social por mudanças. Cada vez mais frequentemente os processos característicos de outras indústrias passam a fazer parte da realidade hospitalar (Barbosa, 2003; Vecina Neto e Malik, 2007). Os membros do alto escalão destas organizações, participantes naturais dos processos de tomada de decisões estratégicas, passam a ter que desenvolver novas habilidades, conhecimentos e competências (Shelton Brown, 2003). Diferentes hospitais têm modos diferentes de formulação de estratégias (Mintzberg, 1994; Mintzberg et al 2003) e, independentemente da abordagem utilizada na criação da mesma, a tomada de decisões pelo alto escalão da organização é parte inerente do processo (Porter, 1991).

O papel do alto escalão na tomada de decisões estratégicas também tem sido um tema relevante na pesquisa em TDE (Papadakis e Barwise, 2002; Young, Beekun e Ginn, 1992), e a noção de que decisores estratégicos de alto escalão possuem grande influência na competitividade e longevidade das organizações que comandam (Amit e Schoemaker, 1993; Barney, 1991; Hambrick e Mason, 1984; Prahalad e Hamel, 1994; Hoskisson et al, 1999). Em seu estudo de 1999, Pelled, Eisenhardt e Xin encontraram resultados que demonstraram uma relação direta entre diversidade funcional dos membros do alto escalão e conflitos de tarefa na tomada de decisões estratégicas. Num setor econômico onde profissionais médicos e não médicos – e, portanto, com *mindsets* e competências diferentes (Lobas, 2006; Stoller, 2008 e 2013) – tomam decisões em conjunto, é possível inferir que hospitais sejam frequentemente palco do tipo de conflito mencionado por Pelled et al. Ou, ainda que, quanto maior o número de médicos gestores em times de alto escalão, mais o processo de decisão se aproxima do paradigma de poder e política de Eisenhardt e Zbaracki (1992).

Mas, na prática, será que este conflito existe? E, em termos de velocidade da decisão, como será a melhor forma de TDE em ambientes de velocidade moderada, como ocorre nos hospitais? Responder a esta pergunta foi o principal objetivo deste estudo.

Foram identificados e analisados seis processos decisórios estratégicos, dois em cada organização estudada. Em geral, cada caso teve um processo decisório, com exceção do estudo de caso C, que continha duas decisões. Um resumo desta distribuição pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de casos e decisões por empresa estudada

Empresa	Estudo (s) de Caso	Decisões
Hospital A (HA)	A1 e A2	A1 e A2
Hospital B (HB)	B1 e B2	B1 e B2
Hospital C (HC)	C	C1 e C2

Fonte: A autora

1.1 Problema de Pesquisa

Esta pesquisa foi estruturada em torno das seguintes perguntas:

1. *Como o alto escalão dos hospitais estudados toma decisões estratégicas?*
2. *A velocidade com que os líderes dos hospitais pesquisados tomam decisões estratégicas é adequada para ambientes de velocidade moderada, como hospitais?*
3. *É possível observar, ao longo do tempo, mudanças nos processos de TDE nos hospitais estudados?*

1.2 Justificativa do Estudo

Este tema é de grande relevância, já que a TDE é tema de grande destaque no estudo de Estratégia e entender qual a melhor forma de TDE em ambientes de velocidade moderada parece ser uma lacuna na literatura.

Adicionalmente, os hospitais estão entre os atores principais da chamada Cadeia de Valor da Saúde (Gadelha, 2003; Pedroso e Malik, 2012). No Brasil, onde a cultura de Saúde ainda é muito focada na intervenção, e não na prevenção, os hospitais se tornam entidades ainda mais relevantes econômica e socialmente. Há poucos estudos sobre Tomada de Decisão Estratégica (TDE) em gestão de operações de serviços clínicos de saúde (Dooley e Fryxell, 1999; Ford-Eickhoff, Plowman e Mcdaniel Jr., 2011), especialmente sobre sua variação ao longo do tempo numa mesma empresa.

1.3 Objetivo do Estudo

Com o propósito maior de orientar os executivos de empresas atuando em ambientes de velocidade moderada, e, mais especificamente, aqueles atuando em hospitais, em relação à velocidade adequada de TDE nestas organizações, a pesquisa aqui apresentada teve como objetivo a análise dos processos decisórios estratégicos de três hospitais. Tal análise foi feita através de estudos de caso.

1.4 Modelo de Pesquisa e Delimitação do Estudo

Para responder a estas perguntas do tipo "como" (Yin, 2010), conduzimos uma pesquisa qualitativa, com abordagem metodológica do tipo estudo de caso exploratório de casos múltiplos (Martins, 2008; Zainal, 2007), através de entrevistas semiestruturadas e da triangulação dos dados obtidos com aqueles provenientes de análise documental (Yin, 1999). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 altos executivos de três hospitais de São Paulo, com análise documental e processo de construção de teoria a partir de dados de estudo de caso (Eisenhardt, 1989; Langley, 1999, Lima, 2005 e Ravenswood 2011): aquela em que primeiro se vai a campo para coleta de dados e depois se busca explicações causais na literatura para justificar os achados de pesquisa. Para transformar o rico emaranhado de dados provenientes de processos em algo que faça sentido no contexto de pesquisa em tomada de decisão nas organizações, mas sem perder a riqueza de detalhes dos dados brutos, utilizaremos duas estratégias de *sensemaking* (Weick, 1979) citadas por Langley (1999): a estratégia da Narrativa baseada em Pettigrew e a estratégia Sintética (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt e Bourgeois, 1988). Pretende-se, com esta metodologia, contribuir com os construtos teóricos vigentes em tomada de decisão em nível estratégico nas organizações. Maiores detalhes serão apresentados na seção de Metodologia deste texto.

1.5 Contribuições

Esta pesquisa atingiu, com riqueza de detalhes, seu objetivo de elucidar como se dão os processos de TDE nas três organizações estudadas. Atingiu também, porém menos detalhadamente, o objetivo de elucidar como estes processos variaram ao longo do tempo.

No aspecto prático, de gestão de operações, nossos resultados corroboram achados anteriores sobre a influência positiva dos processos adequado de planejamento estratégico e executivos com competências de liderança para a qualidade, velocidade e facilidade de implantação das decisões estratégicas. No teórico, contribui para a compreensão de como uma TDE bem estruturada e não tão veloz pode ser ainda assim eficaz em organizações em ambientes de velocidade moderada, como os hospitais estudados.

1.6 Limitações

A aparente estruturação dos processos decisórios pode ser fruto da racionalização a posteriori dos entrevistados ou da seleção de casos menos conflituosos pelos líderes dos hospitais estudados. Estudos onde o pesquisador assiste às decisões em *real time* trariam mais fidedignidade à análise do processo decisório. Mais sugestões são discutidas no Capítulo 6 - Conclusões.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Pesquisa em Estratégia: histórico

De origem milenar e por século restrito a contextos bélicos, o termo *Estratégia* só foi ser utilizado no âmbito da gestão empresarial nos anos 30 do século passado (Williamson, 1999). Após o Crack de 1929, a limitação dos paradigmas clássicos da Administração em explicar as variáveis determinantes da produtividade industrial tornou-se evidente, e uma nova escola de pensamento surgiu nos EUA: a Escola de Relações Humanas (Gabor e Mahoney, 2010). Tal escola era formada por pesquisadores de diferentes instituições dos Estados Unidos, entre eles Chester Barnard, executivo formado em Harvard que escreveu um dos livros sobre Liderança mais influentes de todos os tempos: "as Funções do Executivo".

Segundo Mintzberg (2007), Scott (1987), Williamson (1995) e Mahoney (2002), a obra de Barnard foi a precursora dos trabalhos de Simon (1947), March & Simon (1958) e Cyert e March (1963), os estudiosos da Carnegie Mellon University que lançaram as pedras fundamentais da Economia Comportamental e cujo trabalho influenciou a primeira geração de autores de Estratégia Empresarial, na década de 60. Além de Barnard, o cientista social Philip Selznick, que introduziu a ideia de *competências distintivas*, e a economista Edith Penrose, que fundamentou a ideia de *visão baseada em recursos (VBR)*, também fizeram contribuições extremamente significativas para a compreensão do que levava algumas organizações a perseverarem, enquanto outras não (Hoskisson et al, 1999).

Nascia formalmente então, nos anos 60, a área de Gestão Estratégica. Com base em estudos de casos aprofundados sobre uma só empresa ou setor, Alfred Chandler (1962) e Igor Ansoff (1965) publicaram os primeiros trabalhos na área. Pela primeira vez, surge a ideia de que as organizações precisam se adaptar ao ambiente em que se encontram. Os resultados de suas pesquisas, porém, eram dificilmente generalizáveis, o que provocou uma mudança de orientação metodológica na geração subsequente de pesquisadores (década de 1970): uma dicotomia ontológica e epistemológica, gerando duas diferentes visões sobre o estudo da Estratégia (Furrer, 2007).

A primeira delas consistia numa abordagem processual, com estudos sobre como as estratégias eram formadas e implementadas. Era o caso das pesquisas baseadas na observação de processos decisórios, durante os quais as estratégias "emergiam" quase que

involuntariamente. São exemplos de conceitos desta abordagem as *estratégias emergentes* de Mintzberg e Waters (Mintzberg, 1998) e o *incrementalismo lógico* de Quinn (2006). A segunda dizia respeito à pesquisa estatística, que desenvolvia e testava hipóteses baseadas em paradigmas criados pelos economistas Joe Staten Bain e Edward Mason, da literatura de *Organização Industrial (*Woodward, 1977). Esta segunda abordagem era muito mais voltada para a influência do ambiente externo sobre a desempenho das empresas, e seu representante mais relevante é Michael Porter (1981). Porter fez importantes contribuições para a análise da atratividade dos diferentes setores de atuação de negócios e também para a avaliação do ambiente de concorrência (Mintzberg, 2007). Porém, devido à natureza deste estudo, nosso foco será nas teorias voltadas ao ambiente interno das organizações.

2.2 A volta da visão baseada em recursos

A partir dos anos 80, porém, a pesquisa acadêmica na área de Estratégia volta e ter as estruturas, as capabilidades e os recursos **internos** das organizações como foco. Mantendo a tradição dos pesquisadores de Estratégia em utilizar conhecimentos advindos da Economia, surge uma nova fase de pesquisas em Estratégia Empresarial, inspirada em duas teorias da Economia Organizacional: (a) a teoria da Economia dos Custos de Transação ou TCE, de Oliver Williamson (também um ex-aluno de pós-graduação da mesma Universidade Carnegie Mellon de Simon, March e Cyert) e (b) a Teoria da Agência que Eugene Fama, William Meckling e Michael Jensen desenvolveram nos anos 70 na Universidade de Chicago, não por acaso a alma mater de Herbert Simon (Williamson, 2007; Jensen & Meckling, 1976; Fama & Jensen, 1983). Ambas as teorias são embasadas nos trabalhos de Ronald Coase e Herbert Simon (Hoskisson et al, 1999), sendo que a TCE é focada no paradigma de integração vertical das empresas e a Teoria da Agência no paradigma de conflito de interesses entre acionistas e os agentes que gerem suas empresas. A Teoria da Agência foi a base dos trabalhos iniciais de Kathleen Eisenhardt no começo da década de 80 e de muitos pesquisadores de Governança Corporativa (Eisenhardt, 1989; Hoskisson e Turk, 1990).

Ainda com os olhos voltados ao ambiente interno das organizações, Birger Wernerfelt (1984) publica, com base nos trabalhos de Edith Penrose, seu importante artigo sobre a Visão Baseada em Recursos (VBR). De acordo com esta visão, que faz parte da Teoria Baseada em Recursos, as empresas são conjuntos de recursos produtivos únicos e de difícil, senão impossível, imitação. Além de Wernerfelt, são pesquisadores que contribuíram para a Teoria Baseada em Recursos: Barney (1991), que nos trouxe a VBR na forma como as escolas de negócio a ensinam atualmente; Stuart & Podolny (1996) e Teece et al (1997), com suas

contribuições sobre *capabilidades dinâmicas* e Grant, Spender e Szulanski (Furrer, 2007), com sua *abordagem baseada em conhecimento*.

Tabela 2 – Algumas das definições de estratégia publicadas na literatura, em ordem cronológica, entre 1962 e 2001.

Autor (es)	Definição de Estratégia
Chandler (1962)	Estratégia é a fixação de objetivos básicos de longo prazo de uma empresa e a adoção de ações adequadas e recursos para atingir esses objetivos.
Ansoff (1965)	Estratégia é um conjunto de decisões determinadas pelo mercado do produto a comercializar, crescimento objetivado, vantagens competitivas da organização e sinergia organizacional.
Mintzberg (1967)	Estratégia é a soma das decisões tomadas por uma organização em todos os aspectos, tanto comerciais como estruturais, sendo que a estratégia evolui de acordo com o processo de aprendizado do gestor da firma.
Ackoff (1974)	Estratégia é ligada aos objetivos de longo prazo e os caminhos para conquistá-los, e que afetam toda a organização.
Mintzberg (1979)	Estratégia é uma mediação de forças entre a organização e seu ambiente: estabelece padrões consistentes de decisões organizacionais conforme o ambiente vivenciado.
Hambrick (1980)	Estratégia é o padrão de decisões que orientam a organização em seu relacionamento com o ambiente, afetam os processos e as estruturas internas, assim como influenciam no desempenho das organizações.
Porter (1981)	Estratégia é a escolha da firma de variáveis de decisão chave, como preço, promoção, quantidade e qualidade. A empresa, para ter bom desempenho, deve se posicionar corretamente na sua indústria
Ansoff e McDonell (1993)	Estratégia é um conjunto de regras de tomada de decisão para orientação do comportamento de uma organização.
Rumelt, Schendel e Teece (1994)	Estratégia é a definição da direção das organizações. Isso inclui assuntos de preocupação primária para o gestor, ou qualquer pessoa que busque razões para o sucesso e fracasso entre as organizações.
Fahey (1999)	Estratégia explicita como a empresa utilizará os seus recursos e capacidades para construir e sustentar as vantagens competitivas que influenciarão de forma favorável as decisões de compra dos clientes.
Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000)	Estratégia é força mediadora entre a organização e o seu meio envolvente, centrando-se nas decisões e ações que surgem naturalmente. A formação da estratégia não se limita aos processos intencionais, mas pode ocorrer como um padrão de ações formalizadas ou não
Andrews (2001)	Estratégia é o padrão de decisão em uma empresa que determina e revela seus objetivos, propósitos ou metas.
Barney (2001)	Estratégia é a teoria da firma de como competir com sucesso.

Fonte: Adaptado de Mainardes et al (2012).

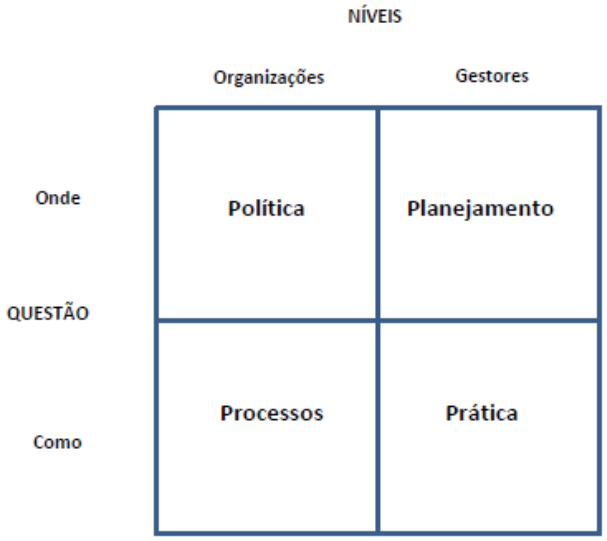
Desta forma, pode-se dizer que o campo da Estratégia Empresarial, desde seu início tímido nos EUA como disciplina de "Política de Negócios" (Bertero et al, 2003), já nasceu multidisciplinar. Sociólogos, economistas e administradores contribuíram para a evolução desta área do conhecimento, o que resultou em um grande número de definições e formas de

análise utilizadas neste campo de estudo (Mainardes et al, 2014). Muitas destas definições se perpassam ao próprio conceito de Tomada de Decisão.

2.3 Whittington e Mintzberg

Em 1996, Richard Whittington publicou um artigo em que descrevia as abordagens de pesquisa em estratégia que, segundo ele, existiam até então: (a) a do Planejamento, surgida nos anos 60 e focada em ferramentas e técnicas para ajudar os gestores a tomar decisões sobre o rumo dos negócios; (b) a da Política, a partir dos anos 70, que tinha como foco a análise das vantagens da inovação estratégica; (c) a de Processos, de Andrew Pettigrew, nos anos 80, que focava na investigação de como as empresas percebiam haver a necessidade de uma mudança estratégica e como atingi-la, e contribuiu com uma nova, a (d) a da Prática (Figura 1), que focava em como os estrategistas criavam estratégicas.

Figura 1 – Quatro perspectivas básicas em Estratégia segundo, Whittington (1996):

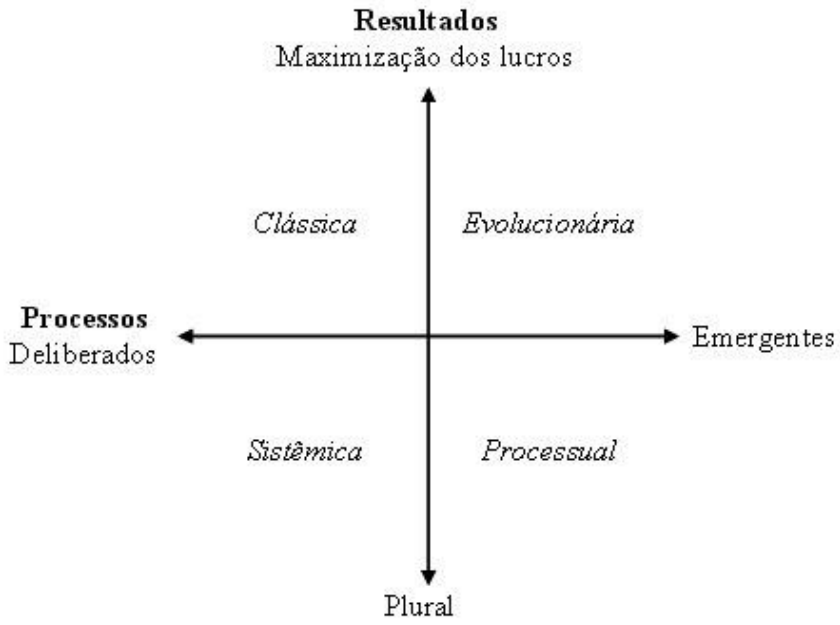


Fonte: Adaptado de Whittington (1996).

A abordagem Prática, sob o ponto de vista do conhecimento que o gestor deve ter para ser bom estrategista, propõe a seguinte mudança: de um conhecimento que antes era formal e generalizado, para outro, tácito e específico (local). Em relação ao foco de pesquisa, esta abordagem deixa de focar nas estratégias formadas, para se concentrar no processo de formação destas estratégias. Do ponto de vista acadêmico, há também uma proposta interessante: a de que os professores das escolas de negócios pudessem atuar como coaches

dos executivos, ao invés de meros prescritores de boas práticas (Whittington, 1996). Em seu livro texto do início da década passada, Whittington (2001) organizou as teorias existentes em Estratégia sob quatro abordagens: (a) *clássica:* baseada na ideia do executivo que age com perfeita racionalidade para maximizar sua vantagem econômica. Esta perspectiva, porém, desconsidera complexidades internas e externas das organizações e limita a estratégia à ideia de concepção, afastando-a da implementação; (b) *evolucionista:* é baseada no princípio biológico da seleção natural, onde as estratégias mais "adaptadas" a determinados mercados (aqui representando o meio-ambiente) se tornam mais competitivas, permitindo que as empresas mais "fortes" (ou mais adaptadas a determinados mercados) prosperem e as mais "fracas" (que não se adaptaram) sejam extintas; (c) *sistêmica,* que classifica as organizações de acordo com os sistemas sociais e econômicos nos quais estas estão inseridas: suas estratégias seriam resultado da influência do contexto local (classes sociais, classes profissionais, nações, famílias, gênero, etc.) e (d) *processualista,* que defende o fim da distância entre concepção e implementação, através da emergência de estratégias que emerjam de forma menos estruturada e mais relacionada à maneira como os processos realmente acontecem na organização. A Figura 2 descreve as prescrições de cada perspectiva.

Figura 2 – Abordagens teóricas em Estratégia e suas prescrições, segundo Whittington (2001):



Fonte: Adaptado de Whittington (2001).

Henry Mintzberg, Bruce Ahlstrand e Joseph Lampel agruparam 10 correntes teóricas em Estratégia em seu livro texto *Safari de Estratégia* (2000), resumidos na Tabela 3:

Tabela 3 – Escolas de pensamento em formação de estratégias, segundo Mintzberg:

Escola	**Natureza**	**Visão de Processo**
Design		Conceitual
Planejamento	Prescritiva	Formal
Posicionamento		Analítica
Cognitiva		Mental
Empreendedora		Visionária
Aprendizado	Descritiva	Emergente
Política		Poder
Cultural		Ideológica
Ambiental		Passiva
Configuração	Configurativa	Episódica

Fonte: Mintzberg, 2000.

2.4 Tomada de decisão estratégica

Neste trabalho, utilizaremos o conceito de decisão conforme definido por Mintzberg (1976), ou seja, como um comprometimento específico para a ação. Consideraremos, como decisões *estratégicas*, as decisões envolvendo grandes investimentos, aprovação de altos executivos e de difícil reversão. Quanto às teorias existentes sobre tomada de decisão, estas são provenientes de diferentes áreas do conhecimento e podem ser divididas em normativas e descritivas (Raiffa, 1982). Neste trabalho, nos concentraremos nas descritivas, já que as normativas – baseadas no estudo de decisões feitas por decisores improváveis e em situações não interativas e não competitivas – se baseiam em premissas e modelos inadequados ao estudo das decisões estratégicas feitas nas organizações.

O modo como indivíduos e grupos tomam decisões é estudado pela Economia desde a década de 50. Esta área do conhecimento contribuiu com importantes paradigmas como, por exemplo, o de racionalidade limitada de Simon (Newell et al, 1958), que postula que a racionalidade do tomador de decisão é limitada pela quantidade de informação e tempo que este possui e pelos vieses cognitivos aos quais está sujeito. Esta ideia é contrária ao conceito de racionalidade do homo economicus de John Stuart Mill (1836 apud Persky, 1995), e uma das bases da Economia Comportamental.

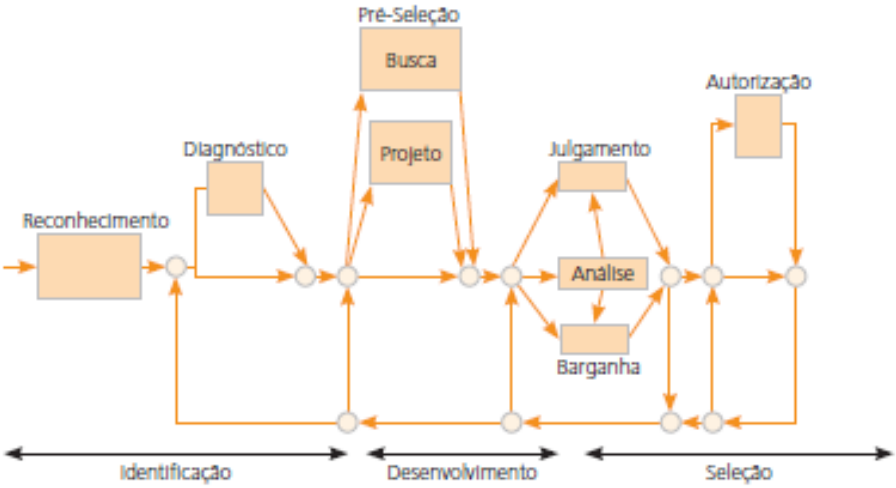
Na Psicologia, principalmente através da pesquisa de Amos Tversky e Daniel Kahneman, optou por tentar descrever decisões não do modo como elas deveriam idealmente ocorrer, mas do modo como elas realmente acontecem. Entre outras grandes contribuições (que mais tarde lhes renderiam um Prêmio Nobel), os autores criaram em 1974 a Teoria do Prospecto, segundo a qual pessoas tomam decisões com base no valor potencial de perdas e ganhos - ao invés de se basear na probabilidade real dos resultados possíveis – e avaliam estas perdas e ganhos através de *heurísticas*. A despeito do contexto onde estão inseridos, decisores frequentemente se utilizam destas estratégias simplificadoras de análise de decisão (Tversky e Kahneman, 1973,1975; Bazerman e Moore, 2010). As heurísticas são utilizadas quando não há tempo, recursos ou informações suficientes para tomar decisões da maneira postulada como racional pelo modelo de economia neoclássica de Simon (1982). Diferentes áreas de conhecimento como Ciências da Computação, Biologia, Psicologia, Economia e Administração de Empresas se utilizam do conceito de heurística no contexto da tomada de decisão. Mas o que os pesquisadores de Inteligência Artificial e Biologia Evolutiva parecem ver como vantagens nesta estratégia simplificadora, nós, da área de negócios, frequentemente citamos como desvantagens. A Administração de Empresas trata de papéis que os seres humanos só passaram a desempenhar recentemente em sua história, e os comportamentos que foram adaptativos em outros contextos nem sempre o são na realidade organizacional atual (Tobeña, 2009). Dos anos 70 até hoje, desvios dos princípios lógicos e estatísticos da tomada de decisão têm sido normalmente interpretados nas literaturas de Administração de Negócios e Economia como vieses prejudiciais de julgamento atribuídos a estas heurísticas ou a um "Sistema 1" de pensamento intuitivo (Kahneman e Tversky, 1982). Mais recentemente, porém, pesquisadores vêm resgatando a validade das heurísticas como ferramentas frequentemente adequadas de tomada de decisão em vários contextos (Gigerenzer e Gaissmaier, 2011).

As organizações têm modos diferentes de formulação de estratégias (Mintzberg, 1994; Mintzberg et al 2003) e, independentemente da abordagem utilizada na criação da mesma, a tomada de decisões pelo alto escalão da organização é parte inerente do processo (Porter, 1991).

2.5 Estilos de Tomada de Decisão

Nas literaturas de Governança Corporativa e Gestão de Operações, bem como na de Psicologia Cognitiva, vários autores deram ênfase na identificação das etapas e modos dos processos de tomada de decisão. Eisenhardt e Zbaracki (1992) propuseram três paradigmas dominantes nos processos de tomada de decisões estratégicas: (a) *racionalidade* e *racionalidade limitada*, (b) *poder e política* e (c) *garbage can* (lata de lixo). O primeiro diz respeito ao grau em que os decisores têm objetivos específicos e descreve o processo de tomada de decisões estratégicas como um processo sistemático, abrangente e carregado de um propósito. Competição, conflito de interesses e emergência, por sua vez, estão no cerne da tomada de decisão sob o paradigma de poder e política, cujo resultado final reflete a escolha do grupo mais poderoso. Já o modo lata de lixo de tomada de decisão é descrito como uma anarquia organizada, onde os decisores sequer sabem previamente o que tem que ser decidido. Antes de Eisenhardt e Zbaracki, Hickson (1987) havia identificado três modos básicos de tomada de decisão, a saber: (i) *racionalidade dual*, (ii) *incrementalismo* e (iii) *garbage can*. Na tomada de decisão com racionalidade dual, eliminação de problemas e política são levados em conta, como numa integração do modo político com o modo racional. No incrementalismo, as decisões são fragmentadas em incrementos menores e menos complexos para facilitar a implantação de decisões estratégicas complexas. Já o modo lata de lixo é o mesmo advogado por Eisenhardt e Zbaracki. Em seu trabalho de 1988, Lyles e Thomas listaram cinco modos de tomada de decisão: (a) racional, (b) evitação, (c) adaptativo, d) político e (e) decisivo. O modo decisivo funciona basicamente como o modo garbage can de Eisenhardt e Zbaracki e o modo adaptativo é muito similar ao modo do incrementalismo lógico dos mesmos autores. Já o paradigma da evitação (Cyert e March, 1963), descreve a tomada de decisão como um processo sistemático de manutenção do status quo, evitando assim a identificação de novos problemas para os quais mudanças estratégicas seriam necessárias. Em termos de operacionalização das etapas do processo decisório, utilizaremos nesta pesquisa o esquema descrito por Mintzberg et al (1976), que pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Fases do processo decisório, por Mintzberg et al (1976)



Fonte: Bataglia e Yu, 2008

2.5.1 Vieses Em Tomada de Decisão

Em tomada de decisões, as heurísticas e os vieses que destas emanam podem provocar erros graves e recorrentes em decisões estratégicas, atribuição corriqueira de altos executivos. Após realizarem uma ampla e convergente revisão da literatura na área, Bazerman e Moore (2010), propuseram três principais tipos de heurísticas dos quais emanam 12 vieses cognitivos, resumidas na Tabela 4. Das e Teng (1999), desenvolveram um framework integrativo (Tabela 5) que inclui a presença de quatro tipos de vieses cognitivos nos cinco estilos de tomada de decisão estratégica de Lyles e Thomas. A partir deste framework e de uma extensa e bem articulada revisão de literatura, Das e Teng facilitaram muito a vida de acadêmicos e tomadores de decisão elaborando nove proposições sobre tomada de decisão estratégica. Estas proposições também podem ser utilizadas em situações em que decisões estratégicas colegiadas são realizadas, como num conselho de administração. É interessante notar que, segundo este robusto framework, o excesso de racionalidade pode ser tão prejudicial quanto tentar manter o status quo ou ainda quanto tomar decisões de forma exclusivamente política.

Tabela 4 - Heurísticas e vieses que delas emanam segundo Bazerman e Moore.

Heurística	Viés
Disponibilidade	*Facilidade de lembrança*: os indivíduos têm a impressão de que um evento do qual se lembram mais vividamente é mais frequente do que outros que ocorrem em igual ou maior frequência.
	Recuperabilidade: os indivíduos têm a impressão de que um evento o qual evocam com mais facilidade é mais frequente do que outros que ocorrem em igual ou maior frequência.
Representatividade	*Insensibilidade aos índices básicos*: erro na avaliação da probabilidade de ocorrência de um evento, devido a uma distração provocada por outras informações.
	Insensibilidade ao tamanho da amostra: falha ou não avaliação do papel do tamanho da amostra ao avaliar a confiabilidade de informações amostrais.
	Interpretações erradas da chance: erro na avaliação da aleatoriedade de uma sequência (curta demais para ser avaliada).
	Regressão à média: propensão a ignorar o fato de que outliers tendem a regredir à média em tentativas subsequentes.
	A falácia da conjunção: julgamento errôneo de que uma conjunção de dois eventos é mais provável do que um conjunto mais global de ocorrências do qual a mesma conjunção é parte.
Confirmação	*A armadilha da confirmação*: busca de informações que confirmem suas crenças em detrimento da busca de evidências contrárias.
	Ancoragem: estimação de valores com base num valor inicial (seja ele aleatório ou derivado de informações disponíveis) sem que sejam feitos todos os ajustes possíveis a partir daquela âncora para estabelecer um valor final.
	Vieses de eventos conjuntivos e disjuntivos: indivíduos tendem a superestimar eventos conjuntivos e a subestimar eventos disjuntivos.
	Excesso de confiança: indivíduos demonstram excesso de confiança quanto à infalibilidade de seus julgamentos.
	Previsão retrospectiva e a maldição do conhecimento: indivíduos não ignoram informações que só eles detêm ao prever o comportamento de outros e, após saber se um evento ocorreu ou não, tendem a superestimar até que grau eles teriam previsto o resultado correto.

Fonte: Adaptado de Bazerman e Moore, 2010.

Uma importante contribuição dos autores foi evidenciar, no trabalho de outros autores, o fato de que mesmo ao tomar decisões de modo racional, os decisores ainda estão sujeitos aos vieses cognitivos. Em alguns casos, vieses específicos devido a um “excesso” de racionalidade e estruturação durante o processo decisório, a saber: *Proposição 1*: Quanto mais racional e sistemático é o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por premissas inadequadas, podendo resultar na resolução do problema errado; *Proposição 2*: Quanto mais racional e sistemático é o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes tenham uma ilusão de controle sobre a decisão; *Proposição 3*: Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por

premissas inadequadas; *Proposição 4*: Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam expostos a um número limitado de alternativas; *Proposição 5*: Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes se tornem insensíveis às probabilidades dos resultados da decisão; *Proposição 6*: Quanto mais lógico-incrementalista for o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes tenham uma ilusão de controle sobre a decisão; *Proposição 7*: Quanto mais político um processo de decisão, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por premissas inadequadas, podendo resultar na resolução do problema errado; *Proposição 8*: Quanto mais anárquico e desestruturado o processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam expostos a um número limitado de alternativas e *Proposição 9*: Quanto mais anárquico e desestruturado o processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes se tornem insensíveis às probabilidades dos resultados da decisão.

Tabela 5 - Framework Integrativo de Das e Teng

FRAMEWORK INTEGRATIVO DE DAS E TENG	
Proposição 1	Quanto mais racional e sistemático é o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por premissas inadequadas, podendo incorrer na resolução do problema errado.
Proposição 2	Quanto mais racional e sistemático é o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes tenham uma ilusão de controle sobre a decisão.
Proposição 3	Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por premissas inadequadas.
Proposição 4	Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam expostos a um número limitado de alternativas.
Proposição 5	Quanto maior a ênfase em manter o status quo num processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes se tornem insensíveis às probabilidades dos resultados da decisão.
Proposição 6	Quanto mais lógico-incrementalista for o processo de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes tenham uma ilusão de controle sobre a decisão.
Proposição 7	Quanto mais político um processo de decisão, maior a probabilidade de que os gerentes sejam enviesados por premissas inadequadas, podendo incorrer na resolução do problema errado.
Proposição 8	Quanto mais anárquico e desestruturado o processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes sejam expostos a um número limitado de alternativas.
Proposição 9	Quanto mais anárquico e desestruturado o processo de tomada de decisão estratégica, maior a probabilidade de que os gerentes se tornem insensíveis às probabilidades dos resultados da decisão.

FONTE: Adaptado de Das e Teng, 1999.

2.6 O Alto Escalão e as Decisões Colegiadas

Outro interessante cluster de artigos em tomada de decisão é o que contem estudos investigando como as características dos membros do alto escalão (ou *top Management teams* - TMTs) e a forma como seus membros se relacionam influenciam o processo de tomada de decisões estratégicas e seus resultados (De Campos Serra et al, 2014). Um tema extremamente relevante em estudos de estratégia tem sido o papel dos Superintendentes e do alto escalão na tomada de decisões estratégicas (Papadakis e Barwise, 2002), e a noção de que decisores estratégicos de alto escalão possuem grande influência na competitividade e longevidade das organizações que comandam é já bem estabelecida entre os pesquisadores da área (Amit e Schoemaker, 1993; Barney, 1991; Hambrick e Mason, 1984; Prahalad e Hamel, 1994; Hoskisson et al, 1999). O alto escalão de uma organização toma decisões cujas consequências envolvem, por exemplo, altos investimentos e impactos comerciais e organizacionais de difícil reversão (Amit e Schoemaker, 1993; Mintzberg, 1976), podendo ser considerado um recurso organizacional valioso (Barney, 1991).

A complexidade social da natureza do relacionamento entre os membros do alto escalão de uma organização, e deste com os outros níveis hierárquicos, resultou na apreciação pelos aspectos sociais da criação de estratégias de negócios (Vaara e Whittington, 2012). Estudos anteriores evidenciaram que o *background*, o conhecimento, as habilidades e o estilo cognitivo dos membros do alto escalão são fatores influenciadores da tomada de decisão em nível estratégico nas organizações (Hambrick e Finkelstein, 1987; Hambrick e Mason, 1984; Keeney, 2004; Prahalad e Bettis, 1986; Rumelt, 1997), bem como a limitação de tempo, a instabilidade do mercado e o comportamento oportunístico (Eisenhardt e Zbaracki, 1992). As decisões estratégicas são também influenciadas por comportamentos políticos, possuindo muitas vezes como característica um alto nível de incerteza e resultados de difícil mensuração (Elbanna, 2006; Eisenhardt e Bourgeois, 1988).

O pesquisador Allen Amason (1996) publicou um artigo de alto impacto, com mais de 2700 mil citações, sobre a separação entre conflitos de tarefa (opiniões divergentes sobre as alternativas em processos de tomada de decisão em nível estratégico) e conflitos afetivos entre os membros de alto escalão das organizações. O estudo concluiu que, enquanto o conflito de tarefas se caracteriza como algo favorável a processos de tomada de decisão de maior qualidade e que geram resultados mais efetivos, conflitos afetivos entre decisores de alto escalão que precisam tomar decisões estratégicas em conjunto levam ao resultado contrário. Um esquema destes resultados pode ser visto na Figura 4.

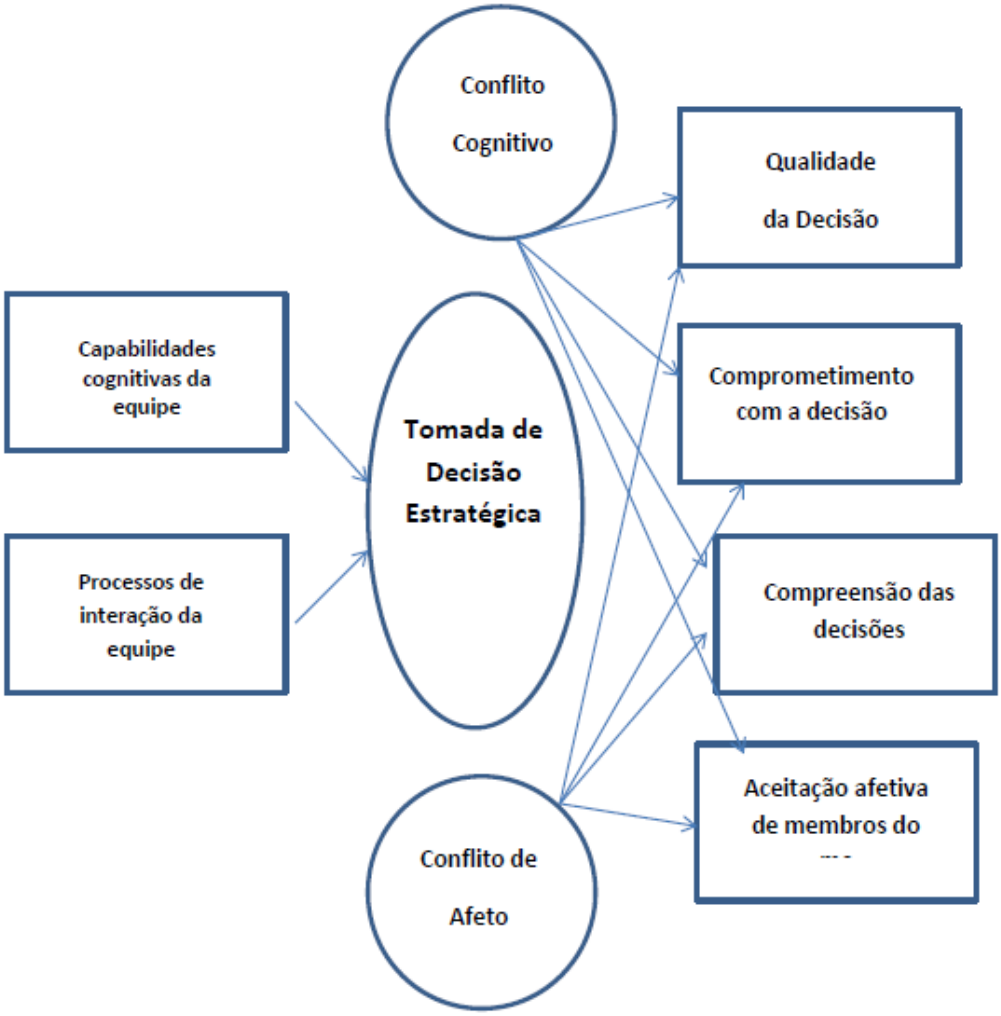
Em seu estudo de 1999, Pelled, Eisenhardt e Xin encontraram resultados que demonstraram uma relação direta entre diversidade funcional dos membros do alto escalão e conflitos de tarefa na tomada de decisões estratégicas, o que e considerado algo que favorece processos efetivos de tomada de decisão. No mesmo estudo, os autores verificaram, porém, que a existência de vários tipos concomitantes de diversidade (senioridade profissional, gênero, raça, etc.) estava correlacionada com o aumento de conflitos do tipo afetivo.

Pesquisadores das universidades de Harvard e Tel Aviv (Carmeli et al, 2013) investigaram como as habilidades de liderança relacional dos Superintendentes – definida como a capacidade maior ou menor que eles têm de promover uma cultura de confiança e transparência em seus times diretos, através do estimulo a comportamentos de colaboração, transparência e confiança - influencia positivamente a capacidade deste time de aprender com erros em processos prévios de tomada de decisão, bem como na redução de conflitos afetivos. Estes dados corroboram com os de Olson et al (2007), que encontraram uma relação positiva entre a diversidade cognitiva e o conflito de tarefas, e uma relação negativa entre times de alto escalão onde existe liderança relacional e conflitos afetivos, o que favorece processos eficazes de tomada de decisão.

Pode-se concluir, portanto, que num ambiente em que se tomam decisões estratégicas efetivas é preciso haver uma liderança que promova um clima de colaboração e transparência, em que os membros do time que toma decisões estabelecem uma relação de confiança mútua, resultando na aparição dos requisitos de uma tomada efetiva de decisão: presença de conflitos de tarefas e ausência de conflitos afetivos.

Tal ambiente é favorecido por lideranças compartilhadas, característica que até recentemente não representavam o alto escalão da maioria das organizações de grande porte do setor de serviços de saúde no Brasil, daí o foco do projeto em avaliar como o processo de tomada de decisões estratégicas nas organizações estudadas evoluiu ao longo do tempo e como este processo foi influenciado pelas mudanças na liderança, estratégia e estilo de gestão destas organizações. Outra característica positivamente associada a processos decisórios eficazes em nível estratégico, conforme estudos realizados por Carmeli et al (2009) e Carmeli e Schaubroek (2006) é o nível de complexidade comportamental (capacidade de assumir diversos papeis dependendo do contexto) dos times de alto escalão.

Figura 4 – Tipos de conflito decisório e seus efeitos em tomada de decisão estratégica, segundo Amason



Fonte: Adaptado de Amason, 1996.

Um construto bem estabelecido entre autores de estudos organizacionais é o de que, em ambientes complexos e competitivos, as organizações não deveriam contar somente com as habilidades estratégicas de seus Superintendentes, mas desenvolver processos flexíveis de decisões estratégicas que incorporem múltiplas perspectivas em vários níveis da organização. Para Ford-Eickhoff et al (2011), quem participa das tomadas de decisão e quando participa não só define os parâmetros para a escolha de alternativas, como define o foco estratégico da companhia. Para Ashmos et al (1998) características específicas das organizações determinam quem se envolve nos processos de tomada de decisão estratégicos.

2.7 Tomada de Decisões Estratégicas nas Organizações Hospitalares

Os hospitais são organizações profissionais especializadas, onde grande parte dos processos é definida por entidades externas à organização, e onde o trabalho dos operadores é realizado com autonomia e controlado tecnicamente por eles mesmos. Segundo Mintzberg (1997), qualquer hospital é muito mais difícil de administrar do que as mais complexas organizações de outros setores.

Dentro da chamada Cadeia de Valor da Saúde, os hospitais estão entre os atores principais (Gadelha, 2003 e Pedroso e Malik, 2012), já que têm como missão a execução dos serviços de saúde. E esta execução é uma execução complexa, porque mistura serviços complexos com produtos complexos, não pode ser feita de véspera, e intensiva em mão-de-obra. E uma mão-de-obra bastante especializada, cara, que precisa de executores com competências técnicas e não técnicas para que o serviço ocorra com qualidade, segurança e uso inteligente dos parcos recursos de financiamento (quando comparados aos custos de produção).

Segundo Shortell e Kaluzny (apud Burns, Bradley e Weiner, 2011) são razões pelas quais hospitais são considerados difíceis de administrar:

- A dificuldade de mensurar o sucesso dos resultados (outcomes);
- O trabalho é mais complexo e mais variável do que em outros tipos de organização;
- Parte do trabalho é de natureza emergencial;
- O trabalho dá pouca margem a ambiguidade e erros;
- Médicos são, em geral, mais leais à sua profissão do que à sua organização;
- Existe menos controle organizacional e gerencial sobre os médicos, em relação ao que existe sobre profissionais que fazem parte de empresas de outros setores e
- Em hospitais, geralmente há duas linhas de autoridade: assistencial e administrativa, o que pode gerar questões de alinhamento e responsabilidade.

Em seu artigo de 1997 sobre gestão hospitalar, Mintzberg propôs um modelo que descreve quatro dimensões hospitalares: cuidados (care), cura (cure), controle (control) e comunidade

(community). Essas dimensões são representadas, respectivamente, pelos enfermeiros, pelos médicos, pelos administradores hospitalares e pela entidade mantenedora.

De acordo com Santos (1998), estes atores interagem politicamente e criam coalizões, o que impões um desafio ainda maior aos Superintendentes que tentarem alinhar os mesmos objetivos estratégicos com todos os membros da organização:

> "Os enfermeiros tendem a formar uma coalizão interna com os gerentes (contra os médicos) e uma "coalizão clínica" com os médicos (contra os gerentes), ao mesmo tempo em que estão mais distantes dos membros da comunidade. Os médicos tendem a estar mais distantes dos gerentes e relacionam-se clinicamente com os enfermeiros, mas também desenvolvem uma espécie de coalizão de status com os membros da entidade mantenedora. "

As peculiaridades da assistência à saúde não param por aí. Não bastasse se tratar de um serviço que o paciente, muitas vezes, preferiria não ter que comprar (Pedroso, 2011), trata-se também de um serviço cuja produção é extremamente difícil de ser planejada, uma vez que os médicos seguem protocolos, mas que estes protocolos não são tão cartesianos como os de uma empresa fabricante de produtos seriados. Uma mesma modalidade de cirurgia, num mesmo hospital, pode utilizar materiais e mão-de-obra diferentes, por intervalos de tempo diferentes, em pacientes diferentes. O que naturalmente, também dificulta o seu posterior faturamento. Há quem diga que o médico recebe um cheque em branco, quando interna um paciente num hospital.

Quando pensamos em competitividade no ramo hospitalar, o assunto fica ainda mais interessante: o que torna um hospital competitivo? Se, na década de 70, eram os melhores contratos com operadoras, seguradoras e empresas de cuidado assistido, hoje em dia trata-se de atrair os melhores médicos e, consequentemente, os melhores pacientes (Devers, Brewster e Casalino, 2003). E o quais seriam os melhores pacientes? Aqueles capazes de fazer com que os hospitais consigam se equilibrar neste cenário de custos altos e financiamento baixo, em que parte do dos recursos ficam retidos nas operadoras.

No Brasil, onde a cultura de saúde ainda é muito focada na intervenção, e não na prevenção, os hospitais se tornam entidades ainda mais relevantes econômica e socialmente. E esta é uma das justificativas de se estudar processos de decisão estratégica em hospitais.

Nos últimos 30 anos, as organizações hospitalares em todo o mundo vêm vivendo mudanças dramáticas: o aumento da complexidade dos serviços oferecidos, a revolução tecnológica, o envelhecimento populacional, as mudanças nas relações entre os médicos e os hospitais, os diferentes modelos de financiamento e a crescente pressão competitiva são algumas delas (Alexander et al, 2006; Smith-Daniels et al, 1988).

Estratégias, governança e modelos de gestão do setor vêm sofrendo crescente pressão mercadológica, regulatória e social por mudanças, e processos característicos de outras indústrias passam a fazer parte da realidade hospitalar (Barbosa, 2003). Em organizações cujos hospitais possuem estruturas de governança mais próximas em forma e conteúdo ao que é preconizado pela Governança Corporativa para outros setores, alguns conselhos gestores de hospitais reagiram a estas demandas criando comitês internos para gerenciar fatores estratégicos (Hearld et al, 2008).

Cada vez mais, os membros do alto escalão destas organizações, participantes naturais dos processos de tomada de decisões estratégicas, passam a ter que desenvolver novas habilidades, conhecimentos e competências (Shelton Brown, 2003), como:

- Flexibilidade em relação às mudanças
- Habilidade de gerenciamento de sistemas de suporte à decisão
- Conhecimentos em Finanças
- Conhecimentos em Gestão de Recursos

Num setor econômico onde a grande maioria dos membros de alto escalão são médicos, cuja formação nos conhecimentos e habilidades supracitados ocorre, quando muito, na pós-graduação (Stoller, 2013) e deixando de abordar aspectos como inteligência emocional - competência atualmente fundamental para o sucesso de líderes em serviços de saúde (Lobas, 2006; Stoller, 2008) - é possível inferir que, quanto maior o número de médicos gestores em times de alto escalão, mais o processo decisório estratégico se aproxima do paradigma de poder e política de Eisenhardt e Zbaracki (1992), citado nesta revisão.

Mas será que, na prática, é isso mesmo que ocorre? O objetivo principal deste estudo é tentar entender como se dá o processo decisório no alto escalão dos hospitais estudados.

3 METODOLOGIA

Dados qualitativos são úteis na compreensão de processos em estudos sobre Estratégia, porque conseguem capturar a evolução de fenômenos ao longo do tempo com riqueza de detalhes (Langley, 1999). Esta pesquisa utilizou uma metodologia de estudo de processos estratégicos como um fenômeno empírico, a partir de dados qualitativos provenientes de processos (Langley e Abdallah, 2011). Esta abordagem metodológica mistura observações in vivo (entrevistas, reuniões, eventos, observações, etc.), memórias e interpretações (entrevistas retroativas, questionários, diários) e documentos (atas, relatórios, planos, arquivos em geral).

Embora o método de estudo de caso que utilizamos na coleta de dados seja bastante difundido no Brasil e no mundo (Yin, 2009), o método de análise e teorização a partir dos dados obtidos não é tão mencionado em artigos brasileiros (mesmo com o grande número de citações em relevantes publicações norte-americanas), com exceção de alguns pioneiros, citados neste capítulo. Nossa pesquisa teve seu delineamento baseado nas prescrições e experiências metodológicas de três pesquisadores extremamente relevantes em pesquisa qualitativa em Estratégia: Kathleen Eisenhardt (1989), Ann Langley (1999) e Dennis Gioia (Gioia e Pitre, 1990; Gioia e Corley, 2013). Ao contrário do que ocorre em pesquisa quantitativa, as normas para se fazer, escrever e publicar pesquisa qualitativa não são tão claras (Pratt, 2009). Por isso, resolvemos nos ancorar na experiência de autores relevantes.

Em um didático artigo de 2011, Langley e Abdalla descrevem dois templates de pesquisa qualitativa que batizaram pelos nomes de seus precursores: Template de Eisenhardt e Template de Gioia. Nesta pesquisa, pode-se dizer que a análise intra-casos teve algumas características do método Gioia (interpretativo, aprofundado), enquanto a comparação entre os casos foi feita com base no Template de Eisenhardt (busca por fatos concretos, comparação entre casos e com a literatura existente). De modo geral, este estudo se utilizou do que Langley e Abdalla (2011) caracterizaram como Template de Eisenhardt.

3.1 Abordagem Metodológica

Conduzimos uma pesquisa qualitativa, com abordagem metodológica do tipo estudo de caso exploratório de casos múltiplos (Martins, 2008; Zainal, 2007). Tal abordagem foi realizada através de entrevista semiestruturada com altos executivos de 5 organizações e triangulação dos dados obtidos com aqueles provenientes de análise documental (Yin, 1999).

Segundo Alexander et al (2006), pesquisadores devem entrevistar diretamente os administradores de serviços de saúde para melhor compreender seus processos de tomada de decisão. A escolha do estudo de caso como metodologia de pesquisa também se deve ao fato deste ser um método já utilizado em pesquisas que abordam aspectos comportamentais em Gestão de Operações (Voss et al, 2002), inclusive em organizações prestadoras de serviços de saúde (Cohen e Crabtree, 2008; Yin, 1999), e também na literatura de tomada de decisão estratégica, conforme vimos na seção Referencial Teórico. Através do estudo de caso, é possível compreender, em campo e de maneira holística e aprofundada, fenômenos das ciências sociais aplicadas influenciados por fatores complexos e subjetivos como o comportamento humano.

Já a triangulação dos dados obtidos a partir de entrevistas, com aqueles obtidos através de análise documental é parte natural de um bom delineamento de estudo de caso (Yin, 2010), e foi incluída com a finalidade de conferir maior robustez ao estudo em questão.

3.2 Processo de teorização

O processo de construção de teoria a ser utilizado nesta pesquisa será o de teorização a partir de dados de estudo de caso, através do qual primeiro se vai a campo para coleta e depois se busca explicações causais na literatura para justificar os achados de pesquisa. A razão da escolha desta abordagem foi o fato dela ter sido utilizada por autores com cujas descobertas pretendemos comparar nossos resultados (Eisenhardt, 1989; Langley, 1999 e Ravenswood 2011).

Várias etapas do processo de teorização a partir de estudos de casos múltiplos já foram citadas na literatura, mas ainda há muita dificuldade por parte dos pesquisadores de Administração de Empresas sobre como combiná-las e analisá-las (Eisenhardt, 1989). Por esta razão, optamos por adotar neste estudo uma versão adaptada da sequência de etapas de teorização a partir de estudos de caso descrita por Eisenhardt (1989), e acrescida de duas etapas extras, anteriores àquela de seleção de casos: a revisão da literatura e o estudo piloto. Tal sequência se apresenta resumida na Tabela 06. A etapa de revisão da literatura nesta pesquisa teve o objetivo de guiar

os pesquisadores envolvidos na identificação da pergunta de pesquisa e prepará-los para observar melhor os resultados. Desta forma, este método de teorização consagrado em administração de empresas (Ravenswood, 2011) será utilizado, visando uma contribuição maior do que resultados incrementais nas teorias existentes.

Tabela 6 – Teorizando a partir de estudos de caso.

Etapa	Atividade	Objetivo
Revisão da Literatura	Definição da Pergunta de Pesquisa Formulação de hipóteses	Misturar os dois métodos de teorização e delinear o estudo
Estudo Piloto	Duas entrevistas não estruturadas, uma com um membro da diretoria executiva de cada organização.	Gerar ideias para a definição do protocolo de pesquisa e ajuste da pergunta de pesquisa
Seleção de Casos	População específica Escolha de casos que complementem ou desafiem construtos	Aumenta a validade externa e enfoca casos uteis para a teorização
Definição do Protocolo de Pesquisa	Mais de uma fonte de obtenção de dados; combinação de dados qualitativos e quantitativos.	Fortalece a teorização através da triangulação de evidencias
Ir à Campo	Não esperar o fim da coleta de dados para iniciar a análise; aproveitar oportunidades metodológicas que surjam após o início do trabalho de campo.	Acelera a análise e revela os ajustes que podem ser feitos na coleta de dados; pesquisadores podem se beneficiar de temas que emerjam e características únicas dos casos
Análise de Dados	Análise intra-caso e inter-caso através de técnicas divergentes	A primeira gera familiaridade com os dados e a segunda, forca os investigadores a ver as evidencias através de múltiplas lentes
Elaboração de Hipóteses	Tabulação de evidência para cada construto; lógica inter-caso; busca de evidências que levem às causas das relações identificadas.	Aumenta a validação interna; confirma, estende e torna mais acurada a teoria
Comparação com a Literatura	Literatura com cujos dados corroboram e literatura conflitante.	Aumenta a validação interna, o nível teórico e a generabilidade.

FONTE: Eisenhardt, 1989 e a autora.

3.3 Levantamento Bibliográfico

Na fase inicial da pesquisa, foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados Web of Science e Scopus com a utilização de três grupos de palavras-chave: (i) palavras-chave sobre decisões estratégicas em hospitais: *strategic decision-making* AND *hospitals* e *strategic decision-making* AND *healtHAare*; (ii) palavras-chave sobre o processo de tomada de

decisões estratégicas: *strategic decision-making*, *strategic decisions* e (iii) palavras-chave sobre características dos decisores: *CEO decisions*, *decision-making* AND *leadership*, *strategic decisors*, *good decisors*, *doctors* AND *decisors*, *doctors AND decision-making* e *doctors* AND *decision-makers*. Foram priorizados os artigos dos últimos cinco anos, com maior número de citações possível e publicados em periódicos de alto impacto nas áreas de Gestão de Operações, Administração de Empresas e Gestão de Serviços de Saúde. O filtro por área do periódico foi particularmente importante quando utilizamos palavras-chave relacionadas a médicos e serviços de saúde, já que a grande maioria dos resultados dizia respeito a decisões clínicas.

3.4 Identificação de Construtos Teóricos e Modelo de Pesquisa da Tese

A partir da revisão da literatura, foram identificados construtos teóricos que podem ou não ser corroborados pelos achados desta pesquisa. Tais construtos estão enumerados no capítulo contendo o referencial teórico desta tese. A partir destes, elaboramos um modelo de pesquisa através do qual é apresentada, de forma sistemática, a relação entre as variáveis observadas no estudo.

3.5 Escolha dos Casos

Três organizações brasileiras situadas na cidade de São Paulo foram selecionadas e investigadas nesta pesquisa, sendo as três existentes há mais de 50 anos e prestadoras de serviços clínicos de saúde em múltiplas especialidades. Contudo, os casos não foram escolhidos pela pesquisadora. Foram oferecidas pelos superintendentes gerais uma ou duas opções de tema (TDEs) para estudo de caso em cada uma das organizações visitadas, sendo que todos foram desafiadores, mas nenhum foi de insucesso. O Hospital A é um hospital-escola público; os hospitais B e C, são privados e sem fins lucrativos. Os três hospitais existem há mais de 50 anos, o que torna possível a investigação do processo de tomada de decisão estratégica como ocorre hoje e como ocorria antes dos recentes processos de profissionalização de suas gestões e do setor como um todo. Além disso, com a quantidade de história e conhecimento que se acumulam nestas organizações, os casos tendem a ser bem mais ricos em informações e detalhes. Pretende-se, através desta estratégia de seleção, aumentar a quantidade e profundidade das informações coletadas.

3.6 Coleta de dados

3.6.1 Estudo Piloto

Foram realizadas duas entrevistas não estruturadas nos hospitais A e B, com um alto executivo de cada organização, com o intuito de gerar insights sobre o formato das entrevistas e o planejamento de pesquisa em geral.

No Hospital A, o entrevistado foi o Superintendente de um dos hospitais que formam o complexo. Durante a conversa, evidenciaram-se aspectos exclusivos da história da organização, como a substituição, ao longo do tempo, de médicos gestores sem formação alguma em gestão, por médicos que passaram por cursos de pós-graduação em gestão que incluía vivencias práticas e teóricas em gestão antes de assumirem seus cargos.

No Hospital B, a história da gestão e dos rumos estratégicos do complexo hospitalar foi profundamente influenciada por conhecimentos e habilidades trazidos de uma empresa do setor privado que investia capital na mantenedora, além de ter tido, durante anos, uma estrutura extremamente centralizada de poder.

Foi durante a realização do estudo piloto que surgiu a ideia do uso de casos novos e retrospectivos, bem como a evidenciação da relevância da profissionalização das próprias organizações na evolução do processo de tomada de decisão estratégica nestes hospitais. Ficou evidente, também, que cada organização possui uma enorme riqueza de casos de tomada de decisão estratégica, e que havia abertura para que as entrevistas com os membros do alto escalão ocorressem.

3.6.2 Coleta de dados propriamente dita

15 executivos de 3 hospitais foram entrevistados. Foram avaliados 5 casos de tomada de decisão estratégica: dois no HA, dois no HB e um no Hospital C. Os hospitais foram escolhidos pelo seu porte, tempo de existência, natureza jurídica, relevância socioeconômica e localização. Trata-se, portanto, de um projeto de estudo de caso do tipo integrado de casos múltiplos (Yin, 2010), como pode ser observado na Tabela 07.

Tabela 7 – Tipos de Estudo de Caso.

Tipo	Projeto de Caso Único	Projeto de Casos Múltiplos
Holístico	Holístico de Caso Único	Holístico de Casos Múltiplos

	(Tipo 1)	(Tipo 3)
Integrado	Integrado de Caso Único (Tipo 2)	Integrado de Casos Múltiplos (Tipo 4)

FONTE: Adaptado de YIN, 2010.

Entrevistas não estruturadas foram realizadas com os superintendentes gerais das três organizações, com o intuito de melhor selecionar os casos. Numa etapa subsequente, realizada com menor intervalo possível após esta primeira etapa, foram entrevistados membros da diretoria executiva destas organizações que tenham participado dos processos decisórios em questão, através de entrevista semiestruturada com a utilização de um roteiro que só o entrevistador via.

Antes e durante o processo de entrevistas também foram coletados dados através de análise documental que foi iniciada antes do estudo piloto. A mesma foi realizada a partir de itens contemporâneos e retrospectivos particulares e abertos ao público como, por exemplo, atas de reunião, notícias, relatórios financeiros ou composição da diretoria executiva. A Tabela 08 resume as fontes de dados, técnicas e instrumentos de coletas utilizados nesta pesquisa. As mesmas consistem nas principais fontes de dados em estudos de casos (YIN, 2010).

Tabela 8 – Aspectos da obtenção de dados nesta pesquisa.

Dados	**Primários**	**Secundários**
Fonte de Obtenção	Superintendentes e membros das diretorias executivas de ambos os hospitais.	Páginas da Web das organizações A e B, relatórios anuais de resultados das empresas A e B, documentos de Governança Corporativa, documentos de comunicação interna, artigos em revistas especializadas, artigos em revistas e jornais de circulação geral e estudos e livros que mencionam os hospitais estudados.
Técnica de Obtenção	Entrevistas individuais e não estruturadas com Superintendentes e entrevistas semiestruturadas e individuais com membros da diretoria executiva que tenham participado do caso de tomada de decisão.	Pesquisa documental das fontes citadas.
Instrumento de Coleta	Roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo), gravador de voz, diário de campo e correio eletrônico.	Fotocópias, anotações e downloads de documentos da internet.

FONTE: a autora.

3.7 Análise de dados

Embora todas as decisões pesquisadas neste estudo tenham passado por uma fase anterior à decisão, de inputs por parte da média gerência, e posterior à decisão, de aprovação em seus respectivos conselhos, o foco de nosso interesse foi a tomada de decisão pela *diretoria executiva* dos hospitais estudados.

Os arquivos de som contendo as gravações das entrevistas foram transcritos e seu conteúdo analisado pela pesquisadora, tanto em áudio quanto em texto. Os dados de cada caso, individualmente, foram organizados de acordo com sua origem e tipo. Este processo ocorreu na ordem de casos em que os dados forem colhidos. Cada caso foi, então, analisado individualmente em termos de classificação de seus processos de meta-decisão (de Souza, 2006), ou seja, de acordo com como o decisor se preparou para a tomada de decisão.

As informações sobre cada caso, que foram organizadas através dos mesmos critérios (origem e tipo), foram então comparadas de maneira que seus pontos de divergência e seus pontos em comum fossem organizados sistematicamente. Isto foi feito através da organização dos dados obtidos em cada caso em categorias e dimensões que representem as variáveis mencionadas no modelo de pesquisa supracitado (Figura 01). Finalmente, a autora observou o que há de divergente e em comum entre os casos de acordo com tais categorias e dimensões, na tentativa de diminuir vieses cognitivos envolvidos na análise de informação e desvendar relações que de outro modo não seriam percebidas (EISENHARDT, 1989).

3.8 Comparação com a literatura e teorização

Padrões intra e inter-caso que emergiram tiveram suas causas investigadas na literatura (como parte da estratégia de construção de teorias a partir de estudos de caso), de modo que a atual pesquisa pode não somente corroborar ou contradizer achados anteriores, mas possivelmente gerar novas teorias.

3.8.1 Dados provenientes de processos e o sensemaking

Esta pesquisa tem como foco duas dimensões do conceito de processo. A primeira, diz respeito ao processo de tomada de decisão estratégica nas organizações, processo este que ocorre em etapas e vem sendo tema de interesse de várias áreas de conhecimento (Butler e Ghosh, 2015). A segunda se refere ao processo longitudinal de amadurecimento e profissionalização das organizações estudadas, ao longo do tempo.

Desta forma, uma das maneiras de classificar o tipo de dados que analisaremos neste trabalho é a proposta por Langley (1999): dados de processos. Neste trabalho, Langley enumerou uma série de estratégias de *sensemaking* presentes na literatura que investiga processos, de modo que seus leitores possam facilmente identificar quais estratégias devem utilizar para tornar o resultado de sua teorização o mais acurado, generalizável e simples o possível (Weick, 1995).

Para transformar o rico emaranhado de dados provenientes de processos em algo que faça sentido no contexto de pesquisa em tomada de decisão nas organizações, mas sem perder a riqueza de detalhes dos dados brutos, utilizamos duas estratégias de *sensemaking* (Weick, 1979) citadas por Langley (1999): a estratégia da Narrativa baseada em Pettigrew e a estratégia Sintética (Eisenhardt, 1989; Eisenhardt e Bourgeois, 1988). A Tabela 9 apresenta as principais vantagens e características de cada uma.

Tabela 9 – Comparação entre duas estratégias de *sensemaking*.

Estratégia	**Narrativa**	**Sintética**
Ponto de ancoragem	Tempo	Processos (decisões, mudanças organizacionais, produtos novos).
Razão da utilização	Casos onde os limites são ambíguos; variáveis tempo-dependentes.	Casos onde os limites são claros; comprime eventos em sequencias típicas;
Tipo de caso	Um ou poucos casos ricos em detalhes	Precisa de número suficiente de casos (5+) para gerar relações convincentes. E necessário um nível moderado de detalhes para validação interna.
Dimensões de Weick	Alta em acurácia e baixo em generabilidade e simplicidade	Alta em simplicidade, moderada generabilidade e pouca acurácia.
Forma de *sensemaking*	Histórias, significados, mecanismos.	Previsões

FONTE: Adaptado de Langley, 1999.

3.9 Limitações da metodologia

Os métodos de obtenção de dados desta pesquisa estão descritos na Tabela 10. A pesquisa com estudo de caso é realizada fora de um ambiente controlado, estando sujeita, portanto, a variáveis imprevistas e desconhecidas. O fato de terem sido realizados em apenas três organizações torna impossível qualquer generalização, como é de praxe em estudos de caso. Além disso, os três hospitais possuem diferenças em sua natureza jurídica e porte, o que em outras áreas do conhecimento poderia impedir sua comparação. Contudo, dada a tradição acadêmica dos estudos empíricos em tomada de decisão realizados em empresas, que tradicionalmente comparam organizações completamente diferentes, nos permitimos

comparar casos de um hospital público com os de dois hospitais privados sem fins lucrativos de portes diferentes. Em estudos de caso, também ocorre que as descobertas nem sempre são permanentes (YIN, 2010). No caso das organizações em questão, pode ser que nem toda a informação corporativa esteja disponível para pesquisa, já que nenhuma possui capital aberto. A natureza de ambas dificulta, também, a generalização para serviços privados com fins lucrativos.

Tabela 10 – Métodos de obtenção de dados por hospital estudado

Hospital	Método de obtenção de dados
Hospital A (Gestão 1)	Entrevista com superintendente e diretoria executiva e análise documental
Hospital A (Gestão 2)	Entrevista com superintendente e diretoria executiva e análise documental
Hospital B (Gestão 1)	Análise documental, anedotas contadas por executivos da gestão 2 e informações de mercado
Hospital B (Gestão 2)	Entrevista com superintendente e diretoria executiva e análise documental
Hospital C (Gestão 1)	Análise documental, anedotas contadas por executivos da gestão 2 e informações de mercado
Hospital C (Gestão 2)	Entrevista com superintendente e diretoria executiva e análise documental

Fonte: A autora.

4 RESULTADOS

Foram realizadas 15 entrevistas com altos executivos de 3 hospitais da cidade de São Paulo: A, B e C. Os hospitais foram escolhidos pelo seu porte, tempo de existência, natureza jurídica e localização. Das entrevistas, foram obtidos 5 estudos de caso: 2 no Hospital A (HA), 2 no Hospital B (HB) e 1 no Hospital C. Embora todas as decisões pesquisadas neste estudo tenham passado por uma fase posterior de aprovação em seus respectivos conselhos, e por uma fase anterior de coleta de informações pela média gerência, o foco de nosso interesse foi a tomada de decisão pela diretoria executiva.

Além das entrevistas, foi realizada a análise documental de relatórios anuais, documentos históricos, websites e artigos de jornal e de revistas científicas sobre as três instituições estudadas. Dados profissionais dos entrevistados, disponíveis online em redes sociais como Linkedin e websites públicos, também complementaram os dados obtidos através das entrevistas.

Inicialmente, nossa intenção era estudar também casos ocorridos há mais de dez anos, mas as governanças de dois dos três hospitais não concordaram com a ideia. Os casos contidos nesta tese ocorrem de 2010 em diante. Contudo, anedotas surgidas durante as entrevistas, informações coletadas na análise documental e informações públicas sobre os três hospitais possibilitaram uma visão mais aprofundada sobre como o processo decisório estratégico e a governança corporativa se modificaram nestas organizações, ao longo do tempo.

4.1 Perfil das empresas estudadas

Os três hospitais estudados possuíam estruturas pré-existentes de governança corporativa que incluem no mínimo um conselho deliberativo acima do Superintendente Geral e uma equipe de diretores executivos (ou Superintendentes, conforme nomenclatura escolhida pelo hospital) abaixo dele. Todas as organizações estão localizadas na cidade de São Paulo e estão em funcionamento há mais de 50 anos. Quinze altos executivos e 1 gerente foram entrevistados. A Tabela 11 compara os dados básicos de cada Hospital Estudado. Descrições mais detalhadas do perfil de cada hospital podem ser encontradas dentro de cada estudo de caso.

Tabela 11 – Principais características das empresas estudadas

CARACTERÍSTICA	EMPRESA A	EMPRESA B	EMPRESA C
Tempo de existência	Mais de 50 anos	Mais de 50 anos	Mais de 50 anos
Corpo clínico	Fechado	Aberto	Aberto
Natureza jurídica	Pública e sem fins lucrativos	Privada sem fins lucrativos	Privada sem fins lucrativos
Estrutura predial	Multibloco	Multibloco	Multibloco
Estrutura básica de Governança	2 Conselhos + Diretor-geral e Diretoria Executiva	Conselho, Diretoria Administrativa, Diretor-geral e Diretoria Executiva	Conselho, Diretor-geral e Diretoria Executiva

Fonte: A autora.

4.1.1 O Hospital A

O Hospital A (HA) é um hospital-escola público brasileiro com atividades de assistência, ensino e pesquisa. Há unidades hospitalares, além de laboratórios de investigação médica, unidades especializadas e áreas de apoio administrativo e de educação permanente.

Nesta pesquisa, foram estudados dois casos de tomada de decisão no Hospital A: um que teve início durante a Superintendência anterior à atual, ou Caso 1, e outro da penúltima Superintendência em relação à atual, quando o Planejamento Estratégico de longo prazo que ainda está em voga no HA foi elaborado, ou Caso 2. Portanto, o Caso 1 é mais recente do que o Caso 2.

Em seu tempo de existência, o HA teve mais de 15 Superintendentes (no HA o Superintendente tem atuação similar à de um presidente executivo: a diretoria executiva e os líderes de cada unidade se reportam a ele, e ele a um ou mais Conselhos). Apenas dois deles não eram médicos. Entretanto, da metade da década de 90 em diante, todos eles fizeram pós-graduação em Administração.

O HA possui uma estrutura de governança muito particular (Pereira, 2016), em que o *head* (primeiro homem) da área assistencial (que corresponderia, por exemplo, à área de manufatura numa empresa fabricante de produtos B2B ou B2C) é par do Superintendente, ao invés de se reportar a ele como faria um diretor executivo ou um vice-presidente uma estrutura organizacional tradicional (Damanpour, 1991; Dalton et al, 1998).

Tanto este Superintendente quanto este Diretor do Corpo Clínico (o líder da área assistencial) respondem a um Conselho Deliberativo formado pelos professores da Escola de Medicina da qual o HA se originou. Ou seja, um Conselho formado por docentes concursados da faculdade

de medicina, com pouca ou nenhuma experiência em outros setores econômicos. Há, portanto, bastante estabilidade na composição do Conselho Deliberativo, o que fica acima da Superintendência. Em cada um dos institutos do HA, que funcionam como unidades de negócio em estruturas organizacionais empresariais de outros setores, há ainda um conselho diretor.

O HA possui ainda, diferentemente dos outros hospitais avaliados nesta pesquisa, questões particulares pertinentes a organizações públicas, que atuam sob legislação e regulação próprias. Seus processos de Suprimentos e Recursos Humanos, por exemplo, são extremamente diferentes dos que ocorrem em instituições privadas (mesmo que sem fins lucrativos), e tal característica foi levada em consideração durante a análise de dados desta pesquisa.

4.1.2 O Hospital B

Trata-se de uma associação privada, sem fins lucrativos, que existe há mais de 50 anos e foi fundada na cidade de São Paulo por uma comunidade de imigrantes.

Durante parte de sua existência, possuía apenas uma única unidade. Hoje, possui três grandes unidades mais algumas unidades menores de serviços paralelos e filantropia.

A comunidade fundadora ainda tem presença ativa em seu Conselho de Administração, além de um tipo particular de afiliação ao HB que lembra o modelo utilizado por alguns clubes esportivos da cidade.

> "Ele pagou por um tijolinho aqui desse prédio. Ele comprou um título. É só uma maneira para o hospital crescer, ele comprou um título um dia, óbvio que lá atrás ninguém fez o cálculo atuarial desse título, porque tem direito a usar o hospital até que a morte nos separe. Mas ninguém fez essa conta. " *Superintendente Geral do HB*

Todos os presidentes que o HB já teve (inclusive o atual) eram membros desta comunidade, e há quase 50 anos são membros de uma mesma família, que se dedicam de maneira absolutamente voluntária à sua administração.

> “E aí isso é um fato. Você pega a família (principal família mantenedora historicamente, família do atual Presidente do Conselho, filho do Superintendente que permaneceu mais tempo no cargo, décadas) é um nível de dedicação importante. Absolutamente voluntário. ” *Superintendente Geral do HB*

Esta é uma particularidade importante do HB: durante mais de 40 anos, um único executivo, de maneira voluntária, atuou como presidente da instituição. Este executivo trouxe várias boas práticas de outras indústrias, já que era também presidente de um grande conglomerado industrial de desempenho impressionante e sustentável. Engenheiro de formação, era imbuído de um espírito incansável de serviço à comunidade, especialmente aos mais carentes, característica amplamente documentada em inúmeros arquivos e unanimemente confirmada em todas as entrevistas.

> “Todo mundo aqui dentro, eu acredito de maneira muito legitima, criou aqui dentro este senso de dever com a instituição e esta noção de orgulho de pertencer. Ele (antigo Superintendente) criou isso aqui, sem dúvida nenhuma. Tem uma parte destas coisas que a gente não pode de forma nenhuma destruir, mas num modelo de gestão que tenha mais a ver com as demandas de hoje. ”
>
> *Superintendente de RH do HB*

Outras duas características marcantes deste período, que foi dos anos 70 ao final da década de 2000, foram a gestão centralizada e o aporte de recursos financeiros próprios na instituição. Durante este estudo, realizado 8 anos após sua saída da presidência do HB, o hospital tinha como presidente um outro membro desta mesma família, mas desta vez com um Superintendente de mercado que veio dois anos antes de iniciarmos nossas entrevistas de pesquisa. Ele veio para um *turnaround* completo, com a missão de profissionalizar e modernizar a organização, dar mais autonomia a Superintendentes e gerentes, e, pela primeira vez, fazer com que o HB se tornasse autossuficiente, independente do aporte de dinheiro das famílias mantenedoras:

> “A gente acabou de rodar o planejamento estratégico de 2016/20, lá atrás eu rodei o planejamento estratégico de 2013/2017... 2016, até um pouquinho menos. E criamos um escritório de projetos, onde a gente definiu quais seriam os projetos estratégicos ou projetos institucionais ou projetos relevantes que sustentariam aquilo que a gente estava desenhando. O primeiro ponto era fazer o turnaround da companhia que vinha perdendo dinheiro, isso eu comentei com você. ”
>
> *Superintendente Geral do HB*

O HB sempre fez um grande número de atendimentos para o SUS, que tem uma tabela de valores completamente defasada, além dos filantrópicos, que não têm financiamento. Assim sendo, o desafio é ainda maior quando se trata de investir em melhorias de infraestrutura, hotelaria, tecnologia e corpo clínico. Mas o atual Superintendente tem conseguido implementar os projetos definidos no planejamento estratégico, inclusive deixar o HB com balanço positivo pela primeira vez em cinco anos. Uma nova equipe de mercado foi trazida para as superintendências (que funcionam como diretorias, estruturas organizacionais mais modernas) e o HB parece estar conseguindo o impossível: se aproximar cada vez mais de seus competidores privados em termos de qualidade e produtividade, sem perder sua cultura centenária de tratar os mais carentes.

Ambos os estudos de caso conduzidos no HB têm seu real início no processo de planejamento estratégico que se deu em 2012, com a ajuda de uma grande consultoria internacional de estratégia:

> "Eu cheguei um mês depois do atual Superintendente, mas a gente teve a oportunidade, ele teve, no mês que ele chegou, de assistir à apresentação do planejamento estratégico que a Consultoria X tinha feito para cá. Definindo os seis pilares estratégicos, que ela deve ter falado para você. " *Superintendente de Finanças do HB*

> "Então para cada um desses pilares, nós identificamos quais seriam as ações, o que a gente chamou de projetos que deveriam iniciar para que a organização pudesse se movimentar onde era mais rápida com esse direcionamento para atingir os resultados, então a gente criou na época 70 pontos distribuídos nesses seis pilares, que a gente achou que tinha que fazer para... é... eu diria que uns 20 e poucos desses pontos foram concluídos, esses projetos, que deram um resultado bastante positivo, a gente tem agora a fase de revisão dos projetos e novos projetos para continuar nessa orientação estratégica."
>
> *Superintendente de Finanças do HB*

Realizamos dois estudos de caso no HB: um sobre troca de sistema integrado de gestão ou sistema de *enterprise resource planning* (ERP), o CASO B1, e outro sobre a construção de uma moderna unidade de Oncologia, o CASO B2. Mais particularidades sobre o HB serão apresentadas durante a descrição dos casos.

4.1.3 O Hospital C

Há algumas similaridades entre o Hospital C e o Hospital B. O Hospital C também foi fundado e é gerido até hoje por uma comunidade de imigrantes. Fundado há mais de 50, o Hospital C foi criado para atender aos membros da comunidade fundadora e demais habitantes da cidade de São Paulo que, por ventura, viessem a precisar de atendimento. Somente após cerca 40 anos de operações, com o surgimento das operadoras de saúde, que o perfil populacional do Hospital C foi alterado, passando a atender, gradualmente, cada vez mais pacientes vinculados às operadoras.

A comunidade fundadora imprimiu várias características culturais ao Hospital C. Até bem recentemente, quando uma consultoria especializada em Governança Corporativa que presta serviços ao Hospital C sugeriu o contrário, o Conselho Administrativo era formado quase que totalmente por membros da mesma.

> "Começamos a discutir as questões todas de governança e nos demos conta de que precisávamos oxigenar o conselho. Contratamos uma consultoria que conheceu toda a parte de governança, viu o perfil dos nossos associados, propôs algumas categorias, alguns associados passaram a ser honorários e criou-se também perfil para admissão de associado e de membro de conselho (...) aí fizemos uma programação e em 2015, dos 10 entraram 4 novos membros do conselho, todos eles vêm da ativa, independentemente da nacionalidade. (...) Foi eleito para presidente do conselho um jovem, uma pessoa que tem hoje 54 anos, presidente de uma grande empresa. (...) antes quase todos os conselheiros tinham mais de 80 anos. "

Superintendente Geral do Hospital C

O perfil de pacientes do Hospital C tem, em média, mais de 65 anos de idade, e busca atendimento de qualidade e médicos experientes, independentemente de *branding* e hotelaria.

> "Temos vários chefes de Estado e personalidades famosas que se tratam aqui, e escolhemos não divulgar estas informações. Quando alguém famoso está doente e quer um hospital de excelência e discreto, vem se tratar aqui. "

Superintendente Geral do Hospital C

O Hospital C possui um número de leitos bem menor do que os hospitais A e B, conforme pode ser visto na Tabela 09, constituindo-se num hospital de médio porte. Dos três hospitais estudados, é o hospital que menos atende pacientes financiados pelo sistema público de saúde, estando mais sujeito às pressões exercidas por seus competidores. O HA não compete com o Hospital C; o HB passou, recentemente, a competir com o Hospital C em alguns serviços. E a

tendência é que, quando o novo prédio do HB ficar pronto, HB e Hospital C compitam na Oncologia.

Sua estrutura de governança corporativa é bem similar à do HB. O conselho de administração é formado por membros não-médicos da associação mantenedora da comunidade fundadora e valida as decisões que o Superintendente e o Diretor de Operações têm autonomia para tomar. Recentemente, uma consultoria de Governança Corporativa sugeriu que o conselho do Hospital C precisava de um pouco mais de diversidade, e hoje o seu presidente é um Superintendente de mercado que não faz parte da comunidade.

> "Tivemos autonomia. (...) Mas a gente leva sempre ao conselho, todas as decisões que são tomadas, por quê? Toda a estratégia do hospital ela precisa ser homologada, referendada pelo conselho. "
>
> *Superintendente Geral do Hospital C*

O atual Superintendente do Hospital C era Diretor de Operações na gestão em que as decisões ocorreram. Recentemente, o ex-Superintendente passou a atuar como consultor e conselheiro no mesmo hospital, mas resolveu reduzir o ritmo de trabalho e deixar Superintendência Geral. Ele, o atual Superintendente e vários outros diretores e gerentes do Hospital C trabalharam juntos num outro hospital fundado pela mesma comunidade. Este hospital onde a equipe se conheceu é considerado pelas associações hospitalares como um dos melhores hospitais privados do Brasil, em termos de qualidade da assistência e de produtividade. O ex-Superintendente trouxe sua equipe e sua experiência de outro hospital e implementou suas boas práticas no Hospital C. Segundo relatos das entrevistas, ele é um líder muito carismático e experiente que também se utiliza de intuição para tomar decisões, além de possuir competências notáveis em desenvolvimento de novos negócios.

> "Ele foi um líder impressionante. Sabe muito sobre o setor, e sabe liderar. Felizmente ele continua bem próximo de nós, atuando como um consultor. "
>
> *Gerente de Saúde Populacional do Hospital C*

Sua parceria com o atual Superintendente, que possui a capacidade de implementação de ex-Diretor de Operações, e um perfil mais racional e analítico (quantitativo), continua gerando valor para a instituição. O Hospital C, assim como os hospitais A e B, possui processos bem

estruturados, abrangentes e periódicos de planejamento estratégico, realizados com ajuda de consultorias externas.

> "Nós planejamos a estratégia, foi em 2007, nós revisitamos em 2011. (...) Então, agora em 2015, foi época de planejamento estratégico novamente. Nós começamos dia 8, estamos fazendo até 2020. Convidamos a consultoria internacional X para fazer. (...) estamos fazendo todo o método de comunicação internamente para a instrução e implementação (da estratégia). "

Superintendente Geral do Hospital C

Seus desafios são manter sua clientela e seu corpo clínico, agora que: (i) o HB, localizado no mesmo bairro, modernizou seu pronto atendimento e está para inaugurar uma ala Premium de Oncologia; (ii) que outros dois hospitais comunitários da cidade passaram por uma expansão e (iii) que uma grande rede de hospitais privados provocou uma certa consolidação no mercado, ao fazer muitas aquisições. Também, como ocorre em outros hospitais no Brasil e no mundo, com ou sem fins lucrativos, o Hospital C tem o desafio de se modernizar e se tornar mais produtivo sem perder a confiança de seus clientes e de disputar receita com as operadoras que o financiam.

4.2 Perfil dos entrevistados

15 executivos de 3 hospitais foram entrevistados. Destes, apenas 7 eram médicos. Dos 15 entrevistados, todos, sem exceção, completaram cursos de pós-graduação, a maioria deles em Administração (o que não exclui a pós-graduação em outras áreas). A idade dos entrevistados variou de 35 a 75 anos e todos são brasileiros, porém, oriundos de diferentes estados do Brasil.

4.3 Processo de entrevistas

15 entrevistas com altos executivos de áreas assistenciais e não-assistenciais foram realizadas entre dezembro de 2015 e junho de 2016 em 3 hospitais da cidade de São Paulo. Todas as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho destes profissionais, nas mesmas instituições onde os casos estudados se passaram. As entrevistas tiveram duração média de uma hora. Foram gravadas e posterirormente transcritas, antes de serem analisadas. Foram geradas mais de 25 horas de entrevistas. A distribuição das entrevistas se deu de acordo com a Tabela 12.

Tabela 12 - Entrevistados por caso e empresa

Entrevistado	Caso	Empresa
A1	A1	Hospital A
A2		
A3		
A4	A2	
A5		
A6		
B1	B1	Hospital B
B2		
B3		
B4	B2	
B5		
B6		
C1	C	Hospital C
C2		
C3		

Fonte: A autora.

4.4 Resultado das entrevistas

O conteúdo das entrevistas gravadas foi transcrito, analisado e agrupado segundo sete critérios principais, definidos de acordo com os objetivos da pesquisa e com a frequência em que surgiram. São eles:

- Planejamento estratégico
- Contexto organizacional
- Características da liderança
- O processo decisório propriamente dito
- Implementação da decisão
- Particularidades do setor de Saúde
- Percepção do entrevistado sobre a qualidade da decisão

Em alguns casos, quando aplicável, adicionou-se um critério a mais, relacionado às mudanças que os processos estratégicos sofreram, na organização, ao longo do tempo.

4.5 Análise dos dados

Os casos e as decisões estratégicas neles contidas foram analisados um a um e então entre eles. A Tabela 13 traz um resumo dos casos estudados em cada hospital.

Tabela 13 – Temas das decisões estudadas

Hospital	Decisão
A	Modernização e terceirização da armazenagem
	Escolha e implementação de um ERP
B	Escolha e implementação de um ERP
	Construir um bloco alto padrão para Oncologia
C	Implementar um programa internacional de Saúde e Bem-Estar ocupacional
	Mudar o modelo de contrato de convênio médico dos colaboradores

4.5.1 Análise intra-caso

4.5.1.1 Análise descritiva do estudo de caso A1

O Estudo de Caso A1 ou de decisão pela centralização e terceirização de parte da armazenagem de fármacos Hospital A (HA), teve início cerca de 4 anos antes de esta pesquisa ser realizada. Quatro altos executivos do HA foram entrevistados para a obtenção de informação compondo este estudo de caso. Na ocasião, o atual Superintendente, ou Superintendente, era Chefe de Gabinete do Ex-Superintendente 1, e o hospital acabara de se enquadrar numa nova legislação de governança que passou a permitir que, mesmo em se tratando de um hospital público, o HA tivesse mais autonomia financeira, operacional e de gestão de pessoal. Desde a época em que a necessidade desta tomada de decisão surgiu, por volta da metade do ano de 2011, o atual Superintendente (empossado em 2014) já mantinha uma espécie de relação de reporte direto com a diretoria executiva e com os líderes dos institutos, atuando muitas vezes como o próprio Superintendente, para diversos assuntos.

Planejamentos estratégicos de longo e curto prazos haviam acontecido e a integração entre os institutos para ganho de escala e eficiência era uma das diretrizes estratégicas do HA.

> "(...) na verdade você não precisava ter redundância, como em qualquer outra empresa. Então imagina se eu tenho dez filiais, então alguma filial tem gente lá dentro de TI e etc., etc."
>
> *Superintendente Geral do HA*

A situação geral da cadeia de suprimentos do HA era muito distante das preconizadas pelas boas práticas das escolas de negócio e pelo mercado. Partiu do atual Superintendente (na época Chefe de Gabinete) a ideia de trazer o atual Diretor de Logística e Suprimentos que estava em uma das unidades para ser o head de Suprimentos da instituição, pois o primeiro já tinha tido experiência em outras indústrias e outros hospitais, e sabia que a cadeia de suprimentos do HA precisava de melhorias estruturais. Ambos haviam trabalhado juntos em uma das unidades do HA e já se conheciam.

> "A proposta era vir para gerir Suprimentos. Nós nunca pensamos em primeiro momento em tirar o estoque daqui o que nós pensávamos era que sem organizar estoque a gente não conseguiria de o projeto funcionar. "
>
> *Diretor de Suprimentos HA*

O maior problema parecia ser na área de Compras, mas assim que o atual Diretor de SC mapeou os processos da área, ele percebeu que o problema começava nos estoques. Os estoques foram crescendo de forma desorganizada ao longo dos mais de 50 anos de operação do hospital, com controles arcaicos, descentralização da gestão e mau uso do espaço físico.

> "Você tinha muitos problemas... diziam: 'olha, área de comprar não funciona bem, as áreas de apoio não funcionam bem', só que ninguém dava muito valor para como o estoque funcionava. Os inventários eram sempre muito precisos as contagens, sempre muito próximo de zero, então parecia que era muito bem organizado. Aí para começar esse trabalhou a gente falou, 'bom, se tem tanto problema assim em compras, vamos olhar a cadeia inteira, vamos olhas os estoques', o procedimento normal. (…) então vamos fazer um levantamento de como estão às condições dos estoques, começando pelo básico: qual é o valor de estoque que eu tenho na casa. Aí quando nós começamos a levantar isso, nós verificamos o quê? Que isso não era bem assim, a gente tinha muitos problemas de gestão dos estoques, mas muitos problemas, a gente não conseguia identificar qual era o valor correto do estoque, por problemas tanto de sistemas quanto operacionais.
>
> (...)
>
> Logística não tem muitas variações, tem variação de forma, mas o conteúdo geralmente ele é sempre igual, você tem o estoque que suporta as variações de

> demanda e que dão as condições para que as outras áreas funcionem bem, então o tamanho do estoque é em função dos outros que você tem que editar, o tempo que você precisa para fazer o processo, o quanto você é mais rápido ou menos rápido, você planeja melhor ou não. E aí área de comprar tem mais tranquilidade para trabalhar quanto o estoque é mais organizado.
>
> (...)
>
> Em função da história também que tinha aqui, de como essas coisas evoluíram ao longo do tempo
> (…) era muito diferente do que se faz fora, então não tinham nem controle. Aí olhando o estoque principalmente, assim, que o estoque era importante isso não tinha dúvida, é onde ficam milhões de reais, é como se fosse um banco guardando coisas lá, parecia que isso não era bem claro aqui dentro do HA, é uma empresa, um hospital, de outro setor. ”
>
> *Diretor de Suprimentos HA*

Uma vez estabelecido que, para atingir o objetivo estratégico de ganho de escala no HA seriam necessárias melhorias em Suprimentos (e, portanto, na gestão de estoques), o Diretor de SC traçou dois cenários possíveis: (i) tentar unificar os estoques das diferentes unidades e, utilizando o espaço físico e o pessoal disponíveis, implementar boas práticas de gestão ou (ii) terceirizar esta atividade para um fornecedor especializado, utilizando ou não o espaço físico do HA. Nenhuma das duas opções seria facilmente aprovada pelo Conselho Deliberativo e ambas soluções seriam difíceis de implementar.

No caso de uma mudança radical na gestão de estoques com recursos próprios e sem terceirização, os principais impeditivos seriam:

- Tempo de implementação estimado muito longo, de 4 a 6 anos;
- Falta de espaço físico dentro em torno da planta onde está localizada a organização e
- Dificuldade de gestão de pessoal durante a implementação, já que se trata de um modelo público de gestão, de uma cultura setuagenária e de unidades com muita autonomia.

> “E aí nós começamos a olhar isso e nós começamos a ver que assim, além do estoque não funcionar muito bem, cada instituto funcionava um diferente do outro, então era como se eu tivesse oito hospitais diferentes aqui dentro, além de não trabalhar conforme as práticas, eles eram diferentes entre si. (…)
>
> (…) tinha até casos clássicos aqui assim, então eu tinha estoque sobrando de uma coisa e eu sabia que você estava precisando daquela coisa e você ia pedir emprestado, eu tirava do estoque, dava baixa e guardava ali para não ter que emprestar para você. (…)

> (…) como é que o Estado poderia contratar pessoas especialistas em controle de estoque e no mínimo em suprimentos, fazer com que todos os almoxarifados seguissem os mesmos procedimentos, fazer com que esse processo funcionasse e tal, nas condições que a gente tinha aqui, de hospital público grande, gigantesco. (…) Institutos descentralizados, então ele (o funcionário do estoque de cada instituto) não responde para a área central. Aí nós verificamos o seguinte, se eu não consigo talvez organizar eles um a um, porque isso ia demorar muito tempo - talvez até mais tempo que a gente teria para ficar aqui nesse projeto - e se a gente pegasse todo esse estoque e fizesse como é feito em muitos lugares, eu criasse o estoque central e que com a organização desse estoque central, pelo menos um pouco cada estoque nas unidades ia ter que se organizar em função da própria relação entre eles. ”
>
> *Diretor d*
> *e Suprimentos HA*

Caso, porém, optassem pela terceirização e centralização dos estoques, com centro de distribuição (CD) fora da planta onde o HA está localizado, eles teriam alguma dificuldade talvez em convencer o Conselho e bastante trabalho para preparar uma licitação, mas depois teriam muito mais chance de sucesso na implementação.

> “Com essa proposta, com esse pré-projeto, nós começamos a projetar como nós faríamos então para ter um estoque central. Aí nós tínhamos algumas opções, que eram quais? Eu poderia criar uma área aqui dentro, fazer um prédio de estoque e gerir esse estoque com a minha mão de obra, com tal grupo especializado, mas eu teria os mesmos problemas de contratação, essas coisas todas, que é difícil contratar, treinar, porque geralmente um profissional dessa área não quer trabalhar no estoque de um hospital, ele quer trabalhar em uma empresa de logística. E aí nós optamos pelo seguinte, pelo caminho mais fácil, que seria o quê? Vamos contratar um especialista para que ele nos dê as coisas de que nós precisamos e seja um catalisador para que o resto também comece a funcionar bem em função dos processos que eu já consigo ter lá. (…)
>
> (...). Nós nunca pensamos, em primeiro momento, em tirar o estoque daqui; o que nós pensávamos era que sem organizar estoque a gente não conseguiria fazer o projeto de melhoria do Suprimentos funcionar. (…)
>
> (…). Mas quando a gente foi olhar e monitorar os estoques, me pareceu isso muito claro que seria muito difícil tornar aquilo um padrão, as condições físicas também do local eram ruins, então você pegava o estoque e vai encaixando aonde vai sobrando espaço, o prédio hospitalar era caro, então você não área gigante para estoque, é meio que natural. Isso tudo hoje parece simples, mas na época “por que não deixa essa área aqui? (...)
>
> (…) A proposta da central de distribuição, na verdade isso veio, eu já pensava que um hospital com várias unidades seria mais fácil trabalhar com CD, que é mais ou menos o arranjo natural de empresas que têm muitas unidades, então a gente trabalha

> com CD para ganhar escala no movimento de produtos, eu só não sabia se esse modelo era adaptável para o hospital, porque não tinha ninguém trabalhando com CD na época, ninguém (…). Mas assim, centralizar estoque é uma coisa meio que natural. (…) quanto mais eu distribuo estoque mais custo ele tem, mas às vezes é melhor distribuir porque o movimento logístico é complicado e tal. ”
>
> *Diretor de Suprimentos HA*

E então o Diretor de Suprimentos alinhou sua escolha com a liderança da farmácia (Diretor de Farmácia do HA), mostrando a eles as vantagens, e com o atual Superintendente (na época Chefe de Gabinete), que também disponibilizou um especialista em gestão hospitalar do programa de pós-graduação do hospital e foi desenhado um projeto a 3 mãos sobre a terceirização de grande parte da armazenagem de fármacos do HA, e da montagem de um CD, já que muitos pacientes recebem a medicação diretamente do HA.

Para convencer o Conselho, eles ainda lançaram mão de uma consultoria internacional de estratégia, que validou o projeto e deu ainda mais sugestões. Ou seja, a decisão do Conselho, como nos casos do HB, foi feita em cima de material bem estruturado e cheio de informações, preparado por uma equipe multidisciplinar. O Conselho então decidiu por aprovar a terceirização de grande parte do estoque de fármacos e de montar um CD fora do HA, e a equipe de Suprimentos, junto com a da Farmácia, partiu para o desafio de implementar uma decisão como está num órgão público.

> “Para a farmácia ainda tinha dois agravantes, nós queríamos e precisávamos muito, para acreditação, tirar um pouco o farmacêutico da parte logística e colocar na parte técnica. Nós tínhamos um processo do programa medicamento em casa, nós precisávamos transformá-lo em gratuito para o paciente e a gente vinha tentando há bastante tempo fazer um edital para conseguir licitar isso de maneira que fosse ok para o hospital. Aí veio essa oportunidade de fazer isso tudo junto no mesmo edital.
>
> (...)
>
> Achei uma boa ideia de cara, porque um tempo atrás a gente já tinha feito um movimento em direção a isso, principalmente por uma questão de armazenamento. Nós não tínhamos locais adequados aqui para armazenamento e não tínhamos mobiliário adequado para armazenar. Então isso a gente tinha muito claro na nossa cabeça que ia ser muito bom, bom para a farmácia e excelente para o hospital. ”
>
> *Diretor de Farmácia do HA*

Neste caso A1, o que tomou mais tempo foi a fase de seleção de alternativas, já que os fornecedores devem ser escolhidos via licitação. No Caso A1, o primeiro edital foi impugnado

pelo Tribunal de Contas por falta de informações. Mas uma vez encontradas as alternativas, tanto a diretoria executiva quanto o Conselho tomaram a decisão rapidamente e a mesma foi implementada com sucesso e envolvimento de diversas áreas em todo o processo.

4.5.1.2 Análise descritiva do estudo de caso A2

Trata-se da decisão de escolha de um software único de gestão para todas as unidades assistenciais do HA, iniciada em 2011 e finalizada mais de um ano depois. O Superintendente (ou Superintendente Geral) da época possui graduação em Economia e Medicina, com um Diretor de Operações (Chefe de Gabinete, atual Superintendente da instituição) Engenheiro e um Diretor de TI graduado em Engenharia com Mestrado em Medicina e mais de 20 anos de casa. Este caso é particularmente interessante porque mostra, ainda se parcialmente, como o processo decisório se modificou ao longo do tempo na organização A. Entrevistas com 3 altos executivos do HA e um vídeo de 35 minutos de duração, em que o Diretor de TI faz uma apresentação sobre o caso, foram analisadas para compor este caso.

Mesmo em se tratando de uma instituição pública, o HA foi um dos pioneiros da informatização da Saúde no país. Desde os anos 80, processos administrativos e assistenciais vêm sendo informatizados em seus diversos institutos, embora de maneira pouco padronizada. Há até mesmo cursos de pós-graduação em Informática aplicada à Saúde na instituição, confirmando o desejo antigo da liderança do HA de lançar mão do que há de melhor em Tecnologia da Informação (TI). No total, são mais de 200 profissionais de TI no HA, distribuídos por suas várias unidades. Desde 2011, quando teve início uma gestão transformacional no HA, um engenheiro com mais de 20 anos de casa atua como Diretor de TI do complexo, além de coordenar um Núcleo de TI que congrega os gerentes de TI de cada uma das unidades.

Sete anos antes do caso A2, durante a gestão que terminou em 2010, havia sido feita uma tentativa de unificação dos vários softwares de gestão do complexo. O Superintendente da época, de formação médica e com estilo de liderança menos transformacional, optou por implementar um software desenvolvido *in house* por ele em conjunto com uma pequena consultoria brasileira, em uma das unidades operacionais. Apesar de não ser visto pela gestão posterior como um software à altura dos melhores softwares de mercado, esta ferramenta

desenvolvida *in house* funcionou tão bem dentro de uma das unidades do HA, que foi implementada em outras organizações de saúde pública de São Paulo. O Superintendente da época convenceu o Conselho a implementar o software *in house* em todas as unidades através da opinião de uma consultoria brasileira de pequeno porte da qual ele havia sido cliente.

Aqui percebemos uma clara mudança de paradigma quando o Superintendente seguinte assumiu, trazendo experiência de outras indústrias. Apesar de ser médico, o Superintendente do caso A2 também era formado em Economia e por anos trabalhou na área de seguros de saúde de um dos maiores bancos do Brasil. Para ele, a ideia de desenvolver um sistema de gestão dentro de casa era totalmente inviável, assim como para o Superintendente do caso B1, que também veio de outra indústria e fez uma gestão transformacional no HB.

A necessidade de decidir sobre um software único a ser implementado em todo HA era clara há mais de dez anos: não havia mais espaço físico para armazenagem do papel gerado pelos processos não informatizados e a necessidade de unificação da informação nos institutos fazia parte de uma das metas estabelecidas no Planejamento Estratégico para ganho em escala, segurança do paciente e obtenção de dados para tomada de decisão. O Superintendente da gestão anterior à da decisão A2 criou um Comitê de TI com representantes (profissionais de TI) de todos os institutos (que respondia à Superintendência, com a qual mantinha reuniões quinzenais ou mensais) e um Núcleo de TI, que era a secretaria executiva deste Comitê, para tocar os projetos estratégicos na área. Promoveu, também, um fórum interno de informática com todas as unidades para levantamento do que existia no HA em termos de recursos humanos e tecnológicos em TI. Foi então que se descobriu que, na época, haviam 160 colaboradores dedicados à TI e mais de 230 softwares diferentes sendo utilizados na casa.

> "Os sistemas administrativos até que tinham uma certa permeabilidade em todos os institutos, mas os sistemas médicos estava cada um de um jeito, e.… se trabalhava muito na necessidade de se ter mais segurança, mais informação, coletar as informações mais facilmente, processar esses dados, e isso não é possível, né. Sair um pouco do papel, tirar o papel, porque papel é bom, mas é perigoso, também, guarda do papel, guarda do prontuário, tinha, foi criado um instituto do prontuário de tão grande que... de volume de material que se tinha. E aí nós definimos, então, um dos pontos do planejamento estratégico foi justamente esse. Dentro do planejamento estratégico da autarquia, um dos pontos levantados foi a necessidade de se informatizar, de fato, e se criar realmente um sistema ou uma forma de integrar as informações dentro do HA e de implantar isso, né, então foi criado um comitê de tecnologia e informação dentro do HA, depois nós criamos um núcleo de tecnologia de informação, o núcleo ele dava suporte ao comitê e, com esta formatação inicial, foi instituído, foi criado, criamos não, fizemos um fórum de informática do HA. Um fórum interno. "

Ex Superintendente do HA

Já que o fornecedor público de TI era um recurso caro e à disposição, a superintendência da gestão anterior do caso A2 decidiu chamá-la para fazer parte da elaboração de um plano diretor de TI para os próximos dois anos. A unificação dos sistemas e a informatização dos processos era uma meta estratégica clara. Uma das metas desta gestão também foi exigir mais deste fornecedor público de TI. Na época, a superintendência também participou de um planejamento estratégico de longo prazo que, junto com a criação destes núcleos de trabalho, constituem-se nas duas características mais elogiadas desta gestão (pelos entrevistados das gestões posteriores).

> "Desenvolvemos um sistema próprio. Então nós tínhamos, desde o início do Instituto X, um serviço de informática muito desenvolvido, né. No começo aquela informática mais médica, para depois, também, prontuário eletrônico e a parte administrativa. Então, isso foi se desenvolvendo e se conseguiu criar aqui e desenvolver o que a gente chama de SI3, que é o sistema integrado de informações institucionais. SI ao cubo, né. E esse sistema foi desenvolvido aqui por esse serviço, alguns módulos acabaram sendo comprados, com fonte, e a gente acabou trazendo para dentro e incorporando e desenvolvendo e mudando, e o SI3 foi evoluindo, evoluindo, evoluindo, e nessa época que eu estava na superintendência, né, uma das opções que eu levei para o pessoal eu falei o seguinte 'oh, o Instituto X já tem um sistema. Está funcionando. Vocês tão discutindo o que? Vamos pegar o sistema do Instituto X custo 0 e implantar".

Ex Superintendente do HA

De fato, numa realidade onde o nível de profissionalização do pessoal da ponta da operação é inferior ao de mercado, com estabilidade de emprego inversamente proporcional, e onde há um provedor caro de TI com o qual seria difícil rescindir, a escolha de um software com custo zero e já implementado em um dos institutos é uma saída interessante.

Porém, a gestão posterior demonstrou que esta não era a melhor saída. Utilizando os conhecimentos aprofundados do pessoal técnico interno de TI, o Superintendente do caso A2 solicitou que a equipe se reunisse e definisse os requisitos que um bom software de gestão hospitalar deveria ter para atender ao HA. Ocorria, então, a primeira fase do processo de tomada de decisão estratégica: o de *framing* ou delimitação do problema. Eles levaram quase 6 meses e chegaram a 1400 requisitos, todos incluídos no edital de licitação, processo longo e

burocrático que só ocorre em organizações governamentais. O edital foi impugnado duas vezes, levando mais de um ano para ser finalmente publicado.

Começava então a fase de inclusão de alternativas, de acordo com a capacidade dos fornecedores de atender aos requisitos definidos pela área de TI do HA. O processo de definição de requisitos e de avaliação dos fornecedores foi muito parecido com o ocorrido no caso B1, embora tenha sido atrasado pelo processo de licitação. Três empresas participaram da licitação. Um software de mercado de uma grande empresa brasileira foi o escolhido. Este software é utilizado por hospitais públicos e privados de todo o Brasil, mas não é o líder de mercado entre os hospitais privados de ponta. Segundo depoimento em vídeo do Diretor de TI do HA, há evidências técnicas e de produtividade de que o software escolhido os atende bem melhor do que o desenvolvido internamente. Porém, como o processo licitatório é muito burocrático, e a empresa selecionada é a mais experiente em ganhar licitações públicas, a decisão do HÁ, neste caso, pode ter sido enviesada por uma legislação que interfere em sua forma de decidir sobre Compras.

O estudo de caso A2 nos possibilitou observar: (1) a mudança no estilo de liderança e de tomada de decisão de uma gestão para a outra e (2) como a legislação de licitações pode interferir no processo de tomada de decisões estratégicas em empresas públicas. Apesar dos esforços e conquistas da gestão anterior, como:

- Promover um fórum interno de TI para fazer o levantamento dos recursos da casa;
- A produção de um software interno que fosse melhor e mais barato do que os já utilizados no hospital e
- A criação dos importantíssimos núcleo e comitê de TI para que as várias unidades do HA pudessem estar alinhadas,

A falta de definição prévia de requisitos e a não consideração de alternativas externas de software da primeira tentativa de decisão restringiram o processo decisório e levaram o HA para um caminho que teve de ser revisto.

4.5.1.3 Análise descritiva do estudo de caso B1

A atual gestão executiva do HB realizou o primeiro planejamento estratégico em 2013. Como o atual Superintendente veio com mandato de realização de um *turnaround*, ou seja, de mudanças que resultassem na melhoria dos resultados financeiros da companhia, um dos

desdobramentos do planejamento estratégico foi um plano diretor de Tecnologia da Informação (TI), área estratégica em hospitais (Gutierrez, 2011).

De fato, o HB vinha, desde o início dos anos 2000, sofrendo as mesmas pressões mercadológicas por profissionalização e modernização (Vecina Neto e Malik, 2007) que seus concorrentes. Por conta disto, o hospital já havia feito duas tentativas fracassadas de resolução da questão do ERP: uma no início dos anos 2000, quando uma empresa ficou três anos dentro do HB tentando desenvolver um software (sem sucesso), e outra nos idos de 2007-2008, quando contrataram uma das duas empresas líderes de mercado em software hospitalar para fornecer uma solução. Neste segundo caso, a implementação foi interrompida mais de 6 meses após seu início. Estas duas tentativas frustradas reforçaram uma crença bastante forte e pré-existente de que este software deveria ser desenvolvido dentro de casa, contrariando as boas práticas de hospitais com performances financeira e operacional melhores do que as do HB.

> "(...) um sistema antigo e sem base de atualização, então a última atualização que nós tínhamos feito acho que foi quase nos anos 2000. Então foi um sistema de quinze anos sem ser atualizado. Pessoas só treinadas nesse sistema, então um sistema dentro de casa qualquer atualização que você tem que fazer, se eu perder gente, eu não consigo contratar gente de mercado que entenda daquela tecnologia (…). Então, muito vulnerável. Migrar para uma plataforma nova, etc., a gente provavelmente daqui mais quinze anos ia estar discutindo a mesma coisa, ou seja, o sistema ficou ultrapassado, só tenho gente aqui dentro de casa que entende, então estamos vulneráveis de novo. E um outro, muito mais institucional do que técnico, que é sim levar a organização para um outro nível de eficiência operacional, ou seja, a gente implantar prontuário eletrônico, prescrição médica eletrônica, elevando a segurança do paciente. "

Superintendente Geral do HB

> "(...) o que o hospital tinha era um sistema que atendia a parte hospitalar, gestão, burocrática, a internação do paciente, fazia a conta, mandar para o convênio, olhar quantos leitos, disponibilidade, mas a área assistencial, cem por cento no papel".

Superintendente de TI do HB

> "Antes a gente fazia prescrição e prontuário, tudo na mão, com aquela letra de médico que você conhece bem. Fazer o máximo possível do nível de automação, a nossa pretensão é chegar a nível sete, que é totalmente *paperless* e a gente com isso ter um banco de dados daqui a uns anos que seja importante para gente poder medir grau de como é que é a epidemiologia do hospital, a gente interna mais do que tipo, a

> diferença em jovens do que é diferente em pessoas acima de x anos, quer dizer, criar uma plataforma que depois daqui a um tempo, trouxesse para a gente...”
>
> *Superintendente Geral do HB*

> “O HB querendo dar um salto, não só de eficiência operacional, sabia-se o risco que existia envolvido nesse processo interno, de desenvolvimento, por 'N' razões, a gente tinha o conhecimento consolidado na cabeça dessas poucas pessoas, uma ferramenta que tecnologicamente já não era a de mercado, a gente desenvolvia numa linguagem que já não era *up to date*, uma impossibilidade de desenvolver, por exemplo, um prontuário eletrônico...”
>
> *Superintendente de TI do HB*

Então, antes da decisão estudada no Caso 1 (trocar de ERP ou não e que tipo de ERP o HB deveria escolher), o Superintendente e sua equipe desenvolveram um Plano Diretor de TI, uma espécie de planejamento estratégico de TI para os cinco anos seguintes. Aqui começam as particularidades deste novo modelo de gestão e algumas características da liderança que influenciaram no sucesso da implementação do software escolhido: pessoas de todas as áreas foram participaram da elaboração do Plano Diretor de TI, o que, sabidamente, as tornaria mais inclinadas a aceitar seus desdobramentos.

> “E esse plano diretor de TI, claro, ele é uma responsabilidade da alta administração, mas ele precisava retratar a realidade das pessoas, isso classicamente seria o modelo ideal, mas aqui eu tinha um ingrediente a mais que era: 'eu preciso que essas pessoas acreditem que a maneira como elas trabalham não é a melhor para elas'. Então, o que foi feito na época para montar esse plano diretor? Foi feito um grupo multidisciplinar: nós trouxemos gente da farmácia, do faturamento, da área médica, da enfermagem, todos esses players e fizemos de um modelo bem clássico. As pessoas vão falar quais são as suas forças, a sua matriz SWOT, vamos falar das dificuldades, vamos falar de onde elas querem chegar.... Então foi feito um processo bastante grande e que produziu um plano diretor, onde essas pessoas elas acreditaram, ouviram, não é?!”
>
> *Superintendente de TI do HB*

A apresentação e aprovação do plano diretor de TI pelo Conselho de Administração também ajudou a facilitar a aprovação da troca de ERP pelo mesmo, já que esta troca seria apenas um dos desdobramentos previstos no plano:

> “(...) a gente desenhou um plano diretor de TI de cinco anos. Isso foi uma base para discutir no conselho que precisaria... A gente achou que não bastava chegar lá e falar assim: 'olha, o seguinte, gente, os nossos técnicos, no dia que saírem, ninguém vai saber mexer no sistema e nós estamos defasados não sei quanto tempo e culturalmente não dá para continuar desse jeito.' Então, a gente desenhou um plano

> diretor de tecnologia de 5 anos, que embasava tudo isso. E esse foi o primeiro passo que a gente deu para conversar com colaboradores, com corpo clínico, com a superintendência toda: 'está aqui o plano de cinco anos.'
>
> *Superintendente Geral do HB*
>
> (...)
>
> Então, antes de falar, de qual sistema escolher, a gente foi aprovar o plano diretor de tecnologia, como se fosse um planejamento estratégico de tecnologia no conselho. Isso aprovado, o segundo passo que era agora nós precisamos investir para trocar o sistema (...)"
>
> *Superintendente Geral do HB*

Aprovado o plano diretor de TI, ainda restava o desafio de lidar com a crença arraigada no HB de que o ideal seria desenvolver o software internamente, com o "trauma" de duas tentativas fracassadas de implementação e com funcionários que foram formados numa cultura onde as decisões eram totalmente *top down*, mesmo quando se tratava de questões táticas, operacionais ou da aprovação de pequenos valores.

> "Quando eu vim para cá, o grande desafio sempre foi a mudança cultural. É uma instituição com mais de 150 anos e vários traços culturais muito enraizados... alguns muito positivos e outros que não têm hoje uma evolução construtiva para a evolução da instituição, e então tem aí um desafio importante, que é preservar coisas valiosíssimas que temos aqui e ao mesmo tempo evoluir com outras, sem ruptura. (…). Mas tomada esta decisão e aí foi interessante porque aí eu fui bastante demanda para atuar nesta transição. Dentro... nós estamos falando de uma mudança cultural no modelo de gestão, nós estamos falando e então se eu pego esta mudança cultural ela afeta fortemente um modelo de gestão. Eu saio de um modelo, de um estilo muito mais diretivo, muito mais centralizador para um modelo de mais descentralização do poder, para um modelo em que eu preciso ter pessoas aptas para tomar a decisão na hora, na ponta, porque a natureza do meu negócio exige isso. "
>
> *Superintendente de RH do HB*
>
> "Talvez acho que a fase mais complicada nossa, é envolver todo o corpo clínico no processo de decisão, por que a gente escolheu, por que vai mudar. Teoricamente, um corpo clínico aberto, mas é bem fechado. Quem está aqui na HB está aqui há muito tempo. "
>
> *Superintendente Geral do HB*

Com as lideranças e equipes das diversas áreas do HB conscientizadas de que o ideal seria trazer um ERP desenvolvido fora do hospital, uma nova equipe multidisciplinar interna foi formada para definir quais requisitos este sistema deveria ter. Novamente os colaboradores se sentiram parte da decisão, oferecendo menos resistência a seus resultados. Oito fornecedores foram chamados; três foram descartados de cara por não atenderem a requisitos mínimos. Os outros tiveram que demonstrar extensamente e na prática que não só atenderiam os requisitos, como seriam capazes de fornecer a assistência de longo prazo necessária. Visitas e entrevistas de *benchmarking* foram realizadas em outros bons hospitais da cidade. De maneira análoga ao que ocorre em metodologias de tomada de decisão mais formais, foi estabelecida uma pontuação para cada alternativa, de acordo com o quanto esta alternativa atendia aos requisitos do HB ou não. E aí um dos softwares se sobressaiu dos outros:

> "Pensamos em cinco processos hospitalares, bastante importantes para o hospital, que essas empresas elas teriam que demonstrar... Como avaliadores - quem eram esses avaliadores? Pessoas das áreas - Então, foi montado de novo um grupo, com médico, enfermeiro, diferente do grupo de PDTI e essas pessoas tinham que avaliar. (…) E aí o que foi feito? Nessas cinco escolhas, a gente escolheu um processo que é importante para o hospital: a maneira como esse paciente chega aqui. Então esse cara vai ter que mostrar para a gente como é que o paciente faz um agendamento de um exame, de uma internação, ele vai ter que mostrar, por exemplo, a gente sabia que o convênio é um problema para a gente, então uma agenda precisa dizer que o paciente tem cobertura, não tem. Então, para a empresa, nós dizemos, olha, prova de conceito tem este input de dados e eu quero esta saída. E nós avaliadores tínhamos o que a gente queria ver.…"
>
> *Superintendente de TI do HB*

> "Na hora que saiu a pontuação, a escolha foi quase que imediata. (...)
> (…) como com uma plataforma de mercado, a gente ia ter as atualizações tecnológicas constantes, a gente optou por (fabricante do software escolhido), que é uma empresa enorme. (...)
> A gente achou que era mais importante, fora uma metodologia adequada de escolha, que a gente teve, conseguir envolver o maior número possível de áreas, para fazer validação do sistema, visitar hospitais que já operavam esses sistemas todos e dizer, bom, isso aqui atende, isso aqui não atende. Vamos in loco ver quais são as dificuldades... claro que também teve o balizador comercial, mas não foi uma proposta só comercial, foi um componente de pesos técnicos e comerciais, mas para chegar numa composição técnica, além de a gente aplicar uma metodologia de avaliação de aderência aos quesitos, teve um grupo de umas trinta pessoas. Por aí, uma trinta, quarenta, sei lá, por aí, foi um grupo grande. Assistencial, administrativo, grupo de operacional, essa turma toda fazendo uma avaliação de uma ferramenta..."
>
> *Superintendente Geral do HB*

Foram 5 meses até a escolha final da aplicação, uma vez que o Conselho aprovou o plano diretor de TI:

> "Aí, esse projeto, do primeiro processo de escolha demorou dois meses, essa segunda fase demorou mais três meses, então foram cinco meses para a escolher a aplicação. "

Superintendente de TI do HB.

Mesmo assim, houve resistência. Inclusive por parte de alguns líderes de equipe do TI, que tentaram não só não aceitaram a decisão de trazer um ERP de fora, mas estavam "intoxicando" suas equipes com seus pontos de vista. Estes colaboradores foram desligados e substituídos pela Superintendência de TI.

"Então, eu tinha algumas pessoas na TI que foram levadas para este processo de enxergar, mas que efetivamente não acreditavam. E aí essas pessoas, a única saída que existiu foi retirá-las do grupo. Então, a gente teve, foi poucos, mas a gente teve realmente um processo de desligamento quando a casa e as pessoas que usavam o sistema e as pessoas que precisavam de sistema tinham entendido, parte da TI também, e aí a gente teve substituição.... Tive que substituir gerente, supervisor, que eram as grandes cabeças que também na verdade fomentavam essa cultura. "

Superintendente de TI do HB

Selecionado o software e o fornecedor, viria o desafio maior: a implementação, inclusive em áreas assistenciais totalmente operadas em papel. Médicos de todas as idades teriam de começar a utilizar o ERP de mercado, e aqui houve uma decisão dentro da decisão um tanto quanto difícil de tomar: Os médicos teriam de imputar as informações no sistema ele mesmos. A experiência dos hospitais concorrentes mostrou que a implementação não funciona de alguém faz isso pelo médico. Aqui novamente a liderança, com suas características comportamentais e vasta experiência anterior fez a diferença: a Superintendência de RH e Comunicação foi chamada para fazer um trabalho de mudança cultural, comunicação e treinamento. Tudo isso com a ajuda da equipe de TI.

> "Mas ao mesmo tempo, mudar um processo cultural dentro do hospital que é sair do dia a dia manual, ir para um processo de mais automação e aí nesse meio tempo (…) tem muito de cultura dentro. Então, a gente fez um programa de *change management* correndo paralelo, esse projeto foi batizado de Conecta.

> (…) A gente deu sorte por que, sei lá se é sorte ou se... Ele veio do (outro hospital), que tinha o mesmo sistema. Ele fez todo o processo de convencimento no corpo clínico lá, então ele foi uma peça chave aqui para fazer.... Mesmo que lá tivesse sido outra ferramenta, ele já tinha passado pelo drama que é o prontuário eletrônico.... Eu acho que o prontuário eletrônico é mais dramático do que a prescrição médica eletrônica. A prescrição, é farmacêutico, enfermagem: 'galera, é assim, vamos lá e vamos treinar.' Prontuário é o médico no posto prescrevendo no computador (...)
>
> (…) O que a gente fez foi deixar um mês uma equipe de TI à disposição total, claro por que daí tem o aprendizado aí, não tem jeito, é como qualquer sistema... (…). Estamos no meio do caminho, a gente implantou um hospital e todo o corporativo, estamos indo para o segundo hospital agora. ”
>
> *Superintendente Geral do HB*

Quando realizamos as entrevistas desta pesquisa, a implementação já havia sido um sucesso em uma das unidades e estava acontecendo nas outras. Apesar do Superintendente de TI do HB ter mencionado a troca de dois líderes da equipe de TI no início da implementação, tanto o Superintendente quanto os Superintendentes de RH e de TI relataram que a maioria dos milhares de colaboradores do HB “compraram a ideia”, e que o nível de resistência foi relativamente baixo.

> “Então, o nível de resistência, por exemplo, nesse projeto, internamente, ele é baixo. Você tem resistências, 'puxa, isso aqui tem que customizar por que...' Bom, um dia alguém inventou o Excel, não tem nada melhor do que Excel. A Superintendente de TI do HB quer morrer cada vez que o sistema está funcionando, já tem o documento no sistema e os exceis continuam... eu falo: 'calma, Lílian, só tem dois meses. Nós vamos tirar o Excel da turma.' Então, eu acho que esse é o desafio maior. Como é que a gente tira o melhor de uma ferramenta e acopla nisso um processo de mudança. Mas não existe uma resistência formal de mudança. ”
>
> *Superintendente Geral do HB*

O desafio maior à frente, no momento da coleta dos dados para esta pesquisa, tinha mais a ver com a implementação da decisão numa organização tão grande quanto o HB:

> “(...) acho que assim, o que aflige um pouco hoje é que a gente, primeiro, tem muita gente para treinar. Eu acho que quando vier aqui para esse complexo maior, isso vai ser complicado. A gente já está, por exemplo, essa mudança cultural, eu já estou testando no Santo Antônio, que é um hospital pequeno, para cá nós vamos ter que colocar um ensino a distância. Não vamos poder fazer treinamento face to face, com sete mil e quinhentas pessoas aqui. “
>
> *Superintendente Geral do HB*

> “(...) viramos muito bem, muito bem, muito bem, mas apareceu alguma coisa no meio do caminho que é 'como é que eu estou'? Que ferramenta eu tenho como profissional, que ferramenta eu tenho para identificar, mapear, tomar a decisão e

> gerar a solução lá, sem esperar necessariamente o gerente do projeto. Porque é uma coisa muito especifica e são rabichos que surgem no meio do caminho. “

Superintendente de RH do HB

> “Não houve sabotagem e nem resistência grave das pessoas, porque queira ou não, acima de qualquer coisa está esta instituição. Isso nós certamente e uma parte disso é uma herança positiva que nós recebemos do antigo Superintendente. ”

Superintendente de RH do HB

O sucesso da escolha (decisão) e da implementação, no Caso 3 (troca de ERP no Hospital B), parece estar relacionado a seis fatores principais, que serão discutidos um a um neste item. Trata-se de (a): um planejamento estruturado e envolvendo diversos stakeholders; (b) um levantamento detalhado dos requisitos do sistema, bem como a avaliação cautelosa de cada fornecedor, também envolvendo diversas áreas; (c) comunicação e treinamento efetivos, top down; (d) experiência anterior dos profissionais liderando o processo; (e) apoio da alta diretoria e (f) cultura organizacional peculiar do HB.

4.5.1.4 Análise descritiva do estudo de caso B2

Alguns meses antes da chegada do atual Superintendente, uma grande consultoria internacional de estratégia elaborou um plano estratégico com seis grandes pilares para o HB.

> “Então esses seis pilares básicos que são: (1o) eficiência operacional, utilizar melhor os recursos; (2) rever nosso modelo de negócios, quer dizer, nosso relacionamento com todos os clientes, todos os fornecedores, como estão os nossos negócios, o governo, tudo, a gente está aproveitando da melhor forma possível, fazendo da melhor maneira possível, então a gente tem que melhorar a eficiência operacional, fazer, rever, o modelo de negócios e (3o) ter um terceiro pilar que seja desenvolvimento organizacional, a gente tem uma estrutura de pessoas necessárias e distribuídas da forma e da maneira para conseguir atingir esses objetivos fazer uma (4o) gestão de mudanças para tudo isso que está acontecendo e mais (5o) gestão de patrimônio. Tudo isso... e... (6o) Governança. O sexto é governança. ”

Superintendente de Finanças do HB

Então, cerca de 3 anos antes desta pesquisa ser realizada, os novos Superintendente e CFO desdobraram estes pilares em 70 questões a serem trabalhadas, e um escritório de projetos foi montado para desenvolver projetos para estes 70 temas.

Foi então que surgiu a necessidade da decisão estratégica que investigamos no Caso 2 do Hospital B: ao mesmo tempo em que a recuperação financeira do hospital e seus objetivos estratégicos exigiam uma reserva de caixa - agora que o hospital deveria andar com suas próprias pernas (sem o aporte de doações das famílias mantenedoras), mas continuaria atendendo aos pacientes SUS e filantrópicos – um dos novos pilares estratégicos era o de um modelo de negócios mais arrojado, e a Oncologia se apresentava como uma solução lucrativa para o HB.

O HB tinha espaços físicos ociosos, precisava de caixa, estava há anos "no vermelho", mas não podia deixar de aproveitar uma oportunidade lucrativa como a Oncologia de ponta e não conseguiria atrair bons médicos se não investisse numa infraestrutura de mercado. Além disso, o projeto estava pronto, aprovado, e o financiamento do BNDES havia saído. Havia ainda a percepção dos pacientes que a nova estratégia visava atrair, que percebe valor em hotelaria e em corpo clínico de renome.

Com o financiamento de BNDES e um cuidadoso, detalhado e revisado planejamento financeiro de longo prazo sobre os retornos de uma nova ala classe AAA de Oncologia, o Superintendente e o CFO chegaram à conclusão de que se tratava de um risco que valia a pena ser corrido.

> "Então, assim, você tem um projeto pronto, você tem uma fonte de financiamento, você tem um eventual comprometimento do caixa mínimo necessário, mas, por outro lado, você tem um novo planejamento estratégico da organização que é.… voltado lá no ponto modelo de negócios, você tem... uma especialidade chamada Oncologia que está alavancando o negócio como um todo, com uma boa rentabilidade, uma boa projeção no mercado, e que você não pode perder a sua oportunidade de aproveitar esse nicho. E a única forma de você aproveitar esse nicho e manter uma equipe... de ponta, de alta competência e relevância no Brasil, nesse segmento, seria... executar o projeto"
>
> *Superintendente de Finanças do HB*

> " (…) é uma estratégia de ter algo que serve de referência para atrair os clientes que a gente quer, que é o cliente diferenciado. Então, em termos de tomada de decisão, eu acho que foi correto, precisa crescer, mesmo sabendo que a empresa está num momento de consolidação. Então, às vezes, você fazer uma expansão quando a empresa ainda não tem um alicerce bom, é complicado por que você vai ter uma série de inconsistências, que você vai ter que saber administrar. "

Superintendente de Operações do HB

Contudo, a fase de implementação revelou um grave problema: haviam erros crassos no planejamento financeiro e operacional da obra de expansão do edifício que iria sediar a nova Oncologia. O custo e prazo da obra estavam completamente subdimensionados, gerando uma segunda decisão, agora em cima das alternativas reais. Uma nova negociação contratual com os fornecedores da obra também teria de ser feita.

> "(...) aí eu herdei isso em dezembro de 2014 e a gente olhou para aquilo e falou o seguinte: bom, nós estamos com um investimento aqui até então de X milhões, a obra está mais de um ano atrasada. Ela não vai ficar pronta. Por causa dessas idas e vindas, troca gestão, problema disso aqui, problema de lá, problema de escopo, problema de todo lado, a obra está andando de lado, nós estamos com prédio aí que está sendo colocado parece que um tijolo por dia e aí como é que a gente faz isso aí virar realidade, não é? Bom, aí eu peguei isso como todo bom engenheiro cartesiano, você começa a colocar isso dentro de uma ótica estruturada e aí começamos a ver todas as dificuldades de que, olha, desculpa, estamos com um projeto enorme de um prédio, mas a gente não tem um projeto executivo ainda aprovado. Puxa, nós não temos.... Nós fizemos mudanças de escopo, mas não atualizamos o business case, se o que a gente mudou vai trazer o *pay back* ou vai fazer o *pay back* adequado..."

Superintendente de Operações do HB

Além disso o HB havia contratado uma empresa gerenciadora e uma empresa construtora que estavam tendo problemas de relacionamento uma com a outra, o Diretor de Suprimentos acabava de herdar esta área problemática sem ter ninguém sênior no time e precisava que todos trabalhassem juntos para que ele pudesse ter uma estimativa real do custo e tempo que a coisa levaria para a acontecer, para poder validar com a alta direção do HB.

> "A gente tinha caixa para fazer, mas no final com o tempo a gente conseguiu aprovar isso como verba do BNDES. Então, facilitou mais não onerar tanto o nosso caixa. Mas isso foi depois. Então, o meu grande desafio foi como é que agora eu equaciono isso. Nós temos um prédio para entregar. Então, o primeiro ponto que eu fui, foi de junta essas partes para que elas trabalhassem em time. Eu falei o seguinte, olha, construtora, gerenciadora, área de engenharia, o que está acontecendo? Eu sou o líder disso aqui agora, eu quero que isso aqui aconteça, eu entendo que estou com os parceiros corretos, só que eu quero saber se esses parceiros corretos vão saber trabalhar juntos? Ouvi a opinião de todo mundo, conversei individualmente, coloquei,

> falei assim, então é isso. Defini papeis e responsabilidades, falei, olha, construtora, está aqui, essa aqui é minha gerenciadora...”
>
> *Superintendente de Operações do HB*

Em seu relato, o executivo de Suprimentos atribuiu mais o sucesso da retomada da obra ao seu perfil cartesiano de engenheiro do que à sua habilidade de conciliação e liderança, mas nossa pesquisa evidenciou o contrário.

> “Eu estou montando aqui um comitê de gestão que se reúne mensalmente, vai ter a gerenciadora, vai ter dois executivos de superintendência, eu e o Superintendente do hospital que nós estamos construindo, mais a construtora e área de engenharia, nós vamos estar aqui, então o que tiver que ser falado aqui, vai ser falado aqui. Acabou com o disse-que-me-disse. Papeis e responsabilidades, essa pessoa de engenharia vai cuidar de todo o controle de custo da obra, a gerenciadora tem esse papel, esse tem esse papel, está organizado? O fluxo de comunicação é esse, o e-mail de todo mundo está aqui, o telefone de todo mundo está aqui, então o seguinte, nós somos um time? Somos um time, então nós vamos ter que trabalhar como um time. Um time não só fala coisa boa, fala coisa dura, mas acima de tudo tem o mesmo objetivo. É isso que nós queremos? Queremos. ”
>
> *Superintendente de Operações do HB*

“Por que daí eu tive que renegociar todo o projeto, por que como o contrato com a construtora previa um custo que não era mais a realidade do escopo, falamos seguinte, então nós precisamos renegociar tudo. E aí como fazer a renegociação com uma construtora que está sozinha? Qual a probabilidade dessa construtora vir e enfiar um preço absurdo? Então, a gente passou por tudo isso. ”

Superintendente de Operações do HB

E havia ainda o risco do valor cobrado pela construtora (e, portanto, da porcentagem cobrada pela gerenciadora da obra) ser alto demais para ser levado à diante. Em breve, eles teriam uma nova decisão estratégica a fazer: continuar com o plano de fazer um hospital Oncológico de ponta ou apenas consultórios.

> “Então, com certeza o que eu negociei aqui não é mais esse preço. Então, vamos pegar agora, o que eu preciso orçar? E você fala, estou sem projeto executivo, eu vou orçar o que? Então, faz o projeto executivo, entrega tudo, você tem que me entregar a sua proposta para isso. Nós vamos fazer negócio... isso tudo a obra praticamente parada, parada. E o nosso corpo clínico olhando para aquilo e falando assim: 'ué, vocês não vão fazer o prédio para nós? Eu vou embora então'...”

Superintendente
De Operações do HB

> "A decisão até em certo momento em falar o seguinte: 'pô, dependendo do que vier de preço da construtora, a gente pode até decidir e falar o seguinte, quer saber, se vai ficar nesse preço, nós vamos transformar aquele prédio em consultório e não vai ser hospital'. "
>
> *Superintendente de Operações do HB*

Então, em realidade, foram duas decisões que tiveram que ser tomadas em dois níveis organizacionais:

Uma de aceitar as propostas de estratégia feitas pela consultoria e tocar a obra de construção do novo prédio, mesmo sabendo que a mesma poderia onerar o caixa; e a outra, de continuar com a decisão, quando se descobriu que o investimento a ser feito seria 50% maior. Em ambos os casos, uma vez coletadas e apresentadas as informações aos decisores, as decisões aconteceram de maneira rápida em relação ao relatado na literatura (menos de 3 meses), mesmo em se tratando de um setor de velocidade média.

4.5.1.5 Análise descritiva do estudo de caso C

O Estudo de Caso C é sobre a implementação de um programa de Qualidade de Vida e Saúde Ocupacional no Hospital C no ano de 2012. O Hospital C, conforme descrito na seção de *Perfil das empresas estudadas,* é um hospital privado de médio porte, sem fins lucrativos, que atende a diversas especialidades.

O Hospital C vinha implementando gradualmente, há pelo menos 5 anos, diversas ações de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e Saúde Ocupacional (SO). Esta era uma visão do ex-Superintendente, suportada pela estratégia do Hospital C, e pela superintendência de Recursos Humanos, que operacionalizava e sugeria diversas ações neste sentido.

> "Então, a gente começou aqui em 2007, nascendo nessa área vazia. Então a gente procurava dar um conforto para os colaboradores. Eles tinham uma academia de ginástica, eles tinham um cabeleireiro para fazer cabelo, mão, pé, essas coisas. Eles tinham um espaço de lazer, onde durante um turno ou outro eles podiam descansar, deitar, ver uma televisão, um espaço só deles. A gente criou uma lan house onde eles

pudessem acessar, fazer as coisas deles. Nós criamos espaços onde eles podiam fazer dança.... Isso tudo na época era uma coisa idealizada pelo ex-Superintendente, que continuou sendo desenvolvido pelo Superintendente de RH, e aprimorado pelo nosso médico responsável pelo Ambulatório. Evidentemente que houve uma discussão, a área de RH acha que é uma coisa importante, mas essas coisas custam dinheiro..."

Superintendente Geral do Hospital C

"Em 2007 foi lançado aqui o Centro de Atenção à Saúde do Colaborador, o CASC. Ele tinha o objetivo de retirar esses colaboradores da fila do pronto atendimento do hospital, nos casos de urgência, de gripe, de dor de cabeça, enfim, e acolhê-los num pronto atendimento do colaborador. Além da medicina ocupacional, que nós tivéssemos um pronto atendimento, um ambulatório em que nós pudéssemos fazer o PA do colaborador e para se trabalhar as questões de medicina ocupacional conjuntamente tá?

(…)

Então nós tomamos a decisão porque era um pilar do planejamento estratégico, o Programa de Qualidade de Vida. E aí uma equipe nossa foi ser treinada em Stanford, trouxemos para cá o conhecimento e, em 2012, lançamos o programa Bem-Estar, que, mais que um ambulatório do colaborador, era um programa mais amplo que pensa em toda a vida do colaborador, e começamos nesse ano de 2012 2013 2014 a trabalhar juntos no sentido de reduzir a sinistralidade do seguro saúde. "

Superintendente de RH do Hospital C

O Hospital C considera a QVT e a SO como áreas estratégicas. Investimentos nestas áreas eram às vezes questionados por líderes das áreas assistenciais que precisavam de mais investimentos, até que as metas de QVT e SO começaram a ser comunicadas como metas estratégicas e que os resultados de longo prazo das ações começaram a aparecer. Tratam-se de investimentos com retorno no longo prazo.

"E daí tem todas essas coisas, olha tem que fazer um investimento bastante grande, nós estamos fazendo em pessoas, isso vale a pena ou não, até que assim, vale porque nós precisamos ter pessoas saudáveis, sadias para poder cuidar de pessoas que têm aqui alguma fragilidade durante os seus períodos de internação. Quando nós começamos a cuidar, além de fazer os investimentos, a gente viu que também podia ter um ganho no futuro em cima da sinistralidade. O que começou a aparecer só depois. Porque primeiro você põe, põe, põe... nós ficamos 5 anos pondo, de 2007 a 2012, a gente só pôs. Agora a gente começou a colher os frutos. "

Superintendente Geral do Hospital C

O primeiro grande passo neste sentido foi a criação de um ambulatório especial, de áreas de lazer e de uma academia para os colaboradores. Esta primeira fase durou até 2007.

Cerca de três anos depois, um médico geriatra que trabalhava no ambulatório começou a perceber que havia um alto índice de estresse entre os colaboradores.

> "O gatilho foram as queixas sucessivas de pressão do trabalho, estresse, que é difícil e tal... E isso não era uma percepção só minha, era uma percepção da equipe médica. Poxa, eu estava escutando os caras da UTI falando isso, os caras do centro cirúrgico falando isso... 'poxa eu também estou', 'eu também estou', está, vamos começar a pensar em algo aqui então. Assim, esse foi o gatilho, digamos assim. "

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

Ele começou a procurar e a aplicar instrumentos que o ajudassem a ter uma ideia mais acurada da situação de SO e QVT na empresa. Foi então que ele descobriu dados interessantes, como por exemplo a baixa adesão à academia, que contrastava com o desejo dos colaboradores de se exercitarem. Ou os dados que mostravam que colaboradores que se exercitavam geravam menos custos de assistência médica.

> "Então foi a primeira iniciativa que a gente teve, na verdade, de capturar dados de uma forma um pouco mais estruturada, que até então isso não acontecia, a gente tinha lá um prontuário eletrônico que tem dados estruturados, que a gente tem lá um campinho fechado, pressão arterial, dor abdominal, seja que for, mas tem dados não estruturados, que são as anotações do prontuário eletrônico, quer dizer, para você pegar, como é que você faz uma análise um pouco mais qualificada desse tipo de dado, é quase que impossível."

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

> "O custo de quem faz academia para o plano é um custo muito mais baixo do que quem não faz academia, tem alguns números, e a gente sabe tudo isso e todos esses números nos apoiam para tomar a decisão, o perfil do colaborador ideal é um homem, como técnico de enfermagem, vai, é um homem de 40 anos que faz musculação e que tem um segundo emprego, olha só... "

Superintendente de RH do Hospital C

Foi então que este jovem médico geriatra, do ambulatório, resolveu procurar quem eram os experts mundiais na área em soluções em Qualidade de Vida e Saúde Populacional (em empresas ou comunidades).

> "Até que em determinado momento, a gente falou: 'bom, a gente enxerga a necessidade de melhorar os nossos processos, os nossos modelos de gestão integrada em saúde ocupacional... quem faz isso melhor no mundo? "

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

Para sua surpresa, se deparou com uma equipe da Universidade de Stanford que queria ajudá-lo, quase sem custos, já que o Hospital C é um hospital filantrópico na América Latina, e que faz parte da Missão da Universidade espalhar conhecimento em países menos desenvolvidos.
O grupo da Universidade de Stanford o ajudou a fazer uma espécie de "business case" para que ele pudesse convencer a diretoria do Hospital C a investir num programa cujos benefícios só seriam sentidos no médio e longo prazos. Os investimentos envolveriam a disponibilização e cobertura de custos de funcionários do hospital para viagens aos Estados Unidos com a finalidade de treinamento; custos com ações de Educação e Comunicação corporativas; políticas de incentivo aos hábitos saudáveis, entre outros.

> "E aí a gente, então a gente fez isso, voltou para casa e 'olha, precisamos treinar a equipe inteira'. Esse conceito de mudança comportamental, de ciência comportamental, o que é como funciona. 'A gente precisa contratar mais gente', então em 2010 a gente contratou uma psicóloga que fez a sua formação em Coaching de Bem-Estar e tudo mais. Talvez nós tenhamos sido uma das primeiras empresas a contratar para a sua equipe que está ali no programa de Qualidade de Vida de Promoção da Saúde, um Coach de Saúde para fazer esse papel. "

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

> "Então para que você faça ou para que você consiga atingir esse objetivo você precisa criar uma serie de mecanismos digamos assim, que vão desde facilitação de acesso a serviço de promoção da saúde e isso muitas vezes não é apenas ter uma estrutura, a academia já existia, nem por isso as pessoas... Se você não tiver uma lógica, uma estratégia por trás, você provavelmente não vai emplacar..."

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

Como o tal "business case" envolvia muitas projeções quantitativas, o projeto foi aprovado pela diretoria e em menos de um ano estava implementado. O tempo total decorrido de

quando o jovem médico procurou pela ajuda de um expert até a implementação do programa de QVT/SO no modelo preconizado por Stanford foi de 1,5.

> Então no final de 2010, setembro de 2010, a gente fez toda preparação para o lançamento do programa, a gente escolheu quais seriam os setores e nos faríamos um projeto piloto, então a gente lançou um programa em setembro, em outubro e novembro nós rodamos o piloto, entendemos as nossas dificuldades operacionais, o que precisava ser ajustado e tal, isso em dezembro, para que janeiro a gente fizesse o layout para o hospital inteiro. Aí a partir de janeiro de 2011 então o programa começou a valer para a organização como um todo. Foi assim, a concepção do programa começou a ser concebida em metade de 2009, até que ele começou a ser operacionalizado em janeiro de 2011, um ano e meio, construindo, testado, aprendendo, enfim.
>
> *Gerente de Saúde Populacional do Hospital C*

Paralelamente a isso, a área ambulatorial foi se comunicando cada vez mais com áreas correlatas, como Saúde e Segurança do Trabalho, e solicitando da diretoria investimentos (contratação e treinamento de mão-de-obra) capacitados para fornecer mais soluções para estas áreas correlatas.

> Enfim, então nós começamos o programa lá em 2011 para todo o hospital e à medida que esse programa foi se desenvolvendo, por exemplo, utilizando ferramentas para fazer estratificação de risco, aí não mais pensando apenas na doença, mas também no estilo de vida dessa população, a gente foi entendendo essa população de forma cada vez mais abrangente, digamos assim, e a gente foi sentido algumas necessidades de atuação em áreas que a gente não atuava antes, como por exemplo, Ergonomia: ‘opa, Ergonomia tem um papel importante aqui, traz para cá’; tinha um fisioterapeuta que foi se especializar. ‘Olha, faria sentido se dentro dessa equipe a gente trouxesse também o pessoal de Segurança do Trabalho, Saúde e Segurança, vamos criar um mecanismo para colocar todo mundo debaixo do mesmo guarda-chuva e assim foi feito. Então, à medida que o programa foi se desenvolvendo, ele foi tendo o seu escopo e também aumentado.
>
> *Gerente de Saúde Populacional do Hospital C*

Quando o programa foi implementado, o jovem médico geriatra que tocou o projeto foi nomeado gerente da área e passou a se envolver com Saúde Populacional de maneira cada vez mais estratégica, embora sua formação médica tenha sido vital para as consequências notáveis deste envolvimento.

> “Eu acho que foram várias decisões importantes: colocar o ambulatório; fazer a parceria com Stanford; implementar um programa de qualidade de vida muito mais estruturado e amplo, com remuneração variável atrelada a metas de saúde ocupacional; internalização dos procedimentos médicos em colaboradores e negociação de uma fatura de plano de saúde pós-paga. ”
>
> *Superintendente de RH do Hospital C*

Ao se reportar para a superintendência de RH, o médico gerente começou a se inteirar dos custos e características dos contratos do Hospital C com as operadoras de Saúde e, com a ajuda de consultoria especializada, propôs a tomada de duas decisões bastante disruptivas (uma delas definitivamente estratégica): internalizar alguns procedimentos hospitalares que colaboradores estavam fazendo em hospitais do convênio contratado e transformar o contrato com a operadora num contrato pós-pago, onde só se paga os procedimentos que realmente forem realizados.

> “Todos os casos de câncer ou de cirurgia da coluna, ou de segunda opinião, em colaboradores nossos, nós começamos a olhar do ponto de vista da conta. Se este paciente ele estava lá e fez uma cirurgia no HB ou no Hospital X no caso de câncer, se esse paciente, se essa conta fosse aqui no Hospital C, a preço de custo ou que eu tivesse um médico parceiro com uma tabela específica, quanto custaria? Ideia do Gerente de Saúde Populacional do Hospital C, depois de começar a conviver com as operadoras.
>
> (…)
>
> Então nós saímos, começamos a olhar todas as nossas faturas, todos os nossos valores, a Sul América fazendo a pressão para o reajuste do plano e definimos e estudamos a manutenção no plano como ele estava ou o pós-pagamento, do pré para o pós-pagamento. Então nós fizemos a mudança decidimos em 2014 que nós faríamos essa mudança, planejamos essa mudança para o final do ano passado, implantamos em novembro...”
>
> *Superintendente de RH do Hospital C*

Claro que, para convencer a diretoria, muitos números e projeções embasados em dados robustos tiveram que ser apresentados.

> “Então trabalhamos muito com planejamento estratégico, projetos estratégicos definidos, objetivos e projetos estratégicos, a priorização dos projetos. Sempre nós tivemos aí uma tomada de decisão voltada também para investimento, o número, o valor, o resultado não é saudável por acaso, ele tem um planejamento muito sério em relação aos valores como um todo. ”

Superintendente de RH do Hospital C

Se nos hospitais A e B grande parte da ação partiu de não-médicos, o Estudo de Caso C tem este diferencial. Mesmo assim, logo que assumiu uma posição realmente gerencial, o médico em questão pareceu adquirir facilmente competências mais características de profissionais experientes em gestão.

> "Não, na verdade a gente não sabia, naquele momento pelo menos a nossa intenção não era essa na verdade, a nossa perspectiva era uma perspectiva muito mais focada em assistência do que envolver outra coisa... Em clima e na saúde das pessoas, o nosso foco era esse. À medida que esse conhecimento foi se desenvolvendo, como eu falei, que o nosso horizonte foi se expandindo, que a gente foi capaz de enxergar isso de uma forma ainda mais sistêmica, é que a gente passou a se preocupar com essas outras variáveis relacionadas a absenteísmo, a sinistralidade do plano de saúde..."

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

Nossa impressão, após as entrevistas com três executivos diferentes, é de que estas competências já estavam na organização. Tanto na clareza da mesma em relação a que tipo de funcionário contratar, quanto na competência de formação de sucessores de seus executivos.

> "Então a gente contrata também os nossos colaboradores de acordo com os princípios e valores da instituição, se não tiver, ele não entra. "

Superintendente Geral do Hospital C

Hoje os decisores todos acham que foram decisões acertadas: investir em QVT e SO, internalizar tratamentos caros de colaboradores e ter fatura de convênio na modalidade "pós-paga".

> "Mas hoje é uma unanimidade né, a decisão foi tomada tempo atrás. Hoje todo mundo reconhece isso bastante. "

Superintendente Geral do Hospital C

> "Quando o programa foi criado, por exemplo, nós tínhamos cerca de 100 pessoas matriculadas na academia que já existia, hoje são 700, com uma grande diferença, naquela época as pessoas que faziam exercício regulamente, pelo menos duas vezes por semana, era cerca de trinta por cento, hoje a taxa de frequência é de noventa por

cento. Então essa é uma diferença extremamente relevante. E obviamente que isso está atrelado a uma série de outros resultados, exemplo, o indivíduo que faz exercício físico dentro do hospital, quando comparado ao que faz exercício fora ou que não faz exercício físico, custa vinte e oito por cento a menos quando a gente olha o valor anualizado do plano de saúde. Então esses são dados que vão, digamos, sustentando e reforçando o conceito. ”

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

“O tempo todo nós olhamos quanto é que custa, a decisão do pós-pagamento foi muito acertada, nós já tivemos uma redução... completamente acertada, completamente acertada. ”

Superintendente de RH do Hospital C

4.5.2 Análise e discussão inter-caso

É importante lembrar que este estudo foi realizado em uma indústria caracterizada por um ambiente mercadológico de velocidade média (Judge e Miller, 1991), com mudanças tecnológicas incrementais (e não disruptivas), processos de alta complexidade nas áreas assistenciais e nível médio de incerteza em relação aos resultados de decisões estratégicas. A maioria das decisões estudadas emanaram dos planejamentos estratégicos das empresas, mas não estavam necessariamente pré-definidas nestes. Portanto, quando falamos de tomada de decisão, nos resultados desta pesquisa, estamos nos referindo a processos decisórios que ocorreram após os processos de planejamento estratégico.

Neste estudo foram analisadas 6 decisões tomadas pela diretoria executiva dos 3 hospitais estudados, ocorridas em reuniões entre os Superintendentes (ou Superintendentes Gerais) e suas equipes de diretoria (ou de superintendência) executiva. Mesmo se a maioria das decisões ainda necessitou de aprovação pelos respectivos conselhos de administração, o foco deste estudo foi nos times de decisão colegiada formados pelos Superintendentes e suas diretorias executivas.

Das 6 decisões estudadas, 5 aconteceram através de processos bastante estruturados e ordenados de tomada de decisão, onde prevaleceu o modelo de racionalidade limitada de tomada de decisão (Cyert e March, 1963). Este padrão ordenado parece ser diferente do achado por Nutt (1984) em seu estudo com empresas prestadoras de serviços de saúde. Comportamentos racionais prevaleceram sobre comportamentos políticos (Eisenhardt e Zbaracki, 1992), e as decisões foram abrangentes e democráticas, mesmo se as estruturas de poder das três organizações garantiam aos Superintendentes o poder da palavra final.

Outra característica observada em todos os casos foi o consenso na decisão. Os critérios de busca de alternativas estavam bem definidos e compreendidos por todos decisores, fazendo com que a escolha da melhor alternativa fosse objetiva e consensual.

4 das 6 decisões levaram mais de um ano para ser tomadas. Ainda assim, levaram menos de dois anos, espaço de tempo considerado razoável por pesquisadores que investigaram indústrias diferentes (Hickson, 1987), ainda se considerado demorado e pouco adequado para indústrias de alta velocidade pelos estudos com empresas de TI (Eisenhardt, 1989).

É importante ressaltar que a razão dos processos decisórios aqui estudados terem sido mais lentos dos que os que ocorrem em indústrias velozes como a de TI não foi o excesso de decisores (March e Olsen, 1976); tampouco os conflitos durante a fase de seleção de alternativas (Mintzberg et al, 1976). A causa parece estar muito mais relacionada à abrangência, democracia e estruturação do processo de desenvolvimento das alternativas, que incluiu diversos fornecedores, inputs de diferentes executivos das empresas estudadas e, no caso do Hospital A, atrasos em burocráticos processos licitatórios. Com exceção do tempo perdido com o processo licitatório, no Hospital A, foi a fase de desenvolvimento de hipóteses, e não a de seleção de alternativas, que tornou estes processos decisórios mais lentos do que aqueles observados nas pesquisas com empresas de indústrias mais dinâmicas. A demora também parece estar relacionada à experiência dos decisores e da organização como um todo, no tipo de decisão que está sendo tomada.

Embora mais lentos, tais processos decisórios foram menos políticos, já que muita informação de qualidade e inputs de diferentes executivos foram considerados em cada uma destas decisões. Os resultados desta pesquisa corroboram os achados anteriores de que, quanto menos centralizado o poder no Superintendente, menos político o processo decisório (Eisenhardt e Bourgeois, 1988). Apesar do poder ser formalmente centralizado nos Superintendentes, as características pessoais e competências de liderança destes tornaram os processos decisórios mais democráticos.

As decisões estudadas foram implementadas em geral dentro do prazo previsto e de forma *top down*, ou seja, por determinação da diretoria. A resistência comportamental dos colaboradores das áreas envolvidas também foi mitigada pelo fato de tais decisões estarem alinhadas a objetivos estratégicos muito bem comunicados dentro destas organizações e pelos líderes das empresas estudadas possuírem um estilo de liderança do tipo transformacional, ou seja, um

que estimula os colaboradores a colocar os objetivos da organização à frente dos seus interesses particulares. Estes resultados corroboram aqueles de Jones, Jimmieson e Griffiths (2005), de que a liderança transformacional deixa os colaboradores mais aptos a mudanças, mas são diferentes daqueles observados por Quinn (1980) em sua pesquisa com estudo multicaso realizada em 9 grandes empresas.

4.5.2.1 Planejamento

As empresas A, B e C têm estratégias e processos de planejamento estratégico bem estruturados e definidos, construídos com a ajuda de empresas externas de consultoria. Das seis decisões estratégicas estudadas nesta pesquisa, 4 emanaram diretamente do planejamento estratégico e duas indiretamente. Nos casos A2 e B1, as decisões emanaram de um plano diretor de TI que surgiu como uma ramificação do planejamento estratégico organizacional dos Hospitais A e B. Um comparativo entre as empresas pode ser conferido na Tabela 14.

Nas três empresas estudadas, o fato das decisões serem desdobramentos do planejamento estratégico foi particularmente relevante, já que os objetivos estratégicos, pré-determinados e bem comunicados, serviram como balizadores das decisões. Isto evitou que interesses individuais de executivos ou de determinadas áreas fossem priorizados em detrimento dos objetivos estratégicos determinados no planejamento, e facilitou a implementação de tais decisões, as tornando: (i) mais consensuais (já que os líderes de várias áreas concordam em relação aos objetivos estratégicos); (ii) mais rapidamente aprováveis pelos conselhos de administração (pela mesma razão) e (iii) mais facilmente implementáveis, quando a estratégia é bem difundida em todos os níveis hierárquicos onde a decisão tem de ser implementada.

O planejamento do processo de implementação da decisão também parece ser importante para o sucesso da mesma, em organizações hospitalares (ambiente de velocidade média).

Esta aceitação, vital para o sucesso da implementação das decisões estratégicas nestas empresas, ocorre por conta do envolvimento de líderes de todas as áreas no processo de definição de objetivos estratégicos e da constante presença de empresas de consultoria estratégica que atuam como um expert externo com notório saber, que valida estes objetivos de forma mais imparcial do que os executivos internos.

Estes achados corroboram os resultados de Dooley, Fryxell e Judge (2000), de que decisões consensuais são mais facilmente implementadas, de Fredrickson e Mitchell (1984), Fredrickson (1984) e Fredrickson e Iaquinto (1989), de que processos decisórios abrangentes

são bons para indústrias não-turbulentas e de Dean e Sharfman (1993), de que interesses comuns – como, por exemplo, objetivos estratégicos - reduzem o comportamento político.

4.5.2.2 Características da liderança: formação, experiência e tipo de liderança

Outra similaridade marcante entre os casos é a formação não-médica e a experiência em outros setores e em outros hospitais por parte dos Superintendentes. Não-médicos (principalmente engenheiros) foram predominantes em relação a médicos, demonstrando uma clara quebra de paradigma de liderança de hospitais, mesmo no hospital público. Quando compararmos os dados de formação e experiência profissional destes Superintendentes com os dados documentais de seus antecessores de 10 ou mais anos trás, veremos que esta é uma tendência recente. Estes dados corroboram os achados de Schultz, Pal e Swan (2004) de que esta é uma tendência recente, embora neste estudo não iremos discutir se médicos são melhores decisores estratégicos do que engenheiros e administradores e se médicos com MBA são melhores decisores estratégicos do que médicos sem MBA. A Tabela 15 resume o perfil dos Superintendentes.

Tabela 14 – Características do processo estratégico nas empresas estudadas

EMPRESA	COMO SURGE A ESTRATÉGIA	CARACTERÍSTICAS DA ESTRATÉGIA	COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA	DESAFIOS ESTRATÉGICOS
HOSPITAL A Gestão 1	De forma deliberada, através de planejamento estratégico impulsionado pelo corpo clínico, pela organização e pelo governo.	Uma mistura da escola do Planejamento com a escola da Aprendizagem. Baseada em recursos internos	Não tão eficaz; descendente	Desdobrar Missão e Visão em objetivos estratégicos implementáveis
HOSPITAL A Gestão 2	De forma deliberada, através de planejamento estratégico impulsionado pela organização e pelo governo.	Uma mistura da escola do Planejamento com a escola da Aprendizagem. Baseada em recursos internos	Eficaz, descendente e diagonal	Desdobrar Missão e Visão em objetivos estratégicos implementáveis
HOSPITAL B Gestão 1	De forma deliberada e também emergente, através da visão estratégica do Superintendente	Uma mistura das escolas Empreendedora e da Aprendizagem. Predominantemente baseada em recursos, com leve influência do mercado	Eficaz, descendente	Mudança no modelo de negócios; *turn around* financeiro; mudança cultural. *Branding*

HOSPITAL B Gestão 2	Planejamento Estratégico com ajuda de consultoria, de forma deliberada e impulsionada pela organização e pelo mercado	Uma mistura da escola do Planejamento com a escola da Aprendizagem. Baseada no mercado e em recursos internos	Eficaz, descendente e diagonal	Mudança no modelo de negócios; turn around financeiro; mudança cultural; branding
HOSPITAL C Gestão 1	Planejamento Estratégico, de forma deliberada e impulsionada pela organização e pelo mercado	Uma mistura da escola do Planejamento com a escola Empreendedora. Baseada no mercado e em recursos internos	Eficaz, descendente	Expansão; mudanças na governança corporativa e branding
HOSPITAL C Gestão 2	Planejamento Estratégico com ajuda de consultoria, de forma deliberada e impulsionada pela organização e pelo mercado	Uma mistura da escola do Planejamento com a escola da Aprendizagem. Baseada no mercado e em recursos internos	Eficaz, descendente	Expansão; mudanças na governança corporativa e branding

Fonte: A autora.

A formação acadêmica e a experiência anterior em outros setores da economia, por parte destes Superintendentes, foi vital para que os processos de planejamento estratégico e de tomada de decisões estratégicas acontecessem de maneira mais eficiente. A quase totalidade dos Superintendentes estudados nos 5 casos havia tido contato com a literatura de planejamento estratégico e tomada de decisão estratégica já na graduação, e passado por processos de planejamento e TDE tanto em empresas de outras indústrias quanto em outros hospitais. Sua experiência profissional foi vital para tornar os processos de levantamento de alternativas mais rápidas, abrangentes e alinhados com os objetivos estratégicos de suas empresas e facilitar a implementação destas decisões. Estes achados confirmam os de Argote e Ingram (2000), de que a transferência de conhecimento torna as empresas mais competitivas, e de Eisenhardt e Martin (2000), de que em ambientes de velocidade moderada, como hospitais, as capabilidades dinâmicas (Teece, Pisano e Shuen, 1997) – como a capacidade de tomada de decisão estratégica - baseiam-se em conhecimentos pré-existentes.

Também foi vital (totalmente, no caso dos Hospitais B e C e parcialmente no caso do Hospital A) para que se cercassem de uma diretoria executiva com as mesmas características de formação acadêmica, experiência profissional anterior e liderança. Inclusive, em todas as empresas estudadas havia membros da diretoria executiva que já haviam trabalhado com o Superintendente em outros hospitais (em alguns casos até mesmo tomando o mesmo tipo de decisão). Conheciam boas práticas de mercado e as características do desempenho de médio e longo prazo dos principais fornecedores.

A maioria das decisões estudadas revelou uma grande relação de confiança mútua (quanto à competência técnica) entre executivos da área assistencial (primordialmente médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde) e executivos das outras áreas (primordialmente não-médicos, especialmente nos hospitais B e C), fator positivamente correlacionado com processos efetivos de tomada de decisões estratégicas (Parayitam, 2010).

Tabela 15 – Características dos Superintendentes das organizações estudadas

Decisão	Descrição do Superintendente	Formação do Superintendente	Função Preponderante
Decisão A1	Comunicador; Democrático	Economia e Medicina, com Diretor de Operações Engenheiro	Operações
Decisão A2	Comunicador; Democrático	Economia e Medicina, com Diretor de Operações Engenheiro	Operações
Decisão B1	Encantador	Engenharia	Operações
Decisão B2	Encantador	Engenharia	Operações
Decisão C1	Líder e empreendedor	Administração	Administração
Decisão C2	Líder e empreendedor	Administração	Administração

Fonte: A autora

Em 5 das 6 decisões estudadas os Superintendentes apresentaram competências de liderança (Bass e Avolio, 1993 e Sadler, 1976) bastante desenvolvidas. Apesar de não termos utilizado questionários de avaliação de competências de liderança nesta pesquisa, vários aspectos de liderança do tipo transformacional (Bass e Avolio,1993) podem ser identificados nos Superintendentes dos casos estudados, tanto nas entrevistas por estes concedidas, quanto nas entrevistas com suas equipes diretas.

É sabido que as competências de liderança, tanto do tipo transformacional quanto do tipo transacional, estimulam os liderados de uma organização a colocarem os interesses da mesma à frente de seus próprios, ainda que as do primeiro tipo pareçam ser mais efetivas em fazê-lo (Bass e Avolio,1990). E, conforme discutido anteriormente durante a revisão da literatura feita nesta tese, empresas eficazes evitam comportamentos políticos (Eisenhardt e Bourgeois, 1988).

As evidências sobre competências de liderança nos Superintendentes surgiram, durante as entrevistas, particularmente nos momentos em que o pesquisador fazia perguntas sobre: (a) conflitos de decisão; (b) características da decisão (mais ou menos democrática) e (c) resistência comportamental por parte dos colaboradores durante a implementação. Também foi frequente a menção de características de liderança transformacional nos Superintendentes dos casos estudados, quando os diretores executivos descreviam o porquê de terem aceitado seus empregos.

Na maioria das decisões estudadas, quanto maior a competência de liderança do Superintendente - principalmente do tipo transformacional – menor o conflito de decisão do tipo afetivo e menor a resistência comportamental à implementação da decisão por parte dos colaboradores das áreas afetadas pela decisão.

As entrevistas também evidenciaram que a já mencionada confiança técnica entre executivos assistenciais (profissionais da saúde) e não-assistenciais (maioria de profissionais de outras áreas que não a saúde) é fortalecida pelas competências de liderança do tipo transformacional do Superintendente. Nos três casos, as experiências anteriores da diretoria executiva e suas características de executivos "de mercado" parecem ter tido um efeito profissionalizador nos Conselhos.

4.5.2.3 Gestão do Conhecimento e Comunicação Corporativa

Além da formação não-médica dos Superintendentes, e da experiência anterior da maioria dos decisores em outros hospitais, um outro aspecto bastante similar entre as decisões investigadas foi o de Gestão do Conhecimento (GT), conforme conceituado por Davenport, De Long e Beers (1998). Em todos os casos estudados, foram evidenciados diversos tipos de ações de gestão do conhecimento nas organizações, envolvendo desde ações de TI àquelas de educação e comunicação corporativas.

As três empresas analisadas, independentemente de sua natureza jurídica ou do fato de prestarem um tipo tão especial de serviço, demonstraram fazer uso de práticas e investimentos em sistemas de informação, comunicação organizacional e educação corporativa que em muito se assemelham às praticadas por empresas sustentáveis e financeiramente saudáveis de indústrias mais maduras em termos de produtividade e profissionalização.

Duas das seis decisões estudadas eram sobre a escolha de um software único de gestão para o hospital, sendo uma num hospital público e outra num privado, ambos de grande porte. Dez anos se passaram desde o artigo de tendências em gestão hospitalar escrito por Vecina Neto e

Malik em 2006 (2007) e ambas organizações optaram por softwares de mercado, sendo que uma delas nem quis customizações. Esta parece ser uma indicação não só de que as soluções de tecnologia da informação para o setor melhoraram, mas também da maturidade do pessoal de TI hospitalar em dialogar com a alta gestão sobre como estas ferramentas podem moldar os processos da organização.

4.5.3 Diferenças entre os casos

O Hospital A (HA) é um hospital público. Portanto, sua forma de contratação de colaboradores e de serviços é muito mais lenta e restrita do que nos hospitais B e C. Problemas com os processos de licitação (impugnações de editais) ocorreram nos dois casos do Hospital A. Contudo, o Hospital A não sofre pressão mercadológica, podendo se permitir ter processos de tomada de decisão estratégica mais demorados sem perder seu lugar para a concorrência. Quando se trata de escolha de fornecedores, muitas vezes o HA tem escolhas restritas pelo mecanismo de licitação. E, quando se trata de definição de requisitos, esta organização pode ter que executar esta atividade de maneira exaustiva, por exigência do processo licitatório. O HA também é o único hospital-escola nesta pesquisa. Apesar dos hospitais B e C possuírem atividades de ensino e pesquisa, apenas o HA é um hospital-escola na definição do termo. Os estudos de caso demonstraram que, nas duas últimas gestões, o HA vem passando por um processo de profissionalização e de implementação de boas práticas oriundas da iniciativa privada, inclusive de outros setores.

O Hospital B é o único dos 3 hospitais estudados que passou mais de 40 anos com um mesmo Superintendente. Um Superintendente voluntário, formado em Engenharia e que acumulava a direção de um grande grupo empresarial familiar. Livros, artigos acadêmicos, notícias, entrevistas, arquivos históricos e as entrevistas desta pesquisa são todos unânimes ao retratar sua capacidade de inspirar colaboradores e sua incansável dedicação ao HB e a outros hospitais da cidade. O HB foi um dos primeiros hospitais brasileiros a receber transferência de conhecimento de outras indústrias, embora sua vocação assistencial e beneficente continue sendo sua principal razão de existir. Nesta pesquisa, foi possível obter um recorte da transição entre esta gestão tão inspiradora (mesmo se às vezes paternalista e centralizadora) para um novo modelo de gestão trazido pelo Superintendente atual. Ao longo dos anos, o antigo Superintendente foi muito condescendente com a performance dos colaboradores, muitas

vezes preferindo disponibilizar seu próprio patrimônio pessoal a tomar certas decisões necessárias para fazer com que o HB não fechasse o ano “no vermelho”. Conforme vimos na revisão da literatura, é quase impossível que um hospital sobreviva atendendo mais da metade de seus pacientes pela tabela SUS, então a instituição tem que ser extremamente produtiva e/ou contar com outras fontes de receita para poder se manter. Da mesma forma, apesar de ter conseguido imbuir os colaboradores do ideal de missão assistencial que perdura até hoje - e que o atual Superintendente demonstra ter total interesse em manter – o estilo de liderança único deste ex-Superintendente acabou deixando uma herança não tão interessante do ponto de vista operacional: colaboradores incapazes de tomar decisões, mesmo em níveis altos da organização. O caso B1 é emblemático de como a nova gestão está tentando transformar esta parte da cultura do HB. O HB está vivendo um ótimo momento. Seus resultados financeiros melhoraram muito, sem que sua cultura de filantropia tivesse de ser totalmente sacrificada. A instituição continua cumprindo sua importante função social de atender pacientes do SUS (mais de 40% dos atendimentos) e pacientes carentes sem financiamento do SUS, embora tenha atualizado seus modelos de negócios e passado a fazer parte também de um modelo assistencial privado do tipo *Premium*, atendendo pacientes de diversas operadoras.

O Hospital C difere muito dos hospitais A e B porque tem porte bem menor e atende uma porcentagem muito pequena de pacientes financiados pelo governo. Possui também uma primazia pela excelência no atendimento que excede os esforços de seus concorrentes (que não são os hospitais A e B), que muitas vezes priorizam ações de hotelaria e *branding*.

O tema do estudo de caso C é muito inovador e o único que não emanou diretamente do processo de planejamento estratégico, embora esteja totalmente alinhado aos objetivos estratégicos da organização. Aqui, as ideias de um gerente e o apoio e confiança que este recebeu de diretores e VPs experientes e visionários foi o que impulsionou dois casos de tomada de decisão com final satisfatório para a organização. A cultura de cuidado com os colaboradores que existia previamente na instituição parece resultar na contratação deliberada de colaboradores alinhados a esta forma de pensar, retroalimentando este círculo virtuoso. O Superintendente atual era o Diretor de Operações na época em que as decisões foram estudadas, da mesma forma que ocorreu no Hospital A. As entrevistas, a análise documental e as informações de mercado apontam para uma liderança carismática e inspiradora por parte do ex-Superintendente, que reduziu sua jornada de trabalho e se tornou um consultor ainda muito presente na organização, dando lugar para seu sucessor mostrar seu próprio estilo.

A presença do aspecto cultural forte da nacionalidade dos imigrantes fundadores da instituição é confirmada quando observamos que tanto o atual Superintendente quanto seu antecessor (e

outros diretores e gerentes do Hospital C) vieram de um outro hospital fundado por membros da mesma comunidade.

Como, apesar de toda cultura ter muitas qualidades, há uma tendência global por diversidade nas empresas, uma empresa de consultoria em Governança Corporativa sugeriu, após fazer um cuidadoso diagnóstico do Hospital C, que seu Conselho de Administração tivesse mais membros escolhidos por seus históricos profissionais do que por sua nacionalidade. O Hospital C aceitou o desafio e vive um momento de arejamento em sua governança.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Nossos resultados mostram mais similaridades do que diferenças entre os processos decisórios estratégicos das organizações estudadas, e explicitam variáveis afetando estes processos. Em geral, estes processos foram formalizados, ordenados, bem estruturados, mais racionais do que políticos e mais consensuais do que conflituosos. Em especial, os resultados demonstram uma clara relação entre a qualidade do planejamento estratégico e a qualidade da decisão, corroborando os pensamentos: (a) de que o planejamento formal é preditor de uma boa tomada e implementação de decisões estratégicas (Miller e Cardinal, 1994), especialmente quando se trata de decisões que envolvem grandes mudanças organizacionais, processos de alta complexidade, mercados pouco eficientes (Armstrong, 1982) e empresas sem fins lucrativos (Ansoff, 1991) e (b) de que planejamentos estratégicos abrangentes (inclusivos) melhoraram o desempenho de organizações em ambientes mais estáveis (Fredrickson, 1984; Fredrickson e Iaquinto, 1989) e promovem um maior nível de confiança entre diferentes áreas, levando a uma melhor tomada de decisão (Parayitam, 2010).

Em todos os casos, uma vez que estavam definidos o problema e quais as alternativas seriam consideradas na decisão, o resto do processo era bastante veloz, mesmo em relação ao tempo reportado em estudos sobre indústrias mais dinâmicas. Os resultados desta pesquisa também demonstram claras relações entre a experiência anterior e o estilo de liderança dos decisores e a qualidade e velocidade dos processos decisórios e da implementação das decisões geradas. Estes achados confirmam os de Argote e Ingram (2000), de que a transferência de conhecimento torna as empresas mais competitivas, e de Eisenhardt e Martin (2000), de que em ambientes de velocidade moderada, como hospitais, as capabilidades dinâmicas (Teece, Pisano e Shuen, 1997) – como a capacidade de tomada de decisão estratégica - baseiam-se em conhecimentos pré-existentes. Os resultados acima corroboram, ainda, os resultados de Dooley, Fryxell e Judge (2000), de que decisões consensuais são mais facilmente implementadas, de Fredrickson e Mitchell (1984), Fredrickson (1984) e Fredrickson e Iaquinto (1989), de que processos decisórios abrangentes são bons para indústrias não turbulentas e de Dean e Sharfman (1993), de que interesses comuns – como, por exemplo, objetivos estratégicos - reduzem o comportamento político. Os altos investimentos

(financeiros e homem-hora) em Comunicação Corporativa e Educação Corporativa, nas empresas estudadas, também foram bastante relevantes e facilitadores da implementação das decisões.

No caso dos hospitais A e B, mesmo se os estudos de caso foram referentes a decisões tomadas nos últimos dois anos, foi possível observar como o processo decisório mudou ao longo dos anos. Embora já fosse organizado, formalizado e estruturado, o processo decisório passou de mais político, conflituoso (HA) centralizado (HB) e pouco abrangente (HA e HB, em relação a opções de alternativas e a número de áreas participantes) para mais racional, abrangente e consensual. Estes resultados parecem demonstrar avanços nas competências de planejamento estratégico dos hospitais brasileiros, em relação a estudos realizados anteriormente (Malik e Pena, 2003).

Os dados obtidos ainda sugerem relações entre investimentos em Comunicação e Educação corporativas e a implementação de decisões estratégicas, e entre líderes transformacionais e a disponibilidade dos colaboradores para mudanças decorrentes da implementação de estratégias.

5.1 Síntese do estudo

Cinco estudos de caso sobre tomada de decisão estratégica foram realizados em três hospitais de São Paulo, com o objetivo principal de verificar como o processo decisório estratégico se dá, nestas organizações. Como objetivos secundários, este estudo buscou esclarecer: (a) quais variáveis influenciam a forma como as decisões estratégicas ocorrem nos hospitais estudados e (b) como o estilo de tomada de decisão estratégica se modificou ao longo do tempo, nestas organizações. Através de entrevistas semiestruturadas e aprofundadas com membros da diretoria executiva destes hospitais, e de análise documental complementar, seis processos de tomada de decisão estratégica foram identificados e analisados sob a luz de modelos consagrados de tomada de decisão (Mintzberg et al, 1976; Eisenhardt e Zbaracki, 1992). Com uso da metodologia de estudo de caso proposta por Yin (2010), os estudos de caso foram analisados individualmente e comparados entre si, quando foram observadas suas principais semelhanças e diferenças. Esta pesquisa focou no processo decisório feito pelos Superintendentes em conjunto com suas diretorias executivas. Informações sobre aprovação posterior pelos Conselhos surgiram, inclusive com variações ao longo dos anos, mas a contribuição maior deste estudo está na compreensão de como a diretoria executiva toma decisões.

Como é o processo decisório nestas organizações?

Todos os processos decisórios estratégicos avaliados nesta pesquisa se revelaram bem estruturados e seguiram um padrão de ordenação de fases (Tabela 16). Seus tempos de duração foram adequados às dinâmicas de mercado em que as organizações estudadas estão inseridas e ao caráter estratégico das decisões. As decisões estudadas estavam alinhadas a objetivos estratégicos claros e em geral bem comunicados, obtidos através de processos de planejamento estratégico abrangentes e estruturados, feitos com a ajuda de consultorias especializadas (em todos os casos).

O estilo decisório preponderante foi o racional, com velocidade média (já que os processos de delimitação do problema e busca por alternativas foram abrangentes e detalhados) e decisões colegiadas. O nível de consenso ao final da decisão foi alto em todos os casos, mesmo se conflitos técnicos surgissem durante a avaliação de alternativas.

Especialmente nos hospitais A e B, os Superintendentes e Diretores de Operações parecem ter competências de liderança transformacional bastante fortes. Em todas as decisões estudadas, os decisores se utilizaram de informações quantitativas e qualitativas para decidir, sempre balizando as alternativas com seus objetivos estratégicos. No caso dos hospitais A e B, três das quatro decisões emanaram diretamente do processo de planejamento estratégico. No caso do Hospital C, e em um dos casos do HA, as decisões estudadas emanaram de propostas da média gerência que estavam, ainda assim, totalmente alinhadas aos objetivos estratégicos da organização.

Tabela 16 – Resumo comparativo dos resultados sobre as decisões estudadas

CARACTERÍSTICA	Decisão A1	Decisão A2	Decisão B1	Decisão B2	Decisão C1A	Decisão C1B
Velocidade (Hickson, 1987; Eisenhardt 1989)	Média	Baixa	Rápida	Média	Média	Rápida
Aversão ao risco	Média	Média	Média	Baixa	Média	Média
Racionalidade (Eisenhardt e Zbaracki, 1992)	Alta	Média	Alta	Alta	Alta	Alta
Política (Eisenhardt e Zbaracki, 1992)	Baixa	Baixa	Muito Baixa	Muito Baixa	Baixa	Baixa
Estilo de tomada de decisão	Racionalidade Limitada	Racionalidade Limitada	Racionalidade Limitada	Racionalidade Limitada	Racionalidade Limitada	Racionalidade Limitada

(Eisenhardt e Zbaracki,1992)						
Consenso	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Estruturação do processo e ordenação de fases	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente	Presente
Uso de experiência anterior	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Implementação	Bem-sucedida	Bem-sucedida	Bem-sucedida	Bem-sucedida	Bem-sucedida	Bem-sucedida

Fonte: A autora

Com exceção do Hospital A (HA), onde a configuração de governança é muito peculiar, o poder de decisão parece muito mais concentrado no Superintendente (ou Superintendente Geral) e em sua diretoria executiva, do que nos Conselhos. Os Conselhos parecem funcionar mais como validadores de decisões já tomadas, a não ser quando se trata de liberar grandes quantias de dinheiro que não foram previstas durante o planejamento estratégico (como no projeto de construção mal dimensionado no caso B2). Mesmo no caso do HA (público), o conteúdo das entrevistas mostra que, quando o Superintendente compra a ideia, e esta ideia está embasada por números, a chance de aprovação pelo Conselho é grande.

Um mínimo de comportamento político foi observado no HA, onde os membros mais influentes do Conselho eram procurados pelo Superintendente e pela diretoria executiva antes das reuniões de tomada de decisão, para que os primeiros pudessem ouvir, individualmente, as informações e opiniões do Superintendente e da diretoria executiva sobre as alternativas da decisão. Ainda assim, este comportamento foi revelado com toda transparência por todos os entrevistados, e pareceu muito mais uma estratégia para driblar a falta de tempo que o Conselho tem para avaliar caso a caso (quase 50 decisões por reunião), do que um procedimento de criação de alianças.

Quais as principais variáveis influenciando a forma como decisões estratégicas são tomadas nestes hospitais?

Os resultados desta pesquisa revelaram uma clara relação entre processos abrangentes, bem estruturados e bem comunicados de planejamento estratégico e um modo mais racional do que político de tomada de decisão. Estes resultados parecem demonstrar avanços nas competências de planejamento estratégico dos hospitais brasileiros, em relação ao estudo realizado por Malik e Pena (2003). Com todos os decisores com os mesmos objetivos estratégicos em mente, e a ajuda de consultores externos, a defesa de alternativas vinculadas a interesses que possam ir contra os objetivos estratégicos da organização, ficou dificultada. Além disso, líderes

de todas as áreas dos hospitais estudados participaram dos planejamentos estratégicos, o que aumentou a confiança entre as áreas e reduziu os conflitos de decisão do tipo afetivo. Esta variável também apareceu, em todos os casos, como um facilitador da implementação das decisões estratégicas tomadas.

Estes dados corroboram os seguintes achados anteriores:

I. O planejamento formal é preditor de uma boa tomada e implementação de decisões estratégicas (Miller e Cardinal, 1994), especialmente quando se trata de decisões que envolvem grandes mudanças organizacionais, processos de alta complexidade e mercados pouco eficientes (Armstrong, 1982) e empresas sem fins lucrativos (Ansoff, 1991) e

II. planejamentos estratégicos abrangentes (inclusivos) melhorarem o desempenho de organizações em ambientes mais estáveis (Fredrickson, 1984; Fredrickson e Iaquinto, 1989) e promoverem um maior nível de confiança entre diferentes áreas, levando a uma melhor tomada de decisão (Papadakis, Lioukas e Chambers, 1998; Parayitam, 2010). Entretanto, estes dados são opostos ao que é preconizado em termos de velocidade de tomada de decisões estratégicas para ambientes dinâmicos (Dean e Sharfman, 1996; Eisenhardt, 1989) e também as pesquisas que sugerem que estratégias predominantemente emergentes (versus aquelas obtidas através de processos estratégicos bem estruturados) resultam em melhores performances (Mintzberg, 1980).

Tabela 17 – Características da alta liderança das organizações estudadas

DIRETORIA	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C
Estilo de liderança do Superintendente ou Superintendente	Transformacional	Transformacional	Transformacional
Formação e experiência do Superintendente	Engenharia com pós-graduação em Administração Hospitalar e MBA e experiência prévia em hospitais e outros setores	Engenharia com experiência prévia em hospitais e outros setores	Administração, com MBA e experiência em outros setores e hospitais
Características da Diretoria Executiva	Misto de profissionais nomeados e concursados, oriundos de áreas assistenciais ou não. Nas últimas duas gestões o	Médicos e não-médicos apontados pelo ex-Superintendente que ficou mais de 40 anos na Gestão 1. A maioria	Em sua maioria, não médicos com experiência anterior em hospitais, inclusive com os Superintendentes das

	perfil tem se profissionalizado.	oriunda da empresa da família mantenedora.	duas gestões
Características do Conselho	Docentes concursados da Faculdade de Medicina. Maioria de médicos com experiência na gestão de serviços públicos de saúde. Pouca rotatividade. Pouco tempo de organização.	Em sua maioria, não-médicos membros da comunidade fundadora. Pouca rotatividade.	Em sua maioria, não-médicos membros da comunidade fundadora. Passou por reformulação e hoje tem Superintendentes de grandes empresas, sejam eles membros da comunidade ou não.

Fonte: A autora.

Particularmente importante é que esta estratégia seja bem divulgada por todas as áreas da organização. Os três hospitais estudados e suas lideranças fizeram questão de dedicar tempo, recursos financeiros e capital humano para montar e implementar boas estratégias de Comunicação Corporativa, que espalharam conhecimento sobre os rumos estratégicos destes hospitais em todos os seus níveis hierárquicos. Da mesma forma, os três hospitais estudados, em mais de uma gestão, sempre dedicaram recursos importantes a suas áreas de Treinamento e Desenvolvimento, o que foi absolutamente crucial durante a implementação das decisões estudadas. Quando chegou o momento de as decisões serem implementadas, os colaboradores das áreas afetadas: (a) já sabiam das mudanças que iriam ocorrer; (b) conseguiam vinculá-las a um objetivo maior, a favor do qual haviam sido "convertidos" por uma liderança transformadora (Nutt, 1998) e (c) já dispunham de uma estrutura de Treinamento e Desenvolvimento a postos para ajudá-los.

Estes achados corroboram estudos anteriores que concluíram que:

1. Gestores de hospitais consideram estratégicas a Gestão do Conhecimento e a Gestão por Competências (Teles, 2002);

2. as competências de liderança, tanto do tipo transformacional quanto do tipo transacional, estimulam os liderados de uma organização a colocarem os interesses da mesma à frente de seus próprios, inclusive em ambientes hospitalares (Spinelli, 2006), ainda que as do primeiro tipo pareçam ser mais efetivas em fazê-lo (Bass e Avolio,1990);

3. Colaboradores que percebem valores humanos em suas organizações estão mais dispostos a adquirir os novos comportamentos (Jones et al, 2005) e

4. Estratégias elaboradas em consenso são mais facilmente implementáveis em hospitais (Dooley et al, 2000).

A segunda variável mais marcante foi o perfil dos decisores: tanto sua experiência anterior (incluindo a formação acadêmica) quanto seu estilo de liderança (Miller et al, 2004; Nutt 1998). A análise dos resultados evidenciou que características dos decisores como formação, experiência anterior e competências de liderança e de análise quantitativa foram determinantes da forma como os processos de tomada de decisão estratégica ocorreram nos casos estudados nesta pesquisa. A formação e experiência anterior dos Superintendentes e de seus diretores proporcionaram uma melhor delimitação dos problemas e uma busca por alternativas de qualidade. As fases de delimitação do problema e seleção de alternativas, embora mais demoradas, proporcionaram aos hospitais estudados decisões muito mais racionais do que políticas, com quase nenhuma presença conflito do tipo afetivo. Estas decisões eram rapidamente tomadas, uma vez que as alternativas haviam sido enumeradas. A maioria dos decisores estava acostumada a tomar este tipo de decisão. Estes achados confirmam os de Argote e Ingram (2000), de que a transferência de conhecimento torna as empresas mais competitivas, e de Eisenhardt e Martin (2000), de que em ambientes de velocidade moderada, como hospitais, as capabilidades dinâmicas (Teece, Pisano e Shuen, 1997) – como a capacidade de tomada de decisão estratégica - baseiam-se em conhecimentos pré-existentes.

A maioria dos entrevistados demonstrou possuir, também, competências de liderança transformacional e inteligência emocional que tornam suas atuações bastante democráticas e conciliadoras. Tais características, especialmente por parte dos Superintendentes, fizeram com que executivos de diversas áreas (assistenciais ou não) participassem das fases de elaboração de estratégia e de tomada de decisões, criando uma mentalidade comum sobre os objetivos estratégicos da organização e promovendo partilha de conhecimentos dentro da organização (Nutt, 1998).

Duas outras variáveis influenciaram os processos decisórios estudados: tipo de decisão e natureza jurídica das organizações (ou a legislação atuando sobre as mesmas). Foram cinco estudos de caso, mas seis decisões. Duas delas foram decisões de seleção de ERP. Nestes casos, o tipo de decisão parece ter influenciado a velocidade da decisão. Enumerar os requisitos de um ERP e verificar se os fornecedores atendem a estes requisitos é uma tarefa demorada. A im-

plementação, nestes casos, também é mais demorada, já que implica no treinamento de muitos funcionários. No caso da decisão B2, do Estudo de Caso B2, o tipo de decisão também pareceu influenciar a velocidade da mesma já que, a cada dia sem decidir, os custos aumentavam. Nestes casos, o tipo de decisão influenciou o processo decisório e sua implementação.

A legislação que obriga os hospitais públicos a licitar a compra de produtos e serviços atrasou os dois processos decisórios que estudamos no Hospital A. Duas decisões completamente diferentes e, no entanto, ambas foram atrasadas por fatores externos à organização, relacionados ao processo licitatório: a demora no tecnicamente desafiador e burocrático processo de elaboração de um edital público e a impugnação de editais pelo Tribunal de Contas, tanto no Estudo de Caso A1, quanto no Estudo de Caso A2. Nestes dois casos, a natureza jurídica da organização, ou seja, as leis às quais ela está sujeita, influenciaram a velocidade da decisão. Os decisores em si foram rápidos, o que levou tempo foi o processo de preparação para conhecer as alternativas (fornecedores). No caso A2, coincidentemente ou não, a empresa selecionada não foi a líder de mercado entre hospitais brasileiros considerados de ponta, mas sim a empresa que possui mais experiência com editais públicos. Neste caso, não só a velocidade da decisão pode ter sido influenciada pela variável natureza jurídica, mas a escolha do fornecedor, em si.

Houve alguma mudança, nas últimas duas décadas, na forma como estas organizações tomam decisões estratégicas?

Conforme explicitado nos capítulos de Resultados e Discussão, diversos trechos das entrevistas realizadas, nos três hospitais, dizem respeito a mudanças percebidas pelos executivos na forma como decisões estratégicas vêm sendo tomadas, ao longo do tempo.

Nas duas últimas gestões do HA, que trouxeram à liderança dois executivos com formação não-médica e experiência em outros setores, parece ter transformado a forma como se faz planejamento estratégico na organização (menos filosófica e mais prática, além de mais inclusiva e abrangente) e a tomada de decisões (com convencimento, alinhamento, avaliação mais cuidadosa de alternativas e participação de diretos e gerentes de várias áreas). Além disso, a experiência de mercado destes executivos parece ter desenvolvido (ou selecionado) neles competências de liderança e comunicação um pouco diferentes daquelas que um hospital-escola desenvolve ou seleciona num médico diretor. Então, de modo geral, os processos decisórios parecem ter se tornado menos políticos e mais democráticos e abrangentes.

O HB passou 40 anos sob a batuta de um mesmo líder. Apesar das muitas coisas vantajosas implementadas em sua gestão (inclusive a própria sobrevivência do HB, ao longo deste tem-

po), cinco dos seis entrevistados mencionaram uma grande mudança de paradigma na forma da organização tomar decisões estratégicas, táticas e operacionais. Os colaboradores de todos os níveis hierárquicos, até a gestão atual (iniciada três anos antes desta pesquisa) possuem pouca ou nenhuma competência (e experiência) em tomar decisões. As decisões, mesmo que feitas de maneira racional, eram totalmente centralizadas no ex-Superintendente. Como era impossível que ele fosse onipresente, algumas decisões estratégicas e muitas outras táticas e operacionais, eram tomadas de forma pouco racional e estruturada ou, até mesmo, não eram tomadas. A vinda de uma equipe de mercado, com experiência anterior em outros setores e em hospitais com boa performance financeira e operacional, e recrutada também por conta de suas competências de liderança, modificou para melhor o processo de tomada de decisão estratégica no HB.

Embora não tenha sido possível identificar mudanças no processo decisório estratégico da diretoria executiva do Hospital C, ao longo do tempo, o estudo de caso lá realizado evidenciou uma mudança na forma como o Conselho toma decisões. Com a mudança na composição do Conselho (conselheiros com mais de 80 anos de idade e aposentados há muitos anos foram substituídos por conselheiros mais jovens, que presidem empresas de grande porte e boa performance), os projetos aprovados pela diretoria executiva agora passam por uma avaliação mais cuidadosa, antes de sua aprovação pelo Conselho. Isso equilibrou um pouco mais as responsabilidades dentro da organização, e pode reduzir as chances que más decisões sejam tomadas. A Figura 5 resume os resultados desta pesquisa.

5.2 Contribuições deste estudo

Apesar de suas limitações metodológicas, esta pesquisa cumpriu com os objetivos aos quais se destinava: verificar como ocorrem e como variaram ao longo do tempo os processos decisórios estratégicos nas organizações estudadas (com no mínimo 3 entrevistados para cada decisão) e verificar se a velocidade destes processos de TDE estava adequada ao setor.

Como contribuições inesperadas, citamos os vários dados sobre a implementação das decisões, um importante tema em TDE (Papadakis e Barwise, 1997), que acabaram surgindo ao longo da pesquisa. Particularmente interessantes relevantes, a nosso ver, foram os seguintes achados:

1) O estudo revelou uma mudança na formação acadêmica e experiência profissional dos Superintendentes dos hospitais estudados, ao longo do tempo;

2) Por conter dois estudos de caso aprofundados e com informações longitudinais sobre a escolha de um software de gestão para dois hospitais de grande porte e alta complexidade, um público e outro privado, este estudo contribui, do ponto de vista acadêmico, para a compreensão de parte do processo de amadurecimento do uso racional de TI em gestão hospitalar; contribui também, em termos de gestão: detalhando a experiência, as boas práticas e as informações de mercado de gestores de TI que passaram por algumas das instituições de assistência à saúde mais complexas do Brasil;

3) este estudo corrobora achados anteriores sobre uma tendência à terceirização de serviços na gestão de hospitais brasileiros (Vecina Neto e Malik, 2007) e revela, ao menos nas instituições estudadas, um amadurecimento do processo de planejamento estratégico nos últimos dez anos (Malik e Pena, 2003);

4) Conforme exposto nestas Conclusões, os resultados desta pesquisa corroboram achados anteriores (Hambrick e Cannella, 1989; Heide, Grønhaug, e Johannessen, 2002; Noble, 1999; Peng e Litteljohn, 2001) de que variáveis como (a) qualidade do planejamento estratégico (Brenes, Mena e Molina, 2008); (b) perfil de liderança e experiência anterior dos executivos do alto escalão (Hickson et al, 2003; Miller et al, 2004); (c) tipo da decisão; (d) natureza jurídica da organização e (e) investimentos em Comunicação (Nutt, 19999) e Educação corporativas influenciam o processo decisório estratégico e o sucesso da implementação das decisões tomadas;

5) Nos hospitais A e B os estudos de caso ocorreram logo após mudanças culturais e de liderança bastante disruptivas, um momento interessante, academicamente, para realização de pesquisas; do ponto de vista de gestão, os resultados sobre Comunicação Corporativa podem direcionar boas práticas em momentos de gestão de mudanças.

5.3 Limitações do estudo e sugestões para estudos futuros

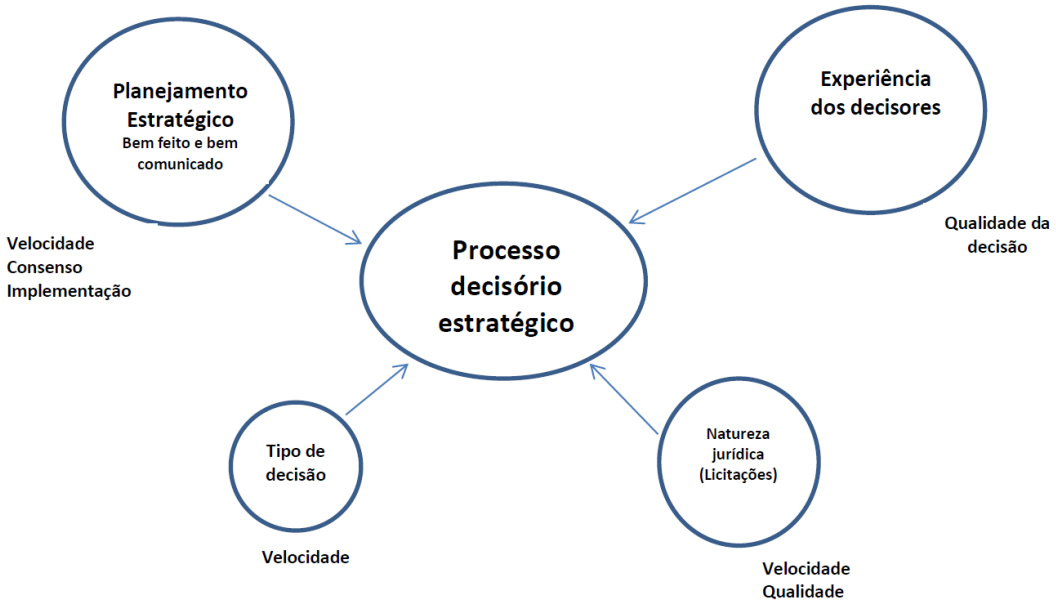
A aparente estruturação dos processos decisórios pode ser fruto da racionalização a posteriori dos entrevistados ou da seleção de casos menos conflituosos pelos líderes dos hospitais estudados. Estudos futuros em que os pesquisadores presenciem as reuniões de TDE modem reduzir seta's limestones.

Apesar de avaliar ao menos dois processos decisórios por empresa, e de entrevistar ao menos três executivos diferentes para cada caso, o número de casos ainda é pequeno e impede generalizações, como é de praxe neste tipo de pesquisa. Os três hospitais são completamente diferentes entre si em termos de cultura, história e até mesmo de natureza jurídica e governanças, estão estudos futuros comparando casos em hospitais mais semelhantes podem revelar dados interessantes.

Os Superintendentes-gerais das organizações pesquisadas puderam escolher quais decisões nos deixariam estudar. A inclusão de estudos de casos sobre decisões que os Superintendentes das empresas considerem ter sido malfeitas pode diminuir os riscos de atribuição do sucesso da decisão a variáveis equivocadas. Além disso, quase todos os entrevistados faziam parte do alto-escalão, e suas considerações não puderam ser averiguadas através de entrevistas com seus subordinados. Estudos futuros com entrevistados de diferentes níveis organizacionais podem sanar estes vieses.

Estudos comparando um número maior de casos, mas entre hospitais de mesmo porte e natureza jurídica poderia isolar variáveis importantes. Principalmente se as decisões analisadas fossem mais parecidas entre si. Por outro lado, estudos comparando o processo decisório estratégico em empresas brasileiras de diversos setores, com decisões parecidas, também poderiam ser interessantes para revelar variáveis atuando sobre cada setor, e boas práticas setoriais. Estudos multicaso com uma amostra maior de casos comparando a capacidade decisória de Superintendentes médicos com a de Superintendentes não-médicos poderiam ser bastante interessantes para verificar se esta variável é significativa. A inclusão de outras variáveis observadas nesta pesquisa, que são menos usualmente utilizadas em pesquisas de tomada de decisão estratégica - como, por exemplo, os investimentos em Comunicação Corporativa – também podem trazer resultados interessantes.

Figura 05 - Principais fatores influenciando o processo decisório nos hospitais estudados



Fonte: A autora

5.4 Considerações finais

Nesta pesquisa, os processos de planejamento estratégico elaborados de maneira abrangente (com a participação de profissionais de diversas áreas da companhia) e aprofundada (não necessariamente rápida), com objetivos estratégicos claros e bem comunicados a colaboradores de todos os níveis, levaram a decisões estratégicas mais velozes, acertadas e mais rápida e facilmente implementadas.

Executivos com experiência anterior em outros setores e em hospitais com boa performance operacional e financeira trouxeram competências relevantes em planejamento estratégico, tomada de decisão e liderança, nos hospitais estudados. O perfil dos altos executivos destes hospitais variou bastante e de forma similar nos últimos dez anos, passando de lideranças mais autoritárias e com menos conhecimentos em outros setores para lideranças mais democráticas e multidisciplinares. Esta mudança se refletiu, nas organizações estudadas, em seus processos de planejamento estratégico e TDE.

A ajuda de grandes consultorias com "notório saber" técnico, especializadas em assuntos diversos, teve efeito benéfico sobre a avaliação de alternativas em decisões estratégicas nos casos estudados nesta pesquisa.

Processos decisórios estratégicos envolvendo licitações geraram atrasos no processo de TDE e limitações na seleção de alternativas.

Nos casos estudados, apesar da presença de certos comportamentos políticos, os processos de TDE foram predominantemente racionais e baseados em informações quantitativas. Os comportamentos políticos foram úteis no processo de interação e colaboração entre diferentes áreas.

As velocidades dos processos de TDE estudados nesta pesquisa seriam inadequadas (muito lentas) para organizações inseridas em ambientes velozes como é o caso das empresas de tecnologia, mas não destoam de achados anteriores para empresas atuando em ambientes de média velocidade (inclusive de serviços de saúde) e apenas em um dos casos representou um certo risco em termos de competitividade e/ou perda de operações para a organizações estudada. Porém, isto foi mais devido à natureza da decisão (obra de grande porte, feita em cima de um orçamento inacurado, ou seja, em cima de dados inadequados) do que à sua velocidade.

REFERÊNCIAS

(1971). As funções do executivo. *Revista de Administração de Empresas,11*(3), 119-121. https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901971000300014

Alexander, J. A., Weiner, B. J., Shortell, S. M., Baker, L. C., & Becker, M. P. (2006). The role of organizational infrastructure in implementation of hospitals' quality improvement. *Hospital topics*, *84*(1), 11-21.

Amason, A. C. (1996). Distinguishing the effects of functional and dysfunctional conflict on strategic decision making: Resolving a paradox for top management teams. *Academy of management journal*, *39*(1), 123-148.

Ansoff, H. I. 1965. Corporate strategy. New York: McGraw Hill.

Ansoff, H. I. (1991). Critique of Henry Mintzberg's 'The design school: reconsidering the basic premises of strategic management'. *Strategic management journal*, *12*(6), 449-461.

Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational behavior and human decision processes*, *82*(1), 150-169.

Armstrong, J. S. (1982). The value of formal planning for strategic decisions: Review of empirical research. *Strategic Management Journal*, *3*(3), 197-211.

Ashmos, D. P., Duchon, D., & McDaniel, R. R. (1998). Participation in strategic decision making: the role of organizational predisposition and issue interpretation. *Decision Sciences*, *29*(1), 25-51.

BARBOSA, A. P. (2003). *GOVERNANÇA CORPORATIVA EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS: UM ESTUDO DO PERFIL DE ONZE HOSPITAIS BRASILEIROS* (Doctoral dissertation).

Barney, J., Wright, M., & Ketchen, D. J. (2001). The resource-based view of the firm: Ten years after 1991. *Journal of Management*, *27*(6), 625-641.

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, *17*(1), 99-120.

Bass, B. M. (1990). From transactional to transformational leadership: Learning to share the vision. *Organizational dynamics*, *18*(3), 19-31.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformational leadership and organizational culture. *Public administration quarterly*, 112-121.

Bataglia, Walter, & Yu, Abraham Sin Oih. (2008). A sincronização da tomada de decisão estratégica com o planejamento estratégico formal. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, *9*(5), 82-111. https://dx.doi.org/10.1590/S1678-69712008000500005

Bazerman, Max H. E Moore, Don. (2010). Processo Decisório. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 319 p.

Bourgeois III, L. J., & Eisenhardt, K. M. (1988). Strategic decision processes in high velocity environments: Four cases in the microcomputer industry. *Management science*, *34*(7), 816-835.

Brenes, E. R., Mena, M., & Molina, G. E. (2008). Key success factors for strategy implementation in Latin America. *Journal of Business research*, *61*(6), 590-598.

Burns, L., Bradley, E., & Weiner, B. (2011). *Shortell and Kaluzny's Healthcare Management: Organization Design and Behavior*. Cengage Learning.

Butler, S. A., & Ghosh, D. (2015). Individual differences in managerial accounting judgments and decision making. *The British Accounting Review*, *47*(1), 33-45.

de Campos Serra, B. P., Serra, F. R., & Tomei, P. (2014). A pesquisa em tomada de decisão estratégica no alto escalão: evolução e base intelectual do tema. *Revista de Ciências da Administração*, 11-28.

Carmeli, A., Friedman, Y., & Tishler, A. (2013). Cultivating a resilient top management team: The importance of relational connections and strategic decision comprehensiveness. *Safety Science*, *51*(1), 148-159.

Carmeli, A., & Schaubroeck, J. (2006). Top management team behavioral integration, decision quality, and organizational decline. *The Leadership Quarterly*, *17*(5), 441-453.

Carmeli, A., Sheaffer, Z., & Yitzack Halevi, M. (2009). Does participatory decision-making in top management teams enhance decision effectiveness and firm performance? *Personnel Review*, *38*(6), 696-714.

Chandler, A. D. 1962. Strategy and structure. Cambridge, MA: MIT Press

Cohen, D. J., & Crabtree, B. F. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *The Annals of Family Medicine*, *6*(4), 331-339.

Cyert, R. M., & March, J. G. (1963). A behavioral theory of the firm. *Englewood Cliffs, NJ*, *2*.

Das, T. K., & Teng, B. S. (1999). Cognitive biases and strategic decision processes: An integrative perspective. *Journal of Management Studies*, *36*(6), 757-778.

Davenport, T. H., De Long, D. W., & Beers, M. C. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan management review*, *39*(2), 43.

Dean, J. W., & Sharfman, M. P. (1993). Procedural rationality in the strategic decision making process. *Journal of management studies*, *30*(4), 587-610.

Dean, J. W., & Sharfman, M. P. (1996). Does decision process matter? A study of strategic decision-making effectiveness. *Academy of management journal*, *39*(2), 368-392.

Devers, K. J., Brewster, L. R., & Casalino, L. P. (2003). Changes in hospital competitive strategy: a new medical arms race? *Health services research*, *38*(1p2), 447-469.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, *114*(11), 1115-1118.

Dooley, R. S., Fryxell, G. E., & Judge, W. Q. (2000). Belaboring the not-so-obvious: Consensus, commitment, and strategy implementation speed and success. *Journal of management*, *26*(6), 1237-1257.

Dooley, R. S., & Fryxell, G. E. (1999). Attaining decision quality and commitment from dissent: The moderating effects of loyalty and competence in strategic decision-making teams. *Academy of Management journal*, *42*(4), 389-402.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, *14*(4), 532-550.

Eisenhardt, K. M., & Bourgeois, L. J. (1988). Politics of strategic decision making in high-velocity environments: Toward a midrange theory. *Academy of management journal*, *31*(4), 737-770.

Eisenhardt, K. M., & Zbaracki, M. J. (1992). Strategic decision making. *Strategic management journal*, *13*(S2), 17-37.

Eisenhardt, K. M., & Martin, J. A. (2000). Dynamic capabilities: what are they? *Strategic management journal*, 1105-1121.

Elbanna, S. (2006). Strategic decision-making: Process perspectives. *International Journal of Management Reviews*, *8*(1), 1-20.

Ford-Eickhoff, K., Plowman, D. A., & McDaniel Jr, R. R. (2011). Hospital boards and hospital strategic focus: the impact of board involvement in strategic decision making. *Health care management review*, *36*(2), 145-154.

Fredrickson, J. W. (1984). The comprehensiveness of strategic decision processes: Extension, observations, future directions. *Academy of Management journal*, *27*(3), 445-466.

Fredrickson, J. W., & Iaquinto, A. L. (1989). Inertia and creeping rationality in strategic decision processes. *Academy of management journal*, *32*(3), 516-542.

Fredrickson, J. W., & Mitchell, T. R. (1984). Strategic decision processes: Comprehensiveness and performance in an industry with an unstable environment. *Academy of Management*

journal, *27*(2), 399-423.

Furrer, O., Thomas, H. and Goussevskaia, A. (2008), The structure and evolution of the strategic Management field: A content analysis of 26 years of strategic Management research. *International Journal of Management Reviews*, 10: 1–23

Gadelha, C. A. G. (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & saúde coletiva*,*8*(2), 521-535.

Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual review of psychology*, *62*, 451-482.

Gioia, D. A., & Pitre, E. (1990). Multiparadigm perspectives on theory building. *Academy of management review*, *15*(4), 584-602.

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15-31.

Green, L. V. (2002). How many hospital beds? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *39*(4), 400-412.

Gutierrez, M. A. (2011). Sistemas de Informação Hospitalares: progressos e avanços. *Journal of Health Informatics*,*3*(2).

Hambrick, D. C., & Finkelstein, S. (1987). Managerial discretion: A bridge between polar views of organizational outcomes. *Research in organizational behavior*.

Hambrick, D. C., & Cannella, A. A. (1989). Strategy implementation as substance and selling. *The Academy of Management Executive*, *3*(4), 278-285.

Hambrick, D. C., & Mason, P. A. (1984). Upper echelons: The organization as a reflection of its top managers. *Academy of management review*, *9*(2), 193-206.

Hearld, L. R., Alexander, J. A., Fraser, I., & Jiang, H. J. (2008). Review: how do hospital organizational structure and processes affect quality of care? A critical review of research methods. *Medical Care Research and Review*, *65*(3), 259-299.

Heide, M., Grønhaug, K., & Johannessen, S. (2002). Exploring barriers to the successful implementation of a formulated strategy. *Scandinavian Journal of Management*, *18*(2), 217-231.

Hickson, D. J. (1987). Decision-making at the top of organizations. *Annual review of sociology*, *13*(1), 165-192.
Hickson, D. J., Miller, S. J., & Wilson, D. C. (2003). Planned or prioritized? Two options in managing the implementation of strategic decisions. *Journal of Management Studies*, *40*(7), 1803-1836.

Hoskisson, R. E., Hitt, M. A., Wan, W. P., & Yiu, D. (1999). Theory and research in strategic Management: Swings of a pendulum. *Journal of Management*, *25*(3), 417-456.

Hoskisson, Robert E. et al. Theory and research in strategic Management: Swings of a

pendulum. *Journal of Management*, v. 25, n. 3, p. 417-456, 1999.

Jones, R. A., Jimmieson, N. L., & Griffiths, A. (2005). The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: The mediating role of readiness for change. *Journal of Management Studies*, *42*(2), 361-386.

Judge, W. Q., & Miller, A. (1991). Antecedents and outcomes of decision speed in different environmental context. *Academy of Management Journal*, *34*(2), 449-463.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). Mirror, mirror on the wall. *How the performance of the US Health care system compares internationally. New York: Commonwealth Fund*.

Davis, K., Schoen, C., & Stremikis, K. (2010). Mirror, mirror on the wall. *Editorial Report*, *562*.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). The psychology of preferences. *Scientific American*, *246*(1), 160-173.

Keeney, R. L. (2004). Making better decision makers. *Decision Analysis*, *1*(4), 193-204.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*, *24*(4), 691-710.

Langley, A., & Abdallah, C. (2011). Templates and turns in qualitative studies of strategy and management. In *Building methodological bridges* (pp. 201-235). Emerald Group Publishing Limited.

Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). An array of qualitative data analysis tools: A call for data analysis triangulation. *School psychology quarterly*, *22*(4), 557.

Lesser, C. S., Ginsburg, P. B., & Devers, K. J. (2003). The end of an era: What became of the "managed care revolution" in 2001? *Health Services Research*, *38*(1p2), 337-355.

LIMA, E. D. O. (2005). Métodos qualitativos em administração: teorizando a partir de dados sobre processos em uma recente pesquisa. *Anais... EnANPAD*.

Lobas, J. G. (2006). Leadership in academic medicine: capabilities and conditions for organizational success. *The American journal of medicine*, *119*(7), 617-621.

Lyles, M. A., & Thomas, H. (1988). Strategic problem formulation: biases and assumptions embedded in alternative decision-making models. *Journal of Management Studies*, *25*(2), 131-145.

Malik, A. M., & Pena, F. P. M. (2003). Administração estratégica em hospitais.

Martins, G. A. (2008). Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, *2*(2), 9.

Miller, C. C., & Cardinal, L. B. (1994). Strategic planning and firm performance: A synthesis of more than two decades of research. *Academy of management journal*, *37*(6), 1649-1665.

Miller, S., Wilson, D., & Hickson, D. (2004). Beyond Planning: Strategies for Successfully Implementing Strategic Decisions. *Long range planning*, *37*(3), 201-218.

Mintzberg, H. (1990). The design school: reconsidering the basic premises of strategic management. *Strategic management journal*, *11*(3), 171-195.

Mintzberg, H. (1997). Toward healthier hospitals. *Health Care Management Review*, *22*(4), 9-18.

Mintzberg, H. (1998). A criação artesanal da estratégia. *Estratégia: a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus*, 419-437.

Mintzberg, H., Quinn, J. B., & Ghosh, S. (2003). The strategic process. *England: Pearson Education Limited*.

Mintzberg, H., Raisinghani, D., & Theoret, A. (1976). The structure of" unstructured" decision processes. *Administrative science quarterly*, 246-275.

Mintzberg, H. (1994). The fall and rise of strategic planning. *Harvard business review*, *72*(1), 107-114.

MV Informática Nordeste Ltda. [comunidadeMV]. (19 de dezembro de 2013). Estratégia e desafios da implantação de um sistema de gestão em um hospital de alta complexidade. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=BUJUSFNjZIo.

Newell, A., Shaw, J. C., & Simon, H. A. (1957). *Elements of a theory of human problem solving* (No. P971). RAND CORP SANTA MONICA CALIF.

Noble, C. H. (1999). The eclectic roots of strategy implementation research. *Journal of business research*, *45*(2), 119-134.

Nutt, P. C. (1984). Types of organizational decision processes. *Administrative Science Quarterly*, 414-450.

Nutt, P. C. (1998). Leverage, resistance and the success of implementation approaches. *Journal of Management Studies*, *35*(2), 213-240

Olson, B. J., Parayitam, S., & Bao, Y. (2007). Strategic decision making: The effects of cognitive diversity, conflict, and trust on decision outcomes. *Journal of management*, *33*(2), 196-222.

Papadakis, V., & Barwise, P. (1997). Research on strategic decisions: where do we go from here? In *Strategic decisions* (pp. 289-302). Springer US.

Papadakis, V. M., Lioukas, S., & Chambers, D. (1998). Strategic decision-making processes: the role of management and context. *Strategic management journal*, *19*(2), 115-147.

Papadakis, V. M., & Barwise, P. (2002). How much do Superintendentes and top managers matter in strategic decision-making? *British Journal of Management*, *13*(1), 83-95.

Parayitam, S. (2010). The effect of competence-based trust between physicians and administrative executives in healthcare on decision outcomes. *Management Research Review*,*33*(2), 174-191.

Pastore, J. Antonio Ermírio de Moraes: memórias de um diário confidencial. São Paulo: Planeta, 2013.

Pedroso, M. C. (2011). Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pedroso, M. C., & Malik, A. M. (2011). As quatro dimensões competitivas da saúde. *Harvard Business Rev*, *89*, 59-67.

Pedroso, M. C., & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(10), 2757-2772.

Pelled, L. H., Eisenhardt, K. M., & Xin, K. R. (1999). Exploring the black box: An analysis of work group diversity, conflict and performance. *Administrative science quarterly*, *44*(1), 1-28.

Peng, W., & Litteljohn, D. (2001). Organizational communication and strategy implementation–a primary inquiry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, *13*(7), 360-363.

Persky, J. (1995). Retrospectives: The ethology of homo economicus. *The journal of economic perspectives*, *9*(2), 221-231.

Porter, M. E. (1981). The contributions of industrial organization to strategic Management. *Academy of Management review*, *6*(4), 609-620.

Porter, M. E. (1991). Towards a dynamic theory of strategy. *Strategic management journal*, *12*(S2), 95-117.

Prahalad, C. K., & Hamel, G. (1994). Strategy as a field of study: Why search for a new paradigm? *Strategic management journal*, *15*(S2), 5-16.

Prahalad, C. K., & Bettis, R. A. (1986). The dominant logic: A new linkage between diversity and performance. *Strategic management journal*, *7*(6), 485-501.

Pratt, M. G. (2009). From the editors: For the lack of a boilerplate: Tips on writing up (and reviewing) qualitative research. *Academy of Management Journal*, *52*(5), 856-862.

Quinn, J. B. (1980). *Strategies for change: Logical incrementalism*. Irwin Professional Publishing.

Quinn, J. B., & Voyer, J. (2006). Incrementalismo Lógico: administrando a formação de estratégia. *Mintzberg, Henry et al.. O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos relacionados*,*4*, 165-169.

Raiffa, H. (1982). *The Art & Science of Negotiation*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Ravenswood, K. (2011). Eisenhardt's impact on theory in case study research. *Journal of Business Research*, *64*(7), 680-686.

Rumelt, R. P. (1997). Towards a strategic theory of the firm. *Resources, firms, and strategies: A reader in the resource-based perspective*, 131-145.

Sadler, P. J., & Hofstede, G. H. (1976). Leadership styles: preferences and perceptions of employees of an international company in different countries. *International Studies of Management & Organization*, *6*(3), 87-113.

Dos Santos, N. A. A. P. (1998). O trabalho do administrador hospitalar no gerencia-mento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande Do Sul (Doctoral Dissertation, Universidade De Caxias Do Sul).

Schoemaker, P. J., & Amit, R. (1993). *Investment in strategic assets: Industry and firm-level perspectives*. Wharton School, SEI Center for Advanced Studies in Management.

de Campos Serra, B. P., Serra, F. R., & Tomei, P. (2014). A pesquisa em tomada de decisão estratégica no alto escalão: evolução e base intelectual do tema. *Revista de Ciências da Administração*, 11-28.

Sharfman, M. P., & Dean Jr, J. W. (1991). Conceptualizing and measuring the organizational environment: A multidimensional approach. *Journal of management*, *17*(4), 681-700.

Shelton Brown, H. (2003). Managed care and technical efficiency. *Health Economics*, *12*(2), 149-158.

Schultz, F. C., Pal, S., & Swan, D. A. (2004). Who should lead a healthcare organization: MDs or MBAs? *Journal of Healthcare Management*, *49*(2), 103.

Simon, H. A. (1982). *Models of bounded rationality: Empirically grounded economic reason* (Vol. 3). MIT press.

Smith-Daniels, V. L., Schweikhart, S. B., & Smith-Daniels, D. E. (1988). Capacity management in health care services: Review and future research directions. *Decision Sciences*, *19*(4), 889-919.

Spinelli, R. J. (2006). The applicability of Bass's model of transformational, transactional, and laissez-faire leadership in the hospital administrative environment. *Hospital Topics*, *84*(2), 11-19.

Stoller, J. K. (2013). Commentary: recommendations and remaining questions for health care leadership training programs. *Academic Medicine*, *88*(1), 12-15.

Stoller, J. K. (2008). Developing physician-leaders: key competencies and available programs. *Journal of Health Administration Education*, *25*(4), 307-328.

Teece, D. J., Pisano, G., & Shuen, A. (1997). Dynamic capabilities and strategic management. *Strategic management journal*, 509-533.

Teles, J. P. D. S. (2002). *Administração Estratégica de Hospitais: o Balanced Scorecard e suas contribuições* (Doctoral dissertation).

Tobeña, Adolf. (2009) *Cérebro e Poder.* São Paulo: Editora Senac.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive psychology*, *5*(2), 207-232.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1975). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. In *Utility, probability, and human decision making* (pp. 141-162). Springer Netherlands.

Vaara, E., & Whittington, R. (2012). Strategy-as-practice: taking social practices seriously. *Academy of Management Annals*, *6*(1), 285-336.

Vecina Neto, Gonzalo, & Malik, Ana Maria. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*,*12*(4), 825-839. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002

Voss, C., Tsikriktsis, N., & Frohlich, M. (2002). Case research in operations management. *International journal of operations & production management*, *22*(2), 195-219.

Weick, K. E. (1979). Cognitive processes in organizations. *Research in organizational behavior*, *1*(1), 41-74.

Weick, K. E. (1995). What theory is not, theorizing is. *Administrative Science Quarterly*, *40*(3), 385-390.

Welch, C., Piekkari, R., Plakoyiannaki, E., & Paavilainen-Mäntymäki, E. (2011). Theorizing from case studies: Towards a pluralist future for international business research. *Journal of International Business Studies*, *42*(5), 740-762.

Williamson, O.E. (2007). Transaction Cost Economics: An Introduction. *Economics Discussion Papers*, No 2007-3, Kiel Institute for the World Economy.http://www.economics-

ejournal.org/economics/discussionpapers/2007-3

Whittington, R. (1996). Strategy as practice. *Long range planning*, *29*(5), 731-735.

Woodward, *J*. (*1977*). Organização industrial*:* teoria e prática. São Paulo: Atlas.

Yin, R. K. (1999). Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health services research*, *34*(5 Pt 2), 1209.

Yin, Robert K.(2010) *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Young, G., Beekun, R. I., & Ginn, G. O. (1992). Governing board structure, business strategy, and performance of acute care hospitals: a contingency perspective. *Health Services Research*, *27*(4), 543.

Zainal, Z. (2007). Case study as a research method. *Jurnal Kemanusiaan*, *9*.

ANEXO 1 – COMPILAÇÃO DE TRECHOS RELEVANTES DE ENTREVISTAS

Estudo de Caso A1

Sobre planejamento estratégico

> " (...) as pessoas ficam fazendo planejamento estratégico para discutir qual que é a missão, qual que é a visão... O que eu vejo um pouco, isso também é a minha percepção, muitas vezes as pessoas ficam, não estou dizendo que isso não é importante, mais plugadas em fazer missão, visão, valores e etc... de vez em quando, tem que entregar. (...) a gestão anterior tinha acabado de fazer um planejamento de 2010 para 2020, e a gente falou 'Está aqui'. Não precisa ficar criando absolutamente. 'Está aqui'. Nós não temos que criar nada. Vamos fazer planejamento para um ano. Porque as pessoas na gestão pública, essa é minha percepção, gostam de planejamentos tipo o PAC da Dilma: 100 anos, não saiu nada. Vamos *fazer*. O que nós vamos fazer? Três meses. Não deu certo? Vamos apertar a porca."
>
> Superintendente Geral do HA

Sobre o contexto organizacional

> "E aí a gente criou um causa. Isso em 2011: 'O orgulho de fazer o melhor para as pessoas', porque a gente fez uma pesquisa antes da gente entrar e uma das coisas que a gente sentia é que os funcionários não tinham mais o orgulho de trabalhar na instituição. Os médicos sim. (...) E aí a gente fez o seguinte, a gente criou, a gente ia ficar até 2014, então a gente criou em 2011, este projeto (de Comunicação de "causa" e estratégia corporativas)."
>
> Superintendente Geral do HA

> " (...) em função da história também que tinha aqui, de como essas coisas evoluíram ao longo do tempo"... o que conseguimos chegar em gestão de estoque era naquilo ali, nos últimos 60 anos, que era muito diferente do que se faz fora, então não tinham nem controle...
> (...)
>
> E aí nós começamos a olhar isso e nós começamos ver que, assim, além do estoque não funcionar muito bem, cada unidade funcionava uma diferente da outra, então era como se eu tivesse oito hospitais diferentes aqui dentro, que além de não trabalhar conforme as práticas de mercado, eram diferentes entre si.
>
> (...)
>
> Tinha até casos clássicos aqui assim, então eu tinha estoque sobrando de uma coisa e eu sabia que você estava precisando daquela coisa e você ia pedir emprestado, eu

tirava do estoque, dava baixa e guardava ali para não ter que emprestar para você. Uma mentalidade não de corporação, mas de indivíduo.

(...)

Para eu fazer esse local se transformar em um local de excelência, o tempo talvez seja maior do que o tempo que a gente gostaria de perder com isso, essa foi uma das premissas principais. Eu tenho que mudar, só que o tempo que eu tenho para mudar ele é curto, tipo dois anos, na minha visão. Se a gente fosse mudar os estoques do jeito que eles estavam, com treinamento, com capacitação, ia demorar uns 5 – 6 anos fácil."

Diretor de Suprimentos HA

Sobre características da liderança

"(...) eu venho de banco, eu trabalhei meus primeiros sete anos quando me formei, eu sou engenheiro civil, eu fiz engenharia civil, depois fiz engenharia clínica, fiz administração hospitalar, fiz MBA, gestão de projetos, fiz MBA executivo internacional, fui para fora um tempo. E aí eu trabalhei muito tempo em banco durante seis anos, sete anos. Trabalhei no Safra, no Citibank e trabalhei no Itaú. (...) E teve uma época que eu larguei tudo e fui trabalhar no hospital AC Camargo que aí foi onde eu entrei em Saúde e fui fazer um trabalho voluntário lá. Larguei banco e falei 'Parei, não quero mais fazer isso'. (...) Aí eu fiquei lá, depois acabei sendo contratado, fiquei lá uns quatro anos, aí eu saí de lá e fui para a Pepsi. Bom, depois da Pepsi vim para o HA. Fiquei alguns anos em uma das unidades, depois tive uma passagem pela Philips e voltei ao HA. Já passei por duas unidades e agora estou na Superintendência. Durante o caso A1 eu era Diretor de Operações. Os diretores executivos se reportavam ao Superintendente e acabavam se reportando a mim por uma série de motivos, e os coordenadores de núcleo também. Agora ele foi para outra empresa e eu assumi."

Superintendente Geral do HA

"Como nós tínhamos essa ideia, aí eu conversei com o Diretor de Operações, o Diretor de Operações falou, 'pode ser um caminho interessante, pode fazer (colocar no papel e submeter a ideia ao Conselho e ao Superintendente) que eu embarco com você nessa história'. (...) O Diretor de Operações (atual Superintendente) é um cara muito para frente e tal, com ele foi mais fácil apresentar os argumentos.

(...)

E aí também teve o convencimento dessas pessoas, o Superintendente foi importantíssimo nisso, porque a interlocução era... o Superintendente na época era Diretor de Operações, e disse, "se vocês vão fazer eu estou junto.

(...)

E aí convenceu algumas pessoas do Conselho Deliberativo e aí levamos lá.

(...)

Não sei o que ela (Diretora da Farmácia) pensou na época para entrar, porque era uma coisa bem de vanguarda, bem diferente, e ela era super conservadora.

(...)

No Conselho Deliberativo, aí já é uma coisa muito mais diferente, é pessoa titular, conservadora, já com experiência de que logística é meio complicada, sempre falta coisa aqui e tal. Aí o Superintendente fez um trabalho de convencimento com esse pessoal, a gente montou sessões, explicou para eles separado (...) Quando vai para... a reunião do Conselho Deliberativo não é para você propor uma coisa, é para você ir lá, pelo menos na minha visão, quando você leva para a reunião você já acertou o que vai dar. Tem alguns que são talvez menos influentes, que sabem naquela hora, mas os formadores de opinião já sabem antes e já toparam, senão não leva, você vai tomar pancada.

(...)
Algumas pessoas o Superintendente conhecia já de mais tempo, tem membro do Conselho
que já tinha trabalhado com o Diretor de Operações nos últimos 10 anos.

(...)

Pares (um Superintendente/Superintendente Administrativo e um Diretor Clínico, ambos se reportam direto ao Conselho): um cuida da área administrativa e o outro cuida da área médica. Se eles quiserem, eles nem se falam, só que se não alinhar... "eu acho que o grande ganho dessa gestão, a Diretora Clínica (que já estava na gestão anterior), assim, ela acredita nas coisas da superintendência e ela joga junto."

Diretor de Suprimentos HA

"As apresentações em geral do grupo do Superintendente são muito boas". Assim, em termos de convencer do custo-benefício, o que estamos fazendo... então eles apresentaram assim: o que é que seria o custo-benefício, o que seria a questão de fluxo, o que seria... foi uma apresentação super boa em termos de espaço físico, economia de espaço físico. Eu acredito que as pessoas nem tinham muita competência para contrapor. Não acho que houve assim, o grande problema era quanto nós vamos investir. Só que como eles apresentaram também o quanto nós vamos ganhar, neste processo não acho que houve uma resistência muito grande.

(...)

A gente também tem que entender, que em projetos grandes que se apresentam para o Conselho, você conversa com as pessoas antes. Você conversa e vê onde é que vai ser a resistência. Então por exemplo, ele me mostrou o projeto antes de mostrar lá. Vamos tentar bater desta forma e a gente tem toda uma estratégia de colocação, lá. Não é uma estratégia 'eu vou colocar e pronto'. Não, você tem que trabalhar para que primeiro as pessoas entendam."

Superintendente Clínico do HA

Sobre a decisão em si

" Então quando nós começamos esse trabalho, foi no meio de 2011. (...) Era só verificar, como é que o Estado poderia contratar pessoas especialistas em controle de estoque e um mínimo em suprimentos, fazer com que todos os almoxarifados seguissem os mesmos procedimentos, fazer com que esse processo funcionasse e tal, nas condições que a gente tinha aqui, de hospital público grande (...) unidades descentralizadas (...) talvez organizar eles um a um ia demorar muito tempo, talvez até mais tempo que a gente teria para ficar aqui nesse projeto, e se a gente pegasse todo esse estoque e fizesse como é feito em muitos lugares, eu criasse o estoque central e que com a organização desse estoque central, pelo menos um pouco os estoques locais iam ter que se organizar, em função da própria relação entre eles.

(...)

Quando a gente foi olhar e monitorar os estoques, me pareceu muito claro que seria muito difícil tornar aquilo um padrão; as condições físicas também do local eram ruins, então você pegava o estoque e ia encaixando aonde ia sobrando espaço, o prédio hospitalar é caro, então você não tem uma área gigante para estoque.
(...)

Isso tudo hoje parece simples, mas na época muitos questionaram: 'por que não deixa essa área aqui?

(...)

A decisão foi assim: eu precisava organizar o estoque, olhando o estoque a gente sabia que, eu pelo menos tinha convicção de que eu não consigo organizar o estoque na Unidade com gestão de outra pessoa. (...) você olhava você via que, 'como que eu posso gerir uma coisa em que as pessoas não respondem para mim, em que elas definem as regras, em que quem define as regras não está muito preocupado com isso (estoques)'. Então era uma coisa meio que natural, era uma conclusão meio óbvia, me parecia uma questão de bom senso.

(...)

E com isso é meio que natural que os estoques melhorem, porque vão ter menos produtos, eles não vão precisar fazer muitas ações sofisticadas, só pedir para o estoque central, o estoque central é quem vai municiar suprimentos com informações

de estoque, é quem vai definir o tamanho do pulmão, tudo isso me pareceu meio óbvio a época, meio lógico, não óbvio, mas lógico.

(...)

Com essa proposta, com esse pré-projeto, nós começamos a projetar como nós faríamos então para ter um estoque central. Aí nós tínhamos algumas opções, que era o quê? Eu poderia criar uma área aqui dentro, fazer um prédio de um estoque e gerir esse estoque com a minha mãe de obra, com tal grupo especializado, mas eu teria os mesmos problemas de contratação, essas coisas todas, que é difícil contratar, treinar, porque geralmente um profissional dessa área não quer trabalhar no estoque de um hospital, eles quer trabalhar em uma empresa de logística.

(...)

Nós não pensamos, num primeiro momento, em tirar o estoque daqui. O que nós pensávamos era que sem organizar estoque, a gente não conseguiria fazer Suprimentos funcionar, que sem centralizar o estoque, organizá-lo levaria mais de 4 anos.

(...)

E aí nós optamos pelo seguinte, pelo caminho mais fácil, que seria o quê? Vamos contratar um especialista para que ele nos dê as coisas que nós precisamos e seja um catalisador para que o resto também comece a funcionar bem em função dos processos que eu já consigo ter lá.

(...)

Nós fizemos uma licitação, a empresa que ganhou é um operador logístico como outros que existem na área aí. Aí a gente falou: ‘então vamos preparar uma licitação, a gente viabiliza, vê se tem recurso financeiro para contratar um operador e aí o operador se preocupa com estoque, com guarda, com boas práticas, tudo, a gente só diz como que é a coisa.

(...)

Nós começamos a desenhar o projeto, aí nós levamos quatro meses para desenhar o projeto. Aí nós tínhamos que chamar a farmácia, que é parte importante. (...) e qual era nossa proposta para a Farmácia? Que eles deixassem de fazer processos de Suprimentos para focar em processos de Farmácia. (...) E a Farmácia, talvez por uma conjuntura do momento, das pessoas que estavam lá, falou: ‘nós achamos interessante, nós vamos junto com você para desenhar a parte que nos cabe desse projeto’. (...) O Superintendente também ofertou um expert do programa de formação em Gestão Hospitalar para ajudar, e aí a três mãos nós começamos a desenhar o projeto.

(...)

Fui buscar outros editais que já existiam no mercado, trouxe informação, contatei os operadores logísticos, como é que eles faziam isso e tal, trouxe essa informação e começava a desenhar, pegamos o edital base e começamos a desenhar. A partir daí é convencimento da alta administração. Aí primeiro era convencer o Superintendente.

(...)

A gente achava que para o projeto andar precisava de um aval, de uma empresa externa, para não dizerem: 'os caras são loucos, eles são malucos'... então nós contratamos uma consultoria para dizer se o que a gente estava fazendo era adequado. Consultoria grande. A gente também queria uma consultoria que fosse, tivesse uma reputação, que falassem assim: 'se esse cara falou, é difícil eu ter argumentos, porque são especialistas do mundo inteiro'.

(...)

Com a aprovação da consultoria de que aquilo era um projeto importante, ai foi a parte de Conselho Deliberativo. Aí nós já fizemos dezenas de apresentações, apresentamos para as pessoas, para os diretores executivos, para as farmácias, para o Conselho Deliberativo."

Diretor de Suprimentos HA

Sobre a implementação da decisão

"Foram dois convencimentos importantes, primeiro foi o convencimento da farmácia, porque eu sabia que sem o a farmácia esse negócio não ia dar certo, eu precisava da farmácia participando da elaboração do edital, porque senão ela não seria corresponsável, coautora do projeto e aí a gente teria muita dificuldade de implantar.

(...)

E ela falou: 'talvez seja por isso que as outras pessoas aqui estão te falando isso, porque você está dizendo que está bom, você esta vendo que está bom, só que o bom não consegue chegar no fim, na ponta, que é quem realmente importa'. E aí nós começamos a fazer o seguinte: a partir do meio do ano passado, uma parte cuida da operação de CD, que é muito mais fácil e nós vamos começar a central de operação para cuidar mais da operação local.

(...)

A Diretoria Clínica tem que ser super alinhada com o Superintendente (Superintendente), porque senão as coisas que são importantes não saem.

(...)

Ela liga: ‘está faltando tudo aqui no PS e tal’, e era verdade, mesmo com o estoque faltava, nós colocamos uma operação de (cambam lá). E aí nós começamos a monitorar o cambam daqui e ele não funcionava, aí nós fomos lá e começamos a operar o cambam lá dentro e ele começou a funcionar.

(...)
Assim, eu só acho que ela vai ter o ganho total quando a gente mudar aqui dentro, que aí o médico vai sentir, esse é o nosso foco agora até junho, até junho do ano que vem eu mudo tudo aqui dentro.”

Diretor de Suprimentos HA

“ Então, não acho que teve uma resistência muito grande, exceto quando a gente fala de custo, isso sim. Aí é um processo que se deu um pouquinho antes da crise. E então se fosse agora seria até um pouquinho mais difícil, mas hoje a gente tem um conceito diferente das propostas que existem. E então eu não acho que teve uma resistência super grande do que eu me lembro, assim é uma proposta que foi apresentada de uma forma muito consolidada ao Conselho Deliberativo e eu diria que se teve mais resistência, muito mais resistência das pessoas que eram donas dos seus pedaços na implantação do que da gestão superior. Não vejo que a gestão superior teve tanta resistência. Muito porque não sei se ela entendia tanto, não sei se ela conseguia se envolver tanto no processo. E com certeza as partes tiveram, porque mesmo quando começou a instalação, nós encontramos muitas vezes estoques escondidos.

(...)

Na implantação sim, ela exige... alguém que tenha liderança, eu acho muito difícil que tivesse sido implantado isso aqui se não tivesse liderança. Não tem, não teria como fazer.”

Superintendente Clínico do HA

“No começo, quando teve alguns problemas de falta de material, eles ficaram meio assim, mas toda implantação tem isso. Eu acho que eles nem ficaram muito assim se era isso ou não, até porque uma coisa que eu acho que foi bem interessante nesse processo todo foi realmente levar esses professores lá no centro de distribuição para ver a grandiosidade e como funciona. Eles acostumados a ver os almoxarifados aqui numa condição precária de instalação, ficaram maravilhados com a grandiosidade. É um centro de distribuição imenso, uma coisa muito grande.”

Diretor de Farmácia do HA

Sobre particularidades do setor da saúde

"Aí, olhando o estoque principalmente, assim, que o estoque era importante isso não tinha dúvida, é onde ficam milhões de reais, é como se fosse um banco guardando coisas lá, parecia que isso não era bem claro aqui dentro do Hospital A, é uma empresa de outro setor."

Diretor de Suprimentos HA

"A área industrial leva isso (gestão de estoques) com mais seriedade (do que a hospitalar) em função do tal conhecimento da coisa e do mercado que trabalha. (...) Sei lá, acho que faz parte da própria cultura e tal, você pega a própria RDC aqui, regulariza como que você faz hospital, ela praticamente não fala disso, fala 3 – 4 linhas."

Diretor de Suprimentos HA

Sobre qualidade e vantagens da decisão tomada

"(...) as pessoas não estão olhando só este sistema, assim, eles estão olhando o hospital como seu. A minha casa, não podemos deixar o Hospital A cair. E eu sei o que está acontecendo porque as pessoas se sentiam assim, o produto vinha do nada, quando ele chegava eu guardava para mim e eu não tinha que falar com ninguém. Hoje não, eu vejo o hospital como um todo e eu sei que se eu economizar eu estou ajudando no outro processo. E então eu acho que ele trouxe uma mudança de conceito. Eficiência nem se fala. Assim, outra coisa que nós ganhamos muito foi a questão de... espaço físico, aqui, a gente brinca que é por milímetro quadrado. Ninguém dá nada. Você imagina com todos os estoques que a gente tinha. Então a retirada do estoque facilitou muito o processo. E então isso é uma coisa que trouxe muitos benefícios para o hospital como um todo."

Superintendente Clínico do HA

"O que mudou? A área de estocagem ficou bem melhor. Algumas informações o sistema da empresa nos fornece, então a gente tem mais informações para tomada de decisão. E ajudou um pouquinho a melhorar o nosso processo de aquisição. Esses foram os benefícios que a gente está tendo."

Diretor de Farmácia do HA

Estudo de Caso A2

Sobre mudanças ao longo do tempo

"Então eu volto a falar: **ele** (atual Superintendente) começou ... havia o ex-Superintendente (que saiu há pouco tempo) e o Superintendente atual era o Diretor de Operações, e então ele que era o motor deste processo (de mudança organizacional onde Diretoria Clínica começa a entender o porquê das medidas administrativas do Superintendente). Ele era mais estrategista. E então começou assim. Nada disso teria acontecido, assim, mesmo a gente não teria conseguido tudo isso que a gente conseguiu se não tivesse esta capacidade de comunicar e integrar

com a diretoria clinica. Porque inúmeras ações da superintendência não são compreendidas ou não eram compreendidas pelo grupo que está na linha de frente.

(...)

Eu por exemplo, eu tenho uma falha muito grande porque eu não tenho formação transversal. Agora eu só posso fazer o que eu faço porque eu tenho o apoio do Superintendente. Se eu não tivesse o apoio dele, eu não conseguiria fazer. Agora... ele está conseguindo fazer tudo o que ele faz, porque ele tem a Diretoria Clinica para falar com os médicos, para vender a ideia. Para realmente fazer com que a máquina funcione e as pessoas entendam que elas fazem parte do processo. E então eu acho é isso.

(...)

As certificações hospitalares mudaram esse hospital, isso também foi nessa gestão. Então você tem que seguir regras, a certificação exige tudo aquilo, por exemplo, ela vai do primeiro nível segurança do paciente e depois ela vai fazendo o processo, então todos os unidades nossos são certificados. Todos. Cada um no nível, mas todos são certificados, então isso aí já... não é que o cirurgião quer, é que, se ele não fizer, nós perdemos a certificação, então... isso muda o conceito.

(...)

Um dos nossos ex-Superintendentes (quando o caso A2 começou) era médico. Ele tinha uma competência super boa como administrador, uma pessoa super inteligente, mas ele, assim, a sensação que a gente tinha é de que ele não achava que a gente tinha competência para discutir as coisas. A gestão dele era mais fechada nele mesmo. Não que ele não trouxesse soluções, ele tem soluções brilhantes, mas não era muito para discutir."

Superintendente Clínico do HA

Planejamento estratégico

"E aí nós definimos, então, um dos pontos do planejamento estratégico foi justamente esse. Não é que saia do nada. Dentro do planejamento estratégico do complexo, um dos pontos levantados foi a necessidade de se informatizar, de fato, e se criar realmente um sistema ou uma forma de integrar as informações dentro do HA e de implantar isso, né, então foi criado um comitê de tecnologia e informação dentro do HA, depois nós criamos um núcleo de tecnologia de informação, o núcleo ele dava suporte ao comitê e, com esta formatação inicial, foi instituído, foi criado, criamos não, fizemos um fórum de informática do HA. Um fórum interno.

(...)

Nós desenvolvemos um plano estratégico de informática pra todo o hospital. Então foram feitas reuniões com todo mundo, com o comitê e tal, quais são os pontos importantes de informática e elaboramos um plano diretor de informática para o hospital como um todo, e depois um plano diretor para cada unidade.

(...)

O plano estratégico, a gente fez um plano assim, pra cinco-dez anos, né. E o plano diretor, nós fizemos um plano diretor que tinha uma duração inicial de dois, dois anos e pouco, né, e ele passava a ser revisado todo ano. Tinha o plano inicial que ele tinha um pouquinho mais de fôlego, pra depois todo ano a gente fazer a revisão do plano diretor. E o comitê tinha reuniões a cada quinze dias, ou no máximo a cada mês pra discutir o andamento de todos os projetos que estavam sendo desenvolvidos, né, todo o desenvolvimento."

Ex Superintendente do HA

Sobre o contexto organizacional

"A crise tem trazido para nós essa grande oportunidade das pessoas perceberem que sozinho ninguém vai conseguir sobreviver, então que nós vamos precisar... então, assim, sim, a crise tem sido uma benção aqui, assim, no sentido de corrigir um monte de coisas..."

Superintendente Clínico do HA

"É, começaram a contratar gente de TI, né, e aí a gente falava 'mas pera um pouquinho, isso aqui vai virar uma torre de Babel', quer dizer, ninguém vai conseguir falar com ninguém, vai dar informação tudo desencontrada, né. Os sistemas administrativos até que tinham uma certa permeabilidade em todas as unidades, mas os sistemas médicos estava cada um de um jeito, e... se trabalhava muito na necessidade de se ter mais segurança, mais informação, coletar as informações mais fáceis, processar esses dados, e isso não é possível, né.

Ex Superintendente do HA

Sobre características da liderança

"O atual Superintendente (que era Diretor de Operações no caso A2) conseguiu que os diretores executivos participassem da comissão de planejamento e controle da instituição, então a reunião mensal do que vai ser decidido gastar, fazer, eles fazem parte, nunca fizeram, entendeu? Eles foram inseridos nos sistema."

Superintendente Clínico do HA

Sobre a decisão em si

"Foi feito o que, uma... um levantamento de todos os recursos humanos que a gente tinha, todos os equipamentos que a gente tinha, todos os softwares que a gente tinha e deu uma barbaridade, né, nós tínhamos mais ou menos 230 softwares diferentes dentro da instituição, ainda tínhamos aí perto de 160 pessoas envolvidas em

informática, contando o pessoal da companhia estadual de TI e... então foi muito interessante esse fórum, porque foi um momento de todo mundo sentar e discutir, mostrar o que estava fazendo, as suas necessidades, as suas dificuldades... e a partir desse fórum, junto com o núcleo, já estava mais ou menos constituído, e junto com o comitê, que foi montado um comitê, onde tinha representante de todos os institutos desse comitê, todo o pessoal de informática.

(...)

E dentro dessa perspectiva, né, do novo, dessa... vamos dar uma modelagem pra informática dentro do HA, nós começamos a, também, a trabalhar diferente com a companhia estadual de TI. Antes a gente dava uma mesada pra eles. 500 mil por mês, né. Então, peraí, nós vamos mudar. A gente vai agora, você é o fornecedor, eu vou te cobrar serviço. Então, a gente definiu quais são os serviços que você vai fazer, quanto custa e a gente aprova e cobra.

(...)

Desenvolvemos um sistema próprio. Então, nós tínhamos, desde o início na Unidade X, nós tínhamos um serviço de informática muito desenvolvido, né. No começo aquela informática mais médica, pra depois, não só de aplicação clínica, mas de aplicação, também, a prontuário eletrônico e à parte administrativa. Então, isso foi se desenvolvendo e se conseguiu criar aqui e desenvolver um sistema integrado de informações institucionais. E esse sistema foi desenvolvido aqui por esse serviço, alguns módulos acabaram sendo comprados, com fonte, e a gente acabou trazendo pra dentro e desenvolvendo e mudando, e esse software foi evoluindo, evoluindo, evoluindo, e nessa época que eu estava na superintendência, né, uma das opções que eu levei pro pessoal eu falei o seguinte ‘oh, o Instituto X já tem um sistema. Tá funcionando. Vocês tão discutindo o que? Vamos pegar o sistema do Instituto X custo 0 e implantar.’

(...)

É, porque tem coisas que vem, tem coisas que vem, vem, vão, ficam, né? E... a informatização, por exemplo, com a entrada do ex-Superintendente e do atual Superintendente do Hospital A, eles resolveram que eles deviam comprar um sistema fora. Substituindo o da minha gestão, que havíamos desenvolvido internamente na Unidade X. Compraram o MV. Só que tá lá, até hoje não conseguiu implantar.”

Ex Superintendente do HA

“Assim que a gestão atual, que na verdade começou com o Superintendente anterior (e o Superintendente atual como Diretor de Operações), assumiu, em 2011, um antigo colaborador da TI foi promovido a diretor e fez um levantamento de 1500 requisitos que um software de gestão para todo o complexo teria de ter. Fizemos todo

o procedimento do edital de licitação e algumas empresas participaram do processo. A MV ganhou".

Superintendente Clínico do HA

Sobre a implementação da decisão

Informações muito relevantes sobre o caso A2 foram obtidas através de um arquivo de vídeo onde o atual Diretor de TI do HA descreve o case. O link está disponível nas referências deste texto.

Sobre particularidades do setor da saúde

"A inflação hospitalar ela é mais alta do que a inflação normal, porque nossos equipamentos são importados, tem manutenção em dólar, nossos remédios são importados, manutenção em dólar..."

Superintendente Clínico do HA

"Eu acho que o mais marcante de tudo isso foi a empresa tentar se adaptar e se preparar para esse mundo que é o Hospital A. Mas nisso a gente não tem problema só com essa empresa, tem problema com todas."

Diretor de Farmácia do HA

Sobre qualidade e vantagens da decisão tomada

Informações muito relevantes sobre o caso A2 foram obtidas através de um arquivo de vídeo onde o atual Diretor de TI do HA descreve o case. O link está disponível nas referências deste texto.

Estudo de Caso B1

Sobre mudanças ao longo do tempo

"Era uma maneira também já de começar a participar do processo decisório, por que eu acho que eu comentei com você há um tempo atrás, o mind set lá atrás era assim, alguém vai me dizer o que eu tenho que fazer, de que jeito que eu tenho que fazer e para onde é que eu tenho que ir. Isso talvez seja mais fácil, mas não funciona como a gente gostaria. Então, a gente envolveu muito as pessoas nessa tomada de decisão."

Superintendente Geral do HB

"Todo mundo aqui dentro, eu acredito de maneira muito legitima, criou aqui dentro este senso de dever com a instituição e esta noção de orgulho de pertencer. Ele (antigo Superintendente) criou isso aqui, sem dúvida nenhuma. Tem uma parte destas

coisas que a gente não pode de forma nenhuma destruir, mas num modelo de gestão que tenha mais a ver com as demandas de hoje.”

Superintendente de RH do HB

“Talvez acho que a fase mais complicada nossa, é envolver todo o corpo clínico no processo de decisão, por que a gente escolheu, por que vai mudar. Teoricamente, um corpo clínico aberto, mas é bem fechado. Quem está aqui na HB está aqui há muito tempo.”

Superintendente Geral do HB

“Aqui a gente teve uma gestão, teve uma liderança durante muito tempo de um grupo de, vamos chamar de ‘a geração dos veteranos’ e esta geração dos veteranos deixou aqui valores que são preciosos por um lado, mas por outro lado geraram pouca autonomia e protagonismo nos níveis intermediários de gestão e menos ainda na ponta. Então hoje este é um grande desafio.”

Superintendente de RH do HB

“Você sai do modelo 'manda quem pode e obedece quem tem juízo' para um modelo que é de 'eu preciso conversar com ele para a gente fechar isso'. Mas afinal, quem é que resolve ou quem é que não resolve? E a média gerência olhando para a alta administração e tentando entender como aquele negócio ia funcionar. E então um risco de paralisia muito forte. Um esforço muito grande das pessoas para operar neste novo modelo de funcionamento.”

Superintendente de RH do HB

“E ao mesmo tempo estou mudando os processos com os quais as pessoas trabalham. Mudando o sistema com o qual elas estão habituadas há anos. Além de desafiar as pessoas para competências hoje não instaladas. Tirando o chão das pessoas, mudando este trajeto. Ou seja, você andava por ali e agora você vai andar por aqui. Mas eu não conheço este caminho ainda. E além de tudo você tem uma demanda cada vez maior por desenvolver competências. E uma delas é de você tomar as suas decisões, de você ser protagonista de suas ações, de você ter a iniciativa das suas ações. De você mudar as suas ações. Não olhe para mim esperando que eu vá dizer o que você vai fazer. Ou não cruze os braços porque acha que isso não tem a ver com você. Tudo tem a ver com você.”

Superintendente de RH do HB

Sobre planejamento estratégico

“A gente acabou de rodar o planejamento estratégico de 2016/20, lá atrás eu rodei o planejamento estratégico de 2013/2017... 2016, até um pouquinho menos. E criamos um escritório de projetos, onde a gente definiu quais seriam os projetos estratégicos

ou projetos institucionais ou projetos relevantes que sustentariam aquilo que a gente estava desenhando. O primeiro ponto era fazer o turnaround da companhia que vinha perdendo dinheiro, isso eu comentei com você. E alguns projetos, nós por consenso, inclusive, a superintendência, a gente definiu, bom tem projetos que são cem por cento institucionais, porque todo projeto tinha um sponsor, necessariamente o líder do projeto, à exceção desse projeto, Conecta, todo projeto tinha um gerente e necessariamente a equipe desse projeto tinha que ser multidisciplinar, gente de tudo quanto é área.”

Superintendente Geral do HB

“A gente desenhou um plano diretor de TI de cinco anos. Isso foi uma base para discutir no conselho que precisaria... A gente achou que não bastava chegar lá e falar assim: 'olha, o seguinte, gente, os nossos técnicos, no dia que saírem, ninguém vai saber mexer no sistema e nós estamos defasados não sei quanto tempo e culturalmente não dá para continuar desse jeito.' Então, a gente desenhou um plano diretor de tecnologia de 5 anos, que embasava tudo isso. E esse foi o primeiro passo que a gente deu para conversar com colaboradores, com corpo clínico, com a superintendência toda: 'está aqui o plano de cinco anos.' Então, antes de falar, de qual sistema escolher, a gente foi aprovar o plano diretor de tecnologia, como se fosse um planejamento estratégico de tecnologia no conselho. Isso aprovado, o segundo passo que era agora nós precisamos investir para trocar o sistema”

Superintendente Geral do HB

Sobre o contexto organizacional

“A gente tem uma coisa que é interessante aqui, para esses projetos, que é um ambiente engraçado, muito interessante para mudança. As pessoas não sabem como mudar, mas sabem que a mudança é necessária. Então, o nível de resistência, por exemplo, nesse projeto, internamente, ele é baixo (...) não existe uma resistência formal de mudança. O ambiente é muito propício para isso. Talvez isso tenha a ver com... eu ainda não consegui e eu acho que eu não sei se eu vou fechar essa tese algum dia. Acho que esse negócio do acolhimento, do ser bem recebido, do ter a disposição para... Você chega aqui e só dá má notícia, eu passei dois anos dando má notícia, com todo jeito, mas é um ambiente muito receptivo e acolhedor. Eu não sei se isso tem a ver - depois você pode me contar fora essa entrevista - se isso tem a ver porque é o mundo da Saúde ou se isso tem a ver por que a gente tem famílias do bem por trás.”

Superintendente Geral do HB

“Se você conversar com a Gerente Comercial (acabei de fazer integração, ela tem quatro meses de casa), você vai falar assim: 'não é possível que essa moça tem quatro meses de casa'. Então, é esse ambiente que eu te digo... Primeiro que tem grau de autonomia importante, segundo, está todo mundo muito imbuído (da ideia) de que o processo de transformação vai fazer um diferencial enorme. A gente já está colhendo resultados. Daí em projetos como esse, o ganho de eficiência é grande.”

Superintendente Geral do HB

"A decisão que tinha que ser tomada... Existia uma história dentro do HB em relação à tecnologia da informação, que era uma história de que, uma crença, de que o desenvolvimento interno, ou seja, produzir seus próprios softwares, era a melhor opção para a instituição."

Superintendente de TI do HB

"o HB já tinha passado por esse processo em mais de uma vez, então ao longo da história da Hospital B, ele tinha sempre o desenvolvimento interno, equipe interna de desenvolvimento, ele tinha, quinze anos atrás, um mainframe, com uma aplicação desenvolvida e quando começou aquela estratégia toda de downsizing, diminuir, ir para redes, o hospital decidiu, bom, vamos contratar uma empresa, isso lá na época 2000, quinze anos atrás, vamos contratar uma empresa para fazer uma migração do nosso sistema, e assim começar um processo de vamos produzir um sistema fora da casa. Essa empresa foi contratada, ficou dentro da Hospital B por três anos, não conseguiu desenvolver o software, então houve uma primeira situação de as pessoas que estavam na empresa disseram, não, nós vamos desenvolver. Então, a primeira vez já sedimentou mais um pouquinho a ideia e a crença de que ninguém de fora conseguiria resolver."

Superintendente de TI do HB

"Passou um tempo, quando foi em 2007/2008, o HB tomou outra decisão de vamos para um software de mercado, a gente precisa sair disso, a gente precisa de prontuário eletrônico e tudo mais. Contratou uma empresa de mercado, que era a (nome do fabricante) na época, foi feito um processo também de escolha da ferramenta, para iniciar um processo de implantação. Iniciou um processo de implantação e seis meses, oito meses depois se abortou esse processo de novo, de implantação, de novo trazendo a crença de que não adiantava, não conseguiria."

Superintendente de TI do HB

Sobre características da liderança

"A gente tem gente, você percebeu já, as pessoas que você vai conversar, de tudo quanto é mercado, não é?! A gente já vinha com experiências múltiplas... Eu já fiz mudança para SAP algumas vezes, o (nome do head de TI), apesar de ser 100% hospital, já tinha implantado, feito virada de sistema em outros hospitais da mesma forma, então tinha conceito teórico por trás sim."

Superintendente Geral do HB

“não dá para perder um legado importante. Uma companhia de 150 anos (…) Tem-se um cuidado muito grande da gente manter decisões lá atrás que... E as ações lá atrás tiveram razões de acontecer, que ao longo do tempo mudam.”

Superintendente Geral do HB

“A gente deu sorte por que, sei lá se é sorte ou se... Ele veio do (outro hospital), que tinha o mesmo sistema. Ele fez todo o processo de convencimento no corpo clínico lá, então ele foi uma peça chave aqui para fazer... Mesmo que lá tivesse sido outra ferramenta, ele já tinha passado pelo drama que é o prontuário eletrônico... Eu acho que o prontuário eletrônico é mais dramático do que a prescrição médica eletrônica. A prescrição, é farmacêutico, enfermagem: 'galera, é assim, vamos lá e vamos treinar.' Prontuário é o médico no posto prescrevendo no computador...”

Superintendente Geral do HB

“Tenho 30 anos de experiência profissional em hospitais. Trabalhei mais de vinte anos no Hospital C (estudado nesta pesquisa), depois fui para o Hospital X, onde conheci o Superintendente Geral do HB, e agora estou há dois anos e meio no HB.

Superintendente de TI do HB

“Eu vi, então esta minha vivencia recente no mercado com 26 hospitais diferentes, eu tive esta oportunidade, eu tive esta enorme oportunidade de ver tudo e mais um pouco. Talvez eu tivesse uma informação muito valiosa da minha experiência recente de que é o quão importante é você ter um software de mercado instalado no seu hospital para você poder fazer o que você tem que fazer. Que é relacionamento com médico, que é ampliar a sua produção, que é fazer a qualidade assistencial, e não ficar ali naquela historia de que não tem informação.

(...)

“Mas enfim, me formei em Física. Eu comecei a minha carreira em mercado financeiro e em mercado financeiro eu fiquei 18 anos. E depois deste setor eu fui para o setor de telecomunicações e então conheci outro mundo que é um mundo de capital intensivo onde você tem muito investimento e menos gente. E então eu vivi outra realidade de fazer Recursos Humanos. Completamente diferente de banco de varejo, que depende de gente para caramba e fui para um lugar que depende mais de cabo e fibra ótica do que de pessoas. E depois, então, desta experiência no mundo de telecomunicações, eu fui convidada para o mundo da Saúde e faz sete anos que estou no mundo da Saúde.”

Superintendente de RH do HB

Sobre a decisão em si

“(...) quando eu cheguei, o Superintendente anterior tinha acabado de conseguir, sei lá de que jeito, convencer a diretoria, o conselho, que não precisava mudar de sistema. Então, o pessoal da TI estava absolutamente protegido, quer dizer, vou

continuar aqui fazendo o meu desenvolvimento, está tudo certinho, e a gente perdendo, em um hospital dessa dimensão, perdendo em dados, eu diria até em segurança do paciente, por que a prescrição manual é um pouco complicada, ela tem... o médico faz uma prescrição manual que para no posto de enfermagem, lá sim eu tenho escriturário, que digita no sistema, cai na farmácia que faz a dispensação, quer dizer, qualquer erro ali... O sistema hoje de prescrição, por exemplo, ele é totalmente parametrizado. Então hoje se você, médico, prescreveu alguma coisa e logo em seguida prescreveu outro e aquilo tem um problema de interação medicamentosa, o sistema já vai alarmar, vai quase pegar, agarrar você pela perna. Já não deixa acontecer...”

Superintendente Geral do HB

“(…) dois principais gatilhos: um muito, muito, muito mais técnico e prático, ou seja, um sistema antigo e sem base de atualização, então a última atualização que nós tínhamos feito acho que foi quase nos anos 2000. Então foi um sistema de quinze anos sem ser atualizado. Pessoas só treinadas nesse sistema, então um sistema dentro de casa qualquer atualização que você tem que fazer, se eu perder gente, eu não consigo contratar gente de mercado que entenda daquela tecnologia (…) Então, muito vulnerável. Migrar para uma plataforma nova, etc., a gente provavelmente daqui mais quinze anos ia estar discutindo a mesma coisa, ou seja, o sistema ficou ultrapassado, só tenho gente aqui dentro de casa que entende, então estamos vulneráveis de novo. E um outro, muito mais institucional do que técnico, que é sim levar a organização para um outro nível de eficiência operacional, ou seja, a gente implantar prontuário eletrônico, prescrição médica eletrônica, elevando a segurança do paciente.”

Superintendente Geral do HB

“Então a gente começou com requisitos técnicos e o primeiro bid foi, se eu não me engano, com oito empresas (...) E aí tinha, sei lá, cinco ou seis competências mandatórias, apesar de 1500 itens técnicos ou 1700 não sei, assim: 'seu sistema fatura, faz o billing adequadamente?' 'Seu sistema tem prontuário e conversa com não sei o que?' (...) nessa primeira peneira, dos oito, já ficaram, se eu não me engano, cinco. Três já caíram fora de cara porque não atendiam processos básicos que um sistema de ERP hospitalar tem que atender, inclusive integração com os sistemas atuais, enfim. Depois ai vai para os requisitos um a um. Aí nós montamos um grupo multitask, multifuncional com várias áreas, várias áreas... Na hora que saiu a pontuação, a escolha foi quase que imediata.”

Superintendente Geral do HB

“Eu tive a oportunidade, quando eu cheguei, de olhar para o passado e estudar um pouco essa lição aprendida para eu entender se o problema era das empresas que vieram ou se o problema era do hospital. E a minha percepção era, o problema era do hospital. Embora as empresas que passaram, a primeira eu não conhecia, a segunda eu até conheço de mercado, não seria uma empresa de eleição, pelo tempo que eu estou no mercado, por n razões, mas eu realmente sou a primeira pessoa a dizer que não houve nenhuma, vamos dizer, o grande motivador de novamente o insucesso não foi a empresa, foi a crença e a maneira como a empresa aqui tomou essa decisão e ai eu acho que aí vai a minha diferença em relação à tomada de decisão quando eu cheguei.”

Superintendente de TI do HB

“ (…) eu precisava filtrar essas seis empresas, para poder seguir para essa segunda fase, pelo menos com três, por que aí era um processo de validar cada requisito levantado. E aí falamos, bom, como é que nós vamos fazer? Aí nós decidimos que a gente fez um... Chamou de prova de conceito. Então, o que foi feito? Foi pensado em cinco processos hospitalares, bastante importantes para o hospital, que essas empresas elas teriam que demonstrar... Como avaliadores, quem eram esses avaliadores? Pessoas das áreas. Então, foi montado de novo um grupo, com médico, enfermeiro, diferente do grupo de PDTI e essas pessoas tinham que avaliar.”

Superintendente de TI do HB

Sobre a implementação da decisão

“A gente já virou a parte toda corporativa, virou a unidade X em setembro deste ano, está operando em software de mercado, que era uma realidade que a empresa não acreditava, lá no passado. E a gente vai virar a unidade Y agora em março e depois aqui o grande bloco que é a unidade Z, está previsto para o início de 2017. “

Superintendente de TI do HB

“Fazendo estas pílulas de Conecta antes. E fizemos bastante eventos com os médicos. Fizemos jantares, nós dávamos noticias do projeto antes da virada. O Superintendente de TI do HB ia nestes jantares e contava para todo mundo o que estava acontecendo.

(...)

Viramos muito bem. Muito bem. Muito bem. Mas apareceu alguma coisa no meio do caminho que é 'como é que eu estou'? Que ferramenta eu tenho como profissional, que ferramenta eu tenho para identificar, mapear, tomar a decisão e gerar a solução lá, sem esperar necessariamente o gerente do projeto. Porque é uma coisa muito especifica e são rabichos que surgem no meio do caminho.“

Superintendente de RH do HB

“Por que aqui as estruturas eram muito verticais, a gente queria aproveitar o tema de escritório de projetos para ensinar primeiro que todo projeto tem começo, meio e fim, tem resultado e tem meta. (...) Para as pessoas começarem a pensar nessa história de accountability, de resultado. E segundo para integrar áreas que eram absolutamente verticais. E ai a gente definiu que alguns projetos não cabia ter o sponsor teria que ser o Superintendente da companhia, então esse projeto, por exemplo, eu era a pessoa (...) Não é um projeto de TI, é um projeto da empresa, não é um projeto que a TI vai lá, resolve e põe e depois, ah, por que a TI não sei o que, ah, por que a TI não fez aquilo. Isso é um projeto que mexe com a empresa inteira.”

Superintendente Geral do HB

“(...) Acho que assim, o que aflige um pouco hoje é que a gente, primeiro, tem muita gente para treinar. Eu acho que quando vier aqui para esse complexo maior, isso vai ser complicado. A gente já está, por exemplo, essa mudança cultural, eu já estou testando no Santo Antônio, que é um hospital pequeno, para cá nós vamos ter que colocar um ensino a distância. Não vamos poder fazer treinamento face to face, com sete mil e quinhentas pessoas aqui.“

Superintendente Geral do HB

“(…) O que a gente fez foi deixar um mês uma equipe de TI à disposição total, claro por que dai tem o aprendizado aí, não tem jeito, é como qualquer sistema... (…) Estamos no meio do caminho, a gente implantou um hospital e todo o corporativo, estamos indo para o segundo hospital agora. ”

Superintendente Geral do HB

“(...) a mudança de sistema per se, ela está bem estruturada, bem organizada, só que a gente tem junto com isso um processo de transformação cultural enorme acontecendo. Então, tem resistência, então tem 'isso aqui não entendi direito', então tem 'deixa, eu vou esperar para ver o que vai acontecer'... “

Superintendente Geral do HB

“E, além disso, fizemos um trabalho forte de comunicação e um trabalho forte de treinamento. O treinamento foi desde sensibilização, mobilização das pessoas. E, portanto, o treinamento tinha muito de comunicação e mobilização. Estas coisas andaram juntas. Nós promovemos alguns jantares com médicos que frequentam a instituição para falar do projeto. Nós empacotamos o projeto dentro de um contexto maior e então não era a implantação do sistema. O motivo foi mostrar para as

pessoas que lá na frente teríamos vantagens. Apesar de agora só parecem desvantagens.”

Superintendente de RH do HB

“O que nós identificamos que podemos fazer melhor é um mapeamento mais especifico daquilo que tem a ver com contingencias ou mudanças de processo que acontecem em paralelo ao projeto. (…) Aquilo gera outras coisas que você não necessariamente previu. Então nós aprendemos a reforçar e desta vez agora na segunda fase do projeto nós estamos trabalhando com todos os gestores do hospital que vão virar o sistema, para que eles conheçam um pouco mais sobre como Analisar processos e como trabalhar contingencias para eventuais processos que surjam no meio do caminho, que não se tenham identificado previamente.”

Superintendente de RH do HB

“Mas ao mesmo tempo, mudar um processo cultural dentro do hospital que é sair do dia a dia manual, ir para um processo de mais automação e aí nesse meio tempo (…) tem muito de cultura dentro. Então, a gente fez um programa de change Management correndo paralelo, esse projeto foi batizado de Conecta.”

Superintendente Geral do HB

“Antes a gente fazia prescrição e prontuário, tudo na mão, com aquela letra de médico que você conhece bem. Fazer o máximo possível do nível de automação, a nossa pretensão é chegar a nível sete, que é totalmente paperless e a gente com isso ter um banco de dados daqui a uns anos que seja importante para gente poder medir grau de como é que é a epidemiologia do hospital, a gente interna mais do que tipo, a diferença em jovens do que é diferente em pessoas acima de x anos, quer dizer, criar uma plataforma que depois daqui a um tempo, trouxesse para a gente...”

Superintendente Geral do HB

“Aprendemos também com o mercado. O mercado, em alguns casos, para se preservar das reações dos médicos, colocou alguém do lado para digitar e ai foi muito difícil para tirar. E então a gente nem cogitou fazer isso. Então nós fizemos diferente. Vamos colocar os médicos jovens para rodar rapidinho. Eles vão fazer bonito aqui, operando neste sistema, e vão ajudar a gente. E foi o que aconteceu. E isso funciona. E então quando você pega alguém que pode influenciar o outro e ai você vai criando esta onda que é uma onda que ajuda e não atrapalha. E então em relação aos médicos eu tenho isso para dizer, eu acho que nós já conhecíamos os impactos dos médicos e então nós prevenimos muito mais do que outras instituições que foram antes. E por outro lado nós contamos com as novas gerações, e isso foi bom.

(...)

Fizemos todo este mapeamento de impacto. Fizemos o mapeamento de todos os segmentos desenvolvidos, quer dizer e pensamos em uma ação para cada segmento relevante ou grupo que representasse o grupo de figuras relevantes. E isso valeu para médico, isso valeu para público externo que viria aqui a nossa casa. E isso valeu para áreas corporativas institucionais (…) fizemos então, mapeamento do impacto em áreas diferentes e fizemos um plano especifico para cada uma delas, com ações."

Superintendente de RH do HB

Sobre particularidades do setor da saúde

"Este é um tipo de empresa, um tipo de instituição que ela depende de gente. Um hospital não existe sem as pessoas e, mais do que isso, é baseado em gente presta serviços... o serviço não se faz de véspera e o serviço que é feito aqui é um serviço especializado e, mais grave ainda, não dá para ser feito por uma pessoa só. Não existe nenhuma entrega hospitalar que é feita por uma pessoa só. Precisa de pelo menos 2 ou 3 pessoas que são profissionais assistenciais, porém de especialidades distintas e conhecimentos distintos, e estes conhecimentos juntos e esta experiência unificada que gera uma experiência de saúde.

(...)

Os usuários em geral, especialmente médicos, não gostam de algumas burocracias que o próprio sistema traz, burocracias que são burocracias enquanto elas não são dominadas, depois elas passam a ser automáticas. Mas de qualquer maneira não é tão amigável assim a solução que nós temos, porque o mercado ainda está em evolução.

(...)

E é interessante porque é um setor que depende tanto de informação e só agora despertou fortemente para isso.

(...)

E então este tipo de coisa a gente vai aprendendo e vendo que a complexidade de um hospital... o hospital é muito complexo, eu digo que é a logística mais complexa que existe. Eu nunca vi igual e olha que eu já trabalhei em setores super complexos. Eu dizia que achava que conta de banco era a coisa mais complexa para se processar. Depois eu soube que conta de telefone é pior ainda. E ai agora eu digo que conta de hospital ganha de conta de telefone. E então realmente é um negocio ultra complexo."

Superintendente de RH do HB

Sobre qualidade e vantagens da decisão tomada

> "Se você for dizer assim: 'teria um software melhor'? Eu não vou saber... Mas em relação à situação que a gente tinha antigamente, eu não tenho a menor dúvida. Não tenho a menor dúvida (de que tomamos uma boa decisão)."

Superintendente Geral do HB

> "A gente está indo para o quinto mês de processo implementado. Então, se a gente pensar em cima somente da decisão efetiva de qual a melhor aplicação, eu digo para você que sim, a gente já tem essa percepção. Por que? Por que, em paralelo, você olha para o mercado e as implementações dos nossos, vamos dizer, o segundo colocado e o terceiro colocado, ainda não viraram os seus hospitais. Então, o Hospital Y, que é um dos clientes da Totvs, ele não virou até hoje. Então, se a gente olha a decisão pela Philips foi a melhor? A minha resposta é: sim. Por que? Por que a gente conseguiu efetivamente depois da escolha o que a gente queria, que era virar um hospital e colocar um sistema de mercado dentro do HB. Agora, se você me perguntar se essa escolha já rendeu todos os frutos que vocês esperam, que são essas métricas... ainda não"

Superintendente de TI do HB

> "Começa a aparecer coisa que você fala, nossa, como assim isso era assim? Eu vou te dar um exemplo, nessa transição quando a área de tecnologia foi migrar para cá as tabelas e preços com as operadoras tinham coisas ali que tinham um grau de vamos dizer assim, tinha um grau de customização para cara área de um jeito. Para a mesma operadora tinham vários jeitos de fazer. E porque isso, para que isso? Isso não faz nem sentido comercial. E ai que eu digo que talvez a nossa área comercial que tem nova gestão e uma nova linha de comando demorasse anos para perceber. E então é o que eu digo, você levanta a poeira, você abre o armário e tudo aparece."

Superintendente de RH do HB

Estudo de Caso B2

Sobre planejamento estratégico

> "Eu cheguei um mês depois do atual Superintendente, mas a gente teve a oportunidade, ele teve, no mês que ele chegou, de assistir à apresentação do planejamento estratégico que a Consultoria X tinha feito para cá. Definindo os seis pilares estratégicos, que são: (1) eficiência operacional, utilizar melhor os recursos; (2) rever nosso modelo de negócios, quer dizer, nosso relacionamento com todos os clientes, todos os fornecedores, como estão os nossos negócios, o governo, tudo, a gente está aproveitando da melhor forma possível, fazendo da melhor maneira possível, então a gente tem que melhorar a eficiência operacional, fazer, rever, o modelo de negócios e (3) ter um terceiro pilar que seja desenvolvimento organizacional, a gente tem uma estrutura de pessoas necessárias e distribuídas da

forma e da maneira para conseguir atingir esses objetivos fazer uma (4) gestão de mudanças para tudo isso que está acontecendo e mais (5) gestão de patrimônio. Tudo isso... e... (6) Governança. O sexto é governança."

Superintendente de Finanças do HB

Sobre o contexto organizacional

"E quando eu cheguei eu não tinha esta clareza, mas alguns meses depois eu consegui fazer um estudo de cultura. E não só de clima, mas de cultura. E quando eu fiz este estudo de cultura, eu teria dito lá atrás, não tenho medo porque a HB tem, as pessoas que trabalham aqui tem um vinculo com esta instituição que é maior do que qualquer coisa. Qualquer coisa. É extraordinário. Eu nunca vi na minha vida profissional assim."

Superintendente de RH do HB

"O HB perdia caixa todo mês, tinha resultado operacional negativo e estava se sustentando com caixa e com uma receita financeira que estavam diminuindo em função dos fortes investimentos que estavam sendo adequadamente feitos para modernizar a instituição, além de ser o único hospital privado da cidade em que quase 50% dos pacientes são oriundos do SUS."

Superintendente de Finanças do HB

"Então, assim, foi bacana, por que foi um cenário de muitas decisões, pesadas, estratégicas e táticas, correções de rumo, assumir riscos, por que assim, tinha coisas que eu não sabia que iam acontecer, manda tocar, e a gente vai administrando. E assim, chapa quente, por que nessa obra não poderia acontecer mais nada.
(...)

Tem mais de oito mil equipamentos, mais de setenta milhões de dólares investidos. Então, tem sido um belo de um aprendizado e ao mesmo tempo áreas que encontrei bastante desestruturadas"

Superintendente de Operações do HB

Sobre características da liderança

"Então, eu fiz administração, fui para o ramo industrial, na área financeira e depois de alguns anos de trabalho, veio uma oportunidade da área da Saúde e eu assumi um cargo de administrador, depois de vários anos, na realidade, na área financeira... E há

dois anos e meio, então eu vim para cá para o HB, que é uma empresa... ainda de um porte maior ainda, para fazer um processo muito similar àquele que nós fizemos num outro hospital há 10 anos atrás”

Superintendente de Finanças do HB

“Sou engenheiro mecânico. Sou profissional de Operações que fez a carreira basicamente em indústria e pela primeira vez está na área hospitalar.

(...)

É um projeto pelo qual me identifiquei muito pela causa, por que eu faço coisas como se eu estivesse fazendo para mim, por que eu sou paciente também. Então, assim, é impressionante como eu me identifiquei com a causa e eu senti aqui que eu teria muita liberdade para colocar aquilo que eu tenho como modelos de sucesso. Eu senti muito no convite que assim, pô, nós estamos precisando de gente que venha para cá, que vai ter o apoio naquilo que a gente acredita e valida junto, vai ser dado chance de implementar. Nós estamos precisando de gente com vontade de transformar, que é minha cara.

(...)

Entrei como Superintendente de Suprimentos em setembro de 2014 e em dezembro eu virei o Diretor de Operações da empresa, eu assumi quatro novas áreas. E quatro novas áreas que eu nunca toquei na vida.

(...)
Então assim, eu usei o básico do básico, quer dizer, qualquer time que não tem papeis e responsabilidades claras, não é eficiente. Qualquer time que não tem metodologia de trabalho não é eficiente. Qualquer time que não tem meta clara, definida, não é eficiente. Então, simplesmente atuei nisso. Como é um negócio muito multifuncional, não foi fácil e também pelo aspecto político.

(...)

Sabe, na hora que cortar a fita lá, ai eu vou falar, caramba, que orgulho, que orgulho de fazer parte da história do HB. E do jeito que foi, por que não dá para contar tudo que aconteceu. Mas eu sei o que a gente pegou, o desafio, a parte pessoal minha de falar, pô, eu estou com um negócio que eu não sei, eu sou engenheiro mecânico, não sou engenheiro civil, mas qual a minha habilidade de pegar as pessoas que são experts nisso, colocar de tal forma para fazer. Agora eu sou um cara bom de gestão, eu sou um cara bom de integração e eu sou bom um cara de controle, então eu vou usar essa minha competência, mas eu vou me completar com isso, com isso, com isso, montamos um time.”

Superintendente de Operações do HB

"Você vai ter que ir lá no Conselho e tudo e dar todas as explicações. Quando você substitui administrações, você herda as coisas boas e você herda erros do passado. É horrível você ter que falar, olha, não fui eu que fiz isso. É horrível."

Superintendente Médico do HB

Sobre a decisão em si

"A gente tem um projeto de ampliação de uma instituição que tem uma enorme capacidade de produção, que não estava sendo 100% aproveitada, então você tem uma capacidade ociosa dentro da instituição, ao mesmo tempo em que você tem um projeto pronto de construção e ampliação da instituição... na época a gente fez uma projeção de 10 anos que mostrava que a construção desse anexo iria consumir caixa da nossa reserva levando a gente abaixo do limite mínimo que a gente entendia como, ou, que até foi estabelecido pelo conselho como mínimo para gente manter... Foi uma das primeiras questões.

(...)

Mas, por outro lado, você tem um novo planejamento estratégico da organização que é... voltado lá no ponto modelo de negócios, você tem... uma especialidade chamada Oncologia que está alavancando o negócio como um todo, com uma boa rentabilidade, uma boa projeção no mercado, e que você não pode perder a sua oportunidade de aproveitar esse nicho.

(...)

E a única forma de você aproveitar esse nicho e manter uma equipe de ponta, de alta competência e relevância no Brasil, nesse segmento, seria executar o projeto.

(...)

O Superintendente tinha acabado de chegar, eu também tinha acabado de chegar. Então a gente tinha aqui... uma necessidade de fortalecer a especialidade, manter a equipe médica e gerar rentabilidade. Tinha também a fonte de financiamento para fazer aquilo e o projeto aprovado.

(...)

Vou ou não vou? Quando você olha tudo e vê, você fala: 'nós vamos assumir esse projeto, vamos executar e vamos fazer com que todas as outras iniciativas contribuam para execução e ganho de rentabilidade'. E é o que a gente decidiu fazer.

(...)

Obviamente que, sustentando tudo isso, a gente fez um trabalho de estudo de viabilidade econômica do projeto como um todo bem fundamentado, bem estruturado.”

Superintendente de Finanças do HB

“Com esse bloco novo, vamos incrementar em setenta por cento a capacidade para este tipo de tratamento. E vai trazer toda uma modernidade, que nós vamos ter lá transplante de medula óssea, nós vamos ter uma farmácia oncológica inteira no décimo andar. Um negócio bem, assim, show de bola, para ser um hospital de referência, para que a gente... esses médicos renomados, que trabalham na área, falem: 'pô, ele é.' Em tese, ele (o médico) é o dono do hospital, então ele traz aquela clientela vip, por que eu atendo, mas olha o nível de atendimento que o cara faz.”

Superintendente de Operações do HB

Sobre a implementação da decisão

“No momento da execução dos projetos, a gente verificou que as coisas não estavam da maneira que se esperava que estivessem. Então, apesar de ter os recursos, apesar de ter financiamento, a obra não conseguiu ir no ritmo que tinha sido planejado. E custou mais caro. Custou mais caro porque os projetos tiveram que ser refeitos uma parte, custou mais caro porque demorou mais...
(...) faltou um melhor planejamento de execução (feito na gestão anterior).”

Superintendente de Finanças do HB

“Só que tinha o seguinte detalhe, como os nossos médicos aqui, o grupo de oncologia todo viu que o prédio estava parado, eles começaram a negociar uma saída.

(...)

Então, estas coisas, atrasam a obra. Só atrasos de obra, só atraso de entrega, já demanda custos. Outra coisa que aconteceu, levou muito tempo para uma definição final das nossas revisões de projetos para fornecer para a construtora para construtora nos dar o preço final. Você está entendendo? Por que evidentemente o contrato é assim, mudou esse projeto, nós vamos ter que recalcular. Então, nesse atraso, nesse recálculo, etc., e na consideração total das coisas é que o preço aumentou bastante.”

Superintendente Médico do HB

“A obra está mais de um ano atrasada. (…) obra está andando de lado, nós estamos com prédio aí que está sendo colocado parece que um tijolo por dia e aí como é que a gente faz isso aí virar realidade, não é? Bom, aí eu peguei isso como todo bom engenheiro cartesiano, você começa a colocar isso dentro de uma ótica estruturada e aí começamos a ver todas as dificuldades: 'estamos com um projeto enorme de um prédio, mas a gente não tem um projeto executivo ainda aprovado.' (...) 'Nós fizemos mudanças de escopo, mas não atualizamos o business case, não sabemos se o que a gente mudou vai fazer o pay back adequado.' (…) 'nós estamos com as consultorias erradas'. (…) A companhia já tinha tomado a decisão de ter colocado uma gerenciadora, coisa que não tinha, que é importante para isso. E estava num conflito enorme com a própria construtora...

(...)

Então, eu peguei num momento em que a gerenciadora e a construtora, quando sentavam, se você desse um taco de baseball para cada um, não saía um vivo. E eu também com a minha área de engenharia toda fragmentada, por que o Superintendente tinha saído, eu tinha acabado de assumir, não tinha um gerente de obras e manutenção, eu tinha um monte de analistas de projetos, não tinha nenhuma coordenação, não tinha ninguém sênior. Então assim, o caos mesmo. E a gente com investimento até então orçado em XX milhões de reais há mais de um ano atrasado.

(...)

Acabou com o disse-que-me-disse. Papeis e responsabilidades, essa pessoa de engenharia vai cuidar de todo o controle de custo da obra, a gerenciadora tem esse papel, esse tem esse papel, está organizado? O fluxo de comunicação é esse, o email de todo mundo está aqui, o telefone de todo mundo está aqui, então o seguinte, nós somos um time? Somos um time, então nós vamos ter que trabalhar como um time.

(...)

Isso tudo a obra praticamente parada. Pa-ra-da. E o nosso corpo clínico olhando para aquilo e falando assim: 'ué, vocês não vão fazer o prédio para nós? Eu vou embora então.'

(...)

Bom, no final, o número que a gente expressa assustou, por que no final eu falei o seguinte, bom, é esse o número. Qual que é número? XXX milhões. 'Pelo amor de Deus, foram aprovados XX porque achavam que ia ser cem milhões'. (…) Aí agora senta com o Superintendente, senta com o conselho e explica, pá, pá, pá... O que variou? Aí eu falei: 'como é que eu vou mostrar isso?' Aí acho que acertei isso sim (...) fui construindo quadradinho a quadradinho o que era: ‘mais X de aumento da engenharia clínica, mais Y que não estava previsto, mais Z... XXX milhões’. Aí apresentei interno, concordamos. Apresentei para o comitê de obras formado por

membros do Conselho, que têm mais conhecimento disso, então tem advogado e tem cara que conhece obra.

(...)

Aquele monte de questionamento, mas depois veio elogio: 'parabéns, por que nós nunca tivemos condições de ver algo tão bem estruturado, independente se o número é horrível, mas pelo menos a gente está começando a ver algo que a gente sabe. Um dos conselheiros virou e falou: Superintendente de Operações do HB, parabéns, pela primeira vez eu estou vendo algo estruturado em que eu começo a confiar, por que eu nunca acreditei naqueles XX milhões orçados anteriormente.”

Superintendente de Operações do HB

Sobre particularidades do setor da saúde

“Tanto é que depois no resto da minha carreira, muitos contatos são iguais, porque na área de saúde, os contatos acabam sendo similares.”

Superintendente de Finanças do HB

“Você tem que entender que nós temos uma filantropia que nos dá prejuízo, que eu compenso atendendo a saúde suplementar e pacientes particulares. E a Oncologia tem uma contribuição muito significativa nessa, vamos dizer, sobra, ela não é bem... Seria o lucro do ponto de vista de uma entidade filantrópica, mas numa sobra que ajuda a sustentar a filantropia.

(...)

O melhor exemplo que eu sempre falo na área hospitalar é o desfibrilador. Você tem um em cada setor do hospital, quer dizer, você nunca vai ter um resultado financeiro com o desfibrilador, você não se diferencia por ter um desfibrilador, mas isso daqui é fundamental. Você não consegue funcionar sem isso. Aí é decisão técnica. O terceiro ponto é decisão estratégica, você pode ter decisões que não vão ter retorno financeiro, que não são fundamentais para o exercício do teu trabalho, mas você quer sinalizar para o mercado, apontar para uma direção. O exemplo que você falou é o robô cirúrgico. Quer dizer, dá para fazer aquela cirurgia sem ter o robô? Dá. Financeiramente, o resultado de comprar o robô não é interessante, tecnicamente eu posso fazer de outra maneira, mas se eu quero sinalizar para o mercado, olha, eu quero estar na ponta, é isso. Essas decisões na área médico-hospitalar elas aparecem a toda hora, por causa da incorporação de tecnologia, quer dizer, você está sempre tendo que olhar os três aspectos.

(...)

Por que quando você traz médicos... O médico é o motor do hospital, o hospital não funciona sem o médico. Aqui no Brasil de um modo geral, o médico é o motor inclusive pelo fato de que quem traz o paciente é o médico. Quer dizer, o HB tem um

prestígio sensacional, maravilhoso, etc., mas nós não estamos recebendo milhares de telefonemas por dia de gente assim: HB, olha, eu tenho dor de cabeça, me recomenda um médico. Não, eu tenho um neurologista que trouxe o paciente para cá. E assim acontece na nossa cirurgia cardíaca, eu estou falando de saúde suplementar. SUS é diferente. Eu fui diretor no HA também, então eu tenho experiência da área pública. Existe uma diferença fundamental no funcionamento do hospital privado e do hospital público. Hospital público ele tem demanda infinita. Você precisa regular a demanda. Você precisar ter médico para trabalhar para atender a demanda. Hospital privado precisa gerar a demanda. Ele precisa vender o seu produto. E a demanda é gerada pelos médicos que trazem os pacientes para o hospital. Isso é o princípio básico."

Superintendente Médico do HB

Sobre qualidade e vantagens da decisão tomada

"E aí, entrando especificamente na questão da expansão, a gente percebe que primeiro eu acho que a decisão tomada, ela foi acertada. Por que assim, a decisão de se fazer essa expansão ela está dentro de um objetivo do hospital, que é um hospital vip, que é um hospital onde você tem que montá-lo para que você tenha um corpo clínico como nós temos lá, que queira ficar, que queira se dedicar, que queira sentir que aquilo é um pouco dele. (...) Já é uma estratégia de ter algo que sirva de referência para atrair outro perfil de clientes. Então, em termos de tomada de decisão, eu acho que foi correto, precisa crescer, mesmo sabendo que a empresa está num momento de consolidação."

Superintendente de Operações do HB

"Indiscutivelmente. Indiscutivelmente. Por que a Oncologia daqui ela não é só pelo resultado, é pelo modelo. Esse tem sido o meu trabalho agora, assim, do ponto de vista da estratégia geral da empresa. Como é que você monta um núcleo, como é que você atrai competência, como é que você mantém a competência."

Superintendente Médico do HB

Estudo de caso C

Sobre planejamento estratégico

"Certo? Então é o que a gente fez. Nós planejamos a estratégia, foi em 2007, nós revisitamos ele em 2011, inclusive porque nós vimos pra parte de educação, nós naquela ocasião, educação e pesquisa.

(...)

É isso mesmo. Tá? Então é assim que tem andado né. Então, agora em 2015, foi época de planejamento estratégico. Nós começamos dia 8 até 2020. O que tá pronto, nós convidamos a Consultoria Internacional X pra fazer. Estamos agora fazendo todo o método de comunicação internamente pra instrução e o de implementação."

Superintendente Geral do Hospital C

"Então trabalhamos muito com planejamento estratégico, projetos estratégicos definidos, objetivos e projetos estratégicos, a priorização dos projetos. Sempre nós tivemos ai uma tomada de decisão voltada também para investimento, o número, o valor, o resultado não é saudável por acaso, ele tem um planejamento muito sério em relação aos valores como um todo."

Superintendente de RH do Hospital C

Sobre o contexto organizacional

"Nós hoje temos aqui escola técnica, formamos técnicos de enfermagem e outros técnicos de outras áreas. Nós desde o ano de 2014, temos a faculdade do Hospital, temos um primeiro curso que é o de Gestão na área de Saúde e agora estamos encaminhando, estamos aguardando a aprovação do MEC pra começar com a primeira turma de Enfermagem. Temos cursos de pós-graduação e etc."

(...)

"Bem, a nossa instituição é uma instituição de mais de 100 anos, bastante antiga, têm associados com idade bastante elevada. Então, a gente sempre teve uma preocupação muito grande sobre como oxigenar essa instituição, uma instituição muito boa, com uma reputação enorme e com pessoas com idade avançada que talvez não tivessem uma colaboração tão boa quanto a gente ou a instituição precisa. Então o que aconteceu, em 2 mil e... Esse é o terceiro ano dele... 2013. Foi eleito pra presidente do conselho um jovem, uma pessoa que tem hoje 54 anos, presidente de uma grande empresa da área química né. Ele brasileiro e a empresa da mesma nacionalidade da colônia fundadora do Hospital C. Mas ele brasileiro, nem descendente é. Foi o primeiro, o resto, todos descendentes de imigrantes da colônia."

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre mudanças ao longo do tempo

"Nós agora temos algumas outras regras, todo membro do conselho deliberativo não pode ter mais de 75 anos durante o período de atuação. Essa regra existe de uns talvez 4 anos pra cá. E agora, do ano passado pra cá, se incluiu mais uma. Os

membros do conselho não podem ficar mais do que 12 anos, ou seja, são 3 mandatos, são 3 anos cada um, são 4 mandatos. 3 mandatos por maioria, o 4º mandato ele precisa ter 80% de aprovação, senão ele não cumpre o 4º mandato. Então isso tá dando uma, um outro ritmo na instituição né, as reuniões do conselho mudaram né, a forma de informação do conselho e de tomada de decisão tá completamente diferente né, e eu tenho certeza que isso vai dar mais velocidade pra nossa instituição."

Superintendente Geral do Hospital C

"Naquela ocasião (dez anos antes), o processo de decisão no Conselho era: o executivo levava, mostrava e as pessoas acolhiam, o conselho acolhia. Na realidade, eu (na época Diretor de Operações) e o ex-Superintendente tomávamos todas as decisões. Ele bolava a estratégia, passava a estratégia e eu tinha que fazer ela permear. Então ele testava a estratégia, nós discutíamos, e ela era implementada. E também a gente não via as partes, claro que se discute em todas as reuniões de Superintendente, semanalmente, onde se discutiu assim. E a tomada de decisão se dava ali. Com os esclarecimentos de um e de outro, mas o que a gente sempre teve foi uma vez tomada a decisão, a decisão é unânime, a gente sempre procurou fazer consenso nas decisões. Isso não quer dizer que a gente não tivesse que tomar decisões mesmo sem consenso. Nós entendemos que, nas discussões, têm quem manda. Mas o processo de decisão ele sempre se deu em cima de informações, de viabilidades, de ver alguma coisa acontecer. O questionamento é o seguinte, nós vamos esperar todo esse tempo pra começar a colher os resultados, isso vale a pena, isso não vale a pena. Entendeu?"

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre características da liderança

"Meu conselho é formado de, o seguinte, nós temos aqui na associação, em torno de 130 associados. Desses associados, são escolhidos 10 pra compor o conselho deliberativo. Tá? 10 associados. E desses 10 escolhemos um presidente e um vice. Dentro desses 130, também são escolhidos 6, pra ser conselho fiscal. Onde também tem um presidente e um vice.

(...)

Começamos a discutir as questões todas de governança e nos demos conta de que precisávamos oxigenar o conselho. Contratamos uma consultoria especialista, que viu o perfil dos nossos associados e propôs algumas categorias, alguns associados passaram a ser honorários, eles têm mais de 80 anos. E se criou também perfil para admissão de associado e de membro de conselho. E aí se fez uma programação onde nesse ano de 2015, dos 10, entraram 4 novos membros do conselho. Todos eles vêm

da ativa, independente de nacionalidade. Nenhum é médico.

(...)

Então a gente contrata também os nossos colaboradores de acordo com os princípios e valores da instituição, se não tiver, ele não entra."

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre a decisão em si

"Eu acho que foram várias decisões importantes: colocar o ambulatório; fazer a parceria com Stanford; implementar um programa de qualidade de vida muito mais estruturado e amplo, com remuneração variável atrelada a metas de saúde ocupacional; internalização dos procedimentos médicos em colaboradores e negociação de uma fatura de plano de saúde pós-paga.

(...)

Todos os casos de câncer ou de cirurgia da coluna, ou de segunda opinião, em colaboradores nossos, nós começamos a olhar do ponto de vista da conta. Se este paciente ele estava lá e fez uma cirurgia no HB ou no Hospital X no caso de câncer, se esse paciente, se essa conta fosse aqui no Hospital C, a preço de custo ou que eu tivesse um médico parceiro com uma tabela específica, quanto custaria? Ideia do Gerente de Saúde Populacional do Hospital C, depois de começar a conviver com as operadoras.

(...)

Em 2007 foi lançado aqui o Centro de Atenção à Saúde do Colaborador, o CASC. Ele tinha o objetivo de retirar esses colaboradores da fila do pronto atendimento do hospital, nos casos de urgência, de gripe, de dor de cabeça, enfim, e acolhe-los num pronto atendimento do colaborador. Além da medicina ocupacional, que nós tivéssemos um pronto atendimento, um laboratório que nós pudéssemos fazer o PA do colaborador e para se trabalhar as questões de medicina ocupacional conjuntamente tá?

(...)

O Gerente de Saúde Populacional do Hospital C estava recém entrando no hospital e o Gerente de Saúde Populacional do Hospital C, ele é jovem, é inspirador ouvir o Gerente de Saúde Populacional do Hospital C falar. Hoje de manhã, a gente falava em respeito de seguro de vida do colaborador, nós fomos assim, colocar a qualidade de vida da pessoa no que diz respeito a seguro de vida, ao invés de ser uma negociação de taxas, de quanto nós vamos pagar para o corretor, nós acabamos falando muito mais amplamente pela paixão que o Gerente de Saúde Populacional do Hospital C tem por tudo isso. Então o Gerente de Saúde Populacional do Hospital C era um jovem médico, é um jovem médico que estava entrando no hospital, e

rapidamente ele começou a fazer alguns contatos com Stanford e com Harvard e foi meio na tentativa de buscar quem é que me ouve, onde que eu posso ir lá fazer um curso, saber como é que eles fazem e tal.

(...)

E a primeira que respondeu foi Stanford e era na época que eu estava entrando na superintendência, nós precisávamos desenhar um projeto mais amplo e não era mais um ambulatório de colaborador, era pensar na saúde, na promoção da saúde como um todo, o hospital estava definindo um *plano estratégico* nessa época e onde ficou claro que nós precisávamos atuar na cadeia da saúde, prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, segmento.

(...)

Então nós tomamos a decisão porque era um pilar do planejamento estratégico, o Programa de Qualidade de Vida. E aí uma equipe nossa foi ser treinada em Stanford, trouxemos para cá o conhecimento e, em 2012, lançamos o programa Bem Estar, que, mais que um ambulatório do colaborador, era um programa mais amplo que pensa em toda a vida do colaborador, e começamos nesse ano de 2012 2013 2014 a trabalhar juntos no sentido de reduzir a sinistralidade do seguro saúde.

(...)

Então precisamos ali do (ininteligível) dos projetos estratégicos, priorização de investimentos, usamos algumas matrizes de gravidade de urgência e tendência, algumas avaliações subjetivas para tomada de decisão.

(...)

Então nós saímos, começamos a olhar todas as nossas faturas, todos os nossos valores, a Sul América fazendo a pressão para o reajuste do plano e definimos e estudamos a manutenção no plano como ele estava ou o pós-pagamento, do pré para o pós-pagamento. Então nós fizemos a mudança decidimos em 2014 que nós faríamos essa mudança, planejamos essa mudança para o final do ano passado, implantamos em novembro...

(...)

O custo de quem faz academia para o plano é um custo muito mais baixo do que quem não faz academia, tem alguns números, e a gente sabe tudo isso e todos esses números nos apoiam para tomar a decisão, o perfil do colaborador ideal é um homem, como técnico de enfermagem, vai, é um homem de 40 anos que faz musculação e que tem um segundo emprego, olha só... ”

Superintendente de RH do Hospital C

“O gatilho foram as queixas sucessivas de pressão do trabalho, estresse, que é difícil e tal... E isso não era uma percepção só minha, era uma percepção da equipe médica. Poxa, eu estava escutando os caras da UTI falando isso, os caras do centro cirúrgico falando isso... ‘poxa eu também estou’, ‘eu também estou’, tá, vamos começar a pensar em algo aqui então. Assim, esse foi o gatilho, digamos assim.

(...)

Não, na verdade a gente não sabia, naquele momento pelo menos a nossa intenção não era essa na verdade, a nossa perspectiva era uma perspectiva muito mais focada em assistência do que envolver outra coisa... Em clima e na saúde das pessoas, o nosso foco era esse. À medida que esse conhecimento foi se desenvolvendo, como eu falei, que o nosso horizonte foi se expandindo, que a gente foi capaz de enxergar isso de uma forma ainda mais sistêmica, é que a gente passou a se preocupar com essas outras variáveis relacionadas a absenteísmo, a sinistralidade do plano de saúde...

(...)

Enfim, então nós começamos o programa lá em 2011 para todo o hospital e à medida que esse programa foi se desenvolvendo, por exemplo, utilizando ferramentas para fazer estratificação de risco, aí não mais pensando apenas na doença, mas também no estilo de vida dessa população, a gente foi entendendo essa população de forma cada vez mais abrangente, digamos assim, e a gente foi sentido algumas necessidades de atuação em áreas que a gente não atuava antes, como por exemplo, Ergonomia: ‘opa, Ergonomia tem um papel importante aqui, traz para cá’; tinha um fisioterapeuta que foi se especializar. ‘Olha, faria sentido se dentro dessa equipe a gente trouxesse também o pessoal de Segurança do Trabalho, Saúde e Segurança, vamos criar um mecanismo para colocar todo mundo debaixo do mesmo guarda-chuva e assim foi feito. Então, à medida que o programa foi se desenvolvendo, ele foi tendo o seu escopo e também aumentado.

(...)

Até que em determinado momento, em 2012, a gente falou: ‘bom, a gente enxerga a necessidade de melhorar os nossos processos, os nossos modelos de gestão integrada em saúde ocupacional... quem faz isso melhor no mundo?

(...)

E aí tentamos Harvard e Stanford, e a parceria com Stanford deu certo. A custo quase zero, já que eles queriam nos ajudar por sermos um hospital filantrópico latino.”

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

“Então, a gente começou aqui em 2007, nascendo nessa área vazia. Então a gente procurava dar um conforto para os colaboradores. Eles tinham uma academia de ginástica, eles tinham um cabeleireiro pra fazer cabelo, mão, pé, essas coisas. Eles tinham um espaço de lazer, onde durante um turno ou outro eles podiam descansar, deitar, ver uma televisão, um espaço só deles. A gente criou uma lan house onde eles

pudessem acessar, fazer as coisas deles. Nós criamos espaços onde eles podiam fazer dança... Isso tudo na época era uma coisa idealizada pelo ex-Superintendente, que continuou sendo desenvolvido pelo Superintendente de RH, e aprimorado pelo nosso médico responsável pelo Ambulatório. Evidentemente que houve uma discussão, a área de RH acha que é uma coisa importante, mas essas coisas custam dinheiro...

(...)

Mas a gente leva sempre ao conselho, todas as decisões são tomadas, por quê? Toda a estratégia do hospital ela precisa ser homologada, referendada pelo conselho."

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre a implementação da decisão

"E aí a gente, então a gente fez isso, voltou para casa e 'olha, precisamos treinar a equipe inteira'. Esse conceito de mudança comportamental, de ciência comportamental, o que é como funciona. 'A gente precisa contratar mais gente', então em 2010 a gente contratou uma psicóloga que fez a sua formação em Coaching de Bem Estar e tudo mais. Talvez nós tenhamos sido uma das primeiras empresas a contratar para a sua equipe que está ali no programa de Qualidade de Vida de Promoção da Saúde, um Coach de Saúde para fazer esse papel.

(...)

Então no final de 2010, setembro de 2010, a gente fez toda preparação para o lançamento do programa, a gente escolheu quais seriam os setores e nos faríamos um projeto piloto, então a gente lançou um programa em setembro, em outubro e novembro nós rodamos o piloto, entendemos as nossas dificuldades operacionais, o que precisava ser ajustado e tal, isso em dezembro, para que janeiro a gente fizesse o layout para o hospital inteiro. Aí a partir de janeiro de 2011 então o programa começou a valer para a organização como um todo. Foi assim, a concepção do programa começou a ser concebida em metade de 2009, até que ele começou a ser operacionalizado em janeiro de 2011, um ano e meio, construindo, testado, aprendendo, enfim.

(...)

Então foi a primeira iniciativa que a gente teve, na verdade, de capturar dados de uma forma um pouco mais estruturada, que até então isso não acontecia, a gente tinha lá um prontuário eletrônico que tem dados estruturados, que a gente tem lá um campinho fechado, pressão arterial, dor abdominal, seja que for, mas tem dados não estruturados, que são as anotações do prontuário eletrônico, quer dizer, para você pegar, como é que você faz uma análise um pouco mais qualificada desse tipo de dado, é quase que impossível.

(...)

Então para que você faça ou para que você consiga atingir esse objetivo você precisa criar uma serie de mecanismos digamos assim, que vão desde facilitação de acesso a serviço de promoção da saúde e isso muitas vezes não é apenas ter uma estrutura, a academia já existia, nem por isso as pessoas... Se você não tiver uma lógica, uma estratégia por trás, você provavelmente não vai emplacar...”

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

“Então, esse aqui são informações que são passadas para os colaboradores de como eles devem acompanhar. Esse aqui é a mesma coisa, só que de uma forma diferente. E aqui é uma agenda com uma cartilha de benefícios que os nossos colaboradores têm, que não são poucos.”

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre particularidades do setor da saúde

“Os prestadores tão revendo, pra ver se a gente consegue sair dessa, porque hoje não tá bom pra médico, não tá bom pra hospital, não tá bom pra clínica, não tá bom pra ninguém. Tá bom só pra fornecedor e laboratório, fornecedor de equipamento médico e laboratório. Isso vai ter que ter uma hora vai terminar.”

Superintendente Geral do Hospital C

Sobre qualidade e vantagens da decisão tomada

“E daí tem todas essas coisas, olha tem que fazer um investimento bastante grande, nós estamos fazendo em pessoas, isso vale a pena ou não, até que assim, vale porque nós precisamos ter pessoas saudáveis, sadias pra poder cuidar de pessoas que têm aqui alguma fragilidade durante os seus períodos de internação. Quando nós começamos a cuidar, além de fazer os investimentos, a gente viu que também podia ter um ganho no futuro em cima da sinistralidade. O que começou a aparecer só depois. Porque primeiro você põe, põe, põe... nós ficamos 5 anos pondo, de 2007 a 2012, a gente só pôs. Agora a gente começou a colher os frutos.
(...)
Mas hoje é uma unanimidade né, a decisão foi tomada tempo atrás. Hoje todo mundo reconhece isso bastante.”

Superintendente Geral do Hospital C

“Quando o programa foi criado, por exemplo, nos tínhamos cerca de 100 pessoas matriculadas na academia que já existia, hoje são 700, com uma grande diferença, naquela época as pessoas que faziam exercício regulamente, pelo menos duas vezes por semana, era cerca de trinta por cento, hoje a taxa de frequência é de noventa por

cento. Então essa é uma diferença extremamente relevante.

(...)

E obviamente que isso está atrelado a uma serie de outros resultados, exemplo, o individuo que faz exercício físico dentro do hospital, quando comparado ao que faz exercício fora ou que não faz exercício físico, custa vinte e oito por cento a menos quando a gente olha o valor anualizado do plano de saúde. Então esses são dados que vão, digamos, sustentando e reforçando o conceito."

Gerente de Saúde Populacional do Hospital C

"O tempo todo nós olhamos quanto é que custa, a decisão do pós-pagamento foi muito acertada, nós já tivemos uma redução... completamente acertada, completamente acertada."

Superintendente de RH do Hospital C

ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante:

Sou estudante do curso de pós-graduação na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa sob a supervisão do professor Abraham Sin Oih Yu, cujo objetivo é compreender como se dá o processo de tomada de decisões estratégicas em hospitais.

Sua participação envolve uma entrevista, que será gravada se assim você permitir, e que tem a duração aproximada de uma hora. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores através dos endereços de e-mail amcrepaldi@usp.br e abraoyu@ipt.br

Atenciosamente,

_____ _____

Nome e assinatura do(a) estudante Local e data

Matrícula:

_____

Nome e assinatura do(a) professor(a) supervisor(a)/orientador(a)

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

_____ _____

Nome e assinatura do participante Local e data

ANEXO 3 – Questionário da Entrevista Semiestruturada

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO DE PESQUISA EM TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA EM HOSPITAIS

Aluna: Ana Maria Crepaldi
Orientador: Prof. Dr. Abrahan Sin Oih Yu

Este questionário não foi visualizado pelos entrevistados. Suas perguntas serviram apenas para balizar o processo de entrevistas e garantir que a questão experimental fosse respondida.

QUESTÕES

1- Qual foi o gatilho para que a decisão tivesse que ser tomada?
2- Qual foi sua participação no processo decisório?
3- Do momento em que os decisores perceberam que teriam de tomar a decisão, até que a decisão fosse tomada, quanto tempo se passou (aproximadamente)?
4- Que tipo de informação foi utilizada no processo decisório?
5- A decisão foi consensual?
6- Você acha que a decisão tomada foi a mais correta?
7- Você acha que a decisão tomada foi a melhor para a organização?