Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade
Departamento de Administração

DIEGO DORNELAS DE FARIA

A INFLUÊNCIA DE FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA E DE STAKEHOLDERS NO DESEMPENHO DE ORGANIZAÇÕES DO RAMO PARTICULAR DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Brasília – DF
2011

DIEGO DORNELAS DE FARIA

A INFLUÊNCIA DE FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA E DE STAKEHOLDERS NO DESEMPENHO DE ORGANIZAÇÕES DO RAMO PARTICULAR DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Doutor, Valmir Emil Hoffmann

Brasília – DF

2011

Faria, Diego Dornelas
A influência de ferramentas de gestão estratégica e de *stakeholders* no desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal / Diego Dornelas de Faria. – Brasília, 2011.
64 f. : il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2011.
Orientador: Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann, Departamento de Administração.

1. Ferramentas de Gestão Estratégica. 2. *Stakeholders*. 3. Desempenho. 4. Hospitais e clínicas I. Título.

DIEGO DORNELAS DE FARIA

INFLUÊNCIA DE FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA E DE STAKEHOLDERS NO DESEMPENHO DE ORGANIZAÇÕES DO RAMO PARTICULAR DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do aluno

Diego Dornelas de Faria

Doutor, Valmir Emil Hoffmann
Professor-Orientador

Doutor, Cleidson Nogueira,
Professor-Examinador

Brasília, 14 de Dezembro de 2011

Para minha família que sempre me apoiou e me incentivou a conquistar os meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por abençoar meu caminho e me fazer acreditar que com fé e perseverança tudo é possível.
Aos meus pais pelo amor e incentivo aos meus estudos.
Ao professor Dr. Valmir Emil Hoffmann pela orientação, dedicação e paciência para com os meus estudos.
Ao doutorando Thiago Gomes, pela orientação e ajuda na coleta de dados.

“O futuro das organizações – e nações – dependerá cada vez mais de sua capacidade de aprender coletivamente”.

(Peter Drucker)

RESUMO

O presente estudo tem o propósito de analisar os impactos das ferramentas de gestão estratégica e dos *stakeholders* no desempenho das clínicas de assistência médica e hospitais do Distrito Federal. Essa pesquisa tem como base a pesquisa qualitativa de mesmo tema desenvolvida por Vendruscolo (2011). No referencial teórico são levantadas diversas teorias relacionadas com a gestão estratégica. Algumas ferramentas de gestão também são destacadas, sendo elas: orçamento, planejamento estratégico, sistemas de informação, *balanced scorecard* e *benchmarking.* Em seguida, diversas teorias sobre *stakeholders* e sua relação com as ferramentas de gestão são discutidas, assim como conceitos sobre desempenho organizacional. Por meio de uma metodologia que tem como base uma pesquisa de campo mediante aplicação de questionários seguida por uma análise quantitativa dos dados é apresentado alguns resultados com base em freqüências, números relativos e absolutos. A análise dos dados é fundamentada mediante a utilização da técnica de análise envoltória de dados – DEA que tem como objetivo medir a eficiência organizacional com base em insumos utilizados e produtos gerados. Foi concluído que tanto os *stakeholders* como as ferramentas de gestão afetam de uma forma ligeiramente positiva o desempenho organizacional. Os resultados foram discutidos e confrontados com teorias e estudos de autores como Oliveira (2006), Kaplan e Norton (2000), Laudon e Laudon (2006), Johnson, Scholes e Whittington (2011) e Welsch (1983).

Palavras-chave: análise envoltória de dados, desempenho organizacional, gestão estratégica, ferramentas de gestão, *stakeholders* e clínicas de assistência médica e hospitais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMHP-DF – Associação dos Médicos de Hospitais Privados do DF

BSC – *Balanced Scorecard*

CRE – Conselho Regional de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

DEA – Análise Envoltória de Dados

MGE – Modelo de Gestão Estratégica

PE – Planejamento Estratégico

SI – Sistema de Informação

SIAD – Sistema Integrado de Apoio à Decisão

SIG – Sistema de Informação Gerencial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

1.1 Contextualização 11
1.2 Formulação do problema 12
1.3 Objetivo Geral 12
1.4 Objetivos Específicos 12
1.5 Justificativa 13

2 REFERENCIAL TEÓRICO 15

2.1 Gestão Estratégica 15
2.2 Ferramentas de Gestão Estratégica 17

2.2.1 Planejamento Estratégico 17
2.2.1.1 Processo do Planejamento Estratégico 18
2.2.1.2 Análise *SWOT* (FOFA) 19
2.2.1.3 Utilização 20

2.2.2 Orçamento 21
2.2.2.1 Processo do Orçamento 22
2.2.2.2 Utilização 23

2.2.3 *Balanced Scorecard* (*BSC*) 24
2.2.3.1 Processo do *Balanced Scorecard* 25
2.2.3.2 Utilização 26

2.2.4 Outras Ferramentas de Gestão 27
2.2.4.1 Benchmarking 27
2.2.4.2 Sistemas de Informação Estratégico e Gerencial (*softwares*) 29
2.3 *Stakeholders* 30

2.3.1 Relevância dos *Stakeholders* nas Ferramentas de Gestão Estratégica 32
2.4 Desempenho Organizacional 33

2.4.1 Indicadores de Desempenho 34

2.4.2 Controle do Desempenho Organizacional 35

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA 36

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa (técnicas de pesquisa ou estratégias escolhidas para coletar os dados) 36
3.2 População e amostra (ou participantes do estudo) 37
3.3 Instrumento(s) de pesquisa 37
3.4 Procedimentos de coleta e de análise de dados 39

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 41

4.1 Apresentação Geral dos Dados da Amostra 41
4.2 Análise dos Desempenhos Organizacionais no Ano de 2006 44
4.3 Análise dos Desempenhos Organizacionais no ano de 2010 49
4.4 Comparação Entre os Desempenhos Organizacionais dos Anos de 2006 e 2010 53

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 56

REFERÊNCIAS.....58
ANEXOS 63
Anexo A – Questionário 1 63
Anexo B – Questionário 2 65

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O Brasil possui hospitais com padrões internacionais e um elevado índice de qualidade. Porém eles são minoria, e atendem apenas aqueles que têm condições de pagar por um plano de saúde privado. Dessa forma, mesmo em um país onde se utiliza recursos públicos para financiar o setor privado, serviços de saúde precários ainda é uma realidade para a grande maioria dos brasileiros (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O sistema de saúde do Distrito Federal tem enfrentado nos últimos anos diversos problemas relacionados à falta de infraestrutura, medicação e super lotação. Somente no primeiro semestre de 2011 foram realizados nas unidades pertencentes à Secretaria de Estado de Saúde do DF 3.744.384 (três milhões setecentos e quarenta e quatro mil e trezentos e oitenta e quatro) consultas e atendimentos, além de 66.957 (sessenta e sei mil novecentos e cinqüenta e sete) internações (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2011). Com isso, é indispensável que, em um sistema de saúde complexo como o do DF, seja feita uma gestão de forma sistemática, analisando o ambiente externo (políticas, regulamentos e mercado), ambiente organizacional (estrutura, amplitude da autoridade, etc) e ambiente interno (recursos humanos, materiais e financeiros), bem como todos os *stakeholders* neles inseridos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Com a implementação de novas práticas de gestão, muitos hospitais (públicos e privados) têm investido na contratação e formação de administradores hospitalar. Entretanto, na prática, tal fator tem gerado significativos conflitos entre esses profissionais e médicos, gerando assim uma resistência quanto às mudanças gerenciais (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Com base em diversos estudos é possível notar que a promoção de uma administração hospitalar mais profissionalizada tem feito com que diversas ferramentas de gestão estratégica sejam utilizadas em hospitais e em clínicas de assistência médica, tanto no Brasil como em outros países. Kaplan e Norton (2000),

Rivera e Artmann (1999), Gonçalves (1998), Galoro (2008) e Guimarães e Évora (2004) apresentam algumas ferramenta utilizadas nesse contexto, as quais serão discutidas no desenvolvimento do trabalho.

1.2 Formulação do problema

Vários esforços têm sido feitos para melhorar o serviço de saúde brasileiro. Vaghetti et al.(2011) citam a implementação da qualidade total, iniciada com o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar de 1998, além da utilização de ferramentas de gestão, como por exemplo, o planejamento estratégico e o planejamento orientado por objetivos, como tentativas de melhorar a efetividade dos hospitais. O foco na gestão de custos também é uma das prioridades defendidas pelo governo para a obtenção de um melhor desempenho das entidades do setor de saúde. Esse foco sob uma ótica gerencial pode auxiliar na tomada de decisão e ser um poderoso instrumento de gestão para avaliar e controlar a qualidade dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Sendo assim formula-se o seguinte problema de pesquisa: a utilização de ferramentas de gestão estratégica, bem como os *stakeholders*, afetam o desempenho das organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal?

1.3 Objetivo Geral

Avaliar os impactos da utilização de ferramentas de gestão estratégica e da influência dos *stakeholders* no desempenho das organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal.

1.4 Objetivos Específicos

a) Verificar a utilização de ferramentas de gestão estratégica nas organizações.
b) Identificar os *stakeholders* influentes na tomada de decisão estratégica.

c) Identificar o desempenho alcançado pelas organizações.

1.5 Justificativa

A justificativa para a realização deste trabalho se sustenta em três pilares: acadêmico, aplicado e social. Na relevância acadêmica, busca-se contribuir para pesquisas relacionadas à gestão estratégica e suas respectivas ferramentas, bem como com a administração hospitalar. Apesar de existirem diversos trabalhos sobre administração estratégica e gestão estratégica, os conceitos inerentes a esse assunto estão sempre evoluindo e muitas vezes se confundem. Segundo Tavares (2007, p. 25), “a evolução dos conceitos e práticas relacionados ao planejamento desde sua abordagem financeira até a administração ou gestão estratégica está intimamente vinculada com a intensificação do ritmo e da complexidade das mudanças ambientais”. Ainda sobre esse assunto Certo et al. (2005, p. 3) “afirmam que o conceito de administração estratégica mudou muito e continuará a mudar. Como resultado, tem-se uma perceptível falta de consenso sobre o que, precisamente, o termo significa”. Alguns trabalhos a respeito da relação da gestão estratégica com o desempenho organizacional foram feitos, porém com uma abordagem pouco aprofundada. Hunger e Wheelen (2002, p. 7) afirmam que “pesquisas mostraram que as organizações que adotam a gestão estratégica geralmente apresentam melhor desempenho do que organizações que não a adotam”. Como exemplo eles citam um estudo sobre o impacto da desregulamentação sobre as ferrovias norte-americanas, o qual revelou um desempenho superior das que analisavam e modificavam suas estratégias de acordo com as mudanças de seus ambientes.

Quanto à relevância aplicada, o presente trabalho se justifica por poder contribuir tanto para a gestão hospitalar, como para a utilização de ferramentas estratégicas. A necessidade de uma gestão hospitalar mais profissionalizada está explícita no artigo 1º da Portaria nº 2.225/GM, de 5 de dezembro de 2002, o qual estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções de hospitais vinculados ao SUS, além de critérios de qualificação profissional exigíveis para o exercício de funções nestas direções de acordo com o porte do hospital

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). De fato os hospitais brasileiros estão se tornando cada vez mais complexos e primando pela eficiência e eficácia. Eles estão se modificando em níveis estruturais e de processos, além de estarem investindo bastante na qualificação de seus profissionais (CERTO et al., 2005).

Já no âmbito social os resultados poderão contribuir para discussões a respeito de uma gestão mais eficiente em hospitais, gerando assim benefícios para a sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente referencial teórico é dividido em quatro partes. Na primeira parte busca-se estabelecer conceitos e assuntos referentes à evolução da gestão estratégica. Na segunda parte são apresentadas as principais ferramenta de gestão estratégica consideradas pelo autor, bem como seus respectivos processos de elaboração e sua aplicabilidade no ambiente organizacional. Em seguida é discutido conceitos e fundamentos sobre os stakeholders e a sua influência nas ferramentas de gestão estratégica. Por fim, são apresentadas informações sobre o desempenho organizacional, indicadores de desempenho e sobre o controle do desempenho da organização.

2.1 Gestão Estratégica

Para discutir sobre gestão estratégica é de suma importância o entendimento da origem e do conceito de estratégia. Uma definição bastante simples e ao mesmo tempo consistente é apresentada por Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 17) que dizem “estratégia é um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo.” Ou seja, resumidamente estratégia é o modo ou o caminho que se segue em um determinado período de tempo. Quanto à origem e à disseminação do termo, Carvalho e Laurindo (2007) afirmam que a idéia de estratégia surge no ambiente militar desde a antiguidade, período em que se obteve a consagração de alguns comandantes militares como grandes estrategistas. Já a inserção de estratégia no ambiente acadêmico, fato que daria origem à gestão estratégica propriamente dita, foi observada no início do século XX na Harvard Business School nos Estados Unidos. Nessa época buscava-se a profissionalização do trabalho dos empresários, e com base em estudos de caso essa instituição investiu maciçamente no desenvolvimento da abordagem estratégica. No fim da década de 1950 a Ford Foundation pediu um estudo global sobre os estudos de gestão, contribuindo assim para a criação de diversas companhias de consultoria formando uma verdadeira indústria da gestão estratégica (HAFSI; MARTINET, 2008).

O fortalecimento do capitalismo, o aumento da concorrência e mudanças rápidas nos ambientes social e organizacional, vem contribuindo para o fomento de discussões, estudos e aplicações de gestão estratégica. No contexto industrial, Porter (1986) cita o poder de negociação dos fornecedores, a ameaça de novos entrantes, o poder de negociação dos compradores, a ameaça de produtos substitutos e a rivalidade entre as empresas existentes, como as cinco forças competitivas de uma organização. Para enfrentar tais forças, foram estabelecidas três estratégias genéricas que podem, mesmo que raramente, serem combinadas entre si. A primeira estratégia genérica é a liderança em custo total, a qual uma empresa tem como principal foco a busca pelo custo mais baixo em relação aos concorrentes. A diferenciação é a segunda estratégia. Nela a indústria prima por diferenciar seus produtos, criando uma percepção ímpar nos consumidores. Por fim, é definida a estratégia de enfoque que visa atender um segmento particular de compradores.

Quanto à evolução do pensamento estratégico é possível encontrar diversas linhas dentro da literatura. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) dividem as fases do processo de formação da estratégia em dez escolas, sendo elas: escola do *design* (análise SWOT, formulação/implementação), escola do planejamento (programação e orçamentação), escola de posicionamento (análise competitiva), escola empreendedora (visão e ousadia), escola cognitiva (interpretação e racionalidade), escola de aprendizado (espírito empreendedor), escola de poder (jogo político e estratégia coletiva), escola cultural (valores e crenças), escola ambiental (evolução e contigência) e escola de configuração (revolução, reformulação e revitalização). No entanto, Bethlem (2003) afirma que em sua pesquisa com mais de 300 empresas brasileiras, não encontrou nenhuma que representasse tipicamente alguma escola. Ele reduziu as dez escolas aos enfoques do planejamento, de aprendizagem e visionário, os quais foram encontrados em sua amostra.

Em uma outra linha da literatura Tavares (2007) descreve as fases da evolução da gestão estratégica. A primeira fase consiste no planejamento financeiro o qual tem o orçamento como sua principal ferramenta. Em seguida tem o inicio do planejamento a longo prazo, fase a qual se preocupa com o futuro, utilizando diversos processos analíticos para fazer projeções. A terceira fase é a do planejamento estratégico. Nela foram desenvolvidas importantes ferramentas de formulação da estratégia, como por exemplo, a análise SWOT, a matriz de crescimento e participação no mercado e a

curva de experiência. Uma característica marcante dessa fase, foi a dificuldade de implementar as estratégias formuladas, fato que contribuiu para o surgimento da quarta fase, a gestão estratégica.

A gestão estratégica enfatiza a importância da estratégia para organização. Com ela os gestores tendem a desenvolver uma visão mais abrangente sobre a organização, não procurando resolver problemas de uma área específica, mas sim do ambiente organizacional com um todo. Sumariamente ela pode ser pensada com a combinação entre a posição estratégica a qual consiste na relação entre ambiente externo, recursos e competências organizacionais e expectativa dos *stakeholders*, escolhas estratégicas que envolvem direções e os métodos adotados e a estratégia em ação, ou seja, as estratégias colocadas em prática (JOHNSON; SCHOLES; WHITTINGTON, 2011). Nessa mesma linha de pensamento Ansoff e McDonnell (1993, p. 303) afirmam que na administração da postura estratégica "são feitas previsões não apenas de ameaças e oportunidades futuras, como também do tipo de potencialidade que será essencial para ter êxito no ambiente futuro". Sendo assim, na gestão estratégica as organizações buscam integrar estratégia e organização, sendo flexíveis quanto às mudanças no ambiente (TAVARES, 2007).

2.2 Ferramentas de Gestão Estratégica

Para efeitos da presente pesquisa, destacam-se entre as ferramentas de gestão estratégica, o planejamento estratégico e a análise *SWOT*, o *balanced scorecard* e o orçamento.

2.2.1 Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é a principal ferramenta encontrada na literatura voltada para estratégia e gestão estratégica. Segundo Machado-da-Silva e Vizeu (2007) o planejamento estratégico foi responsável por atribuir novas atividades gerenciais aos diretores do topo de uma organização, além de contribuir significamente pelo processo de formalização da estratégia. O planejamento estratégico de fato, é

normalmente de responsabilidade dos níveis mais altos da empresa, e é apresentado no limite de sua formalização através da construção de um documento formal denominado plano (OLIVEIRA, 2006). Com base nesses aspectos temos o seguinte conceito:

> Planejamento estratégico é uma técnica administrativa que procura ordenar as idéias das pessoas, de forma que se possa criar uma visão do caminho que se deve seguir (estratégia). Depois de ordenar as idéias, são ordenadas as ações, que é a implementação do Plano Estratégico, para que, sem desperdício de esforços, caminhe na direção pretendida. (ALMEIDA, 2001, p. 13).

Assim sendo, por meio do planejamento estratégico a empresa espera ter um plano efetivo de trabalho, resultando em um direcionamento adequado de esforços, na consolidação do entendimento de todos os aspectos da estratégia empresarial pelos funcionários e no estabelecimento de uma agenda de trabalho com as devidas prioridades estabelecidas (OLIVEIRA, 2006).

2.2.1.1 Processo do Planejamento Estratégico

Quanto ao processo do planejamento estratégico Oliveira (2006) divide-o em quatro fases básicas, sendo: diagnóstico estratégico, missão da empresa, instrumentos prescritivos e quantitativos e controle e avaliação.

Na fase do diagnóstico estratégico estão presentes duas das quatro atividades apresentadas por Almeida (2001) inerentes ao planejamento estratégico para estruturar a estratégia de uma organização. A primeira delas é a análise dos aspectos internos, ou análise interna como muitos autores preferem utilizar. O objetivo dessa atividade é maximizar a eficiência da entidade. A segunda fase presente é a análise do ambiente, ou simplesmente, análise externa. Ela possui o alcance da eficácia organizacional como seu maior propósito. Oliveira (2006) ainda acrescenta as etapas de identificação da visão e dos valores organizacionais à fase do diagnóstico e enfatiza a análise dos concorrentes.

Na segunda fase é definida a missão da empresa. Segundo Tavares (2007, p. 103), “a missão corresponde ao enunciado do papel que a organização pretende desempenhar em relação às oportunidades e ameaças apresentadas por seu

ambiente de negócio”. Ou seja, na elaboração da missão se faz extremamente necessário a observação do resultado da fase anterior. Com isso, a missão guiará o estabelecimento dos propósitos atuais e potenciais, da postura estratégica, das macroestratégias e macropolíticas, além da estruturação e debate de cenários (OLIVEIRA, 2006).

Na terceira fase são definidos os objetivos, metas, políticas e diretrizes, projetos, programas e planos de ação da organização, além de análises quantitativas, como por exemplo, econômico-financeiras. Já na última é feita a análise do que foi feito e do que fora proposto nas fases anteriores. Com isso é analisado o desempenho alcançado pela empresa, além de serem promovidas ações corretivas para corrigir eventuais desvios (OLIVEIRA, 2006).

2.2.1.2 Análise *SWOT* (FOFA)

A análise *SWOT (strenghts, weaknesses, opportunities and threats*), ou análise FOFA (forças, oportunidades, fraquezas e ameaças) traduzindo para o português, é uma importante ferramenta utilizada na gestão estratégica competitiva. Ela relaciona as oportunidades e ameaças (ambiente externo) com os pontos fortes e pontos fracos (ambiente interno) da organização (LOBATO et al., 2007).

Alguns fatores importantes no ambiente externo para a análise de oportunidades e ameaças a serem considerados são: tecnologia, governo, subsistema financeiro, sindicatos, consumidores, mercado, concorrentes e fornecedores. Quanto ao ambiente interno utilizados para analisar os pontos fracos e pontos fortes podemos citar as grandes funções de uma empresa, como por exemplo: *marketing*, finanças, produção, recursos humanos. Além disso, é importante levar em consideração a estrutura e os processos organizacionais (OLIVEIRA, 2006).

Após a análise desses itens estabelecem-se as seguintes zonas na matriz *SWOT*:

	Oportunidades	Ameaças
Forças	1. Capacidade de ação ofensiva	2. Capacidade defensiva
Fraquezas	3. Debilidades	4. Vulnerabilidades

Figura 1 – Diagnóstico matriz *SWOT*

Fonte: Lobato et al. (2007, p. 69)

Através do resultado desse diagnóstico a empresa analisa as estratégias passíveis de implementação, para promover a aproximação dos fatores críticos de sucesso da organização com a zona de ação ofensiva e o afastamento da zona de vulnerabilidade (LOBATO et al., 2007).

2.2.1.3 Utilização

Há inúmeros exemplos de organizações que fazem uso da ferramenta planejamento estratégico. No entanto, segundo Rivera e Artmann (1999), o planejamento estratégico em saúde (PES) surge em meados da década de 70 e teve como grande mérito trazer à tona a iminência do diálogo. Com seu desenvolvimento as questões referentes à viabilidade e a complexidade política passam ser encaradas como um papel central, estando superiores às questões financeiras. O PES apresentou outras contribuições, como por exemplo, o estímulo da descentralização administrativa. No entanto ele teve que ser adaptado e simplificado para atender o setor de saúde de forma efetiva.

Gonçalves e Aché (1999) ressaltam a importância da conquista de mercado pelos hospitais. Afirmam eles devem ser administrados de maneira profissional-empresarial, e ressaltam a importância da fase do planejamento para que a organização seja bem sucedida.

Em um estudo de caso sobre aprendizagem gerencial em um hospital, Moraes, Silva e Cunha (2004) afirmam que a aprendizagem dos executivos contribui para o desenvolvimento de sistemas mais efetivos. Eles incluem nesse processo de aprendizagem o planejamento estratégico. Relatam que a sua formulação, seguida pela sua implementação contribui para o processo de aprendizagem, além de ser

fundamental para a formação de executivos, resultando assim, no desenvolvimento de práticas gerenciais mais efetivas.

Outro estudo importante sobre a aplicação do planejamento estratégico em hospitais é apresentado na obra de Malik e Pena (2003). Eles fizeram uma comparação da construção da administração estratégica entre hospitais do Brasil e hospitais dos EUA. Foi concluído que os gestores americanos estão mais familiarizados com a gestão estratégica. Com isso, nos hospitais pesquisados até o momento da pesquisa, foi constatado que dois dos quatro hospitais brasileiros pesquisados não tinham implementado o planejamento estratégico de forma efetiva. Isso gerou uma comunicação de objetivos, valores, visão e indicadores deficitária em relação aos hospitais norte americanos. Outro aspecto importante a respeito da conclusão do estudo se deve ao fato de que os gestores americanos apresentaram como prioridades a melhora de serviços específicos da saúde, como a saúde da mulher e cardiologia. Já nos hospitais brasileiros, os gestores apontaram como prioridade a redução de custos e assuntos como a descentralização administrativa.

2.2.2 Orçamento

Uma outra ferramenta que nem sempre é usada em conjunto com a gestão estratégica, porém é relevante o seu estudo devido à freqüência de sua utilização é o orçamento. Para Lunkes (2003, p. 39), “ele pode ser definido em termos amplos, como um enfoque sistemático e formal à execução das responsabilidades do planejamento, execução e controle”. Em outras palavras, o orçamento está presente nas mais diversas funções administrativas e apresenta previsões quantitativas estruturadas de modo a auxiliar os gestores. No entanto, apesar da presença em vários processos organizacionais, segundo Dearden (1976), ele serve aos objetivos básicos de planejar e controlar.

Welsch (1983) enfatiza as finalidades do orçamento com as funções de planejamento e controle. Ele define o conceito de orçamento global ou orçamento para fins administrativos como sinônimos para planejamento e controle de resultados. Esse processo organizacional utiliza para sua formalização os objetivos globais e de longo prazo, um plano de resultados a curto e a longo prazo, e um

sistema de relatórios periódicos de desempenho para os vários níveis de responsabilidade.

No Brasil o orçamento passou a ser adotado com freqüência apenas a partir da década de 70. A sua evolução é composta pelas seguintes fases (LUNKES, 2003):

i. Orçamento Empresarial: visa atender apenas o próximo período de atividade através da projeção de resultados com base em objetivos e o posterior controle com base em dados contábeis;
ii. Orçamento contínuo: ênfase no processo de continuidade do orçamento, renovando o período realizado e acrescentando o mesmo período de tempo para o futuro;
iii. Orçamento de Base Zero: exigia justificativa para todos os novos gastos, não aceitando apenas como tal os dados do período anteriro;
iv. Orçamento Flexível: promove a extensão do orçamento para diversos níveis de atividade;
v. Orçamento por atividades: envolve a utilização de metas estratégicas e se preocupa com a alocação apropriada de recursos – atividade realizada x aplicação de recursos;
vi. Orçamento Perpétuo: projeta a utilização de recursos com base nas relações de causa e efeito entre os processos correntes.

Dentro desse processo de evolução é nítido o aumento da participação do orçamento na gestão estratégica das empresas, fato o qual o mantém como uma importante ferramenta de gestão.

2.2.2.1 Processo do Orçamento

O processo orçamentário pode variar de empresa para empresa de acordo com suas necessidades. Lunkes (2003, p. 27) afirma que o processo orçamentário “[...] envolve a elaboração de planos detalhados e objetivos de lucro, previsão das despesas dentro da estrutura dos planos e políticas existentes e fixação de padrões definidos de atuação para indivíduos com responsabilidade de supervisão”.

Segundo Boisvert (1999 apud LUNKES, 2003), o ciclo orçamentário da empresas bem administradas normalmente apresenta as seguintes etapas: a) planejamento do

desempenho da empresa como um todo; b) estabelecimento de um parâmetro de referência para efeitos de comparação dos resultados; c) análise das variações dos planos e ações corretivas se necessário; d) replanejamento com base nas mudanças das condições e nos *feedbacks*. Com base nessas etapas, o processo orçamentário ainda deve permitir o prosseguimento dos planos, a mensuração periódica dos objetivos, a ratificação dos planos, reavaliar os objetivos e a estratégia da organização e analisar a efetividade dos gestores.

A implantação de um sistema de orçamento não é uma tarefa simples. A organização pode enfrentar uma série de resistência e muitas vezes é necessário a participação intensas de gestores do alto nível da organização no processo. Além disso, antes da organização promover a implementação dessa ferramenta é necessário realizar um estudo o qual permita o levantamento de informações para prever o impacto da mesma nas operações da empresa (WELSCH, 1983).

2.2.2.2 Utilização

Diversas organizações utilizam o orçamento em seu dia a dia. Bin e Castor (2007) analisaram o orçamento em uma grande empresa estatal brasileira. Eles concluíram que apesar do orçamento apresentar dados mecanicistas dos processos organizacionais, eles também se estendem às dimensões políticas. As características dessa aplicação pode se estender perfeitamente ao contexto dos hospitais públicos brasileiros, uma vez que há diversos interesses políticos e uma luta constante por fonte de recursos.

Frezatti et al. (2007) por sua vez procuraram relacionar os perfis da contabilidade gerencial, com os perfis do planejamento estratégico e dos orçamentos nas empresas brasileira. Como resultado do estudo, foi concluído que a contabilidade gerencial não exerce influência sobre o planejamento estratégico isolado. Existe apenas uma relação quando o orçamento está presente na organização.

Os hospitais têm evoluído significamente nos últimos anos. A tendência do novo hospital moderno é que utilize cada vez mais sistemas administrativos eficientes com a ajuda da informática, sendo necessária uma gestão mais profissionalizada. Com isso, novos estilos de gestão devem ser implementados buscando a integração e a

presença ativa dos membros da organização, promovendo assim, um elevado índice de desempenho organizacional. Dentro desse âmbito o orçamento está presente tanto na gerência financeira como na relação entre a entidade mantenedora d e o hospital. O orçamento então deve ser discutido em um nível global no âmbito do conselho técnico-administrativo, o qual é formado por gerentes de áreas específicas (GONÇALVES, 1998).

2.2.3 *Balanced Scorecard* (*BSC*)

Em meados do século XX as organizações começavam a enfrentar diversas dificuldades na implementação de suas estratégias. Os ativos tangíveis foram perdendo valor frente aos ativos intangíveis, os quais hoje representam a maior parte do valor total de uma empresa. Com isso, as ferramentas econômico-financeiras já não eram mais tão eficazes para medir o desempenho alcançado pelas companhias. Nesse contexto o *balanced scorecard* foi criado para introduzir novos indicadores de desempenho organizacional e se tornou uma importante ferramenta, tanto para implementação da estratégia, como para a sustentação do foco estratégico das empresas (KAPLAN; NORTON, 2000).

Niven (2005, p. 16) descreve o *balanced scorecard* como “[...] um grupo de medidas cuidadosamente selecionadas que se originam da estratégia de uma empresa”. Essas medidas são apresentas em quatro perspectivas, financeira, clientes externos, processos internos e aprendizado e crescimento, as quais devem possuir uma relação de causa e efeito (LOBATO et al., 2007). A perspectiva financeira possui indicadores de retardo, ou seja, traduz apenas situações que já ocorreram. Já as demais perspectivas possuem indicadores de comando, pois estão orientadas para o desempenho econômico futuro (NIVEN, 2005).

Segundo Kaplan e Norton (2000), empresas que foram bem sucedidas na implementação do *balanced scorecard* se transformaram em verdadeiras organizações orientadas para a estratégia. Os gerentes que anteriormente dedicavam a maior parte de seu tempo a questões táticas e operacionais, passaram a concentrar mais esforços na implementação efetiva da estratégia. Com isso, foi observado a manifestação de cinco princípios, sendo eles: mobilização a mudança

por meio da liderança executiva, conversão da estratégia em processo contínuo, transformação da estratégia em tarefa de todos, alinhamento da organização à estratégia e tradução da estratégia em termos operacionais. Esses princípios refletem as finalidades do balanced socrecard, que segundo Niven (2005) são a de ser um sistema de medição de desempenho orientado para a estratégia, um sistema de gerenciamento estratégico e uma ferramenta de comunicação da estratégia.

2.2.3.1 Processo do *Balanced Scorecard*

Para que a implementação do *balanced scorecard* seja bem sucedida nas organizações é de fundamental importância a elaboração de um projeto consistente. Niven (2005) estabelece duas fases para o projeto do BSC. A primeira consiste na fase do planejamento, a qual estabelece os seguintes passos: I- desenvolvimento de objetivos para o *balanced scorecard*; II- determinação da unidade organizacional; III- obtenção de patrocínio executivo; IV- construção de uma equipe; V- formulação do planejamento do projeto; VI- desenvolvimento de um plano de comunicação do projeto para os membros e interessados da organização. A outra fase é a do desenvolvimento, composta pelas etapas: I- reunião e distribuição do material de apoio; II- desenvolvimento ou confirmação da missão, dos valores, da visão e da estratégia; III- entrevista com os executivos; IV- desenvolvimento dos objetivos e medidas; V- desenvolvimento de vinculações de causa e efeito; VI- estabelecimento de metas para as medidas; VII- desenvolvimento de um plano de implementação contínuo do *BSC*.

Os objetivos do primeiro passo da fase do planejamento devem funcionar como uma verdadeira motivação para a implementação do *BSC*. Eles podem se originar de uma nova estratégia organizacional, de uma crise financeira, ou simplesmente da fixação de novas metas. Os outros passos dessa fase, de uma forma resumida, consistem em estabelecer o melhor lugar e o melhor nível organizacional para dar início ao *BSC*, em encontrar um executivo que possua conhecimento dos fundamentos e conceitos sobre o *scorecard*, para então formar uma equipe responsável pelo projeto. Por fim, é fundamental o desenvolvimento de um plano

formal do projeto (de acordo com a cultura da organização) e à sua comunicação aos demais membros da entidade (NIVEN, 2005).

Segundo Kaplan e Norton (2000), na fase do desenvolvimento do *balanced socrecard,* a estratégia, fundamentada sob a missão e valores essenciais da organização e inserida num processo contínuo através da visão, deve ser vista como uma hipótese. Com as hipóteses estratégicas são identificadas uma série de atividades e objetivos, sempre representados com uma relação explícita de causa e efeito. Sendo assim, as hipóteses devem ser descritas sob a ótica das perspectivas, iniciando do geral para o particular, ou seja, começando pelas perspectivas financeira e dos clientes e finalizando com as perspectivas de processos internos e do aprendizado e crescimento. A diagramação desse processo resultará na construção de um mapa estratégico, o qual deve ser capaz de oferecer uma descrição integrada e lógica para a execução da estratégia.

Segundo Niven (2005), os objetivos determinados deverão apresentar medidas ou indicadores de desempenho, de modo que possibilite verificar se eles estão sendo realmente alcançados. Para a análise desses indicadores, Kaplan e Norton (2000) defendem que eles devem ser inseridos em sistemas de mensuração, de modo que eles possam ser avaliados de forma integrada, e não isoladamente.

2.2.3.2 Utilização

Kaplan e Norton (2000) afirmam que o setor de assistência médica apresenta diversas complexidades no desenvolvimento e implementação da estratégia. No entanto, eles apresentam dois exemplos de hospitais que foram bem sucedidos na utilização do *balanced socorecard*. O primeiro caso, o qual merece destaque, consiste no Duke Children Hospital nos Estados Unidos, que enfrentava diversos problemas, como por exemplo, dificuldade em equilibrar atendimento de qualidade, satisfação do pessoal, pesquisa e educação com os objetivos financeiros, além de possuir uma comunicação deficitária e falta de propósitos compartilhados entre gerência, pessoal e médicos. Com a implementação do BSC, houve uma melhora significativa da comunicação e do fluxo de informações, o índice de satisfação dos

clientes aumentou e o custo e a duração média das internações caiu em 25% (vinte e cinco por cento).

Seguindo no segmento de saúde, porém na realidade brasileira, Chonan e Kehrig (2008) apresentam um estudo de caso realizado na Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Frei Rogério, SC, organização na qual foi iniciado um processo de implantação de um novo modelo de gestão, baseado nos conceitos e fundamentos do *balanced scorecard* e da aprendizagem organizacional. Com isso, foi desenvolvido um planejamento estratégico para a entidade, e foi possível observar melhoras no processo de gestão, como por exemplo, estabelecimento de metas e objetivos e melhora na comunicação do sistema municipal de saúde.

Existem diversos casos de empresas que obtiveram sucesso na implementação do BSC, como pode ser observado nas obra de Niven (2005) e Kaplan e Norton (2000) por exemplo. No entanto, apesar de existirem alguns casos no Brasil, muitos ainda não concluíram a fase de desenvolvimento. Nesse contexto, um caso que merece destaque é a implantação do BSC na Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA, fato que originou o Modelo de Gestão Estratégica – MGE, conforme pode ser observado na obra de Galas e Forte (2005).

2.2.4 Outras Ferramentas de Gestão

Com base em informações de pesquisas realizadas anteriormente, foram acrescentadas mais algumas ferramentas de gestão, as quais o autor julga interessante para o desenvolvimento da pesquisa.

2.2.4.1 Benchmarking

Zairi e Leonard (1995) definem *benchmarking* como um padrão ou ponto de referência sobre o qual deveríamos posicionar nosso olhar. Eles afirmam que a Xerox Corporation foi a empresa pioneira na utilização do *benchmarking*. Ela começou a se comparar com os concorrentes japoneses, os quais vendiam seus produtos mais baratos que a própria Xerox conseguia produzir. Com isso, após a

realização do *benchmarking*, o qual ficou conhecido como *benchmarking* competitivo, a Xerox conseguiu recuperar a liderança no mercado, assumindo uma postura estratégica de busca pela qualidade total.

Spendolini (1993) estabelece três tipos de *benchmarking*, sendo eles:

i. *Benchmarking* Interno: procura comparar as práticas e processos dentro da própria organização. Utilizado principalmente por grandes empresas, é apontado por muitas como o ponto de partida dessa processo.
ii. *Benchamarking* competitivo: busca as melhores práticas nos processos, serviços e produtos dos concorrentes diretos da organização. Pode ser bastante eficaz devido à possíveis semelhanças de processos entre as empresas, porém às vezes é de difícil realização devido à confidencialidade de informações de algumas empresas.
iii. *Benchmarking* Funcional ou Genérico: pode ou não ser realizado com concorrentes diretos. Busca estabelecer as melhores práticas através de trocas de informação a respeito de uma área funcional específica, como por exemplo, *marketing* ou recursos humanos.

Segundo Johnson, Scholes e Whittington (2011, p. 102), “a importância do *benchmarking*, assim, não se deve tanto aos detalhados “mecanismos” de comparação, mas ao impacto que tais comparações possam exercer sobre os comportamentos.” Com isso, o principal objetivo do *benchmarking* é ajudar as empresas a encontrar as melhores práticas mediante um aperfeiçoamento contínuo (estimulando mudanças), estando intimamente relacionado com a qualidade total. (ZAIRI; LEONARD, 1995).

Spendolini (1993) e Zairi e Leonard (1995) citam diversos exemplos de organizações que foram bem sucedidas na realização do *benchmarking*, seja realizado internamente, seja realizado externamente. Na área de saúde brasileira, Galoro (2008) realizou um estudo referente à aplicabilidade do *benchmarking* em laboratórios clínicos. Foi concluído que essa ferramenta pode ser perfeitamente aplicada nessa área e contribuir bastante para melhorias nos processos organizacionais, visando atender à necessidade de se obter um padrão elevado de qualidade nesse segmento.

2.2.4.2 Sistemas de Informação Estratégico e Gerencial (*softwares*)

A disseminação dos computadores e desenvolvimento intenso da tecnologia alterou radicalmente o ambiente organizacional nas últimas décadas. Diversos sistemas de informações têm sido desenvolvidos e muitas pessoas já os consideram essenciais para os administradores exercerem suas atividades. Eles provocaram alterações em diversos processos e produtos e contribuíram para o crescimento de diversas companhias. No entanto sua implementação nem sempre apresenta os resultados esperados, muitas vezes devido à resistência a mudança por parte das pessoas ou devido à sua aplicação equivocada em alguns contextos (CRUZ, 2003).

Laudon e Laudon (2006) definem sistema de informação como "[...] um conjunto de componentes inter-relacionados que coleta (ou recupera), processa, armazena e distribui informações destinadas a apoiar tomada de decisões, a coordenação e o controle de uma organização." Ou seja, ele pode tanto agir auxiliando as tomadas de decisão e a estratégia organizacional, como no contexto gerencial e operacional da entidade.

Os sistemas de informações gerenciais (SIGs) atendem a organização em seu ambiente interno dando suporte ao nível gerencial. Eles podem gerar relatórios e se preocupam com o desempenho corrente e com histórico de operações (LAUNDON; LAUDON, 2006). Segundo Cruz (2003), os SIGs devem ser capazes de traduzir dados em informações úteis para que os gerentes e executivos possam tomar decisões e administrar seus recursos de forma eficiente. Temos ainda os sistemas estratégicos de informação, os quais vão atuar de uma maneira mais ampla, podendo estar presente em todos os níveis da organização. Eles visam auxiliá-las no desenvolvimento de metas e objetivos com base em seu ambiente, resultando assim, na construção de uma vantagem competitiva (LAUDON; LAUDON, 2006).

Apesar dos grandes benefícios oriundos da utilização de sistemas de informação, é preciso cautela quanto sua aplicação, principalmente em países em desenvolvimento. A complexidade do setor de saúde também precisa ser levada em consideração durante a implementação de sistemas. Em um hospital público da cidade São Paulo foi constatado benefícios e problemas com a utilização do SIG. Apesar de ter facilitado o agendamento de consultas com o direcionamento automático dos pacientes para os setores desejados, o tempo para a realização do

mesmo aumentou. Isso pode ter tanto ocorrido devido à falta de infra-estrutura em tecnologia da informação, como pela baixa capacitação das pessoas (ALBUQUERQUE; PRADO; MACHADO, 2011).

Apesar de diversos problemas apresentados devido à implementação de sistemas de informação é fundamental que continue investindo e aprimorando este processo. Guimarães e Évora (2004) por meio de um estudo realizado no hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, concluíram que os sistemas de informação são fundamentais para o desempenho da gerência. Apesar de no momento da pesquisa não estarem totalmente estruturados, eles auxiliam na comunicação na descentralização administrativa.

2.3 *Stakeholders*

Os *stakeholders* influenciam praticamente todas as áreas de uma organização. As empresas nascem para atender, influenciar e serem influenciadas por eles. Segundo Sertek, Guindani e Martins (2009), “a missão da empresa costuma ser formulada como a contribuição aos *stakeholders* que define o porquê da sua existência.” Esse argumento revela o tamanho da importância dos *stakeholders* para o contexto organizacional.

Segundo Freedman e Reed (1983, p. 91) citado por Hoffmann, Procopiak Filho e Rossetto (2008), *stakeholder* é “qualquer grupo ou indivíduo, identificável, que possa afetar a consecução dos objetivos de uma organização ou que é afetado pela consecução dos objetivos de uma organização.” Em outras palavras, *stakeholders* é uma entidade que de algum modo estabelece uma ralação com a organização.

Segundo Johnson, Scholes e Whittington (2011), as expectativas dos *stakeholders* influenciam a estratégia de uma organização. Com isso, os gestores precisam estabelecer quais são os *stakeholders* mais importantes para a empresa, procurando atender às suas expectativas da melhor maneira possível.

Johnson, Scholes e Whittington (2011) classificam os *stakeholders* externos (fora da organização) em três grandes grupos, sendo eles:

i. *Stakeholders* de perfil econômico: composto por fornecedores, concorrentes, acionistas, entre outros.

ii. *Stakeholders* de perfil social e político: composto por governo, agências reguladoras, entre outros.

iii. *Stakeholders* de perfil tecnológico: agências de padronização, empresas que desenvolvem tecnologias, entre outros.

Há ainda os *stakeholders* internos, os quais estão inseridos no ambiente interno da organização, como por exemplo, os donos e funcionários.

Existem diversas maneiras de realizar o mapeamento dos *stakeholders*. Johnson, Scholes e Whittington (2011) citam a matriz pode/interesse como uma forma de indentificar os *stakeholders* de modo que os gestores possam formular as estratégias de acordo com a significância da influência de cada *stakeholder.* A matriz resulta em quatro quadrantes, citados abaixo:

I. Alto poder e alto nível de interesse: os gestores devem se esforçar para que esses indivíduos aceitem a estratégia organizacional. São os *stakeholders* mais importantes, chamados atores-chave.

II. Alto poder e baixo interesse: os gestores devem se preocupar em mantê-los satisfeitos.

III. Baixo poder e alto interesse: os gestores deve se preocupar em mantê-los informados.

IV. Baixo poder e baixo interesse: exigem um esforço mínimo por parte dos gestores.

Em uma outra linha de raciocínio Frooman (1999) citado por Hoffmann, Procopiak Filho e Rossetto (2008), identifica os stakeholders com base nas estratégias que tanto a organização, como os próprios stakeholders podem utilizar. Com isso foi desenvolvida uma matriz para identificar a relação de dependência de recursos entre firma e stakeholder conforme o quadro abaixo.

	O *stakeholder* é dependente da firma?	
A firma depende do *stakeholder*?	**Não**	**Sim**
Não	Baixa interdependência	Poder da firma
Sim	Poder do *stakeholder*	Alta interdependência

Quadro 1 – Dependência de recursos entre a empresa e stakeholders

Fonte: FROOMAN (1999) apud HOFFMANN, PROCOPIAK FILHO E ROSSETTO (2008, p.25)

Com base nesse resultado a firma e os stakeholders podem utilizar estratégias de fornecimento ou retenção de recursos de forma direta (por meio da própria entidade)

ou indireta (por meio de outra entidade) para manipular o comportamento do outro, como é apresentado a seguir.

	O *stakeholder* é dependente da firma?	
A firma depende do *stakeholder*?	**Não**	**Sim**
Não	**Indireta/retenção**	**Indireta/uso**
Sim	Direta/retenção	Direta/uso

Quadro 2 – Tipologia das Estratégias de influência

Fonte: FROOMAN (1999) apud HOFFMANN, PROCOPIAK FILHO E ROSSETTO (2008, p.25)

No segmento da saúde Gonçalves et al. (2008) apresenta um estudo o qual se analisa os *stakeholders* desse setor no transformações em sua gestão, pois os gestores estão cada vez mais preocupados com resultado e concorrência. Os *stakeholders* mais influentes nesse setor de acordo com o estudo são pacientes, saúde suplementar, ministério da saúde, concorrentes, médicos e indústrias farmacêutica, de equipamento hospitalar e de material médico-hospitalar.Estado de São Paulo. Eles afirmam que o setor de saúde brasileiro vem apresentando

2.3.1 Relevância dos *Stakeholders* nas Ferramentas de Gestão Estratégica

Os *stakeholders* estão sempre influenciando as organizações de alguma forma. A sua influência inclusive pode ser percebida na estratégia organizacional, como pode ser observado na obra de Johnson, Scholes e Whittington (2011) e no estudo apresentado por Hoffmann, Procopiak Filho e Rossetto (2008). Com isso, é fundamental a explicitação da relevância dos *stakeholders* nas ferramentas de gestão estratégica.

No planejamento estratégico a relevância dos *stakeholders* pode ser observada na fase do diagnóstico definida por Oliveira (2006). Nessa fase é realizada a análise do ambiente externo e interno (*SWOT*) a qual leva em consideração *stakeholders* importantes, como por exemplo, o governo, sindicatos, fornecedores e funcionários. Segundo Spendolioni (1993), o próprio *benchmarking* pode contribuir para o desenvolvimento do planejamento estratégico, trazendo informações valiosas a respeito de alguns *stakeholders*, como os concorrentes, os clientes, entre outros.

O *balanced scorecard* ressalta a importância dos *stakeholders* em sua própria concepção. Segundo Kaplan e Norton (2000), o início do BSC se dá na perspectiva financeira respondendo a pergunta de como atender as expectativas dos acionistas e investidores. Logo após essa etapa, o BSC busca definir meios para que a organização crie valor para o cliente. Por fim, os funcionários são enfatizados nas perspectivas dos processos internos e da aprendizagem e crescimento.

A função contemporânea do orçamento empresarial faz com que os *stakeholders* sejam relevantes em seu processo. Padoveze e Taranto (2009) colocam a análise de premissas ambientais dentro do plano orçamentário. Desse modo os gestores podem realizar previsões, como por exemplo, previsão de vendas, as quais vão se utilizadas para auxiliar a elaboração do orçamento para um período futuro.

Nos sistemas de informação, principalmente na área de saúde, é fundamental a analise de alguns *stakeholders*, como podemos observar nos estudos apresentados por Albuquerque, Prado e Machado (2011) e Guimarães e Évora (2004). O sucesso de sua implementação vai depender de recursos financeiros oriundos do governo ou de investidores, da capacitação de funcionários e do nível de conhecimento dos clientes.

2.4 Desempenho Organizacional

Segundo Matitz (2011), o conceito de desempenho organizacional é raro na literatura. Em seu estudo ela apresentou a fragilidade que o tema possui revelado através do seu sistema comum de medição, o qual é baseado principalmente em variáveis e em indicadores não agregados. Em suma o desempenho organizacional funciona como uma variável dependente final utilizada por pesquisadores em qualquer área da administração.

Mullins (2004) por sua vez afirma que, “o desempenho organizacional é afetado, então, por uma multiplicidade de variáveis individuais, de grupo, de tarefas, tecnológicas, estruturais, administrativas e ambientais.”

2.4.1 Indicadores de Desempenho

Os indicadores de desempenho variam de acordo com a empresa e com a ferramenta de gestão adotada. Dentro das quatro perspectivas do *balanced scorecard,* Martins et al. (2010) cita possíveis indicadores de desempenho resumidos a seguir:

i. Perspectiva financeira: índice de liquidez corrente, giro dos ativos, rotação de estoques, lucro líquido e retorno adicional sobre o investimento.
ii. Perspectiva do cliente: índice de participação no mercado, lucratividade de clientes e índice de retenção de clientes.
iii. Perspectiva do crescimento e aprendizagem: satisfação dos funcionários, índice de retenção dos funcionários, produtividade e desenvolvimento interpessoal.
iv. Perspectiva dos processos internos: tempo de duração de atividades, produção diária média, desenvolvimento de novos produtos ou serviços e taxa de utilização da capacidade instalada.

Em um contexto aplicado ao setor de saúde Souza et al. (2010) através de seu estudo apresentam diversos indicadores econômico-financeiros, assim como indicadores de desempenho, que podem ser utilizados na análise de organizações hospitalares. Os indicadores de desempenho que merecem destaque são:

i. Tempo médio de permanência dos pacientes;
ii. Taxa de ocupação;
iii. Participação das receitas ambulatoriais;
iv. Participação das receitas de internação;
v. Despesa com pessoal;
vi. Participação no mercado.

Tais indicadores podem se mostrar eficientes na medição do desempenho das organizações, porém não se aplicam a todos os tipos de organização do setor de saúde.

Outro método para medição do desempenho organizacional, ou mais precisamente a eficiência produtiva é através da ferramenta de Análise Envoltória de Dados (DEA). Peña (2008) apresenta em seu estudo a utilização dessa ferramenta na administração pública. Ele afirma que essa ferramenta possibilita comparar a

utilização de insumos (*inputs*) e a geração de protudos (*outputs*) em diferentes unidades produtivas, e assim determinar a eficiência dessas unidades com base em índices relativos. Ela também pode ser utilizada na identificação de recursos ociosos e na formulação de políticas de redução de custos.

2.4.2 Controle do Desempenho Organizacional

Segundo Sertek, Guindani e Martins (2009, p. 159), o controle organizacional visa "[...] fiscalizar atividades da empresa para que sigam o que foi previamente planejado." Nesse mesmo raciocínio temos o objetivo do controle do desempenho organizacional, ou seja, o de garantir que o desempenho planejado seja realizado.

Oliveira (2006) estabelece que a última fase do planejamento estratégico é representada pela etapa de controle e avaliação. Nessa fase ocorre a verificação do alcance dos objetivos que foram estabelecidos anteriormente e medidas corretivas são implementadas caso necessário. Sertek, Guindani e Martins (2009, p. 159) afirmam que "a avaliação e o controle estratégico visam implementar a estratégia por meio do estabelecimento de indicadores de desempenho." Dessa forma, o planejamento estratégico pode ser considerado uma importante ferramenta para realizar o controle do desempenho organizacional.

Outra ferramenta que deve ser considerada no controle do desempenho são os sistemas de informações gerenciais. Eles apresentam informações sumárias sobre vendas, controle de estoque, orçamento, entre outros. Com isso, através de seus relatórios os gerentes podem tomar decisões relacionadas ao desempenho organizacional (LAUDON; LAUDON, 2006).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Os processos metodológicos desse trabalho têm como objetivo garantir a sua relevância científica. Dessa forma serão apresentados a seguir o tipo e descrição geral da pesquisa, a determinação da população e da amostra, a caracterização dos instrumentos de pesquisa e os procedimentos de análise e coleta de dados.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa (técnicas de pesquisa ou estratégias escolhidas para coletar os dados)

Quanto aos fins, o presente trabalho é caracterizado como uma pesquisa descritiva.

> A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. (VERGARA, 2000, p.47)

Com relação aos meios de investigação será realizada uma pesquisa de campo. Marconi e Lakatos (2006, p. 188) definem pesquisa de campo como sendo “[...] aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, [...], ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”. Ainda segundo os mesmos autores, a pesquisa bibliográfica é a primeira fase da pesquisa de campo, seguida pela elaboração de variáveis e elaboração do plano geral da pesquisa.

Quanto à natureza das variáveis a pesquisa será quantitativa. Segundo Collis e Hussey (2005, p. 13) “um método quantitativo envolve coletar e analisar dados numéricos e aplicar testes estatísticos”. Dessa forma, os dados serão organizados, visando atender aos objetivos propostos pela pesquisa.

3.2 População e amostra (ou participantes do estudo)

Segundo Barbetta (2007, p. 15, grifo do autor) "**população** é o conjunto de elementos para os quais desejamos que nossas conclusões sejam válidas – o universo de nosso estudo. Uma parte desses elementos é dita uma **amostra**." A população alvo da presente pesquisa foi formada por hospitais e clínicas de assistência médica em atividade no território do Distrito Federal. Com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do Ministério da Saúde foi constatado que o Distrito Federal possui 6462 (seis mil quatrocentos e sessenta e duas) organizações do segmento de saúde. Vale ressaltar que nem todas as organizações estão cadastradas no CNES. A amostra realizada foi feita por conveniência nas regiões da Asa Norte e Taguatinga. Ao todo foram aplicados questionários para 23 organizações, porém apenas 17 foram aproveitadas para a pesquisa. Apesar da amostra não apresentar significância, ela possui relevância para a Análise Envoltória de Dados – DEA.

3.3 Instrumento(s) de pesquisa

A pesquisa foi realizada através da aplicação de dois questionários. O primeiro consiste em um questionário elaborado por Gomes, Hoffmann e Faria (2011) com base na pesquisa realizada por Vendruscolo (2011). Ele é composto por duas partes, sendo a primeira para verificar a quantidade de médicos, funcionários, consultas, exames e o custo operacional das clínicas de assistência médica e hospitais nos anos de 2006 e 2010. Já a segunda parte tem como objetivo verificar a utilização das ferramentas de gestão nas organizações. As ferramentas selecionadas para a pesquisa foram: orçamento, planejamento estratégico, *balanced scorecard,* sistemas de informação e *benchmarking.* Cada ferramenta possui um campo onde é marcado se a empresa a utiliza ou não e outro campo para verificar o ano de início de tal ferramenta. Abaixo desses campos cada ferramenta possui algumas perguntas que devem serem respondidas na escala de 1 a 5, sendo 1 para discordo fortemente e 5 para concordo fortemente. O quadro 3 mostra a quantidade de perguntas por ferramenta.

Ferramenta de Gestão	Quantidade de Perguntas
Orçamento	7
Planejamento Estratégico	11
Balanced Scorecard	5
Sistemas de Informação	6
Benchmarking	3

Quadro 3 – Quantidade de perguntas por ferramenta.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O segundo questionário utilizado teve como objetivo identificar os *stakeholders* relevantes nas tomadas de decisões das organizações. Esse questionário foi elaborado por Hoffmann (2003) e adaptado por Vendruscolo (2011) com o intuito de atender com maior eficácia as organizações do ramo particular de saúde. O questionário é composto por 15 *stakeholders* e cada uma deles possui uma escala de 1 a 5, sendo 1 para sem importância e 5 para muita importância. Há também um campo para medir a relação de dependência entre a organização e a entidade. O Quadro 4 mostra os *stakeholders* considerados na pesquisa.

Stakeholders
Sócios
Família
Funcionários (administrativos e operacionais)
Cliente/Pacientes
Concorrentes
Fornecedores
Governo Municipal – GDF
Associações Médicas (AMHPDF/ASMEPRO.ETC)
Vigilância Sanitária
Médicos
Enfermeiros
Conselhos de Classe (CRM/CRE)
Convênios Particulares
Sindisaúde

Quadro 4 – *Stakeholders* considerados.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4 Procedimentos de coleta e de análise de dados

Os dados foram coletados através da aplicação de dois questionários *in loco*. Uma cópia dos instrumentos foi entregue aos indivíduos. O pesquisador, estando de posse de outra cópia, leu o questionário em voz alta, marcando as respostas escolhidas pela amostra.

A análise dos dados obtidos mediante a aplicação dos questionários foi realizada por meio da Análise Envoltória de Dados – DEA por meio do *software* Sistema Integrado de Apoio à Decisão - SIAD versão 3.0. O *software* foi utilizado no padrão CCR orientado ao *input.* Dessa forma foram admitidos os seguintes *inputs* e *outputs*:

Input	Quantidade de funcionários
Input	Quantidade de médicos
Input	Nº de ferramentas utilizadas
Input	Nº de *stakeholders* relevantes
Output	Quantidade de consultas
Output	Quantidade de exames

Quadro 5 – Inputs e outputs utilizados no DEA.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Foram considerados relevantes os *stakeholders* assinalados no grau de importância como 4 ou 5 dentro da escala de 1 a 5 dos questionários.Para a inserção dos dados referentes a quantidade de *stakeholders* e de ferramentas de gestão estratégica no SIAD foi utilizada uma escala invertida. Dessa forma foi construída uma escala de 0 a 1 com base na pesquisa de Vendruscolo (2011) sendo 1 atribuído ao menor número de *stakeholders* relevantes/ferramentas de gestão encontrados e 0 para a maior quantidade encontrada desses *inputs.* Com isso, foram analisados os dados nos anos de 2006 e 2010, medindo assim a eficiência de cada organização em cada período. Com as eficiências medidas foram realizadas análises mediante o uso freqüências e números absolutos, visando atingir o objetivo geral da pesquisa.

A idéia inicial era utilizar o custo operacional como *input*, porém diversas organizações apresentaram esse dado distorcido e outras simplesmente não o apresentaram.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa dividindo-lhes em quatro etapas. Na primeira parte serão explicitados os dados gerais coletados da amostra enfatizando os *stakeholders,* bem como o uso das ferramentas de gestão estratégica. Na segunda e na terceira etapa será realizada uma análise do desempenho das organizações nos anos de 2006 e 2010 respectivamente. Já a quarta parte será composta por um comparativo envolvendo os dados dos dois anos em questão.

4.1 Apresentação Geral dos Dados da Amostra

Após a coleta dos dados nas dezessete organizações foi possível observar algumas características em relação ao uso de ferramentas de gestão estratégica que estão demonstradas no quadro 1.

	Orçamento		PE		BSC		SI		Benchmarking	
Organização	Utiliza	Início	Utiliza	Início	Utiliza	Início	Utiliza	Início	Utiliza	Início
O1	Não	-	Não	-	Não	-	Sim	1998	Não	-
O2	Não	-	Não	-	Não	-	Sim	2003	Não	-
O3	Sim	2004	Não	-	Não	-	Sim	2007	Não	-
O4	Sim	2003	Não	-	Não	-	Sim	2007	Sim	2009
O5	Sim	1998	Sim	2005	Não	-	Sim	1998	Não	-
O6	Sim	2003	Não	-	Não	-	Não	-	Não	-
O7	Não	-	Sim	2010	Não	-	Sim	2010	Não	-
O8	Sim	2000	Sim	2001	Não	-	Sim	2001	Não	-
O9	Sim	2009	Sim	2009	Sim	2009	Sim	2007	Sim	2006
O10	Sim	2004	Não	-	Não	-	Sim	2004	Não	-
O11	Sim	2006	Não	-	Não	-	Sim	2006	Sim	2006
O12	Sim	1992	Sim	2007	Não	-	Sim	1992	Sim	1992
O13	Sim	2007	Não	-	Não	-	Sim	2007	Não	-
O14	Sim	2005	Sim	2007	Não	-	Sim	2005	Não	-
O15	Sim	1996	Sim	1998	Sim	2000	Sim	1996	Sim	1996
O16	Sim	2001	Não	-	Não	-	Não	-	Não	-
O17	Sim	1995	Sim	2003	Não	-	Sim	1995	Sim	1995

Quadro 1 – Uso de ferramentas de gestão nas organizações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sendo assim foi constatado que o orçamento e sistemas de informação são as ferramentas mais utilizadas pelas organizações. O quadro 2 mostra a freqüência da utilização de cada ferramenta de acordo com a quantidade de organizações.

Ferramentas	%
Orçamento	82,35%
PE	47,06%
BSC	11,76%
SI	88,24%
Benchmarking	35,29%

Quadro 2 – Frequência do uso das ferramentas

Fonte: Elaborado pelo autor

O orçamento e os sistemas de informação dificilmente aparecem em obras a respeito da gestão estratégica. A maior frequência de uso dessas ferramentas, assim como a utilização recente do planejamento estratégico pelas organizações corroboram com o estudo de Malik e Pena (2003) que afirmam que os gestores de organizações da saúde estão pouco familiarizados com a administração estratégica. Fato esse que contribui para a baixa utilização do *balanced scorecard,* que segundo Kaplan e Norton (2000), deve ter o seu desenvolvimento fundamentado em uma estratégia organizacional bem formulada. Niven (2005) ainda complementa que para uma implementação bem sucedida do *BSC* é necessário a construção de uma equipe familiarizada com os seus conceitos.

Com relação à importância dos *stakeholders* nas tomadas de decisão das organizações foi observada a seguinte composição.

Stakeholders	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	O9	O10	O11	O12	O13	O14	O15	O16	O17
Sócios		X	X	X		X		X	X	X	X	X			X	X	X
Família		X			X		X		X								
Fucionários	X									X	X	X					
Clientes			X		X		X			X		X		X	X	X	
Concorrentes														X		X	
Fornecedores			X						X								
GDF								X	X		X						
Associações Médicas				X	X			X	X		X				X		
Vigilância Sanitária			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X
Secretaria de Saúde				X	X			X	X	X	X			X			X
Médicos		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
Enfermeiros											X						
Conselhos de Classe		X	X	X	X	X		X	X			X			X	X	
Convênios particul.	X		X		X		X	X	X	X	X	X			X	X	X
Sindisaúde			X													X	

Qadro 3 – *Stakeholders consiederados relevantes em cada organização*

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma foi constatado com base na teoria de Johnson, Scholes e Whittington (2011) que a maioria dos *stakeholders* externos de perfil econômico foi considerada pouco influente nas tomadas de decisão organizacional. Esse aspecto contradiz o estudo de Gonçalves et al. (2008) que revela que os concorrentes estão entre os *stakeholders* mais influentes das organizações do setor da saúde. O quadro 4 apresenta a porcentagem de cada *stakeholder* dentro da amostra.

Stakeholders	%	Stakeholders	%
Sócios	70,59%	Vigilância Sanitária	76,47%
Família	23,53%	Secretaria de Saúde	47,06%
Fucionários	23,53%	Médicos	76,47%
Clientes	47,06%	Enfermeiros	5,88%
Concorrentes	11,76%	Conselhos de Classe	58,82%
Fornecedores	11,76%	Convênios Particulares	70,59%
GDF	17,65%	Sindisaúde	11,76%
Associações Médicas	35,29%	Outros	0%

Quadro 4 – Frequência dos *stakeholders* na amostra.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda foi possível observar uma forte relevância da vigilância sanitária, médicos convênios particulares, conselhos de classe e sócios. A presença dos médicos

dentro desse grupo aproxima-se com o estudo de Ferreira, Garcia e Vieira (2010) que demonstra que eles ainda possuem forte influência na administração dos hospitais.

Dentro da pesquisa também pode-se observar um número baixo de organizações que consideram uma elevada quantidade de *stakeholders* nas suas tomadas de decisão. Fato que pode ter contribuído para a baixa utilização do *benchmarking* pelas organizações, ferramenta que segundo Zairi e Leonard (1995) está relacionada com a preocupação com a qualidade total e pode ser utilizado tanto na comparação de processos com indivíduos externos como com indivíduos externos à organização. O quadro 5 mostra o percentual de organizações de acordo com a quantidade de *stakeholders* considerados relevantes.

Nº de stakeholders	% de organizações
2 a 4	35,29%
5 a 7	41,18%
8 a 10	23,53%

Quadro 5 – Frequência das organizações de acordo com os *stakeholders* considerados relevantes.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Não foi possível apresentar a relação de dependência dos *stakeholders* com as entidades conforme a teoria de Frooman (1999), pois muitas organizações não responderam essa parte do questionário.

4.2 Análise dos Desempenhos Organizacionais no Ano de 2006

Após a análise envoltória de dados realizada com os dados das organizações referentes ao ano de 2006 pode ser verificado o nível de eficiência dessas entidades de acordo com os *inputs* e *outputs* utilizados. O quadro 6 mostra o desempenho alcançado por cada companhia dentro do padrão da escala de zero a um.

DMU	Padrão	DMU	Padrão	DMU	Padrão
O1	0,347009	O7	0,165000	O13	0,525000
O2	0,279660	O8	0,391524	O14	0,15102
O3	0,978810	O9	1,000000	O15	1,000000
O4	0,996289	O10	1,000000	O16	0,477880
O5	1,000000	O11	0,583091	O17	1,000000
O6	0,104927	O12	0,199245		

Quadro 6 – Eficiência das organizações 2006 (DEA).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para efeitos desta pesquisa será considerado como baixa aquela eficiência com valores abaixo de 0,5, média a eficiência com valores entre 0,5 e 0,69, alta a eficiência entre 0,7 e 0,99 e máxima a eficiência igual a 1. Com base nos valores do quadro 6 é elaborado o seguinte gráfico de dispersão.

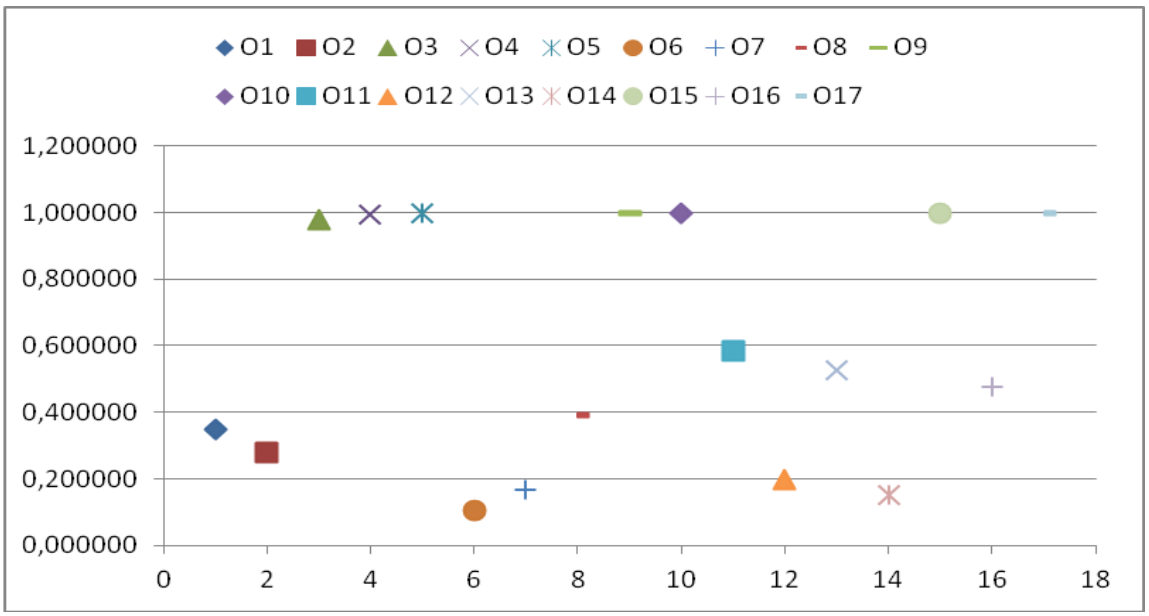


Gráfico 1 – Eficiência das organizações ano 2006

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa forma foi constatado que dentro 29,41% das organizações apresentaram o máximo de eficiência, 11,77% possuem eficiência alta, 11,77% apresentaram eficiência média e 47,06% estão abaixo de 0,5 de eficiência. Esses dados podem ser observados detalhadamente no gráfico 2.

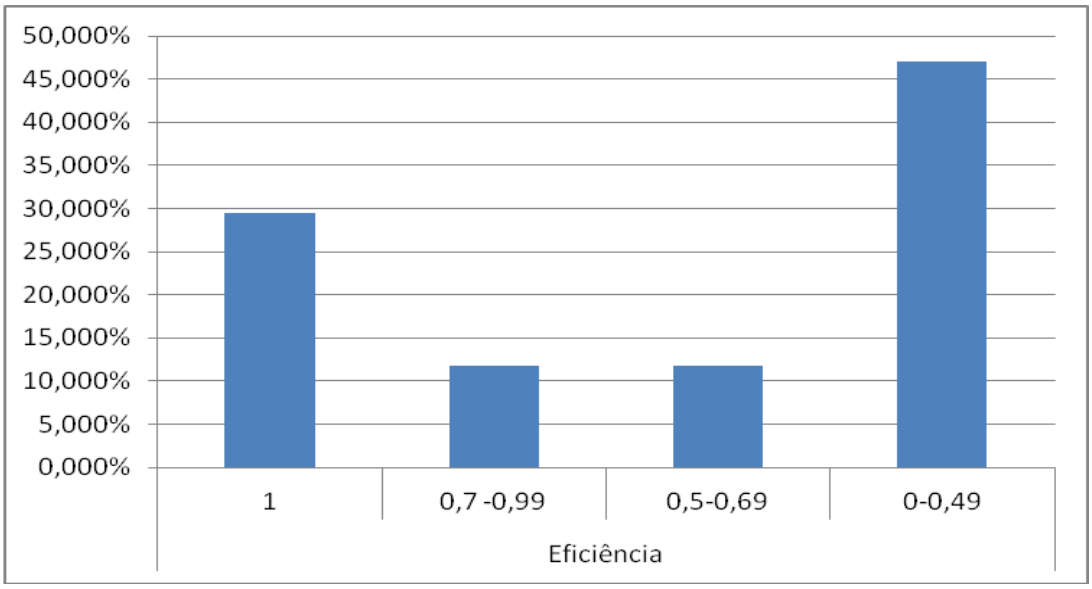


Gráfico 2 – Porcentagem de organizações de acordo com sua eficiência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando esses resultados em função do uso de ferramentas foi obtido que 62,5% das organizações que apresentaram baixa eficiência utilizam uma ou nenhuma ferramenta. Além disso, 80% das organizações que utilizam duas ou mais ferramentas apresentaram máxima eficiência. Segue abaixo o gráfico 3 com a representação das organizações em função do uso de ferramentas.

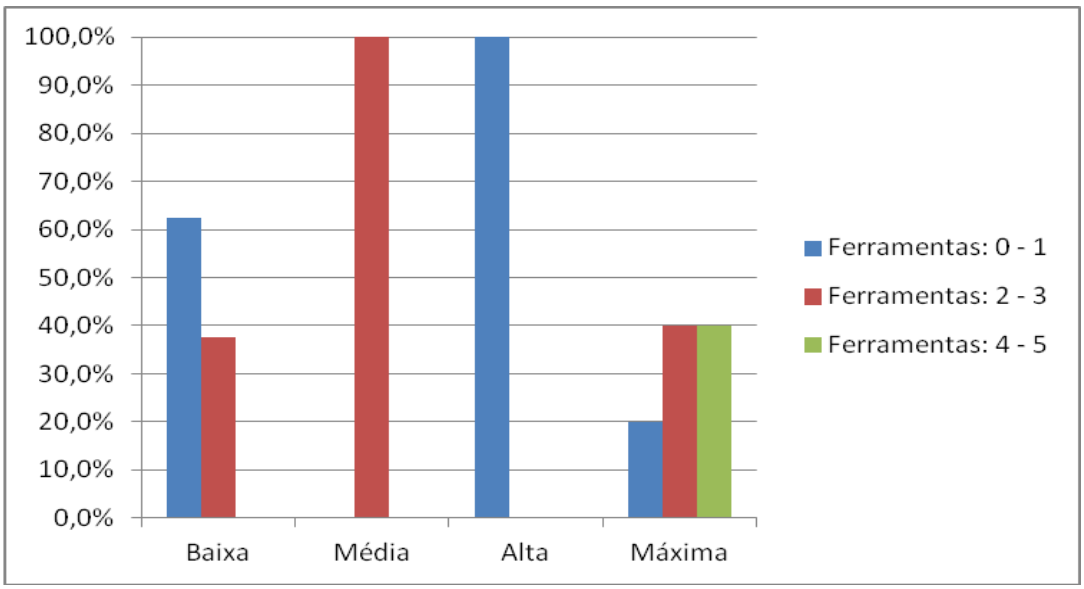


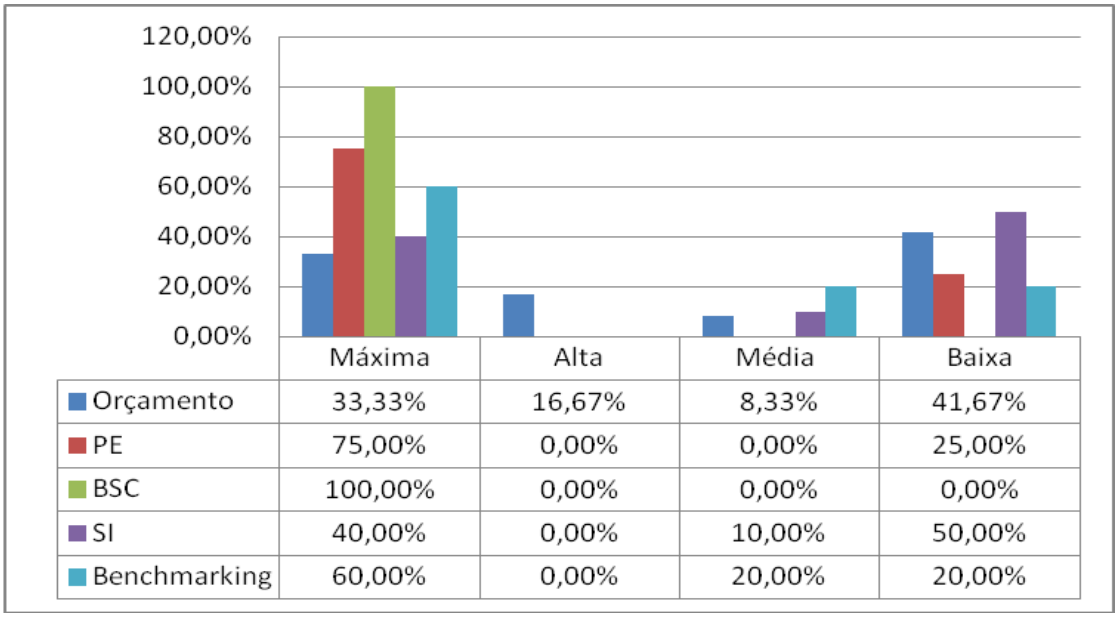
Gráfico 3 – Eficiência em função da quantidade de ferramentas utilizadas.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No entanto, há uma divergência em relação às análises anteriores, tendo em vista que as organizações com alta eficiência utilizam menos ferramentas que aquelas com média eficiência. Porém pode-se observar que nenhuma delas utiliza mais que três ferramentas.

No entanto, de um modo geral esse resultado, aproxima-se do estudo realizado por Moraes, Silva e Cunha (2004) que afirmam que para as organizações se tornem mais efetivas é necessário aprendizagem gerencial. Eles citam o planejamento estratégico como ferramenta que contribui para tal aprendizagem, porém podemos observar nas obras de Niven (2005), Zairi e Leonard (1995), Lunkes (2003) e Laudon e Laudon (2006) que as demais ferramentas também podem estimular a aprendizagem por parte dos executivos.

Analisando os resultados do ponto de vista individual de cada ferramenta pode-se constatar que todas as organizações que utilizam o *balanced scorecard* apresentaram eficiência máxima. O orçamento e os sistemas de informação por sua vez obtiveram uma dispersão entre os quatro níveis de eficiência sendo que a maioria das entidades que lhes utilizam obteve uma eficiência baixa. Já as organizações que possuem planejamento estratégico tenderam a apresentar uma eficiência máxima, sendo que apenas uma pequena quantidade apresentou baixa eficiência.



	Máxima	Alta	Média	Baixa
Orçamento	33,33%	16,67%	8,33%	41,67%
PE	75,00%	0,00%	0,00%	25,00%
BSC	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SI	40,00%	0,00%	10,00%	50,00%
Benchmarking	60,00%	0,00%	20,00%	20,00%

Gráfico 4 – Dispersão das ferramentas de gestão de acordo com a eficiência organizacional 2006.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Entretanto é necessário fazer algumas considerações a respeito desse resultado. Apesar de que as organizações que utilizam o *BSC* terem apresentado uma eficiência máxima, esta ferramenta é a menos utilizada pelas entidades. Além disso, as organizações que lhe fazem uso possuem todas as demais ferramentas em seu contexto organizacional. Ainda sim, pode-se observar uma aproximação dos resultados com os estudos apresentado por Kaplan e Norton (2000) que citam organizações do setor de saúde bem sucedidas mediante a utilização do *BSC.*

O resultado de que a maior parte das organizações que utilizam o *Benchmarking* possui eficiência máxima corrobora para o estudo de Galoro (2008), que revela uma aplicabilidade de tal ferramenta capaz de gerar melhorias nas companhias do setor de saúde. Já o fato de que as organizações que utilizam o planejamento estratégico possuem em sua maioria uma eficiência máxima, vai ao encontro da teoria de Oliveira (2006) que afirma que o planejamento estratégico promove um direcionamento adequado de esforços, contribuindo assim para a eficiência organizacional.

Sob a ótica dos *stakeholders* foi observado que apenas 12,5% das organizações com baixa eficiência consideram uma quantidade relevante de *stakeholders* na tomada de decisões. Ainda foi possível constatar que todas as organizações com máxima eficiência admitem que pelo menos cinco *stakeholders* influenciam na tomada de decisões da empresa, conforme pode ser observado no gráfico 5.

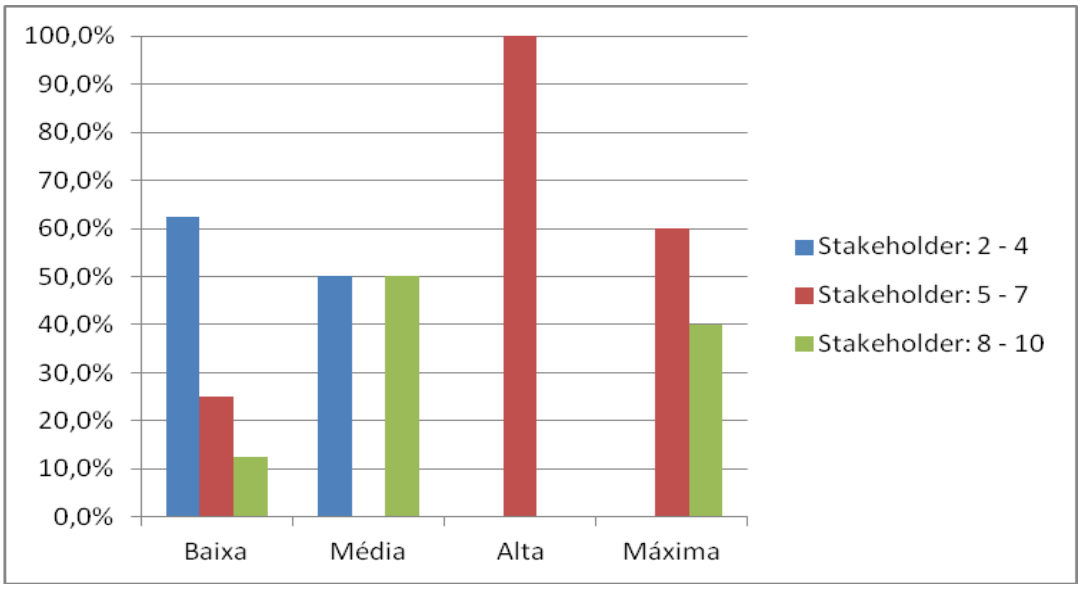


Gráfico 5 – Eficiência em função da quantidade de *stakeholders* que afetam a tomada de decisões.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esse resultado corrobora com a teoria de Johnson, Scholes e Whittington (2011) que afirma que os gestores devem se preocupar em atender as expectativas dos *stakeholders* para que a entidade consiga alcançar os objetivos de sua estratégia de maneira mais efetiva.

4.3 Análise dos Desempenhos Organizacionais no ano de 2010

No ano de 2010 foi constatado através da análise envoltória de dados realizada através do *software* Sistema Integrado de Apoio à Decisão – SIAD versão 3.0 com padrão CCR os seguintes níveis de eficiência para as organizações da amostra.

DMU	Padrão	DMU	Padrão	DMU	Padrão
O1	0,132280	O7	0,353898	O13	0,604000
O2	0,439453	O8	0,201334	O14	0,111328
O3	0,851892	O9	1,000000	O15	1,000000
O4	1,000000	O10	1,000000	O16	0,179332
O5	1,000000	O11	0,378307	O17	1,000000
O6	0,088097	O12	0,555152		

Quadro 7 – Eficiência das organizações 2010 (DEA).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sendo assim nota-se que seis organizações atingiram o nível de eficiência máxima. Ainda pode-se observar que oito entidades obtiveram eficiência baixa, duas apresentaram eficiência média e uma companhia obteve eficiência alta. Com base nesses valores o gráfico 6 apresenta a dispersão das entidades da amostra de acordo o nível de eficiência.

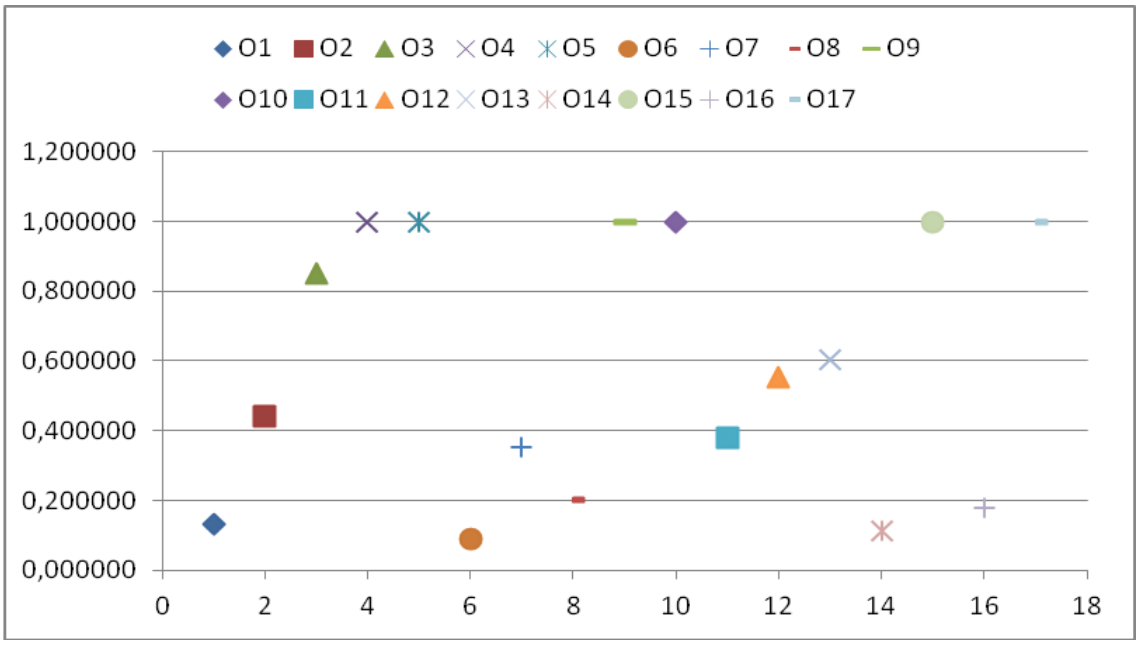


Gráfico 6 – Eficiência das organizações ano 2010.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O gráfico 7 mostra a frequência das organizações em cada nível de eficiência.

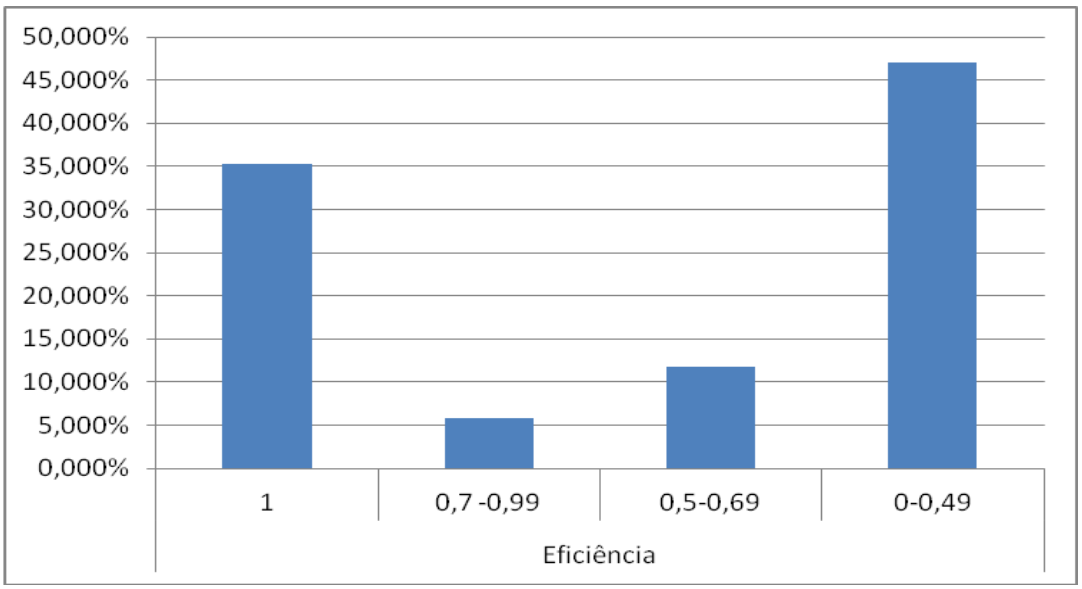


Gráfico 7 - Porcentagem de organizações de acordo com sua eficiência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Analisando os dados em função da quantidade de ferramentas de gestão utilizada pode-se observar que todas as organizações que utilizam menos de duas ferramentas apresentaram uma eficiência baixa. O gráfico 8 apresenta o nível de eficiência levando em consideração a quantidade de ferramentas utilizada.

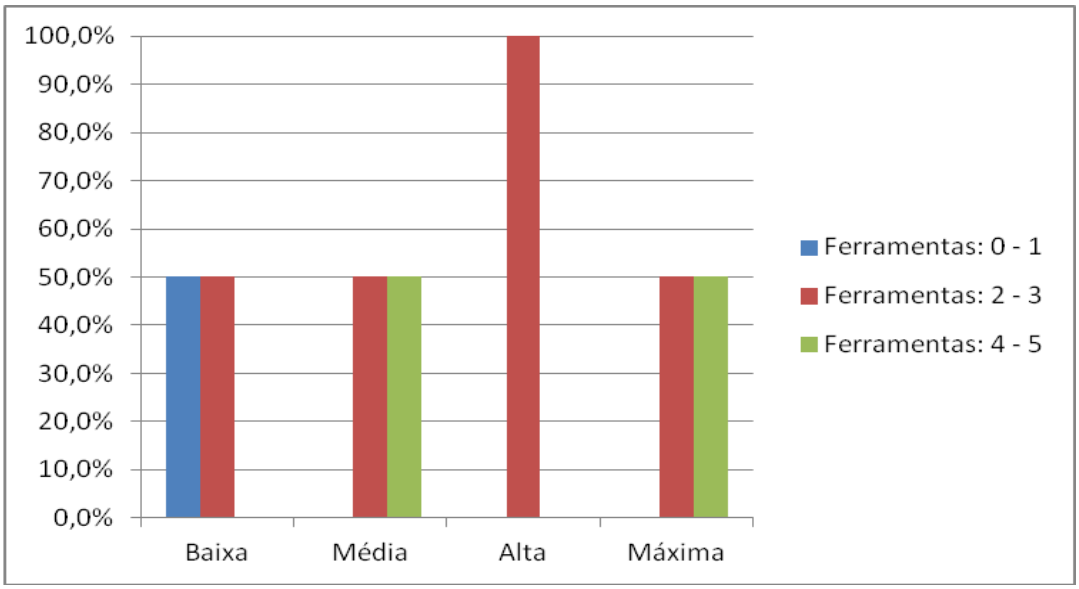
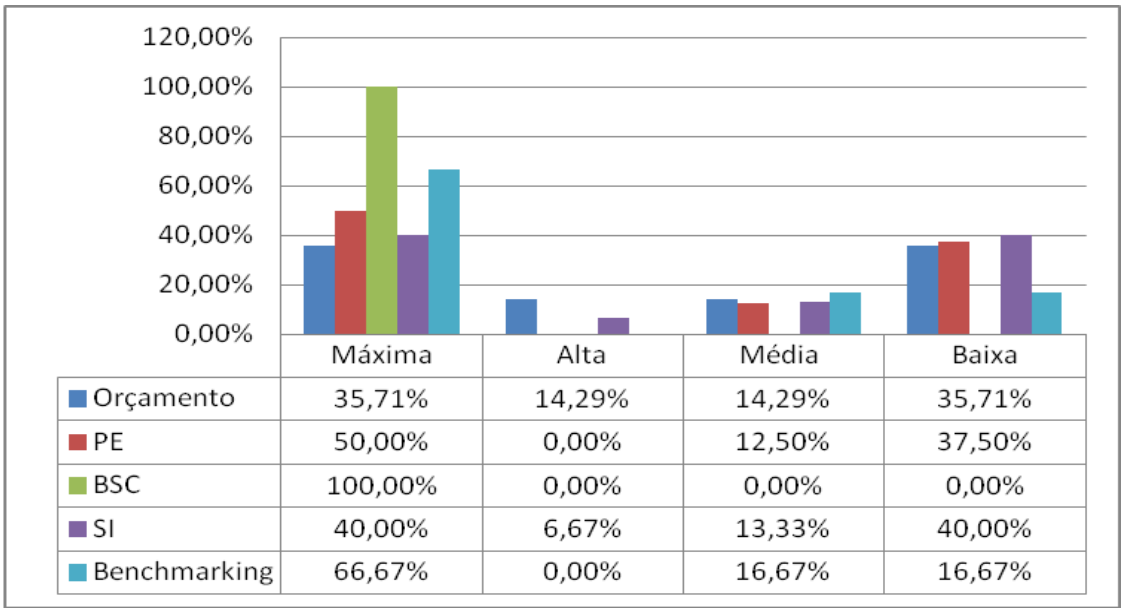


Gráfico 8 - Eficiência em função da quantidade de ferramentas utilizadas.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Com isso, os resultados dos estudos corroboram com as teorias de Lobato et al. (2006), Tavares (2007) e Johnson, Scholes e Whittington (2011) que salientam a importância das ferramentas de gestão estratégica para as organizações. Outro aspecto particular desse resultado se deve ao fato de que a organização que apresentou eficiência média utilizando mais de três ferramentas implementou o planejamento estratégico apenas em 2007, como pode ser observado analisando os quadros 1 e 7. Porém para uma discussão mais precisa seria necessário um estudo mais detalhado em tal organização, com o intuito de averiguar se as fases do processo de implementação do planejamento estratégico foram concluídas conforme a teoria de Oliveira (2006).

Sob o ponto de vista particular de cada ferramenta pode-se constatar a pouca concentração de empresas que utilizam o orçamento como ferramenta de gestão no nível de eficiência máxima. O gráfico 9 mostra a porcentagem das organizações em cada nível de eficiência de acordo com a ferramenta utilizada.



	Máxima	Alta	Média	Baixa
Orçamento	35,71%	14,29%	14,29%	35,71%
PE	50,00%	0,00%	12,50%	37,50%
BSC	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SI	40,00%	6,67%	13,33%	40,00%
Benchmarking	66,67%	0,00%	16,67%	16,67%

Gráfico 9 - Dispersão das ferramentas de gestão de acordo com a eficiência organizacional 2010.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Com isso, apesar do orçamento ser a segunda ferramenta mais utilizada pelas empresas, conforme o quadro 2, ela na maioria das ocorrências ou está presente de forma isolada, ou acompanhada apenas de sistemas de informação (quadro 1). Tal fato leva ao questionamento se o orçamento cumpriu o ciclo orçamentário da empresas bem administradas de acordo com a teoria de Boisvert (1999) citada por Lunkes (2003).

O *balanced scorecard* permaneceu estando presente em todas as organizações com eficiência máxima, fato que fortalece a teoria de Kaplan e Norton (2000) a qual afirma que essa ferramenta possui um elevado índice de efetividade na implantação da estratégia organizacional.

Com relação aos *stakeholders,* apesar de algumas organizações que apresentaram eficiência baixa considerarem um alto número de grupos/indivíduos em suas tomadas de decisões, pode-se observar no gráfico 10 que aquelas empresas que consideram relevantes uma quantidade baixa de *stakeholders* não apresentam alta ou máxima eficiência.

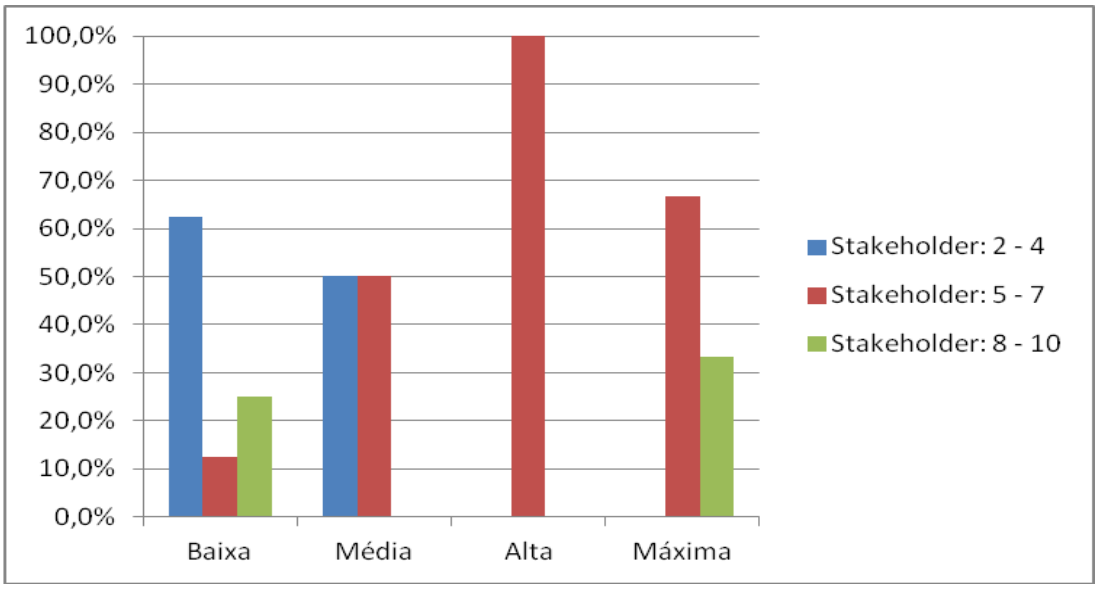


Gráfico 10 - Eficiência em função da quantidade de *stakeholders* que afetam a tomada de decisões.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Esse resultado corrobora com a teoria de Sertek, Guindani e Martins (2009) que afirma que os *stakeholders* devem ser considerados na própria razão de uma organização existir. Gonçalves et al. (2008) também ressaltam a importância dos *stakeholders* para os resultados das organizações do setor de saúde, bem como para a conquista de mercado.

4.4 Comparação Entre os Desempenhos Organizacionais dos Anos de 2006 e 2010

Na comparação entre os desempenhos organizacionais referentes aos anos de 2006 e 2010 foi possível observar que cinco das dezessete organizações melhoraram o seu nível de eficiência, enquanto que sete empresas apresentaram uma diminuição no nível de eficiência, conforme pode ser observado no quadro 8.

	Padrão			Padrão	
DMU	2006	2010	DMU	2006	2010
O1	0,347009	0,132280	O10	1,000000	1,000000
O2	0,279660	0,439453	O11	0,583091	0,378307
O3	0,978810	0,851892	O12	0,199245	0,555152
O4	0,996289	1,000000	O13	0,525000	0,604000
O5	1,000000	1,000000	O14	0,151016	0,111328
O6	0,104927	0,088097	O15	1,000000	1,000000
O7	0,165000	0,353898	O16	0,477880	0,179332
O8	0,391524	0,201334	O17	1,000000	1,000000
O9	1,000000	1,000000			

Quadro 8 – Eficiência das organizações nos anos de 2006 e 2010.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Entre as organizações que melhoraram o índice de eficiência, 60% introduziram novas ferramentas no ambiente organizacional e 40% permaneceram constantes quanto à utilização das ferramentas. Já em relação as que diminuíram o nível de eficiência 28,6% passaram a utilizar mais ferramentas de gestão enquanto que 71,4% continuaram utilizando as mesmas ferramentas.

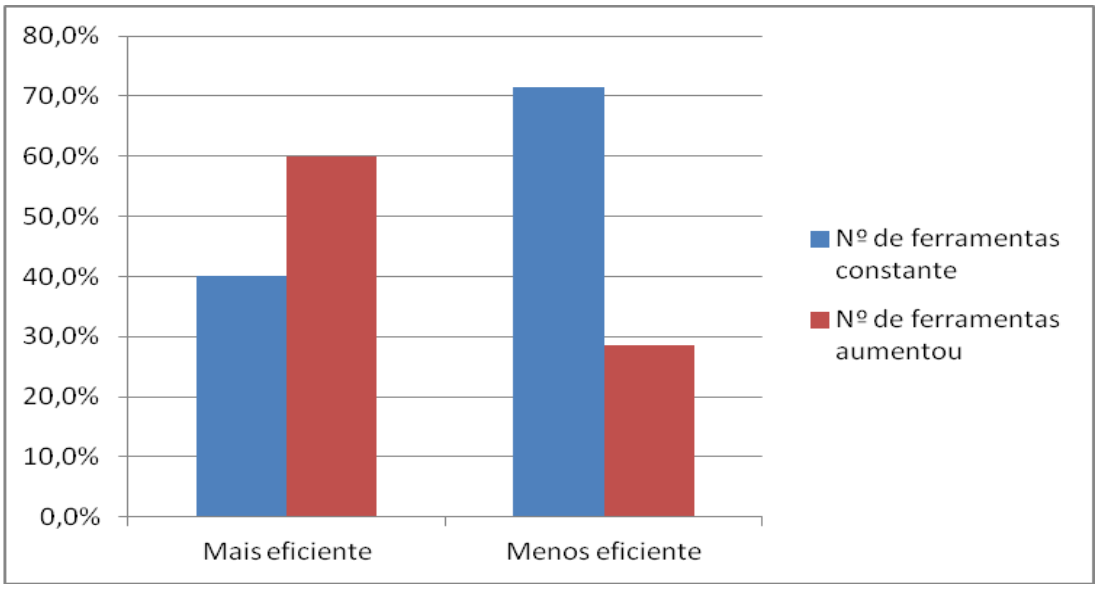


Gráfico 11 – Número de ferramentas utilizadas em relação ao nível de eficiência.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Esse resultado aproxima-se das teorias apresentadas por Oliveira (2006), Welsch (1983), Niven (2005) e Zairi e Leonard (1995), bem como o estudo desenvolvido por Albuquerque, Prado e Machado (2011) que exaltam a melhoria de desempenho

propiciado pelas ferramentas de gestão, assumindo porém, que pode ocorrer problemas durante a implementação e execução das mesmas.

Com relação aos *stakeholders* foi constatado um resultado inverso com relação ao uso das ferramentas de gestão. Enquanto que 60% das organizações que obtiveram uma elevação do índice de eficiência considera no máximo quatro *stakeholders* relevantes em sua tomada de decisão, apenas 28,57% das organizações que apresentaram uma decaída em relação à eficiência assumem que oito ou mais grupos de indivíduos são importantes para as decisões organizacionais. Tais aspectos podem ser observados no quadro 9.

	Qtde. de stakolders		
Eficiência	**2 a 4**	**5 a 7**	**8 a 10**
Melhorou	60,00%	40,00%	0,00%
Constante	0,00%	60,00%	40,00%
Decaiu	42,86%	28,57%	28,57%

Quadro 9 – Variação da eficiência em relação à quantidade de stakeholders importante para as tomadas de decisão organizacional.
Fonte: Elaborado pelo autor.

Esses resultados até certo ponto contradizem a teoria de Johnson, Scholes e Whittignton (2011) que afirmam que os gestores devem se preocupar em atender as expectativas dos *stakeholders.* No entanto, cabe ressaltar que todas as organizações mantiveram o seu nível de eficiência constante possuem eficiência máxima e consideram no mínimo cinco grupos de indivíduos como importantes para as tomadas de decisão, fato que pode ser observado mediante as análises dos quadros 8 e 3.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se que o objetivo do trabalho pode ser alcançado. Foi possível analisar e medir o desempenho organizacional por meio da eficiência das companhias em transformar insumos em produtos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi eficaz em permitir a realização da análise envoltória de dados – DEA para a medição de tal eficiência. Com os dados coletados ainda foi possível analisar os impactos gerados pelo uso de ferramentas de gestão estratégica e pelos *stakeholders* considerados importantes nas tomadas de decisão das empresas.

Após as análises dos dados foi possível observar dois resultados distintos. Quando analisados de forma isolada os dados das organizações referentes aos anos de 2006 e 2010 apresentaram informações que demonstram um maior impacto por parte dos *stakeholders* na eficiência organizacional em relação ao uso de ferramentas de gestão. Porém quando foi analisada a variação da eficiência entre os dois anos analisados as ferramentas de gestão se revelaram mais impactantes na eficiência que a quantidade de *stakeholders* considerada relevante pelos gestores.

No âmbito particular das ferramentas de gestão o *Balanced Scorecard* apresentou uma eficácia bastante alta no desempenho organizacional. Essa ferramenta quando utilizada esteve sempre acompanhada de todas as demais, revelando a preocupação dos gestores com questões estratégicas, fato que ratifica a teoria apresentada por Kaplan e Norton (2000). Já o orçamento foi a ferramenta que revelou uma maior ineficácia. Na maioria das vezes ela estava presente de forma isolada ou acompanhada de no máximo mais duas ferramentas.

É importante que algumas limitações das pesquisas sejam ressaltadas. Para a obtenção de resultados mais próximos da realidade é interessante a validação de um instrumento para a utilização do DEA, construindo assim indicadores que meçam o desempenho ou a eficiência organizacional com uma maior veracidade. A utilização de dados financeiros conforme sugerido por Vendruscolo (2011) poderia contribuir para a medição do desempenho organizacional apesar de seu difícil acesso. A amostra da pesquisa também corresponde a uma limitação, tendo em vista que não representa uma amostra significativa para que testes de hipóteses e inferências estatísticas fossem realizados.

Outro fator limitante do trabalho se deve à difícil aplicação dos questionários para as pessoas de cargos elevados das organizações. Com isso alguns assistentes administrativos responderam os questionários, fato que pode ter comprometido a qualidade dos dados.

Sendo assim, recomenda-se a realização de uma pesquisa quantitativa deste gênero com uma amostra representativa. Dessa forma os impactos dos *stakeholders* e das ferramentas de gestão estratégica no desempenho organizacional podem ser analisados de uma forma mais relevante.

Conforme constatado na pesquisa, o número de ferramentas de gestão estratégica nas organizações do setor de saúde do Distrito Federal está aumentando. Com isso, torna-se interessante um estudo sobre o impacto individual de cada ferramenta no contexto organizacional.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, João Porto de; PRADO, Edmir P. V.; MACHADO, Gabriel Raja. Implicações Ambivalentes de Sistemas de Informação de Saúde: Um Estudo no Sistema Brasileiro de Saúde Pública. **Revista de Administração de Empresas - RAE,** v. 51, n. 1, p. 58-71, São Paulo, jan/fev 2011.

ALMEIDA, M. I. R. **Manual de Planejamento Estratégico**. São Paulo: Atlas, 2001.

ANSOFF, H. Igor; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a Administração Estratégica.** 2 Ed. São Paulo: Atlas, 1993.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. 3 Ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais.** 7 Ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2007.

BARNEY, J. B.; HESTERLY, W. S. **Administração Estratégica e Vantagem Competitiva.** São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BETHLEM, Agricola. **Estratégia Empresaria.** 5 Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BETHLEM, Agricola. **Evolução do Pensamento Estratégico no Brasil:** Textos e Casos. São Paulo: Atlas, 2003.

BIN, Daniel; CASTOR, Belmiro V. J. Racionalidade e Política no Processo Decisório: Estudo sobre Orçamento em Uma Organização Estatal. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n. 3, Curitiba, jul/set 2007.

BOTELHO, Delane; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa Quantitativa em Administração.** São Paulo: Atlas, 2006.

CAMPOS, Taiane Las Casas. Políticas para Stakeholders: um objetivo ou uma estratégia organizacional?. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 10, n. 4, out./dez. 2006.

CARVALHO, Marly Monteiro de; LAURINDO, Fernando Jose Barbin. **Estratégia Competitiva:** Dos Conceitos à Implementação. 2 Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

CERTO, Samuel C. et al. **Administração Estratégica:** Planejando a Implantação da Estratégia. 2 Ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2005.

CHONAN, R. S.; KEHRIG, Ruth T. Potencialidade do Uso Combindado do Balanced Scorecard e da Aprendizagem Organizacional na Gestão Estratégica de Saúde em Munícipio de Pequeno Porte. **Revista de Administração, Contabilidade e Economia - RACE,** Unoesc, v.7, n. 1, jan/jun 2008.

CRUZ, Tadeu. **Sistemas de Informações Gerencias:** Tecnologias da Informação e a Empresa do Século XXI. 3 Ed. São Paulo: Atlas, 2003.
DEARDEN, John. **Análise de Custos e Orçamentos nas Empresas.** 3 Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de Poder e Decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v.11, n.6, p.31-54 nov/dez 2010.

FREZATTI, Fábio et al. Análise do Relacionamento Entre a Contabilidade Gerencial e o Processo de Planejamento das Organizações Brasileiras. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 11, n.spe 2, Curitiba, 2007.

GALAS, Eduardo Santos; FORTE, Sérgio Henrique A. C. Fatores que Interferem na Implantação de Um Modelo de Gestão Estratégica Baseado no Balanced Scorecard: Estudo de Caso em Uma Instituição Pública. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 2, n. 2, p. 87-111, 2005.

GALORO, César Alex de Oliveira. A aplicação da Técnica de Referenciação (Benchmarking) em Serviços de Medicina Laboratorial. **Teses e Dissertações - USP**, São Paulo, 2008. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-19112008-171740/pt-br.php>. Acesso em 12.10.2011.

GOMES, Thiago; HOFFMANN, V. E.; FARIA, D. D. Questionário de Pesquisa Sobre Uso de Ferramentas de Gestão Estratégica, 2011.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresas - RAE,** v. 38, n. 1, p. 80-90, São Paulo, 1998.

GONÇALVES, Ernesto Lima; ACHÉ, Carlos Augusto. O Hospital Empresa: Do Planejamento à Conquista do Mercado. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v. 39, n. 1, p. 84-97, São Paulo, 1999.

GONÇALVES, P. C. et al. Stakeholders na Atividade Hospitalar: uma investigação setorial no estado de São Paulo. **Revista de Administração FACES**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 84-101, abr./jun. 2008.

HAFSI, Taieb; MARTINET, Alain-Charles. Estratégia e Gestão Estratégica das Empresas: um olhar histórico e crítico. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 4, out./dez. 2008.

HOFFMANN, V. E. Pesquisas Sobre Estratégias e Processo de Elaboração de Estratégias. Trabalho de conclusão de disciplina, 2003.

HOFFMANN, V. E.; PROCOPIAK FILHO, J. A.; ROSSETTO, C. R. As Estratégias de Influência dos Stakeholders nas Organizações da Indústria da Construção Civil: setor de edificações em Balneário Camboriú, SC. **Revista Ambiente**

Construído, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 21-35, jul./out. 2008.

HUNGER, J. David; WHEELEN, Thomas L. **Gestão Estratégica:** Princípios e Práticas. 2 Ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002.

HUSSY, Roger; COLLIS, Jill. **Pesquisa em Administração:** Um Guia Prático para Alunos de Graduação e Pós Graduação. 2 Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

JOHNSON, Gerry; SCHOLES, Kevan; WHITTINGTON, Richard. **Fundamentos de Estratégia.** Porto Alegre: Bookman, 2011.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **Organização Orientada para a Estratégia**: Como as Empresas que Adotam o Balanced Scorecard Prosperam no Novo Ambiente de Negócios. 17 Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho Hospitalar no Brasil:** Em Busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAUDON, Kenneth C.; LAUDON, Jane P. **Sistemas de Informação Gerenciais:** Administrando a Empresa Digital. 5 Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

LOBATO, David M. et al. **Estratégia de Empresas**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

LUNKES, Rogério João. **Manual de Orçamento.** São Paulo: Atlas, 2003.
MACHADO-DA-SILVA, Clóvis. L.; VIZEU, Fábio. Análise Institucional de Práticas Formais de Estratégia. **Revista de Administração de Empresas**, v. 47, n. 4, out./dez. 2007.

MALIK, Ana Maria; PENA, Fabio Patrus Mundim. Administração Estratégica em Hospitais. **EAESP/FGV/NPP - Núcleo de Pesquisas e Publicações.** Relatório de Pesquisa n. 21, 2003. Disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br> Acesso em 10.10.2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 6 Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Tomás Sparano et al. **Incrementando a Estratégia:** Uma Abordagem do Balanced Scorecard. Curitiba: IBPEX, 2010.

MATITZ, Q. R. S.; BULGACOV, Sergio. O Conceito Desempenho em Estudos Organizacionais e Estratégia: um modelo de análise multidimencional. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, art. 2, p. 580-607, jul./ago. 2011. Disponível em <www.anpad.org.br/rac>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES. Net. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Atualizado em: 10 de outubro de 2011. Disponível em <HTTP://cnes.datasus.gov.br> Acesso em 10. Out. 2011.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia:** Um Roteiro pela Selva do Planejamento Estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MORAES, Liege V. dos Santos; DA SILVA, Maria Aparecida; CUNHA, Cristiano J. C. A. A Dinâmica da Aprendizagem Gerencial em Um Hospital. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, v. 3, n. 2, art. 18, São Paulo, jul/dez 2004.

MULLINS, Laurie J. **Gestão da Hospitalidade e Comportamento Organizacional.** 4 Ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

NIVEN, Paul R. **Balanced Scorecard passo a passo:** Elevando o Desempenho e Mantendo Resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico:** Conceitos, Metodologia e Práticas. 22 Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

PADOVEZE, Clóvis Luís; TARANTO, Fernando Cesar. **Orçamento Empresarial:** Novos Conceitos e Técnicas. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2009.

PEÑA, Carlos Rosano. Um Modelo de Avaliação da Eficiência da Administração Pública Através do Método Análise Envoltória de Dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 12, n. 1, jan./mar. 2008.

PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva**: Técnica para Análise de Indústrias e da Concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade Metodológica e Agir Comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SERTEK, Paulo; GUINDANI, Roberto Ari; MARTINS, Tomás Sparano. **Administração e Planejamento Estratégico.** 2 Ed. Curitiba: Ibpex, 2009.

SOUZA, A. A.; LARA, C. O.; NEVES, A. P. T. P.; MOREIRA, D. R. Indicadores de Desempenho para Hospitais: Análise a partir de Dados Divulgados para o Público em Geral. CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTABILIDADE, 7º, 2010 São Paulo, **Anais** do FIPECAFI USP, São Paulo 2010. Disponível em <http://www.congressousp.fipecafi.org/artigos102010/default.asp?con=2> Acesso em 03.10.2011.

SPENDOLINI, Michael J. **Benchmarking**. São Paulo: Makron Books, 1993.

TAVARES, Mauro Calixta. **Gestão Estratégica.** 2 Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VAGETTI, Helena Heidtmann et al. Significados das Hierarquias no Trabalho em Hospitais Públicos Brasileiros a partir de Estudos Empíricos. **Acta Paulista de**

Enfermagem, São Paulo, v. 24, n. 1, 2011.

VENDRUSCOLO, Bruno M. F. A influência de ferramentas de gestão estratégica e de stakeholders no desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. 2011. 76 f. Monografia (Bacharelado em Administração) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 3 Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

WELSCH, Glenn A. **Orçamento Empresarial.** São Paulo: Atlas, 1983.

ZAIRI, Mohamed; LEONARD, Paul. **Benchmarking Prático:** O Guia Compelto. São Paulo: Atlas, 1995.

ANEXOS

Anexo A – Questionário 1

1. Empresa: _____

2. Ano da Fundação: _____

3. Função que ocupa: _____

4. Tempo na Função (em anos): _____

5. Formação completa do informante: _____

INSTRUÇÕES: Abaixo você encontrará um quadro para ser preenchido com dados de sua empresa referentes aos anos de 2006 e 2010. Logo após são apresentadas algumas perguntas referentes ao uso de ferramentas de gestão estratégica. Você deverá marcar os campos com algarismos de 1 a 5, sendo 1 para discordo totalmente e 5 para concordo totalmente.

	Qtde. Funcionários	**Qtde. Médicos**	**Custo Operacional**	**Qtde. Consultas**	**Qtde. Exames**
Ano 2006					
Ano 2010					

1	**2**	**3**	**4**	**5**
Discordo fortemente	Discordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo fortemente

Utiliza orçamento? Sim ( ) Não ( ) Ano de início:						
1	O orçamento entra no processo de decisão de minha empresa?	1	2	3	4	5
2	O orçamento é utilizado por todos os departamentos organizacionais para a tomada de decisão?	1	2	3	4	5
3	As informações orçamentárias são transmitidas ao tomador de decisão?	1	2	3	4	5
4	Existem pessoas especificas e capacitadas para a realização do orçamento em minha empresa?	1	2	3	4	5
5	Realizamos levantamentos de dados e informações sobre os gastos realizados e esperados para determinado período?	1	2	3	4	5
6	Realizamos levantamentos de dados e informações sobre os ganhos realizados e esperados para determinado período?	1	2	3	4	5
7	O orçamento tem acompanhamento constante?	1	2	3	4	5

Utiliza Planejamento Estratégico? Sim ( ) Não ( ) Ano de início:						
8	Temos uma visão definida?	1	2	3	4	5
9	Temos uma missão definida?	1	2	3	4	5
10	Os valores da empresa estão definidos?	1	2	3	4	5
11	Nossa missão é compartilhada entre nossos funcionários?	1	2	3	4	5
12	Nossa visão é compartilhada entres nossos funcionários?	1	2	3	4	5
13	Nossos valores são compartilhados entre nossos funcionários?	1	2	3	4	5
14	Verificamos os pontos fortes e fracos da empresa?	1	2	3	4	5
15	Nos preocupamos com as oportunidades e ameaças externas da empresa?	1	2	3	4	5
16	Realizamos análises de cenários para planejarmos nossas ações?	1	2	3	4	5
17	Temos ciência de quais objetivos queremos alcançar?	1	2	3	4	5
18	A elaboração do planejamento estratégico melhorou o desempenho de minha empresa?	1	2	3	4	5

Utiliza Balanced Scorecard? Sim ( ) Não ( ) Ano de início:						
19	O BSC ajudou a organização a definir os objetivos e traçar metas?	1	2	3	4	5
20	Nossa empresa procura diagnosticar quais são as necessidade junto a clientes, funcionários, e colaboradores?	1	2	3	4	5
21	O BSC ajudou a controlar o desempenho?	1	2	3	4	5
22	Utilizo as quatro perspectivas do BSC?	1	2	3	4	5
23	A empresa elabora mapas estratégicos?	1	2	3	4	5

Utiliza Sistemas de Informação? Sim ( ) Não ( ) Ano de início:						
24	Os sistemas de informações auxiliam na confecção de informações para a empresa?	1	2	3	4	5
25	Minha empresa possui controle automatizado de estoque?	1	2	3	4	5
26	Minha empresa possui controle automatizado de balanços financeiros e orçamentos?	1	2	3	4	5
27	Minha empresa utiliza sistema de informação para auxiliar a tomada de decisão?	1	2	3	4	5
28	A utilização de softwares de gestão ajuda no entendimento dos dados por parte da administração?	1	2	3	4	5
29	As áreas da empresa estão interligadas por meio de softwares?	1	2	3	4	5

Utiliza Benchmarking? Sim ( ) Não ( ) Ano de início:						
30	A empresa monitora os concorrentes?	1	2	3	4	5
31	A empresa costuma utilizar boas práticas utilizadas pelos concorrentes?	1	2	3	4	5
32	A empresa compara seus processos com aqueles de outras organizações?	1	2	3	4	5

Anexo B – Questionário 2

1. Empresa: _____

2. Ano da Fundação: _____

3. Função que ocupa: _____

4. Tempo na Função (em anos): _____

5. Formação completa do informante: _____

Grupo(s)/indivíduo(s) que afetam a tomada de decisões estratégica em sua empresa:	*Sem Importância*				*Muita Importância*	*Empresa é dependente dessa entidade*	*A entidade é dependente da empresa*	*Ambos são Interdenpendentes*
Sócios	1	2	3	4	5			
Família	1	2	3	4	5			
Funcionários (Administrativos e Operacionais)	1	2	3	4	5			
Clientes/Pacientes	1	2	3	4	5			
Concorrentes	1	2	3	4	5			
Fornecedores	1	2	3	4	5			
Governo municipal - GDF	1	2	3	4	5			
Associações Médicas (AMHPDF/ASMEPRO.ETC)	1	2	3	4	5			
Vigilância Sanitária	1	2	3	4	5			
Secretaria de Saúde	1	2	3	4	5			
Médicos	1	2	3	4	5			
Enfermeiros	1	2	3	4	5			
Conselhos de Classe (CRM/CRE.ETC)	1	2	3	4	5			
Convênios Particulares	1	2	3	4	5			
Sindisaúde	1	2	3	4	5			
Outro:	1	2	3	4	5			