



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA**



Mestrado  
em Administração e  
Negócios  
PUCRS

**FERNANDA DE MENEZES GUIMARÃES**

**APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO COGNITIVO COMO APOIO À  
IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EMPRESARIAIS:  
O CASO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

**Porto Alegre**

**2007**

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

G963a Guimarães, Fernanda de Menezes  
Aplicação do mapeamento cognitivo como apoio à implementação de estratégias empresariais: o caso de uma organização hospitalar. / Fernanda de Menezes Guimarães – Porto Alegre, 2007.  
181 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia. Programa de Pós-Graduação em Administração. Mestrado em Administração e Negócios. PUCRS, 2007

Orientação: Prof. Dr. Peter Bent Hansen.

1. Administração Hospitalar. 2. Mapas Cognitivos.  
3. Administração - Estratégias. 4. Planejamento Estratégico.  
I. Título.

CDD : 658.9136211

#### **Bibliotecário Responsável**

Ginamara Lima Jacques Pinto

CRB 10/1204

FERNANDA DE MENEZES GUIMARÃES

**APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO COGNITIVO COMO APOIO À  
IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EMPRESARIAIS:  
O CASO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo programa de Pós-graduação em Administração e Negócios, da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Peter Bent Hansen

Porto Alegre

2007

**FERNANDA DE MENEZES GUIMARÃES**

**APLICAÇÃO DO MAPEAMENTO COGNITIVO COMO APOIO À  
IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EMPRESARIAIS:  
O CASO DE UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo programa de Pós-graduação em Administração e Negócios, da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em 29 de junho de 2007, pela Banca Examinadora.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Sergio Luiz Lessa de Gusmão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mirian Oliveira

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Cristina Bitencourt

---

Prof. Dr. Peter Bent Hansen  
Orientador

## RESUMO

Dado o contexto globalizado em que as empresas se inserem nos dias de hoje, torna-se fundamental a implementação de estratégias que representem um diferencial de mercado. No entanto, esta implementação é um processo difícil podendo ser o causador do insucesso da estratégia em si. Este trabalho tem como objetivo avaliar a aplicação do Mapeamento Cognitivo como uma ferramenta organizacional para identificar os fatores que influenciam a implementação das estratégias em uma empresa hospitalar. O método utilizado foi o estudo de caso, sendo a pesquisa realizada num hospital privado. Foram aplicadas 8 entrevistas semi-estruturadas (Fase 1) e construídos 9 mapas cognitivos individuais (Fase 2) com pessoas diferentes dos 3 níveis hierárquicos (estratégico, tático e operacional). Posteriormente foram comparados os resultados obtidos a partir da síntese das entrevistas por nível hierárquico e dos Mapas Cognitivos Agregados de cada nível. Na análise dos resultados observou-se que os Mapas Cognitivos demonstraram uma maior diferenciação do pensamento lógico dos respondentes entre os três níveis hierárquicos, em relação aos respondentes das entrevistas. No nível estratégico destacou-se a visão macro do negócio; no nível tático destacaram-se as questões funcionais e logística da implementação e no nível operacional, o foco nas questões de execução *in loco*. Os Mapas Cognitivos evidenciaram 9 fatores de influência na implementação da estratégia avaliada: envolvimento e comprometimento das pessoas, reconhecimento pelos resultados, disciplina e habilidade, planejamento, tipo de liderança, comunicação da estratégia a todos, clareza da estratégia, cultura organizacional e estrutura organizacional. Concluiu-se que o Mapeamento Cognitivo é uma ferramenta apropriada para identificar fatores de influência na implementação das estratégias, por aprofundar o pensamento reflexivo acerca do tema.

Palavra-Chave: Mapas Cognitivos. Implementação de Estratégias. Ambiente Hospitalar.

## ABSTRACT

Due to the globalized context in which corporations are nowadays immersed, it is essential to implement strategies which may represent a market differential. However, this implementation is a hard process which may cause the strategy to fail. This research aimed at evaluating the application of the Cognitive Mapping as an organizational tool to identify the factors affecting strategy implementation within a hospital. Case study was the methodology used to perform the research in a private hospital. Eight semi-structured interviews were applied (Stage 1) and nine cognitive maps were prepared (Stage 2) with different persons from 3 hierarchical levels (strategic, tactic and operational). The results obtained were then compared from the interviews synthesis per hierarchical level and the Aggregated Cognitive Maps per level. When analyzing the results, it was noted that the Cognitive Maps showed a wider differentiation in the individuals' logical reasoning among the three hierarchical levels when compared to the interviews. In the strategic level, the business micro-vision was highlighted; in the tactical level, functional issues and implementation logistics; and, in the operational level, the focus in *in loco* performance issues. The Cognitive Maps showed 9 factors affecting the evaluated strategy implementation: people's involvement and commitment, result-based recognition, discipline and ability, planning, kind of leadership, strategy communication to everybody, strategy clearness, organizational culture and organizational structure. Findings show the Cognitive Mapping is a suitable tool to identify the factors affecting strategy implementation, as they deepen the reflexive thinking on the subject.

Keywords: Cognitive Maps. Strategy Implementation. Hospital Environment.

Dedico este trabalho  
aos meus pais Napoleão e Irma ( *in memoriam*),  
por tudo que representam na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao professor Dr. Peter Bent Hansen pela dedicação e competência com que realizou a orientação deste trabalho, ensinando-me muito a cada dia; aos professores e funcionários do MAN pelo crescimento que me oportunizaram; aos professores da Banca Examinadora pelas contribuições valiosas ao meu trabalho e aos colegas do MAN (turma 2005) pelo companheirismo e amizade neste período.

Agradeço à Direção do Hospital Mãe de Deus pelo apoio e estímulo; aos profissionais desta instituição pela disponibilidade em participar deste trabalho, enriquecendo-o com suas contribuições e aos meus colegas de trabalho, pessoas muito especiais, que sempre me apoiaram a cada dia.

Um agradecimento muito especial ao meu marido Laerte pela compreensão e aos meus filhos Rafael e Henrique pelo carinho e paciência com que participaram de cada momento neste período; a minha irmã gêmea Clarissa pela presença, apoio e amor constantes; ao meu irmão Rogério, pela força de sempre; aos meus familiares e amigos pelo carinho com que me acompanharam.

Acima de tudo agradeço a Deus que permitiu que tudo isto acontecesse.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide do Sistema de Saúde.....	25
Figura 2 - Beneficiários por tipo de plano e evolução do cadastro .....	28
Figura 3 - Ciclo de Serviços de um Hospital.....	30
Figura 4 - Seqüência de Desenvolvimento da Revisão Bibliográfica .....	31
Figura 5 - McKinsey's 7S <i>framework</i> .....	39
Figura 6 - Mapas Cognitivos Individuais do decisor A e decisor B.....	65
Figura 7 - Mapas Cognitivos Agregado dos decisores A e B.....	65
Figura 8 - Representação de um Conceito (Nós) e os opostos psicológicos .....	70
Figura 9 - Relação entre Conceito-meio e Conceito-fim no Mapeamento Cognitivo.....	71
Figura 10 - Demonstração da Ligação entre os Conceitos através de Setas.....	72
Figura 11 - Segmento de Mapa Cognitivo representando um Enlace .....	72
Figura 12 - Representação de Conceitos-fim conflitantes.....	73
Figura 13 - Desenho de Pesquisa.....	83
Figura 14 - Fluxograma da Coleta e Análise dos Dados .....	86
Figura 15 - Modelo de Cartela adesiva com a descrição do Conceito contendo o EPA para a montagem do Mapa Cognitivo Individual.....	92
Figura 16 - Diagrama de Afinidades descrevendo um EPA comum aos 3 Mapas Cognitivos Individuais.....	94
Figura 17 - Representação Gráfica da Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.....	95
Figura 18 - Relação do Fator de influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Estratégico .....	107
Figura 19 - Relação do Fator de influência Estrutura Organizacional no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Estratégico .....	107

Figura 20 - Relação do Fator de influência Planejamento no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	110
Figura 21 - Relação do Fator de influência Comunicação no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	110
Figura 22 - Relação do Fator de influência Clareza no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	110
Figura 23 - Relação do Fator de influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	110
Figura 24 - Relação do Fator de influência Liderança no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	111
Figura 25 - Relação do Fator de influência Valorização de Resultados no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático .....	111
Figura 26 - Relação do Fator de influência Planejamento no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.....	113
Figura 27 - Relação do Fator de influência Comunicação no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.....	113
Figura 28 - Relação do Fator de influência Clareza no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.....	113
Figura 29 - Relação do Fator de influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.....	114
Figura 30 - Relação do Fator de influência Tipo de Liderança no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional .....	114
Figura 31 - Relação do Fator de influência Valorizar Resultados no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional .....	114
Figura 32 - Relação do Fator de influência Cultura Organizacional no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional .....	115
Figura 33 - Legenda dos Mapas Cognitivos Individuais.....	118
Figura 34 - Mapa Cognitivo Individual do Nível Tático.....	119
Figura 35 - Legenda da Síntese dos Mapas Cognitivos Agregados .....	120
Figura 36 - Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Estratégico .....	121
Figura 37 - Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.....	122
Figura 38 - Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional .....	123

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Autores e os respectivos temas.....	32
Quadro 2 - Definições da Estratégia.....	34
Quadro 3 - Necessidade à Implementação da Estratégia.....	41
Quadro 4 - Dificuldades à Implementação da Estratégia .....	47
Quadro 5 - Grupo de Fatores que afetam a Implementação das Estratégias de acordo com a frequência com que são citados pelos autores .....	51
Quadro 6 - Comparação dos Fatores que afetam a Implementação das Estratégias .....	52
Quadro 7 - Abordagem <i>Hard versus Soft</i> .....	53
Quadro 8 - Conceitos de Mapas Cognitivos.....	58
Quadro 9 - Tipologia dos Mapas Cognitivos referidos por Fiol e Huff .....	61
Quadro 10- Metodologias de Construção de Mapas Cognitivos Causais .....	63
Quadro 11 - Tipos de Agrupamento dos Mapas Cognitivos .....	64
Quadro 12 - Relação dos Conceitos da Teoria dos Construtos de Kelly com o Mapeamento Cognitivo .....	67
Quadro 13 - Relação da Metodologia <i>SODA</i> com os Conceitos da Teoria dos Construtos de Kelly .....	68
Quadro 14 - Comparação entre as Metodologias Interpretativas .....	75
Quadro 15 - Fatores Dificultadores na Implementação das Estratégias Gerais do HMD referidos pelo Nível Estratégico.....	97
Quadro 16 - Fatores Facilitadores na Implementação das Estratégias Gerais do HMD referidos pelo Nível Estratégico .....	98
Quadro 17 - Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Estratégico.....	99
Quadro 18 - Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Estratégico.....	100

Quadro 19 - Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Tático.....	101
Quadro 20 - Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Tático.....	102
Quadro 21 - Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Operacional .....	103
Quadro 22 - Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelo Nível Operacional .....	104
Quadro 23 - Resumo dos Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelos 3 Níveis Hierárquicos.....	105
Quadro 24 - Resumo dos Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD referidos pelos 3 Níveis Hierárquicos.....	105
Quadro 25 - Relação entre os Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida na percepção do Nível Estratégico .....	108
Quadro 26 - Relação entre os Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida na percepção do Nível Tático .....	110
Quadro 27 - Relação entre os Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida na percepção do Nível Operacional.....	115
Quadro 28 - Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD identificadas nas entrevistas nos 3 Níveis Hierárquicos .....	127
Quadro 29 - Comparação dos Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida identificadas nas entrevistas com os Obstáculos de Hrebiniak .....	129
Quadro 30 - Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD identificadas nos Mapas Cognitivos Individuais nos 3 Níveis Hierárquicos .....	130
Quadro 31 - Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD identificadas nos Mapas Cognitivos Agregados nos 3 Níveis Hierárquicos .....	133
Quadro 32 - Comparação dos Fatores de influência na Implementação do Time de Resposta Rápida identificadas nas entrevistas e nos Mapas Cognitivos.....	136

Quadro 33 - Diferenciação entre os Níveis Hierárquicos nas respostas dos Mapas Cognitivos .....	139
Quadro 34 - Diferenciação entre os Níveis Hierárquicos nas respostas das Entrevistas.....	140
Quadro 35- Comparação da Aplicabilidade dos Mapas Cognitivos e Entrevistas na identificação dos Fatores de Influência na Implementação do Time de Resposta Rápida no HMD .....	142

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 TEMA DO TRABALHO E QUESTÃO DE PESQUISA</b> .....	20
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE</b> .....	24
4.1 SETOR PRIVADO DA SAÚDE.....	27
4.2 INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	29
<b>5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	31
5.1 ESTRATÉGIAS .....	32
<b>5.1.1 Conceito de Estratégia</b> .....	33
<b>5.1.2 Tipos de Estratégia</b> .....	34
<b>5.1.3 Processo de Formulação e Implementação da Estratégia</b> .....	36
<b>5.1.4 Dificuldades na Implementação das Estratégias</b> .....	43
<b>5.1.5 Comparação dos fatores que afetam à Implementação das Estratégias</b> .....	50
5.2 METODOLOGIAS INTERPRETATIVAS .....	52
<b>5.2.1 Metodologias de Sistemas <i>Soft-SSM</i></b> .....	54
<b>5.2.2 Dinâmica de Sistemas</b> .....	55
<b>5.2.3 Pensamento Sistêmico</b> .....	56
<b>5.2.4 Mapeamento Cognitivo</b> .....	58
5.2.4.1 Conceito de Mapeamento Cognitivo .....	58

5.2.4.2 Tipologia dos Mapas Cognitivos.....	59
5.2.4.3 Metodologias de Construção dos Mapas Cognitivos Causais.....	62
5.2.4.4 Agrupamento dos Mapas Cognitivos .....	64
5.2.4.5 Utilizando a Metodologia <i>SODA</i> .....	67
<b>5.2.5 Comparação entre as Metodologias Interpretativas.....</b>	<b>75</b>
<b>6 MÉTODO DA PESQUISA .....</b>	<b>80</b>
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	80
6.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA .....	81
6.3 DESENHO DE PESQUISA.....	82
6.4 UNIDADE DE ANÁLISE.....	84
6.5 COLETA DE DADOS .....	85
6.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	87
<b>7 A COLETA DOS DADOS .....</b>	<b>88</b>
7.1 REALIZAÇÃO DA COLETA.....	88
7.2 RESULTADO DAS ENTREVISTAS.....	96
7.3 RESULTADO DOS MAPAS COGNITIVOS .....	106
<b>7.3.1 Um Modelo do Mapa Individual.....</b>	<b>116</b>
<b>7.3.2 Síntese dos Mapas Cognitivos Agregados por Nível Hierárquico.....</b>	<b>120</b>
<b>8 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>124</b>
8.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS (FASE 1).....	125
8.2 ANÁLISE DOS MAPAS COGNITIVOS (FASE 2) .....	130
<b>8.2.1 Análise dos Mapas Cognitivos Agregados.....</b>	<b>132</b>
8.3 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS ENTREVISTAS E OS MAPAS COGNITIVOS.....	135
8.4 COMENTÁRIOS SOBRE O USO DE ENTREVISTAS E MAPAS COGNITIVOS NA ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	144
<b>9 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>147</b>
9.1 CONCLUSÕES.....	147
9.2 DELIMITAÇÕES DO ESCOPO.....	152
9.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	152
9.4 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	152

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	154
<b>APÊNDICES</b> .....	160
APÊNDICE A - Roteiro da Primeira Entrevista .....	161
APÊNDICE B - Roteiro das Entrevistas .....	162
APÊNDICE C - Roteiro para Construção do Mapa Cognitivo Individual.....	163
APÊNDICE D - Mapa Cognitivo Individual e comentários - Assessor Técnico da Superintendência do HMD - Nível Estratégico.....	164
APÊNDICE E - Mapa Cognitivo Individual e comentários - Diretora Assistencial do HMD - Nível Estratégico.....	166
APÊNDICE F - Mapa Cognitivo Individual e comentários - Diretor de Operações do HMD - Nível Estratégico.....	168
APÊNDICE G - Mapa Cognitivo Individual e comentários- Gerente do Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco –SEGER- do HMD- Nível Tático .....	170
APÊNDICE H - Mapa Cognitivo Individual e comentários - Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética do HMD- Nível Tático .....	172
APÊNDICE I - Mapa Cognitivo Individual e comentários- Supervisora de Enfermagem do CTI do HMD- Nível Tático .....	174
APÊNDICE J - Mapa Cognitivo Individual e comentários- Enfermeira Executiva da Unidade de Internação do HMD- Nível Operacional.....	176
APÊNDICE K - Mapa Cognitivo Individual e comentários- Médico do CTI do HMD- Nível Operacional .....	178
APÊNDICE L - Mapa Cognitivo Individual e comentários- Médico do Time de Resposta Rápida do HMD - Nível Operacional.....	180



## 1 INTRODUÇÃO

Os negócios no cenário globalizado desenvolvem-se em um ritmo dinâmico, sendo influenciados por várias mudanças externas, criando a necessidade das empresas buscarem estratégias claras e consistentes. Por algum tempo o alinhamento entre oportunidades externas, estratégias da empresa e a estrutura interna foram consideradas como uma característica-chave de empresas bem sucedidas. No entanto, com as crescentes transformações ambientais as empresas obrigaram-se a estabelecer mudanças, que podem variar do incremental ao drástico (quebra de estrutura), para conseguirem sustentar sua competitividade. A incerteza, a instabilidade e a imprevisibilidade das mudanças, independentemente da origem, geram riscos e limitações para as empresas. A adaptação da empresa a tais mudanças dentro destes ambientes dinâmicos é fundamental e exige flexibilidade.

Segundo Chaharbaghi e Feurer (1995), ao longo do tempo, as estratégias passam de processos fechados e inflexíveis para processos dinâmicos e flexíveis, acompanhando o ritmo de mudanças no ambiente competitivo; saem da visão separatista do pensamento e ação para a total integração dos mesmos, como condição básica do sucesso das estratégias. Neste ciclo evolutivo, este processo migra da forma prescritiva e centralizadora para a forma de aprendizado e compartilhamento organizacional. Tais autores referem à necessidade de um dinamismo entre a formulação e a implementação das estratégias, diante da crescente complexidade, da velocidade de mudanças e aumento das incertezas nos ambientes competitivos.

Mintzberg e Quinn (2001) realizam uma análise das estratégias em empresas com perfil hospitalar. Nestas organizações, estes autores referem que a estrutura pode seguir a forma de burocracia profissional, pois depende de habilidades e conhecimentos técnicos específicos de cada um, que podem ser aperfeiçoados em programas de capacitação formais

e padronizados. Estes profissionais alinham-se em associações que definem suas melhores práticas, padronizando o exercício profissional. A autoridade passa a ser de natureza profissional, estando nas mãos dos *experts*. Desta forma, a coordenação neste tipo de organização hospitalar é descentralizada, conforme descrita por Mintzberg e Quinn (2001, p. 274) como sendo uma estrutura administrativa democrática: “... os profissionais controlam não apenas seu trabalho como também obtém muito controle coletivo sobre as decisões administrativas que os afetam...”. A parte-chave destas organizações é a eficiência operacional, que no hospital está na área médico-assistencial apoiada pela área de suporte.

Ao estabelecer estratégias não só sua formulação é importante, mas, sobretudo a garantia da sua implementação, para que se obtenham resultados consistentes ao longo do tempo. Da mesma forma, é preciso que as estratégias sejam bem comunicadas a todos na organização, e que estes tenham o entendimento da necessidade de assegurar sua execução sem falhas (CHAHARBAGHI e FEURER, 1995).

Freedman (2003) reflete sobre o sentimento crescente de orgulho que o processo de formulação estratégica dá aos seus realizadores quando a estratégia está estabelecida. No entanto, tal autor chama a atenção para o desestímulo destes formuladores na hora de implementá-las. Da mesma forma, Hrebianik (2006) apresenta os danos que esta visão separatista entre formulação e implementação da estratégia provoca no sucesso do seu resultado.

Implementar as estratégias propostas, na maioria das vezes, requer mudanças organizacionais, tecnológicas e comportamentais que afetam os indivíduos e a própria organização num processo cíclico de mudanças. Muitos autores citam que esta implementação faz parte de uma mudança e, como tal, exige modificação de habilidades e valores compartilhados na organização.

Freedman (2003) reforça que as estratégias precisam ser traduzidas em ações e que é preciso ter “uma verdadeira genialidade” para implementá-las, pois requerem disciplina e habilidades raras. Existe um desafio que é moldar todas as decisões e ações da organização em um único padrão. Esta implementação requer habilidades gerenciais que são distintas daquelas exigidas para a formulação das estratégias. De certa maneira, observa-se que a implementação é uma etapa crítica, pois é ela que determina o sucesso ou o fracasso da estratégia: é onde se concretiza a ação.

Muitos podem ser os fatores que desviam as organizações de seus objetivos estratégicos, fazendo com que o planejamento não se concretize. Alguns autores caracterizam estes fatores como barreiras ou obstáculos à implementação.

Por outro lado, Chaharbaghi e Feurer (1995) e Mintzberg e Quinn (2001) apresentam o que chamam de fatores essenciais para que se realize a implementação da estratégia, que nada mais são do que o alinhamento da estrutura, sistemas, pessoas e processos para o sucesso desta implementação.

Em ambientes organizacionais a implementação das estratégias parece ser um processo difícil de ser conduzido, principalmente porque depende do envolvimento das pessoas. Na área de serviços, mais precisamente na área de serviços de saúde e considerando basicamente o hospital, o componente de envolvimento humano é acentuado, visto as peculiaridades do setor como o dinamismo, a diversidade de formação profissional, o volume de pessoas que participam dos processos de prestação de serviços e o caráter emocional que está presente nos processos que envolvem o atendimento ao paciente.

Segundo Pidd (2001), a mesma experiência compartilhada por diferentes pessoas fornece diferentes interpretações. Este autor reforça a necessidade de se usar ferramentas que permitam “uma modelagem interpretativa para auxiliar indivíduos e grupos a pensarem sobre as conseqüências de suas crenças e preferências” (PIDD, 2001, p.114). O mesmo autor refere que a implementação de tais modelos conceituais “... não é apenas um ato cerebral”. Para se ter o resultado desejado é necessário comprometimento e acordo entre as pessoas que participam da ação. Tal pensamento é reforçado por Ribeiro (2003), que refere que as percepções dos *Stakeholders* e da organização nem sempre são convergentes, o que dificulta a aplicação de um pensamento estratégico. Os *Stakeholders* são “grupos ou indivíduos que afetam ou são afetados pela realização dos objetivos organizacionais” (FREEMAN, 1984, p.48).

Na rede de relacionamentos destes *Stakeholders* entre si e deles para com a organização, amparados por suas vivências e expectativas, surgem fatores que determinam o grau de envolvimento destas pessoas com as estratégias da empresa em que atuam. Por conseguinte, tais fatores também determinam o grau de participação na implementação destas mesmas estratégias.

Senge (2004) e Freedman (2003) destacam que o envolvimento das pessoas é essencial. O fraco alinhamento cultural e estrutural, entre outras questões, são barreiras à implementação da estratégia. Autores como Weick (*apud* BASTOS, 2002) citam que a organização é como uma “mente coletiva”, onde as ações e pensamentos individuais se interligam e se modulam entre si. Neste cenário, o aprendizado motiva a participação das equipes profissionais, oportunizando o desenvolvimento pessoal e institucional.

No cenário da prestação de serviços em Saúde, as empresas deste segmento dependem do trabalho de profissionais técnicos (especialistas) para a realização das suas atividades. Estas empresas trabalham com situações de rápidas mudanças e em ambiente muito dinâmico e técnico. Os grupos de profissionais que atuam nestas organizações necessitam negociar suas posições de interesses neste contexto. Qualquer tipo de tomada de decisão por parte destes profissionais é influenciada pelo tipo de relacionamento dos mesmos (*Stakeholders*) com a instituição em que atuam. Desta forma, conhecer o ponto de vista uns dos outros é um fator relevante para o comprometimento com a ação e, conseqüentemente, para a implementação da estratégia. Para tanto, é necessário identificar os pontos convergentes e divergentes entre as pessoas que interagem em uma organização, através de metodologias interpretativas que facilitem a compreensão destas experiências.

O hospital possui uma característica humanística e uma realidade sócio-econômica, pois é necessário gerir recursos econômico-financeiros cada vez maiores, para suprir necessidades mais complexas em saúde. Apresenta duas áreas de atividade: a médico-assistencial (ou intrínseca) e a administrativa (ou de suporte operacional). Já Cohn e Elias (2005, p.77) referem-se ao hospital como um “estabelecimento para assistência médica em regime de internação”, apresentando recursos tecnológicos e humanos específicos para atendimento 24 horas.

O segmento hospitalar privado possui uma função primordial nas questões da Saúde, pois a ele demandam grande parte das necessidades complexas da saúde. É um mercado muito competitivo que exige altos investimentos e há necessidade de desenvolver diretrizes estratégicas claras e muito bem executadas, para gerarem os resultados esperados.

Muitos autores apresentam em seus trabalhos a aplicabilidade de Mapas Cognitivos como ferramentas de pesquisa organizacional e de apoio à implementação de ações. Freedman (2003) estimula o uso de metodologias deste tipo, referindo-se à importância de se ter um sistema poderoso de soluções de problemas, quando se fala de implementação de estratégias. As metodologias interpretativas são apresentadas por Pidd (2001) como uma ferramenta que trabalha num ciclo de aprendizagem, criando “modelos conceituais” para caracterizar as percepções das pessoas, podendo ter uma abordagem sistêmica ou individual.

Assim, o presente trabalho aborda a aplicação de metodologias interpretativas, mais precisamente os Mapas Cognitivos, para identificarem os diversos fatores de influência na implementação de estratégias.

O Capítulo 2 deste trabalho apresenta o tema abordado, sua importância diante da necessidade de avaliar os fatores que influenciam na implementação das estratégias no ambiente hospitalar. Apresenta também a questão de pesquisa, sua justificativa, definindo oportunidades, viabilidades e as limitações preliminares de escopo existentes na pesquisa.

O Capítulo 3, por sua vez, define os objetivos da pesquisa: geral e específicos.

Na seqüência, o Capítulo 4 discorre sobre a contextualização do setor da Saúde, seu desdobramento no setor privado e a caracterização das instituições hospitalares.

A seguir, o Capítulo 5 apresenta a fundamentação teórica, caracterizando Estratégia: como se dá sua formulação e implementação e quais as dificuldades encontradas para sua execução. Apresenta igualmente as metodologias interpretativas, que podem ser utilizadas e descreve o Mapeamento Cognitivo, aplicação e tipologia dos mapas cognitivos, detalhando a metodologia *SODA – Strategic Options Development and Analysis – Desenvolvimento e Análise de Opções Estratégicas*.

Após, o Capítulo 6 descreve o método utilizado na pesquisa, caracterizando o tipo de pesquisa, sua estratégia e o desenho de pesquisa.

O capítulo 7 apresenta a coleta dos dados, os tipos de instrumentos utilizados, e a descrição dos dados obtidos.

A seguir, o capítulo 8 relata a análise dos resultados.

Por sua vez, o capítulo 9 destaca as conclusões e recomendações do trabalho.

## **2 TEMA DO TRABALHO E QUESTÃO DE PESQUISA**

Os hospitais privados convivem com uma acirrada competição, necessitando relevantes investimentos não só tecnológicos, mas de metodologias e programas que auxiliem na obtenção de diferenciais competitivos, como as certificações nacionais e internacionais entre outros. Para garantir espaço nesta competitividade é necessário estabelecer seus objetivos e traçar as estratégias para alcançá-los. Contudo, tais estratégias necessitam ser colocadas em prática e esta implementação em ambientes dinâmicos, requer o comprometimento de todas as pessoas. É justamente neste fato que reside uma das grandes dificuldades desta questão. Tal preocupação pode ser confirmada pela referência de Mezomo (1995, p. 268) ao identificar que o “hospital muitas vezes é dividido em especialidades médicas ou funções... há muitas pessoas que são responsáveis por parte do ciclo de serviços, mas não tem a responsabilidade sobre o todo”. Também contribuindo para este fato, grande parte dos profissionais médicos não são funcionários efetivos do hospital e, por situações culturais, na maioria das vezes, não se envolvem nas questões de gestão, focando-se essencialmente no atendimento técnico-assistencial. Estas situações dificultam a implementação da estratégia, pois a participação destes profissionais, entre outros, é relevante e estes acabam por ficar à margem de partes do processo da estratégia, de sua formulação ou de sua implementação.

Além disso, Mezomo (1995) também reforça a dificuldade da compartimentalização dos setores do hospital, que tornam esta empresa mais inflexível e mais sujeita aos interesses próprios de departamentos. Neste contexto, criam-se “feudos” que também dificultam a implementação da estratégia, na medida em que esta estratégia não estiver de acordo com os interesses do setor. Embora ainda haja departamentalização, alguns hospitais já estão trabalhando de forma mais flexível, promovendo a participação das pessoas nos processos de tomada de decisão e projetos multidisciplinares e aproximando os médicos das decisões

estratégicas do hospital. Desta forma participativa emergem fatores facilitadores para a implementação de estratégias no ambiente hospitalar.

Para Zanon (2001), Cohn e Elias (2005) a área hospitalar tem se modificado quanto aos seus processos e quanto a sua forma de gestão. Atualmente a preocupação é a busca constante de melhoria, com recursos focados em qualidade e uma gestão baseada em evidências. O hospital, sendo um sistema integrado em vários aspectos e inserido em um contexto conturbado como o da saúde, necessita de planejamento e de tomada de decisão estratégica. Oliva e Borba (2004) destacam a necessidade de o hospital desenvolver estratégia de excelência hospitalar, caso contrário, corre o risco de desaparecer. Tal excelência seria fruto do comprometimento com a resolubilidade, qualidade e custos baixos. No entanto, Porter e Teisberg (2007, p. 20) referem que nem sempre o “preço da excelência” justifica os altos custos com a saúde, pois “há muitas dimensões no sistema de saúde e é fácil ser solapado pela sua própria complexidade”.

São múltiplos os fatores que interagem no desempenho de uma empresa hospitalar como: a necessidade de capacitação e integração da equipe, a velocidade das transformações tecnológicas e da geração de conhecimento e a diversidade de processos advindos das práticas assistenciais. Estas características tornam este ambiente dinâmico. Nestas condições, para se obter os resultados desejados tal empresa requer processos flexíveis, atuações afinadas dos profissionais entre si e alinhadas às estratégias da empresa.

Os hospitais desempenham função primordial no atendimento às necessidades de saúde na atenção secundária e terciária. Earchern (*apud* ZANON, 2001) refere que o hospital é umas das mais complexas empresas. Esta afirmação também é confirmada por Mirshawka (1994, p. 22), quando afirma que “de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital”. Esta complexidade é fruto da conjunção de uma estrutura altamente tecnológica e de recursos humanos especializados para atender uma demanda crescente de necessidades em saúde.

As organizações hospitalares de grande porte têm seus serviços organizados de duas formas: ou por departamentos especializados ou por serviços especializados, onde o ensino, a pesquisa e a *expertise* proveniente destas atividades promovem mudanças constantes. Nestas organizações hospitalares a direção executiva estabelece diretrizes gerais, e as especialidades médicas definem outras mais específicas, alterando sua forma de atuação e de controle. Tal fato faz com que muitas vezes as estratégias surjam no meio do trajeto ou que sejam influenciadas e modificadas como resultado destas atividades.

Considerando que, o segmento hospitalar atende a maior complexidade existente nas necessidades da saúde e incorpora tecnologia de alto custo, com conseqüentemente investimento financeiro expressivo, é necessário que ações estratégicas sejam realizadas com sucesso. Dentro deste contexto, a participação dos diversos profissionais contribui para o sucesso da implementação das suas estratégias e para a saúde da organização. Aplicar uma metodologia interpretativa, como o Mapeamento Cognitivo, para identificar os diversos fatores que influenciam na implementação das estratégias neste ambiente dinâmico, passa a ser uma alternativa a ser avaliada.

O componente humano no processo de implementação das estratégias é determinante para que as ações se efetivem. Jardim (2001) aborda a relevância de se considerar os aspectos subjetivos para estabelecer estratégias de ação. Da mesma forma, Bastos (2002) refere as crescentes pesquisas no campo da cognição organizacional; ou Ribeiro (2003), que destaca os processos cognitivos como centrais para o sucesso ou fracasso de planos estratégicos das organizações. Igualmente Hrebiniak (2006) e Thompson Jr. e Strickland III (2000) citam a importância da formação de competências básicas na implementação das estratégias, gerando vantagem competitiva. Estes autores deixam claro que sem o envolvimento das pessoas não existirá a implementação das estratégias de uma organização.

Nos hospitais as pessoas são elementos-chave para qualquer implementação que houver neste ambiente. No entanto, apesar das resistências humanas naturais, existem também apoios e formas de vencer estes obstáculos para a que à estratégia seja implementada com sucesso.

O Mapeamento Cognitivo é uma técnica para mapear o pensamento de indivíduos ou grupos de pessoas, que debatem temas a partir de diferentes visões sobre este mesmo assunto. É uma metodologia que serve de apoio para mapear os fatores que influenciam na implementação da estratégia, por esta razão, está sendo proposto para a área hospitalar.

Este trabalho propõe identificar respostas a esta questão: **De que forma o Mapeamento Cognitivo contribui para a identificação e análise dos fatores de influência no processo de implementação de uma estratégia no ambiente hospitalar?**

Inicialmente identificam-se de forma preliminar algumas limitações do escopo desta pesquisa, uma vez que esta se aplica somente a um hospital e que este hospital estudado é da rede privada da Saúde, que possui uma realidade bastante distinta em relação aos da rede pública, motivos pelos quais não é possível fazer-se generalizações.



### **3 OBJETIVOS**

Para o desenvolvimento desta pesquisa este capítulo apresenta os objetivos geral e específicos.

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

O trabalho tem como objetivo geral analisar a adoção de Mapas Cognitivos na identificação dos fatores que influenciam a implementação das estratégias empresarias no ambiente hospitalar privado.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como objetivos específicos do trabalho, listam-se:

- a) identificar os fatores que potencialmente influenciam na implementação das estratégias no ambiente hospitalar privado;
- b) identificar as diferentes percepções dos níveis organizacionais sobre os fatores de influência na implementação das estratégias;
- c) comparar o uso de Mapas Cognitivos como ferramenta de pesquisa organizacional em relação ao uso de entrevistas na análise de implementação de estratégias empresariais.

#### **4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE**

O setor da Saúde tem sido foco de atenção crescente de organizações internacionais, nacionais e regionais. A Organização Mundial da saúde - OMS e o Banco Mundial (COHN e ELIAS, 2005) analisaram o panorama geral da situação da saúde no mundo em diferentes aspectos, entre eles o custo-benefício coletivo da assistência à saúde e a divisão entre os setores públicos e privados. Independente do valor financeiro gasto com a saúde em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, este informe do Banco Mundial refere problemas semelhantes entre eles como: má utilização de recursos em relação ao custo-benefício; desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde; ineficiência nos gastos; aumento significativo dos custos, decorrente das novas tecnologias e outros.

Porter e Teisberg (2007) avaliando o sistema de saúde dos Estados Unidos referem que a causa dos problemas do alto custo, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde decorrem de uma estratégia de competição fracassada. Esta competição está gerando uma falência na estrutura de prestação dos serviços de saúde, os quais governam os custos e a qualidade de todo o sistema de saúde.

No Brasil tal análise apresenta ainda outros fatores como a insuficiência de recursos financeiros específicos para saúde, o efeito da ausência de uma política de saúde no país, o financiamento do setor da saúde, envolvendo a definição de recursos necessários e fontes estáveis para o seu provimento e ainda os fatores decorrentes de uma denominada “crise de gerenciamento dos serviços”, como definiram Cohn e Elias (2005). Da mesma maneira, Mezomo (1994) refere que a saúde no Brasil necessita ser repensada no que diz respeito ao seu sistema, estrutura, processos e resultados, adequando-se às grandes mudanças que estão ocorrendo no mundo. Esta afirmação também é feita por Porter e Teisberg (2007) ao analisarem a realidade do sistema de saúde norte americano.

O Sistema de Saúde integra os serviços públicos da saúde das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e os serviços privados de saúde (filantrópicos, lucrativos, beneficentes e outros).

Os serviços de saúde públicos são financiados pelo Estado com recursos orçamentários governamentais.

Atualmente existe uma clara divisão entre os setores privados e públicos da Saúde. O Estado tem o papel da universalização da assistência básica à saúde formando uma rede que se responsabiliza em atender as necessidades do nível primário de atenção à saúde, em maior proporção e o nível secundário, em menor proporção. Veja Figura 1.

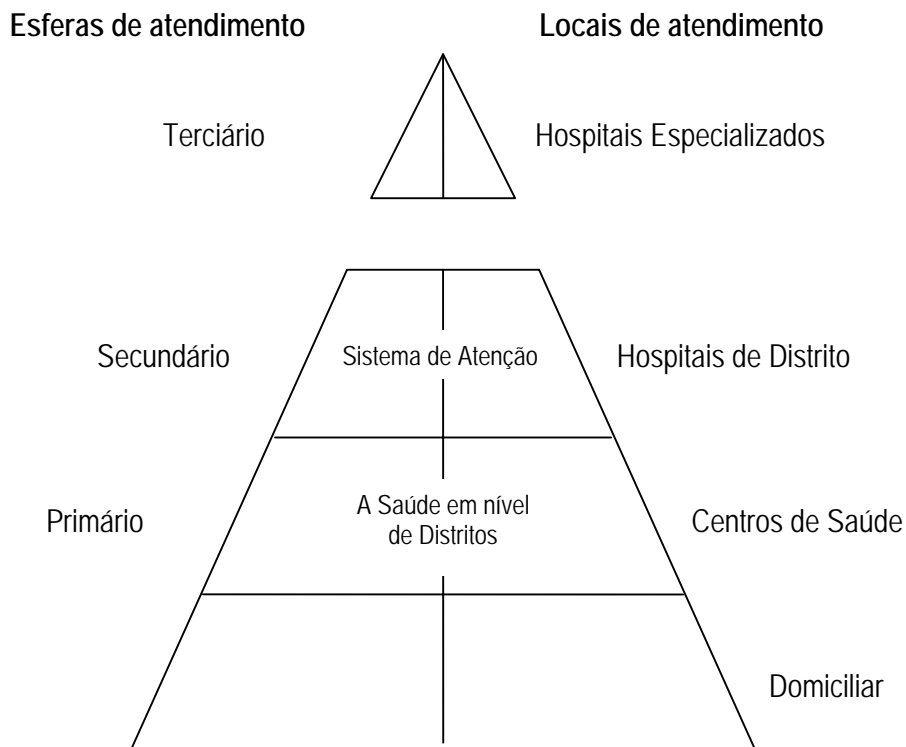


Figura 1 - Pirâmide do Sistema de Saúde.  
Fonte: Apaptado de COHN e ELIAS ( 2005, p. 67)

A atenção primária é a entrada do indivíduo nos Sistema de Saúde e compõe-se dos serviços ambulatoriais e consultórios (postos de saúde). A atenção secundária representa um nível intermediário correspondente às instituições de saúde de médio porte e, na atenção terciária, representam os hospitais especializados geralmente localizados nos grandes centros urbanos (OLIVA e BORBA, 2004).

Já a assistência especializada com investimentos altos em tecnologia fica mais para o setor privado, atendendo o nível secundário e, mais especificamente, o nível terciário de atenção à saúde, que engloba hospitais especializados e de alta complexidade, onde o estado “compra” os serviços prestados pela empresa privada.

O segmento privado pode constituir-se de instituições privadas sem fins lucrativos, providas por iniciativas da comunidade civil ou religiosa ou de agrupamentos sociais valendo-se de algum tipo de renúncia fiscal, tributária ou contributiva; e de instituições lucrativas, instituída por pessoas jurídicas em sociedades limitadas ou anônimas sem vínculo com o Sistema Único de Saúde.

O setor da saúde passou por um esgotamento em seu financiamento nas décadas de 80 e 90 que se acentuou, principalmente, com a suspensão do repasse das verbas orçamentárias da Previdência Social (COHN e ELIAS, 2005). Atualmente estes repasses do SUS pelo atendimento prestado não cobrem a totalidade dos custos hospitalares correspondentes a esta assistência. Esta situação vem agravando a condição de sustentabilidade dos hospitais, tanto públicos como também privados, que atendem ao sistema público de saúde. Os custos hospitalares vêm crescendo significativamente nos últimos anos em decorrência das inovações tecnológicas. Associados a estes fatores existem outros, como a mudança do perfil epidemiológico e o aumento da eficácia das tecnologias médicas que levam este setor a se adaptar a estas mudanças. Para tanto, há necessidade de ajustes em suas estruturas atendendo a novas demandas, como por exemplo, o aumento da população idosa, elevando a incidência de doenças prevalentes nesta faixa etária.

Conforme Cohn e Elias (2005), atualmente o foco do debate sobre a saúde está centrado na reorganização do setor, na divisão de responsabilidades entre o setor público e privado, enfatizando a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização.

Para Porter e Teisberg (2007, p.21) a solução das questões da Saúde está alicerçada nas estratégias de competição baseadas em valor e resultados. Estes autores referem que “a maneira de transformar o sistema de saúde é realinhar a competição com o valor para os pacientes”. No entanto, salientam que na prática o foco está na minimização dos custos e na luta de quem vai pagar estes custos. Assim sendo, geram um resultado onde as estruturas organizacionais e suas práticas estão desalinhadas com o valor para o paciente.

#### 4.1 SETOR PRIVADO DA SAÚDE

O setor privado da Saúde apresenta considerável complexidade, do ponto de vista assistencial, se comparado ao segmento público. Este grupo está constituído de instituições com fins lucrativos e não lucrativos. Os hospitais não lucrativos são os filantrópicos com prestação de serviços vinculados ao SUS, que absorve 60% da sua produção total ou 20% de gratuidade da assistência (tais como as Santas Casas de Misericórdia). Estas instituições são certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

Os hospitais lucrativos, quando não estabelecidos em rede com outros hospitais, não apresentam vínculo com o SUS, mas com o Sistema Suplementar de Assistência Médica (também chamado sistema complementar), trabalhando com a medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde, autogestão e planos de administração.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2005) a maior concentração de usuários de planos de saúde está no tipo medicina de grupo, seguida pela cooperativa médica, sendo que estas duas modalidades representam 67,43% do total de usuários dos planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, criado em janeiro de 2000, que segundo Relatório da ANS (2005, p. 2), possui como finalidade:

...promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as relações entre os agentes envolvidos, ou seja, operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Desta forma, a ANS, sendo o órgão regulador do segmento privado da saúde, é responsável por divulgar os dados de atendimento neste segmento no Brasil. Os dados do mês de março de 2005, apresentados pela ANS são de: (a) 34.957.528 milhões de usuários atendidos por planos de saúde em 2005 e (b) 1.274 operadoras prestando serviços a estes usuários, neste mesmo período. Destas operadoras 382 (30% do total) detém 90% dos beneficiários. Este dado representa os usuários do sistema privado notificados oficialmente pelas operadoras de saúde em todo o país (ANS/MS 3/2005).

A Figura 2 demonstra a evolução dos beneficiários dos planos de saúde suplementar.

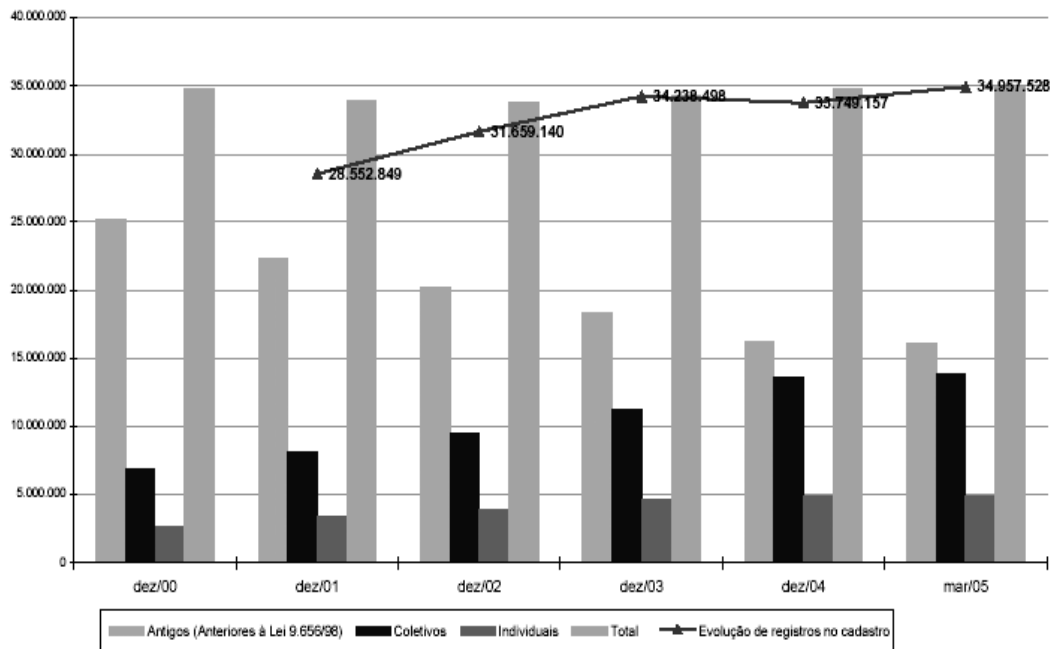


Figura 2: Beneficiários por tipo de plano e evolução do cadastro: 2000 - 2005  
 Vínculos a planos médico-hospitalares com ou sem odontologia  
 Fonte: ANS/MS-03/2005, p. 10(Ministério da Saúde).

A estabilização na curva de evolução de registros de usuários, sugere certa estagnação no crescimento do segmento privado da saúde desde dezembro de 2003, conforme a Figura 2. Estes dados fornecidos pela Agencia Nacional de Saúde - ANS (2005) confirmam as dificuldades financeiras que se manifestam neste segmento, decorrentes do aumento dos gastos com os planos de saúde e das novas regras que regulam o setor.

O setor de saúde suplementar reúne mais de duas mil empresas operadoras de planos de saúde, profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Desta maneira estão cadastrados na ANS cerca de 40 milhões de vínculos de diferentes planos de saúde (ANS, 2005).

Além disso, o setor privado da Saúde tem se caracterizado pela atuação mais concentrada no segmento hospitalar e por uma maior incorporação de tecnologia de alto custo. Tal característica requer um alto investimento financeiro para atender a demanda de complexidade existente nas necessidades de saúde. Assim sendo, as clínicas e hospitais totalizam a grande maioria dos estabelecimentos, chegando a 97% (COHN e ELIAS, 2005). Tais serviços destinam-se a grupos de renda mais elevada e a trabalhadores de setores mais dinâmicos da economia. A maioria destes hospitais também atende pelo Sistema Único de

Saúde. Conforme dados da SIH/SUS (2003) 85,9% dos hospitais privados atendem pelo SUS no estado do Rio Grande do Sul.

O segmento privado da saúde, especificamente os hospitais, exerce um papel significativo na complementação da prestação de serviços assistenciais ao Sistema Público de Saúde. Da mesma forma, absorve toda demanda de beneficiários do Sistema Suplementar de Saúde e, em menor proporção, ao atendimento de caráter particular de assistência a saúde, modalidade que reduziu significativamente em decorrência da situação econômico-financeira do país.

#### 4.2 INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

No setor da Saúde, tanto público como privado, os hospitais desempenham função primordial no atendimento às necessidades de saúde na atenção secundária e terciária. Existem vários tipos de empresas hospitalares que podem estar classificadas como filantrópica, pública, beneficentes e privada (ZANON, 2001) ou, de acordo com o número de leitos, em pequeno (até 50 leitos hospitalares), médio (de 50 a 200 leitos hospitalares) e grande porte (mais de 201 leitos hospitalares), segundo a classificação do Ministério da Saúde.

Além dos hospitais públicos, os privados e filantrópicos também podem atender à demanda oriunda do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, os hospitais filantrópicos e da rede privada são contratados pelo SUS para complementarem o atendimento à população que exceder à capacidade de atendimento da rede pública. Portanto, é relevante a participação dos setores privado e filantrópico no atendimento hospitalar, pois a capacidade de atendimento desta demanda por parte da rede pública é insuficiente.

Segundo o Ministério da Saúde (ZANON, 2001, p.24), o hospital é definido como: “...parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento...”.

O hospital é uma empresa prestadora de serviço médico-assistencial com um caráter bastante dinâmico, onde muitas pessoas de várias disciplinas interagem para um objetivo comum, que é o atendimento ao paciente. Na Figura 3 apresenta uma adaptação do fluxo de serviços da empresa hospitalar de acordo com um ciclo de serviços.

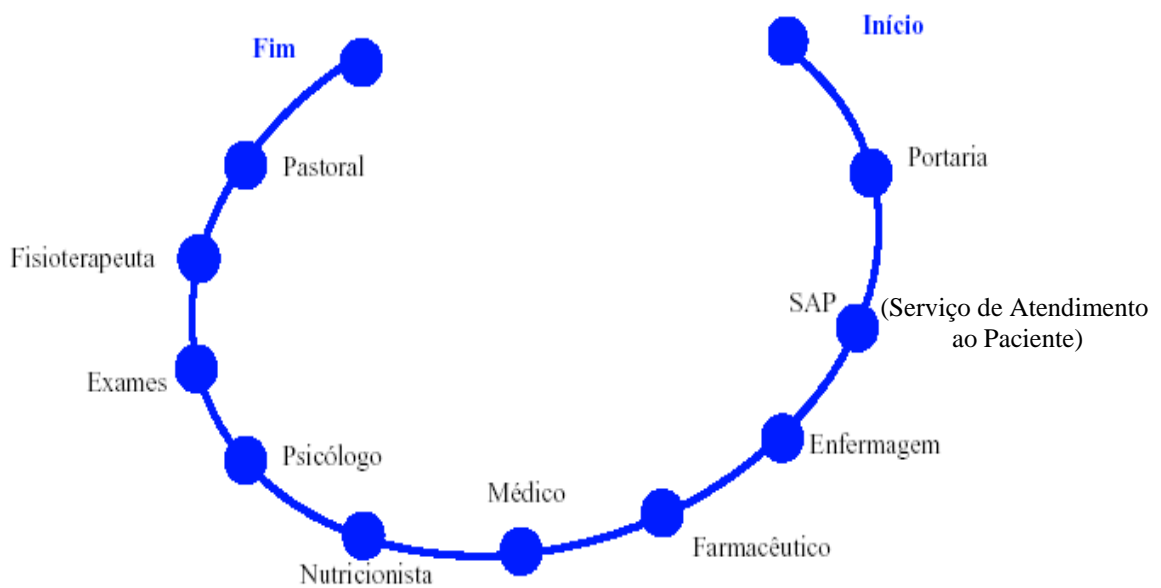


Figura 3: Ciclo de Serviços de um hospital, adaptado de Albrecht e Zemke (2002, p. 77).  
Fonte: Keller e Burlamaqui (2004, p. 2)

Keller e Burlamaqui (2004) adaptaram o ciclo de serviços de Albrecht e Zemke<sup>1</sup> (2002) para caracterizar uma empresa hospitalar, estabelecendo os pontos de contato das áreas multidisciplinares que integram o processo de assistência neste tipo de empresa, conforme demonstrado na Figura 3.

Tais autores juntamente com Drucker (1998) e Mintzberg e Quinn (2001) reforçam a participação dos profissionais técnicos no processo da empresa, caracterizada como sendo do tipo profissional, baseada no conhecimento, onde os especialistas são determinantes para os resultados e gerenciam seu próprio desempenho. Desta forma, evidencia-se a relevância das pessoas no processo assistencial que é realizado em um hospital e também no processo da estratégia.

No próximo capítulo é abordada a fundamentação teórica da pesquisa, que apresenta: estratégia, sua formulação e implementação, os fatores que a influenciam, gestão de mudanças, as metodologias interpretativas e especificamente o Mapeamento Cognitivo.

<sup>1</sup> ALBRECHT, K; ZEMKE, R. *Serviço ao Cliente: a reinvenção da gestão do atendimento ao cliente*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.



## 5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta cinco temas de relevância para o trabalho: estratégias, implementação das estratégias, gestão de mudanças, metodologias interpretativas e mapeamento cognitivo. Para melhor entendimento das relações entre os temas referidos apresenta-se a Figura 4.

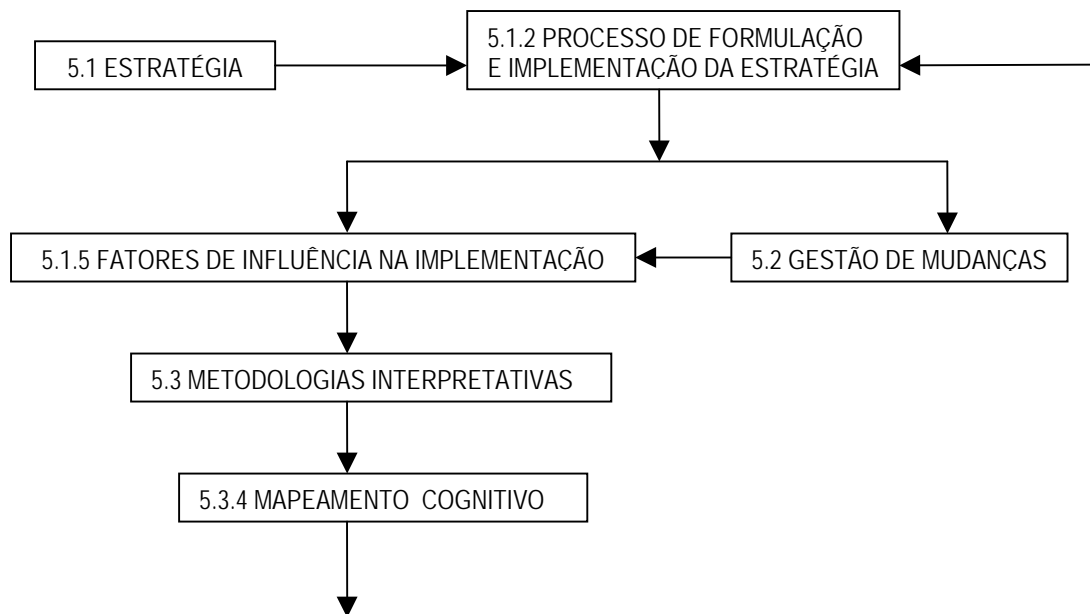


Figura 4 – Sequência de Desenvolvimento da Revisão Bibliográfica

Na seção das estratégias são referidos alguns conceitos e tipos de estratégia e a especificidade deste tema no ambiente hospitalar. Na implementação das estratégias descrevem-se fatores que influenciam neste processo. Já na gestão de mudança abordam-se aspectos da mudança organizacional, seu ciclo de desenvolvimento, o envolvimento da

liderança, o comportamento e a aprendizagem organizacional. Na seção seguinte, descrevem-se as principais metodologias interpretativas, especificamente o mapeamento cognitivo e sua técnica de aplicação e, finalizando, apresenta-se uma comparação entre os métodos interpretativos.

Apresenta-se no Quadro 1 um resumo dos autores utilizados nesta pesquisa e seus respectivos temas.

TEMAS	AUTORES
<b>4.1 ESTRATÉGIA:</b> Conceito e Tipos Processo de Formulação e Implementação da Estratégia	MINTZBERG, QUINN, WALTERS, AHLSTRAND e LAMPEL, GHOSHAL (2001, 1993, 1994, 1985, 2000, 2006), ANSOFF e MAC DONNELL (1993), PORTER (1996), VASCONCELOS (2001), FREEDMAN (2003), CHAHARBAGUI e WILLIS (1998), Silva (2001), SENGE (2004), VASCONCELOS FILHO e PAGNONCELLI (2001), PORTER e TEISBERG (2007)
<b>4.2 IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS:</b> Fatores de influência Dificuldades na implementação	FREEDMAN (2003), CHAHARBAGUI e WILLIS (1998), KAPLAN e NORTON (2000, 1997), O'REGAN e GHOBADIAN (2002), SENGE et al. (1999), MINTZBERG et al (2006), CHAHARBAGUI e FEURER (1995), SILVA (2001), MINTZBERG e QUINN (2001), GALAS (2004), RUAS (2003), HREBINIAK (2006), VASCONCELOS FILHO e PAGNONCELLI (2001).
<b>4.3 METODOLOGIAS INTERPRETATIVAS:</b> Metodologia <i>Soft - SSM</i> Dinâmica de Sistemas Pensamento Sistêmico Mapeamento Cognitivo - <i>SODA</i>	BASTOS (2000, 2002), ANDRADE (2006), PIDD (2001), CHECKLAND (1990), EDEN et al (1989), FORRESTER (1961), SENGE et al. (1999, 2004), STARKEY (1997), NELSON, NELSON e ARMSTRONG (2000), JARDIM (2001), RIEG e ARAÚJO FILHO (2002), RIBEIRO (2003), ANDRADE et al. (2006).

Quadro 1 - Autores e os respectivos temas.

## 5.1 ESTRATÉGIAS

Esta seção apresenta o tema Estratégia, sendo dividido em subseções. Na subseção 5.1.1 será abordado alguns conceitos de estratégia, identificando o conceito mais apropriado para esta pesquisa. A subseção 5.1.2 descreverá alguns tipos de estratégias existentes de

forma mais genérica. Na seqüência, a subseção 5.1.3 apresentará o processo de formulação e implementação das estratégias, a subseção 5.1.4 descreverá as dificuldades na implementação das estratégias e a subseção 5.1.5 apresenta um comparativo entre os fatores que influenciam na implementação da estratégia.

### 5.1.1 Conceito de Estratégia

A estratégia é o alicerce que fortalece as organizações para o atingimento de suas metas, interagindo com os fatores externos que vão surgindo. A Estratégia na Administração é um plano unificado, abrangente e integrado que se propõe a assegurar que os objetivos principais da empresa sejam atingidos (MINTZBERG e QUINN, 2001; MINTZBERG *et al.*, 2006).

Para Ansoff e Mac Donnell (1993, p.70) a “estratégia é um conjunto de regras de tomada de decisão para a orientação do comportamento de uma organização”. Estas regras estão relacionadas: (1) ao objetivo, quando qualitativo; (2) às metas, quando quantitativo; (3) à estratégia de produto e mercado; (4) à estratégia empresarial; (5) ao conceito organizacional e (6) as políticas operacionais. À medida que os objetivos e a estratégia vão sendo detalhados nos níveis hierárquicos da organização, ocorre que alguns elementos da estratégia, no nível da alta gerência acabam se transformando em objetivos num nível hierárquico inferior. Por esta razão Ansoff e Mac Donnell (1993) referem que o conceito de estratégia é fugaz e abstrato.

Já Mintzberg (1993) apresenta cinco definições de estratégia, que as caracterizou como os cinco P's: plano, pretexto, padrão, posição e perspectiva (*plan, ploy, pattern, position e perspective*). Na concepção deste autor, a estratégia pode ser um **plano**, uma diretriz planejada e consciente; pode ser um **pretexto**, usada em administração estratégica e no processo de negociação, sendo mais dinâmica. Já quando a estratégia absorve o comportamento resultante das ações, transforma-se em **padrão**, que pode ser deliberado ou não. Além disso, a estratégia pode ser uma **posição**, uma forma de colocar a organização no ambiente (nicho, domínio de mercado). Finalmente, a estratégia pode ser uma **perspectiva**, apresentando uma visão e o compartilhamento destas idéias entre as pessoas, criando uma mente coletiva, “indivíduos unidos pelo pensamento comum e/ou comportamento” (MINTZBERG, 1993, p.17).

Contudo, Porter (1996) refere que a estratégia é uma escolha racional, portanto deliberada, sobre um posicionamento, único e valioso, envolvendo diferentes atividades. Da

mesma forma racional, a estratégia pode ser apresentada como sendo um padrão de decisões que determina objetivos, propósitos, metas, políticas e planos além da escala de negócios e das regras de funcionamento da empresa (MINTZBERG e QUINN, 2001).

Existem vários relacionamentos entre as múltiplas definições de estratégia, mas nenhum aparece como uma versão única. Todas estas definições se complementam e acrescentam aspectos relevantes para a compreensão do que é estratégia. O agrupamento das definições está apresentado no Quadro 2.

DEFINIÇÕES SOBRE ESTRATÉGIA	AUTORES			
	Ansoff e Mac Donnell (1993)	Mintzberg (1993)	Porter (1996)	Mintzberg e Quinn (2001)
Plano (diretriz planejada)		X		
Pretexto (dinâmica)		X		
Padrão		X		
Posicionamento		X	X	
Perspectiva (visão)		X		
Conjunto de regras de tomada de decisão	X			X
Escala de negócios				X
Regras de funcionamento				X
Escolha deliberada e racional			X	X

Quadro 2 – Definições da Estratégia de acordo com os vários autores.  
Fonte: o autor

Para a abordagem desta pesquisa a definição mais aproximada de estratégia é a descrita como um plano, por se tratar de uma diretriz planejada e deliberada, como a apresentada por Mintzberg (1993). Da mesma forma, o conceito de Ansoff e Mac Donell (1993) merece destaque neste estudo, pois vincula a estratégia a objetivos e metas regrando o comportamento da organização.

Além de um conceito que oriente o significado de estratégia torna-se necessário a identificação da sua tipologia.

### 5.1.2 Tipos de Estratégias

São muitos os tipos de estratégia descritos na literatura, onde o processo da estratégia (formulação e implementação) ocorre de maneira diferente, mas todas têm em comum o fato de serem criadas de forma deliberada e/ou emergente. (MINTZBERG e

WALTERS, 1985). Desta forma, estes autores descrevem os tipos de estratégia como: (1) **estratégia planejada** é altamente deliberada onde sua formulação é dissociada da implementação; existe formalização na implementação da estratégia; (2) **estratégia ideológica** pode ser coletiva ou individual; é deliberada quando for de domínio público; pode ser modificada na sua implementação; (3) **estratégia de processo** é parcialmente deliberada, no que diz respeito ao processo e parcialmente emergente, quando se refere ao conteúdo; (4) **estratégia desconectada** é formada por membros de subunidades que não estão alinhados ao resto da organização; (5) **estratégia de consenso** é emergente e utiliza o ajuste mútuo; (6) **estratégia imposta** é organizacionalmente emergente e internamente deliberada; direcionando a organização para padrões; (7) **estratégia empresarial** é deliberada em sua intenção, mas emergente por ser adaptável a novas oportunidades e (8) **estratégia guarda-chuva** é parcialmente deliberada, definindo-se os limites dentro dos quais as estratégias emergentes surgem.

O que define o tipo da estratégia é sua forma de ser criada. As estratégias deliberadas necessitam de três condições: a existência de intenção precisa, concreta e detalhada, que sejam comum a todos e implementadas exatamente como foram intencionadas. Já as estratégias emergentes se caracterizam por possuir consistência de ação ao longo do tempo, sem necessitar de intenção. No entanto, Mintzberg e Waters (1985) referem ser difícil encontrar nas organizações as estratégias puramente deliberadas ou puramente emergentes. Geralmente as estratégias se localizam no espaço entre estes dois extremos.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) apresentam a distinção entre as estratégias deliberadas e emergentes. As estratégias deliberadas focalizam o controle, certificando-se que a intenção transforme-se em ação. As estratégias emergentes focalizam o aprendizado, pois são primeiro realizadas e depois compreendidas. De uma ação isolada e empreendida a organização pode constituir um padrão que passa a ser uma estratégia.

Segundo Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p.147), “todo comportamento estratégico real precisa combinar controle deliberado com aprendizado emergente”. Este é um ciclo que se complementa nas diversas situações e cenários que envolvem as organizações.

De acordo com Chaharbagui e Willis (1998), a estratégia é o que transforma idéias em realidade. Sem as idéias não há contexto para formulação ou implementação das estratégias. Para estes autores, formular e implementar estratégias representam um processo natural para que se alcance os resultados desejáveis.

### 5.1.3 Processo de Formulação e Implementação da Estratégia

As estratégias existem em vários níveis e em qualquer organização. Uma estratégia bem formulada auxilia na alocação de recursos, considerando as deficiências e competências internas da empresa, frente a um cenário externo de mudanças (MINTZBERG e QUINN, 2001).

Para Mintzberg (1993), a estratégia é indispensável para reduzir incertezas, promover consistência na organização e eficiência em situações de estabilidade. Contudo, nem toda a estratégia implementada é sinônimo de sucesso, pois pode haver mudanças e o ambiente pode se desestabilizar.

Uma estratégia eficiente possui elementos críticos que devem ser observados, os quais são referidos por Mintzberg *et al.* (2006) como sendo: (i) ter objetivos claros, decisivos e diretos; (ii) preservar a liberdade de ação, estimulando a iniciativa; (iii) concentrar-se em uma competência distinta da empresa; (iv) ser flexível permitindo manobras para um reposicionamento; (v) ter uma liderança coordenada e comprometida, e não apenas a aceitação por parte desta; (vi) ter um elemento surpresa frente aos opositores e (vii) ter segurança com base na estrutura, no sistema de inteligência e logística. Segundo Hrebiniak (2006, p.41) “uma estratégia ruim produz... execução deficiente e resultado insatisfatório, por isso é importante se focar primeiro em uma estratégia vigorosa”.

O processo da estratégia apresenta cinco fases, que interagem entre si, de acordo com Freedman (2003): 1ª fase, estratégia de concentração de inteligência e análise; 2ª fase, formulação de estratégia; 3ª fase, planejamento estratégico do projeto principal; 4ª fase, implementação estratégica e 5ª fase, estratégia de monitoramento, revisão e atualização.

Contudo, o processo da estratégia baseia-se fundamentalmente na formulação e na implementação da estratégia, que é definido como o resultado de uma análise entre as oportunidades externas e as habilidades internas, promovendo um equilíbrio (MINTZBERG e QUINN, 2001). Tais processos de formulação e implementação da estratégia apresentam como influenciadores os valores pessoais, as aspirações e ideais e aspectos éticos da organização em relação à sociedade. Também são descritos, pelos autores, como um processo interativo e de aprendizado, oriundos de um processo incremental, enfatizando a importância de outros elementos dentro da hierarquia organizacional, além da gerência, que também participam do processo da estratégia. É um processo pelo qual a intenção estratégia se transforma em estratégia efetiva, através do reconhecimento e legitimação desta intenção.

Hrebiniak (2006, p.28) refere que é necessário existir a interdependência entre a formulação e a implementação da estratégia, citando como consequência desta “visão simultânea” o sucesso desta implementação. Ao formular a estratégia deve-se ter em mente como será sua execução, antecipando problemas que possam advir do processo de implementação. Ter um modelo de execução é essencial para a estratégia funcionar. Da mesma forma, autores como Mintzberg e Quinn (2001), Freedman (2003), Silva (2001) também apresentam o processo da Estratégia sendo a formulação e a implementação interligadas de forma interativa e complexa. Este processo de formulação de estratégia sofre ações políticas, de valores, da cultura organizacional e de estilos de gestão que determinam decisões estratégicas (VASCONCELOS, 2001 e MINTZBERG e QUINN, 2001).

No entanto, o processo da estratégia no contexto hospitalar não ocorre de forma convencional. Muitas questões estratégicas estão sob responsabilidade direta de profissionais técnicos; outras também dependem de integração interdisciplinar. Assim sendo, o que se observa nos hospitais são definições estratégicas gerais da alta direção e o desdobramento destas diretrizes, que fica a cargo dos profissionais técnicos de cada área e apresentando uma relativa autonomia vinculada ao julgamento profissional (MINTZBERG e QUINN, 2001).

Na formulação das estratégias neste cenário, são envolvidos administradores e profissionais ou grupos de profissionais que negociam posições no contexto da empresa, podendo resultar em estratégias fragmentadas, se o alinhamento entre elas e a organização não ocorrer. Este processo propicia o aprendizado efetivo, pois a liderança exercita a opção de alterar a sua visão em resposta ao comportamento de outros integrantes (profissionais técnicos) do processo (MINTZBERG e QUINN, 2001). Esta característica é bem própria da área hospitalar, pois inovações tecnológicas demandam novos comportamentos e estratégias e emergem na maioria das instituições hospitalares, a partir dos profissionais técnicos que atuam na empresa.

Também Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p.137) referem-se ao incrementalismo lógico, onde as empresas chegam às suas estratégias por concepções integradas, o que corresponde à realidade das organizações hospitalares:

...a verdade estratégica tende a evoluir à medida que as decisões internas e eventos externos fluem em conjunto para criar um novo e amplo consenso para a ação entre os membros-chave da equipe gerencial. Nas organizações bem dirigidas, os gerentes guiam pró - ativamente essas correntes de ações e eventos de forma incremental, na direção de estratégias conscientes.

O caráter emergente e de aprendizagem característicos do processo incremental sofre influencia de determinados *stakeholders*, que no contexto hospitalar tem como principais

representantes os pacientes/familiares, médicos do corpo clínico, funcionários, fornecedores, governo e as fontes pagadoras, entre outros. Estes relacionamentos influenciam o processo da estratégia, deste a sua formulação até a sua implementação.

As escolhas estratégicas de uma empresa são convertidas em ação através de planejamento, onde é definido “como” a estratégia será operacionalizada. Emergindo de todo o exercício de formulação da estratégia surgem vários projetos e tarefas que concorrerão por recursos limitados, por tempo e atenção da alta gerência. Tais projetos necessitam ser classificados por prioridade, de acordo com a sua influência na implementação da estratégia, agendados e acompanhados em sua execução e resultados (FREEDMAN, 2003).

O planejamento não é simplesmente um documento escrito, mas um processo que leva ao envolvimento das pessoas, através de outra etapa, a da implementação. Esta, por sua vez, não é seguir determinações, mas constituir formas inteligentes de aplicar o plano estratégico da empresa, monitorando cada fase para obtenção dos resultados planejados. Na implementação, ao contrário da formulação da estratégia, todas as pessoas da organização necessitam ser envolvidas no processo, assim como todas as unidades de negócios e de apoio. Além disso, as pessoas devem receber treinamentos adequados para perceberem os efeitos da implementação da estratégia à medida que este processo evolui. Portanto, a implementação leva à análise através do monitoramento do impacto de cada ação proposta sobre clientes, mercado e comunidades (SENGE *et al.*, 1999; O'REGAN e GHOBADIAN, 2002 e KAPLAN e NORTON, 2000).

A implementação da estratégia é composta de várias subatividades administrativas. Nesta etapa do processo da estratégia, se estabelecem o vínculo entre estrutura organizacional apropriada, sistema de informações eficiente e relacionamentos que permitam a coordenação destas subatividades. Desta forma, segundo Mintzberg *et al.* (2006), o papel da liderança pessoal é fator decisivo na realização da estratégia. Já Freedman (2003) refere que a implementação da estratégia passa a ser o trabalho do dia-a-dia na organização, onde cada um necessita realizar o seu trabalho corretamente. Este autor salienta a relevância da disciplina e da habilidade na implementação de estratégia e também reforça o fundamental envolvimento da liderança no processo. Para Hrebiniak (2006, p.54), a implementação é complexa sendo sua execução “...um processo dinâmico e adaptativo, levando a uma aprendizagem organizacional”.

Chaharbaghi e Feurer (1995) referem uma das primeiras estruturas para implementação da estratégia e desenvolvimento da organização. Esta foi desenvolvida pela McKinsey, em 1986, a estrutura 7S (*strategy, skills, shared values, structure, systems, staff,*



*style*) que apresenta os fatores essenciais para realizar a implementação da estratégia e gerar mudança de estratégia de sucesso: estratégia, habilidades, valores compartilhados, estrutura, sistemas, funcionários e estilo. Esta estrutura é detalhada na Figura 5.

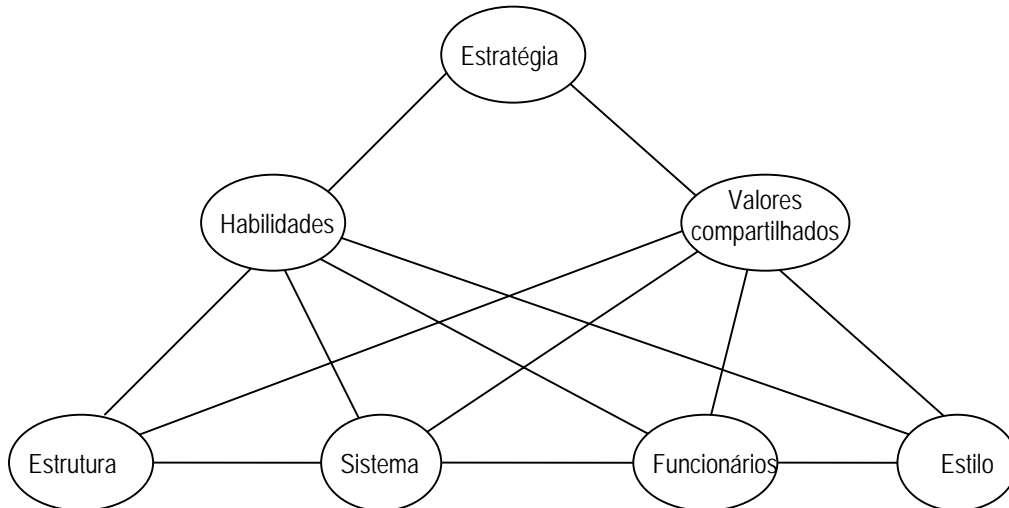


Figura 5 - Mc Kinsey's 7S framework  
Fonte: Chaharbaghi e Feurer (1995, p. 17)

A habilidade de implementação de uma estratégia formulada também é descrita como uma vantagem Competitiva.

A estrutura descrita na Figura 5 é baseada na hipótese de que a mudança de estratégia exigirá uma mudança nas habilidades e valores compartilhados da organização. Sendo assim, estes mesmos autores referem que, em virtude das características cada vez mais mutáveis do ambiente, as organizações necessitam realizar ajustes muito dinâmicos nas suas estratégias e capacidades estratégicas, para poderem se manter competitivas no mercado. Para isso, tais autores abordam que é necessário um desenvolvimento estratégico dinâmico, onde a estratégia deve ser tratada como parte integrante das responsabilidades individuais por toda a organização, contrária à centralização tão praticada até então. Neste processo dinâmico a formulação da estratégia terá uma informação substancialmente mais qualificada e a etapa de implementação é reduzida, em relação ao seu período de tempo.

Esta mudança para um desenvolvimento estratégico dinâmico terá cinco implicações, de acordo com Chaharbaghi e Feurer (1995): (1) deve crescer o valor de todos os *stakeholders*, pois a formulação e implementação serão “propriedade” de todos na organização; (2) a competitividade será multidimensional; (3) o ambiente interno da empresa

necessitará flexibilidade e ao mesmo tempo estabilidade; (4) o processo de formulação e implementação de estratégica deverá ser uma constante aprendizagem e (5) a velocidade imposta à mudança estratégica dependerá da velocidade de disseminação da estratégia pela organização.

De outra forma, Johnson e Scholes (*apud* SILVA, 2001) referem que a etapa de implementação é colocar em ação a estratégia. Este processo requer um direcionamento da mudança estratégica através do qual se define quais as necessidades e mecanismos para esta mudança. É uma etapa que define o redesenho da organização, suas mudanças de rotinas e dos aspectos culturais e políticos da empresa. Para estes autores tal processo se desdobra em várias partes: (1) planejar os recursos, incluindo toda a logística de implementação; (2) identificar as tarefas-chave para a estratégia; (3) redistribuir os recursos existentes para alinhá-los ao processo de implementação; (4) estabelecer o tempo das ações e seus responsáveis (setores e pessoas); (5) readequar a estrutura organizacional orientando-a para a estratégia; (6) adaptar o sistema de informações da empresa e (7) capacitar o pessoal.

Além disso, Mintzberg e Quinn (2001) também referem que a implementação da estratégia é decisiva para alcançar os resultados desejados e necessita de: (1) estrutura organizacional e relacionamentos, com divisão de mão-de-obra, coordenação de responsabilidade partilhada e sistema de informações; (2) processos organizacionais e comportamento, padrões e medidas, programa de incentivos e motivação, sistemas de controle, recrutamento e desenvolvimento de gerentes e (3) liderança superior, estratégica, organizacional e pessoal.

Da mesma forma, Freedman (2003) aborda a necessária habilidade da organização de trabalhar os elementos essenciais da implementação da estratégia, assim sendo: (1) comunicar a estratégia para toda a empresa, incluindo os principais *stakeholders* e todas as pessoas envolvidas diretamente na implementação; (2) planejar a direção a seguir, onde o planejamento efetivo reflete a estratégia da organização; (3) alinhar a organização à estratégia, a estratégia deve guiar a estrutura; (4) reduzir a complexidade, racionalizar de forma lucrativa, pois o número de processos de negócios, a complexidade de cada um e a falta de linguagem comum para solução de problemas contribui de forma negativa para a implementação da estratégia e (5) instalar um sistema de solução de problemas, que envolva a tomada de decisão, análise de problemas e oportunidades potenciais, localização da causa de erros, avaliação da situação e desenvolvimento de planos específicos.

O Quadro 3 apresenta as necessidades para a implementação da estratégia de acordo com os autores.

NECESSIDADES À IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA	AUTORES
Liderança	Mintzberg et al. (2006), Freedman (2003), Mintzberg e Quinn (2001)
Envolvimento de todos	Senge et al. (1999), O'Regan e Ghobadian (2002), Kaplan e Norton (2000)
Capacitação da equipe	Senge et al. (1999), O'Regan e Ghobadian (2002), Kaplan e Norton (2000), Johnson e Scholes (apud Silva 2001)
Disciplina e habilidade da equipe	Freedman (2003), Chaharbaghi e Feurer (1995)
Readequação da Estrutura	Chaharbaghi e Feurer (1995), Johnson e Scholes (apud Silva 2001), Mintzberg e Quinn (2001).
Planejamento de recursos	Johson e Scholes (apud Silva 2001)
Planejamento das ações	Johnson e Scholes (apud Silva 2001), Freedman (2003)
Disseminação da estratégia pela organização	Chaharbaghi e Feurer (1995)
Relacionamentos	Mintzberg e Quinn (2001)
Adequação de processos	Mintzberg e Quinn (2001)
Incentivos e motivação das pessoas	Mintzberg e Quinn (2001)
Sistemas de controle	Mintzberg e Quinn (2001)
Comunicação da estratégia a todos	Freedman (2003)
Valores compartilhados por todos	Chaharbaghi e Feurer (1995)
Alinhamento da organização à estratégia	Freedman (2003)
Redução da complexidade	Freedman (2003)
Sistema de solução de problemas	Freedman (2003)

Quadro 3 – Necessidades à Implementação da estratégia de acordo com os autores.

Fonte: o autor

A implementação da estratégia necessita ser acompanhada de forma sistemática ao longo de sua execução, pois é um processo e não uma ação isolada (HREBINIAK, 2006). Vasconcelos Filho e Pagnoncelli (2001) também referem que não basta fazer planos, pois estes não são “*auto-implantáveis*”, é necessário o acompanhamento sistemático.

Nesta etapa de implementação pode-se usar o *Balanced Scorecard* - BSC que é uma ferramenta gerencial abrangente que traduz os objetivos estratégicos da empresa através de um conjunto de indicadores de desempenho, servindo de base para um sistema de medição e gestão estratégica, utilizando ativos tangíveis e intangíveis. Com este sistema é possível identificar em que áreas críticas a empresa necessita realizar melhorias: clientes, produtos, processos e mercados (KAPLAN e NORTON, 2000, 1997).

Independente do tipo de formulação de estratégia o BSC permite o acompanhamento e

avaliação da implementação da estratégia, pois liga as atividades de curto e de longo prazos à visão, missão e estratégia da organização, através da determinação de metas mensuráveis. O *BSC* facilita o trabalho de alinhamento das ações do dia-a-dia à visão da organização. Estabelece uma estrutura que fornece uma visão panorâmica dos indicadores, oportunizando informações a todos os funcionários sobre a situação atual e futura da estratégica. Além de articular e comunicar a estratégia para a empresa, o *BSC* auxilia no alinhamento de iniciativas individuais, interdepartamentais e organizacionais para uma meta comum. Em suma, fornece um referencial para descrever e comunicar a estratégia de forma coerente e criativa (KAPLAN e NORTON, 1997, 2000).

De acordo com os autores acima citados, o *BCS* é estruturado em quatro perspectivas: **financeira** (retrata a repercussão econômica das ações realizadas na implementação da estratégia); **cliente** (identifica os segmentos de clientes e mercados em que atua a empresa e estabelece medidas de desempenho neste segmento, tem uma relação causal com a primeira perspectiva); **processos** (identifica os principais processos internos críticos da empresa para atingir o sucesso da estratégia da empresa, relaciona-se às outras perspectivas) e **aprendizado e crescimento** (trata da infra-estrutura da empresa para o crescimento em longo prazo). Kaplan e Norton (1997) referem que não é possível atingir as outras perspectivas sem um investimento nas pessoas, sistema de informação e procedimentos organizacionais. Nesta perspectiva define-se as competências e habilidades essenciais para sustentar a estratégia. Cada perspectiva deve conter um número limitado de indicadores críticos e, desta forma, o *scorecard* ajuda a concentrar a visão estratégica da empresa. As informações contidas nas quatro perspectivas estabelecem um equilíbrio para análise dos gestores.

Segundo Kaplan e Norton (1997), o *scorecard* possibilita a introdução de quatro novos processos gerenciais: (1) **tradução da visão** - a visão geralmente é muito abstrata sendo difícil traduzí-la em termos operacionais, contudo pode ser desdobrada em um conjunto de indicadores e objetivos que indiquem a importância das ações e os níveis de desempenho necessários para a gestão destes indicadores e, conseqüentemente, o atingimento da visão;

(2) **comunicação e conexão** - permite que os gerentes comuniquem as estratégias para cima e para baixo e liguem os objetivos departamentais aos objetivos individuais dos membros do grupo. O propósito do *BSC* é realizar o alinhamento das estratégias de longo-prazo da organização com os objetivos dos departamentos e indivíduos;

(3) **planejamento de negócios** - alinha o plano de negócios ao plano financeiro, isto é, desdobrar as diretrizes corporativas que representam à estratégia de longo prazo da organização através das unidades de negócios, desenvolvendo seus planos específicos. Desta

forma, há uma convergência dos esforços nas ações mais importantes para a organização;

(4) **feedback e aprendizado** - possibilita o aprendizado estratégico, isto é, promove um aprendizado sobre a implementação da estratégia em tempo real, oportunizando que haja mudanças nesse transcurso, se for constatado a ineficácia desta estratégia.

Atualmente, o *Balanced scorecard* é amplamente usado como um sistema gerencial estratégico e interativo, onde as empresas o utilizam para atualizar sua estratégia, divulgá-la a toda a empresa, alinhar as metas departamentais e individuais com a estratégia, conectar os objetivos estratégicos às metas de longo prazo e aos orçamentos anuais, alinhar as iniciativas estratégicas e avaliar, periodicamente, o desempenho para melhoria da estratégia (Kaplan e Norton, 1997).

Todos os autores citados evidenciam que para a implementação da estratégia se faz necessário alinhar estrutura, processos e pessoas às estratégias.

Para autores como Mintzberg e Quinn (2001) e Hrebiniak (2006) a formulação e a implementação da estratégia não são processos isolados, mas interagem continuamente na organização. Estes autores, assim como O'Regan e Ghobadian (2002), Freedman (2003), Kaplan e Norton (1997) e Hrebiniak (2006) referem que a má implementação é a maior responsável pelo fracasso da estratégia. Tal situação pode ser resultante da inabilidade das empresas em detectar e superar as dificuldades de implementação ou ser decorrentes das armadilhas de implementação.

#### 5.1.4 Dificuldades na Implementação das Estratégias

A priorização do processo de formulação da estratégia em relação ao seu processo de implementação numa empresa, dificulta a percepção do nível de atingimento dos objetivos estratégicos, gerando uma desinformação quanto aos resultados reais gerados pela estratégia. Ruas (2003) apresenta o resultado de um estudo em empresas brasileiras, realizado em 1999 pela consultoria *Symnetics Business Transformation*, onde refere que menos que 10% das estratégias empresariais são eficientemente formuladas e executadas. Tal resultado também foi apresentado por O'Regan e Ghobadian (2002), em empresas britânicas.

Portanto, vários podem ser os fatores que desviam as organizações de seus objetivos estratégicos, fazendo com que o planejamento não se concretize. Freedman (2003) cita alguns destes fatores: (1) **inércia estratégica**, refere-se à não começar a implementação da estratégia por resistência à mudança ou por não priorizá-la; (2) **falta de comprometimento**, quando

nem todos estão de fato envolvidos com o processo de implementação da estratégia; (3) **desvio estratégico**, perder o foco por falta de disciplina e determinação; (4) **falta de clareza da estratégia**, decorrente da fraqueza de propósito e comprometimento do time superior da empresa, (5) **isolamento estratégico** por falha na comunicação; (6) **falta de sincronia**, se cada unidade de negócio da organização, seu sistema de desempenho, processos-chaves de negócios e o modelo de liderança não estiverem coerentes, consistentes e alinhados; (7) **falta de entendimento do processo**, a inexistência de medidas de controle do processo e indicadores qualitativos e quantitativos do sucesso da estratégia; (8) **fadiga inicial**, quando a organização já tem muitos projetos inacabados e a implementação é mais um deles sobrecarregando as equipes; (9) **impaciência**, o sentimento de imediatismo com a mudança e (10) **não comemorar o sucesso**, falhar em reconhecer e recompensar o progresso da equipe pode atrasar a realização da meta final.

Da mesma forma, O'Regan e Ghobadian (2002) descrevem oito fatores, que denominam como barreiras principais à implementação da estratégia. Destas, cinco são caracterizadas como internas a empresa: (1) comunicação inadequada; (2) implementação utilizando mais tempo do que o previsto; (3) a deficiência na capacidade das pessoas que trabalham na empresa; (4) a falta de compreensão das metas gerais da estratégia pelos funcionários da empresa e (5) a coordenação ineficaz da implementação. As barreiras caracterizadas como externas são: (6) situações externas à empresa que desviam a atenção da implementação; (7) problemas externos que surgem de forma não prevista e (8) fatores externos que causam impacto na implementação.

Além disso, Galas (2004) afirma em seu estudo que o fator que mais contribuiu, positiva ou negativamente, na gestão estratégica foi a equipe responsável pela implementação e o envolvimento e apoio das chefias. Ambos têm relação com as pessoas, determinando ser este um fator de relevância quando se trata de implementação de estratégia.

Kaplan e Norton (1997) também abordam algumas barreiras à implementação das estratégias quando apresentam o modelo do *Balanced Scorecard - BSC*, onde identificaram os seguintes fatores: (1) o perfil inadequado e falta de comprometimento da equipe responsável pela implementação; (2) a falta de apoio e envolvimento da alta gerência (3) a cultura organizacional resistente a mudanças e (4) questões relacionadas às estratégias e aos indicadores.

Desdobrando estas barreiras ligadas à estratégia, descritas por Kaplan e Norton (1997) tem-se:

(a) **visões e estratégias não executáveis**, quando a empresa não consegue transmitir

sua missão, visão e suas ações estratégicas a fim de que se estabeleça um consenso e transparência no entendimento destes conceitos para todos os níveis hierárquicos da organização. Esta barreira diz respeito à falha de uma comunicação adequada e eficiente que promova uma ação coletiva para um objetivo comum. A pesquisa destes autores revelou que 59% da alta direção de empresas do Reino Unido sabiam como implementar a visão; no entanto, apenas 7% dos gerentes de nível intermediário e seus subordinados tinham conhecimento do mesmo;

(b) **estratégias não associadas às metas de departamentos, equipes e indivíduos**, existindo uma falta de relação entre o conteúdo estratégico e o processo estratégico, onde cada departamento e suas equipes se preocupam em priorizar o cumprimento de suas metas operacionais de curto prazo (objetivos departamentais), negligenciando as metas estratégicas da organização, de longo prazo. Não existe alinhamento entre os objetivos individuais e os da organização;

(c) **estratégias não associadas à distribuição de recursos a longo e curto prazos**, isto é, a falta de coerência do planejamento estratégico, existindo uma inconsistência entre a ação planejada e a alocação de recursos necessários nas prioridades estratégicas de longo prazo. A ação gerencial se restringe ao acompanhamento do resultado de metas de curto prazo entre o planejado e o realizado e não à aplicação do plano estratégico;

(d) **feedback tático e não estratégico**, refere-se à falta de *feedback* sobre como a estratégia está sendo implementada e que resultado está gerando na empresa. Grande parte deste retorno diz respeito a questões financeiras de curto prazo. Não há a aplicação de indicadores do processo de implementação que definem como este está se comportando ao longo do tempo. Esta barreira é determinada pela falta de interação entre os níveis estratégico, tático e operacional da organização.

Assim sendo, Kaplan e Norton (1997, 2000) referem que a grande dificuldade da direção estratégica está, justamente, nestas barreiras à implementação de novas estratégias e na priorização dos aspectos financeiros nos sistemas gerenciais. Tais aspectos fortalecem a dissociação entre formulação e implementação de estratégia, assim como, as dificuldades de comunicação e coordenação decorrentes da departamentalização excessiva. Estes autores referem à importância de se discutir a estratégia no nível gerencial, para que esta seja de fato implementada. Adotam a prática de se desenvolver um processo de gerenciamento estratégico, englobando gerenciamento tático e estratégico.

Já, Hrebiniak (2006, p.36) descreve doze obstáculos para a implementação da estratégia, resultantes de uma pesquisa da *Wharton-Gartner*, em 2003: (1) incapacidade de

gerenciar a mudança efetivamente ou de superar a resistência interna à mudança; (2) tentar executar uma estratégia que entre em conflito com a estrutura de poder; (3) compartilhamento deficiente ou inadequado de informações entre as pessoas ou unidades de negócios que atuam na implementação da estratégia; (4) comunicação confusa de responsabilidades e/ou obrigação para as decisões ou ações de execução; (5) estratégia vaga ou deficiente; (6) falta de sentimento de “pertença” de uma estratégia ou de planos de execução pelos funcionários; (7) não ter uma orientação ou modelo para orientar a execução das estratégias; (8) falta de entendimento da função da estrutura e do projeto organizacionais no processo de execução; (9) incapacidade de gerar convicção; (10) falta de incentivos ou incentivos inadequados; (11) recursos financeiros insuficientes para a execução da estratégia e (12) falta de apoio por parte da alta direção.

Portanto, O’Regan e Ghobadian (2002), Freedman (2003), Kaplan e Norton (1997, 2000) e Hrebiniak (2006), entre outros, descrevem alguns fatores, barreiras ou obstáculos à implementação de estratégias comuns a todos, que se podem sintetizar como sendo determinados pelo processo de comunicação na empresa, o envolvimento das pessoas e o tipo de liderança. Tais fatores são fundamentais para obter o sucesso desta implementação.

Na análise comparativa entre os autores, que descrevem as dificuldades à implementação das estratégias, descritos na Quadro 4, observa-se que alguns elementos são comuns e somente existem alterações de nomenclatura entre eles.

Estas dificuldades são referidas como fatores (FREEDMAN, 2003), barreiras (O’REGAN e GHOBADIAN, 2002 e KAPLAN e NORTON, 2000) ou obstáculos (HREBINIAK, 2006), contudo o sentido é o mesmo, pois são elementos que de alguma forma influenciam a execução da estratégia.

Agrupou-se os elementos do Quadro 4, a partir desta análise, tomando como base os obstáculos que dificultam à implementação da estratégia descritos por Hrebiniak (2006):

**1 - Incapacidade de gerenciar mudanças:** Hrebiniak (2006), Kaplan e Norton (2000) e Freedman (2003) referem que a incapacidade de gerenciar mudanças ou a resistência a ela são causas primordiais para o insucesso na execução da estratégia, provocam uma inércia estratégica que é, simplesmente, o fato de “não começar” a ação de implementação da estratégia. Kaplan e Norton (2000) ainda descrevem como sendo visões e estratégias não executáveis provocadas pela inércia. De acordo com Freedman (2003), este obstáculo relaciona-se também à fadiga inicial, pois pode existir uma sobrecarga de tarefas não realizadas nas empresas, sendo o processo de implementação da estratégia considerado mais uma delas. Norton e Kaplan (2000) e Hrebiniak (2006) citam ser este um fator determinante se considerado que a implementação da estratégia é



um processo de mudança que também envolve mudança de cultura.

DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS			
OBSTÁCULOS (HREBINIAK, 2006)	BARREIRAS (O'REGAN e GHOBADIAN, 2002)	BARREIRAS (KAPLAN e NORTON, 2000)	FATORES (FREDMAN, 2003)
Incapacidade de gerenciar mudanças		Resistência à mudanças	Fadiga inicial
Conflito de poder	Deficiência nas pessoas	Perfil inadequado da equipe	
Comunicação inadequada	Comunicação inadequada		
Indefinição de responsabilidades			Falta de sincronia
Estratégia vaga ou deficiente		Estratégias não associadas às metas de departamentos	Falta de clareza da estratégia
Falta de comprometimento		Falta de comprometimento	Falta de comprometimento
Falta de modelo orientador			Desvio estratégico
Falta de clareza na estrutura e processo	Falta de compreensão das metas	<i>Feedback</i> tático e não estratégico	Falha no entendimento do processo
Falta de convicção na execução	Coordenação ineficaz	Visões e estratégias não executáveis	Inércia estratégica
Falta de incentivos			Não comemorar o sucesso
Recursos financeiros insuficientes		Estratégias não associadas à recursos	
Falta de apoio da direção		Falta de apoio da direção	Impaciência
	Mais demorada que o previsto		Isolamento estratégico
	Situações externas à empresa		
	Impactos externos		
	Problemas não previstos		

Quadro 4 - Dificuldades à Implementação das Estratégias de acordo com os autores.

Fonte: o autor

**2 - Conflito de poder:** citado por Hrebiniak (2006) como um elemento complexo na organização que pode determinar o fracasso da estratégia se a mesma estiver em conflito com o poder. Está presente nas relações humanas. Um dos elementos citados de forma indireta por Freedman (2003), mas que é determinante no processo de implementação da estratégia, e se relaciona com poder, são as pessoas. O'Regan e Ghobadian (2002) identificam que deficiências das pessoas, assim como Norton e Kaplan (2000) referem que o perfil inadequado da equipe, são dificultadores na implementação da estratégia. O elemento humano

inter-relaciona todos os outros elementos influenciadores no processo de execução da estratégia em uma organização.

**3 - Comunicação inadequada:** também descrita por O'Regan e Ghobadian (2002) e relacionada a outro obstáculo de Hrebiniak (2006) que é a estratégia vaga e deficiente. É citada por Freedman (2003) como falta de clareza da estratégia associada à falta de clareza da liderança e o entendimento e comprometimento do time superior com a estratégia corporativa, podendo gerar o isolamento estratégico. Todos estes autores de alguma forma relacionam este obstáculo a outros elementos citados por eles.

**4 - Indefinição de responsabilidades:** Hrebiniak (2006) inclui neste item o compartilhamento deficiente das informações ou a transferência fraca de conhecimento, desintegrando as unidades organizacionais. Para Freedman (2003) este elemento é a falta de sincronia que sintetiza a incoerência das metas e indicadores de desempenho das unidades de negócios e o do modelo de liderança. Para O'Regan e Ghobadian (2002) é citado como coordenação ineficaz. Segundo Norton e Kaplan (2000), são estratégias não associadas às metas de departamento. Hrebiniak (2006) também relaciona este obstáculo à falta de um modelo orientador.

**5 - Estratégia vaga e ineficiente:** é um obstáculo relacionado à comunicação inadequada e a impossibilidade de mensuração da estratégia, de acordo com Hrebiniak (2006) e O'Regan e Ghobadian (2002) e ligada a outro elemento que são estratégias não relacionadas às metas de departamentos, descrita por Norton e Kaplan (2000). É também citado por Freedman (2003) como falta de clareza da estratégia. Este elemento é associado a outros obstáculos de Hrebiniak (2006) como a falta de um modelo orientador e a falta de clareza da estrutura e processo.

**6 - Falta de comprometimento:** também descrita por Freedman (2003) e Norton e Kaplan (2000). Hrebiniak (2006) relaciona este elemento ao obstáculo da falta de convicção na execução das ações de implementação. Este autor refere à necessidade do sentimento de “pertença” em todos os níveis gerenciais da organização, sendo o nível operacional os protagonistas das ações e processos de execução da estratégia.

**7 - Falta de modelo orientador:** para Hrebiniak (2006) a existência de um modelo facilita uma visão simultânea do planejamento e realização da estratégia. Sua falta leva a um desvio estratégico no processo de execução. São citadas por O'Regan e Ghobadian (2002) como criadoras de “barreiras” à implementação, sendo descritas como situações externas à empresa, problemas não previstos no decorrer da implementação da estratégia e impactos externos que desviam a empresa da sua estratégia.

**8 - Falta de clareza na estrutura e no processo:** descrito por Freedman (2003) e Hrebiniak (2006) como falha no entendimento do processo sendo uma ausência de métricas que localizam a posição da organização no processo de implementação da estratégia, planos imprecisos que não possibilitam o alinhamento de objetivos e estratégias em todos os níveis da organização. Norton e Kaplan (2000) citam que o *feedback* realizado geralmente neste processo é o tático e não o estratégico, sendo este último o que define como está sendo a implementação da estratégia. O'Regan e Ghobadian (2002) identificam este elemento como a falta de compreensão das metas.

**9 - Falta de convicção na execução:** Hrebiniak (2006) refere como a falta de convicção na execução das ações de implementação. Este autor cita a necessidade do sentimento de “pertença” em todos os níveis gerenciais da organização, principalmente o nível operacional. Está ligado a falta de comprometimento. Também é descrita por Kaplan e Norton (2000).

**10 - Falta de incentivos:** citado também por Freedman (2003) como a falta de reconhecimento pelos resultados parciais obtidos durante o processo de implementação da estratégia. Para Hrebiniak (2006) este obstáculo também está relacionado ao apoio da direção.

**11 - Recursos financeiros insuficientes:** também citados por Norton e Kaplan (2000) nas estratégias não associadas a recursos. Este obstáculo de acordo com Hrebiniak (2006) é dos mais importantes, pois a aprovação de um planejamento de execução e de seus recursos financeiros correspondentes são condições básicas para o início da implementação da estratégia.

**12 - Falta de apoio da direção:** É identificada por Hrebiniak (2006) e Norton e Kaplan (2000). Este obstáculo é referido também por O'Regan e Ghobadian (2002) e Freedman (2003), quando citam o imediatismo com o processo de implementação da estratégia (impaciência) e quando a implementação é mais demorada que o previsto.

Os obstáculos descritos por Hrebiniak (2006) inter-relacionam-se no processo de implementação da estratégia, assim como os outros elementos referidos pelos autores Norton e Kaplan (2000), Fredman (2002) e O'Regan e Ghobadian (2002) dando uma dimensão multifatorial para este processo.

### 5.1.5 Comparação dos fatores que afetam à Implementação das Estratégias

Estratificando-se os fatores que afetam a implementação da estratégia pelo número de referências dos autores citados, constituem-se grupos para análise:

**1) Grupo A** (referência de 9 a 7 autores): por unanimidade, os autores citados referem o envolvimento e comprometimento das pessoas (9 autores) como um dos fatores que afetam à implementação das estratégias. Seguem neste grupo disciplina e habilidade (8 autores); a estrutura organizacional, a comunicação da estratégia a todos e o tipo de liderança (7 autores). Estes são os fatores mais relevantes considerando a frequência com que são mencionados na literatura.

**2) Grupo B** (referência de 6 a 4 autores): neste grupo o fator alinhamento estratégico foi citado por 6 autores; medidas de controle do processo e resistência às mudanças foram citados por 5 autores; os valores e responsabilidades compartilhados, reconhecimento pelos resultados, planejamento, clareza da estratégia e aprendizado organizacional foram citados por 4 autores.

**3) Grupo C** (referência de 3 a 1 autores): não menos importante, com três citações está o conflito de poder; com duas citações de autores, estão o desenvolvimento estratégico dinâmico, os modelos mentais, a cultura organizacional e o sistema de informações. Seguidos, com referência de um dos autores, a complexidade dos processos e os problemas externos à empresa.

Estes grupos estão representados no Quadro 5 e os autores estão descritos no Quadro 6.

Nesta análise identifica-se que muitos fatores são descritos pela maioria dos autores, embora isso não determine o seu grau de influência no processo de implementação da estratégia, mas a frequência com que são referenciados na literatura.

GRUPO	CONDIÇÃO	Nº. AUTORES	FATORES
GRUPO A	OS MAIS CITADOS PELOS AUTORES	9-7 AUTORES	ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO DAS PESSOAS (9) DISCIPLINA E HABILIDADE (8) TIPO DE LIDERANÇA (7) ESTRUTURA ORGANIZACIONAL (7) COMUNICAÇÃO DA ESTRATEGIA A TODOS (7)
GRUPO B	MÉDIA CITAÇÃO PELOS AUTORES	6-4 AUTORES	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO (6) RESISTÊNCIA ÀS MUDANÇAS (5) MEDIDAS DE CONTROLE DO PROCESSO (5) VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADAS (4) RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS (4) PLANEJAMENTO (4) CLAREZA DA ESTRATÉGIA (4) APRENDIZADO ORGANIZACIONAL (4)
GRUPO C	POUCA CITAÇÃO PELOS AUTORES	1-3 AUTORES	CONFLITO DE PODER (3) SISTEMA DE INFORMAÇÃO (2) DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO (2) MODELOS MENTAIS (2) CULTURA ORGANIZACIONAL (2) COMPLEXIDADE OS PROCESSOS (1) PROBLEMAS EXTERNAS À EMPRESA (1)

Quadro 5 – Grupos de Fatores que afetam à Implementação das Estratégias de acordo com a frequência com que são citados pelos autores

Fonte: o autor

A seguir, no Quadro 6, apresenta-se um quadro comparativo da abordagem dos diferentes autores, identificando os fatores facilitadores e dificultadores para a implementação das estratégias e realização de mudanças. Este quadro comparativo serviu de referência para a realização das entrevistas e para a construção dos mapas cognitivos.

Envolvimento e comprometimento das pessoas, disciplina e habilidade, tipo de liderança, estrutura organizacional e comunicação da estratégia a todos são os fatores de influência que mais se destacam na implementação das estratégias, segundo estes autores.

Não menos significativos estão os fatores resistência a mudanças, medidas de controle do processo, alinhamento estratégico na organização, assim como, reconhecimento pelos resultados, planejamento, clareza da estratégia e aprendizado organizacional. Todos os fatores descritos no Quadro 6 de alguma forma interferem na implementação das estratégias em uma organização.

FATORES QUE AFETAM À IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS	AUTORES								
	MINTZBERG et al. (2006, 2001)	FREEDMAN (2003)	CHAHARBAGHI e FEURER (1995)	O' REGAN e GHOBADIAN (2002)	JOHNSON e SCHOLE (2001)	(HREBINIAK, 2006)	KAPLAN e NORTON (1997 2000).	SENGE ECT al. (1999)	ROBBINS (2004)
1. TIPO DE LIDERANÇA	X	X		X		X	X	X	X
2. DISCIPLINA E HABILIDADE	X	X	X	X	X		X	X	X
3. ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO DAS PESSOAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. RESISTÊNCIA À MUDANÇAS		X				X	X	X	X
5. VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	X		X			X		X	
6. RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS		X				X		X	X
7. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	X	X	X		X	X	X		X
8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	X		X						
9. MEDIDAS DE CONTROLE DO PROCESSO	X	X		X			X	X	
10. COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS		X							
11. PLANEJAMENTO		X		X		X		X	
12. DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO			X	X					
13. COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS		X	X	X		X	X	X	X
14. CLAREZA DA ESTRATÉGIA		X		X	X	X			
15. ALINHAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO	X	X	X		X	X	X		
16. MODELOS MENTAIS								X	X
17. CULTURA ORGANIZACIONAL							X	X	
18. CONFLITO DE PODER		X				X	X		
19. PROBLEMAS EXTERNOS À EMPRESA				X					
20. APRENDIZADO ORGANIZACIONAL			X				X	X	X

Quadro 6 - Comparação dos Fatores que Afetam à Implementação das Estratégias  
Fonte: o autor

São muitos os fatores de influência descritos pelos autores. Portanto, evidencia-se a relevância em desdobrar aspectos relativos a tais fatores, quando se aborda as questões sobre implementação de estratégias. Tal análise pode ser experimentada através da utilização de Metodologias Interpretativas.

## 5.2 METODOLOGIAS INTERPRETATIVAS

As abordagens sistêmicas têm adquirido maior relevância a partir do crescimento da complexidade das organizações e, conseqüentemente, da complexidade de seus problemas. A

tendência atual de caracterizar a organização como um processo onde o alicerce organizacional são as pessoas ou grupos e suas relações, justifica a crescente valorização das metodologias interpretativas (BASTOS, 2002 e ANDRADE *et al.*, 2006).

A metodologia interpretativa proposta por Pidd (2001) envolve várias técnicas para mapear o pensamento de indivíduos ou grupos, que debatem um tema a partir de diferentes pontos de vista. Tais metodologias utilizam a abordagem *soft* que procura ser interpretativa e tem como pressuposto que a percepção das pessoas a respeito de um tema tem variações assim como suas preferências. Desta forma, o problema é multifacetado, nem sempre direto e requer debate e discussão, gerando aprendizagem. Já Andrade *et al.* (2006) apresentam a Metodologia *Soft* como direcionada a uma variedade de problemas de ordem subjetiva, de natureza qualitativa, envolvendo decisões com grande grau de incertezas.

De acordo com Pidd (2001), estas técnicas *soft* são compostas por:

- 1) Metodologia de Sistemas *Soft* - *SSM - Soft Systems Methodology* (CHECKLAND, 1990);
- 2) Dinâmica de Sistemas (FORRESTER, 1961), podendo estas serem qualitativas ou quantitativas;
- 3) Mapeamento cognitivo / *SODA - Strategic Options Development and Analysis - Desenvolvimento e Análise de Opções Estratégicas* (EDEN *et al.*, 1989), baseadas em abordagens qualitativas.

Pidd (2001, p. 115) descreve as diferenças entre as abordagens *Hard* e *Soft*, apresentadas no Quadro 7.

	<b>Abordagens Hard</b>	<b>Abordagens Soft</b>
Definição do problema	Vista como direta, unitária	Vista como problemática, pluralística
A organização	Assumida tacitamente	Requer negociação
O modelo	Uma representação do mundo real	Uma forma de gerar debate e <i>insigth</i> a respeito do mundo real
Resultado	Um produto ou recomendação	Processo através da aprendizagem

Quadro 7 - Abordagem *Hard* versus *Soft*  
Fonte: Pidd, (2001, p.115)

Entretanto, Andrade *et al.* (2006) ainda citam o Pensamento Sistêmico proposto por Senge (2004), que se refere a uma metodologia que retrata os círculos de influências, onde cada conceito é causa e efeito simultaneamente. Tal metodologia também tem sido utilizada como uma forma de estruturar o conhecimento e apoiar a aprendizagem.

### 5.2.1 Metodologia de Sistemas *Soft* - *SSM*

A Metodologia de Sistemas *Soft* (*Soft System Methodology* - *SSM*) foi desenvolvida por Checkland em 1981. Tem como pressupostos que as atividades humanas são uma forma de pensar a respeito das organizações. O *SSM* é um método de investigação, que enfatiza a aprendizagem que surge do seu uso, sendo um processo cíclico (PIDD, 2001 e ANDRADE *et al.*, 2006). Esta metodologia trata de situações que se caracteriza pela dificuldade de definição de objetivos, abordando quatro idéias centrais, que segundo Andrade *et al.* (2006, p. 55) são:

(1) o conceito de sistema de atividades humanas; (2) o lugar central da visão de mundo (*weltanschauung*) dos envolvidos na definição de uma situação; (3) a concepção da metodologia com um processo de aprendizagem contínua e (4) os modelos de sistemas de atividades humanas como suporte a sistemas de informação.

Tal metodologia baseia-se no ciclo de aprendizagem de Kolb (*apud* STARKEY, 1997), trabalhando com duas perspectivas: uma relacionada ao mundo real e outra ao domínio do pensamento sistêmico. Checkland e Scholes (*apud* PIDD, 2001) referem duas análises realizadas neste método: análise cultural, que vem dos significados do mundo real e a análise lógica, proveniente dos conceitos sistêmicos.

O *SSM* contém uma abordagem multidimensional ao longo da sua aplicação, compondo a análise dos papéis, análise do sistema social e análise do sistema político. Associadas a estas análises, existem três formas de investigação: (1) estrutura da situação, refere-se a aspectos físicos, hierarquias formais ou informais e sistemas de comunicação; (2) processo da situação, refere-se a como as coisas funcionam e qual o papel das pessoas e (3) clima da situação, refere-se às atitudes das pessoas envolvidas e a cultura organizacional.

O método identifica definições-chave ou definições-raízes, que são interpretações de vários pontos de vista. Deve ter seis componentes (*CATWOE*): cliente (*Customers*), atores (*Actors*), processo de transformação (*Transformation process*), visão de mundo (*Weltanschauung*), dono (*Ownership*) e restrições ambientais (*Environmental constraints*). A partir destas definições constróem-se modelos conceituais que representam diagramas de interconexões de atividades. Estes modelos conceituais são os sistemas de atividades humanas relevantes para a compreensão do mundo real. Deste modelo surgem idéias desejáveis e factíveis de mudança que deverão ser testadas quanto ao seu impacto nos critérios de eficácia, eficiência e efetividade (PIDD, 2001 e ANDRADE *et al.*, 2006).



Segundo Pidd (2001), o *SSM* propõe uma formalização para o processo de entendimento da organização, incluindo fortemente a questão cultural. A crítica desta metodologia está em trabalhar pelo consenso, o que enfraquece o comprometimento e não satisfaz as partes envolvidas.

### 5.2.2 Dinâmica de Sistemas

A dinâmica de Sistemas é uma modelagem computacional que parte de um modelo qualitativo (mapa sistêmico) para um modelo quantitativo (modelo computacional). Serve para auxiliar gerentes a verem as conseqüências de suas ações e a lidarem com o comportamento de sistemas complexos ao longo do tempo. Este sistema foi desenvolvido por Jay Forrester, em 1961. Baseia-se num conjunto de ferramentas e em simulações, como a usada na engenharia para analisar a estabilidade de sistemas de controle mecânicos e elétricos. Além do setor industrial, a Dinâmica de Sistemas é utilizada em outras áreas como a epidemiologia, modelagem global, sistemas urbanos, ecológicos e econômicos. “Tal modelagem integra três campos de conhecimento: engenharia de controle e os conceitos de realimentação; a cibernética e o papel da informação em sistemas de controle; e a teoria da decisão em organizações humanas” (PIDD, 2001 e ANDRADE *et al.*, 2006, p. 56).

Segundo Pidd (2001), a utilização desta metodologia é bem apropriada quando se fala de Pensamento Sistêmico, pois demonstra através de simulação as conseqüências das interações sistêmicas, dos atrasos e enlace de *feedbacks* positivos ou negativos dos sistemas de atividades humanos. *Feedback* no Pensamento Sistêmico significa “qualquer fluxo recíproco de influência” (SENGE, 2004, P. 106).

A Dinâmica de Sistemas é usada como ferramenta do pensamento fornecendo modelos mentais explícitos. Utiliza-se de construção de diagramas de enlace causal ou de influência e *softwares* na sua aplicação, como *Software Stella II* (PIDD, 2001) e *IThink (High Performance System)*.

Além disso, a Dinâmica de Sistemas baseia-se em dois conceitos de idéias: (1) **recursos e informações**, onde recursos são materiais físicos do sistema ou o produto do processo de transformação analisado pelo sistema (como exemplo: o paciente no hospital ou o dinheiro na instituição financeira). Estes estão classificados em recursos consumíveis ou catalíticos-não consumíveis. Já as informações são usadas como base para a tomada de

decisão, sendo os recursos não físicos. (2) **Níveis e razão de fluxo**, onde níveis são acumulações de recursos dentro do sistema e razões de fluxo são os movimentos destes recursos, que fluem através do sistema e levam as modificações dos seus níveis.

Em muitos sistemas de atividades humanas o controle é exercido por processos de *feedback* que usam a informação para a tomada de decisão e ação. Esta informação pode estar atrasada ou distorcida e deve ser considerada quando se analisa a gestão de tais sistemas. Portanto, a modelagem através da Dinâmica de Sistemas faz uma analogia entre os sistemas humanos e mecânicos/hidráulicos, através de computação e diagramação, fornecendo *insight* qualitativo e quantitativo. Comparado com outras modelagens, como o *SSM* e o Mapeamento Cognitivo, esta abordagem é bem mais mecanicista (PIDD, 2001).

### 5.2.3 Pensamento Sistêmico

O Pensamento Sistêmico é a última das cinco disciplinas integradas descritas por Senge (2004). Este autor refere que sem uma orientação sistêmica não é possível analisar a inter-relação entre as outras disciplinas. Além disso, Senge (2004) utiliza como base a modelagem da Dinâmica de Sistemas, dando ênfase à modelagem sistêmica qualitativa, utilizando os diagramas de influência causal e o *feedback* positivo e negativo (ANDRADE *et al.*, 2006).

Cada disciplina exposta por Senge (2004) define uma característica: (1) construir uma visão compartilhada, promove o comprometimento em longo prazo; (2) modelos mentais, possibilitam revelar as limitações das visões frente ao mundo; (3) aprendizagem em equipe, promove a busca de uma visão que transcende o individual e (4) domínio pessoal, estimula a motivação pessoal promovendo um comportamento de eterno aprendiz, conforme já apresentada no tópico 5.2.5.

Desta forma, o Pensamento Sistêmico coloca o sujeito da ação literalmente dentro do contexto, enxergando os problemas não como causados por um agente externo, mas como fruto das próprias ações do sujeito. Não existe “lá fora”; o sujeito e a causa de seus problemas fazem parte de um mesmo sistema. É o uso da linguagem de círculos (círculos de influência), como o diagrama circular de *feedback* onde a própria influência é causa e efeito simultaneamente. O autor descreve dois tipos de processos de *feedback*: (1) de reforço (ou de amplificação), pequenas ações podem gerar grandes conseqüências, positivas ou negativas e o

(2) de equilíbrio (ou de estabilização) que atua de acordo com o objetivo ou meta. Neste processo cita também as “defasagens”, que são interrupções do fluxo de influência e o processo de alavancagem, que são atitudes bem focalizadas e que no lugar certo, podem produzir resultados surpreendentes.

Para Senge (2004), trata-se de uma maneira de ver os inter-relacionamentos nos problemas complexos e nas escolhas estratégicas em ambientes de mudanças.

Contudo, o Pensamento Sistêmico necessita de um método sistematizado e seqüencial de aplicação, promovendo a aprendizagem e o desafio aos modelos mentais que impedem uma visão mais abrangente. Sendo assim, o método do Pensamento Sistêmico é composto de uma série de passos que vão aprofundando a aprendizagem, conforme descritos em Andrade *et al.* (2006, p.95): (1) definir uma situação complexa de interesse da organização, pode ser uma situação problemática ou estratégica, mas obrigatoriamente, deve ser um problema sistêmico; (2) apresentar a história por meio de eventos, que são acontecimentos observáveis ou a variação no comportamento de uma variável (ANDRADE *et al.*, 2006, p.97), identificando eventos relacionados à situação problemática; (3) identificar as variáveis-chave relacionadas aos eventos identificados; (4) traçar os padrões de comportamento das variáveis ao longo do tempo; (5) desenhar o mapa sistêmico, identificando as relações causais entre fatores a partir das influências recíprocas; (6) identificar modelos mentais presentes nos atores-chave da organização que influenciam o comportamento das pessoas no mundo real; (7) realizar cenários futuros para desafiar os modelos mentais existentes; (8) realizar modelagem computacional a partir dos mapas sistêmicos e dos cenários, constituindo micro mundos gerenciais para testar estratégias e obter aprendizado e (9) definir direcionadores estratégicos, planejar ações e reprojeter o sistema, através do planejamento estratégico.

Finalizando, o Pensamento Sistêmico aplicado às organizações só tem sentido sistêmico se abranger variáveis de diversas partes que compõem a organização e o ambiente em que se insere.

## 5.2.4 Mapeamento Cognitivo

### 5.2.4.1 Conceito de Mapeamento Cognitivo

Existem muitos conceitos para Mapeamento Cognitivo. Contudo sua origem está na psicologia e, em muitas situações, os mapas cognitivos são usados nas pesquisas de cognição social. Aguirre (1999) traz referências de estudos da área da Geografia utilizando mapas cognitivos.

Autores como Bastos (2002) e Pidd (2001) referem que o Mapeamento Cognitivo é caracterizado por um conjunto de técnicas ou ferramentas de pesquisa voltadas para identificação dos elementos que integram os mapas ou modelos construídos pelos indivíduos e, partilhados por outros indivíduos. Estas técnicas retratam graficamente as crenças subjetivas permitindo a visualização das interações, significados e percepções identificados (BASTOS, 2002; PIDD, 2001; NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000 e RIEG e ARAÚJO FILHO, 2002). Bastos (2000) refere como uma ferramenta interativa que busca clarificar problemas complexos e facilitar o processo grupal de encontrar soluções.

No Quadro 8 apresentam-se outros conceitos descritos sobre os Mapas Cognitivos.

MAPAS COGNITIVOS - CONCEITOS DE OUTROS AUTORES		
CONCEITO	AUTOR	REFERIDO POR
"ferramentas para pensamento reflexivo e resolução de problemas"	Eden et al. (1992)	PIDD, 2001, p.141
"ferramenta para representar dados verbais através dos quais temos acesso a representações internas e elementos cognitivos"	Laukkanem (1992)	BASTOS, 2002, p. 68
"... instrumentos de descrição e representação que ajudam na discussão e análise de alguns modos de pensamentos e explicação de eventos".	Nicolini (1999)	
"... representação gráfica da representação mental que o pesquisador faz do conjunto de representações discursivas enunciadas de um sujeito a partir de suas próprias representações cognitivas...".	Cossette e Audet (1994)	BASTOS, 2002, p. 68 JARDIM, 2001, p. 2
"representa possíveis padrões de relações entre conceitos"	Bougon (1983)	BASTOS, 2002, p. 71
"... para representar e explorar a estrutura cognitiva de membros de uma organização...".	Huff (1990)	JARDIM, 2001, p. 5

Quadro 8 – Conceitos de Mapas Cognitivos

Fonte: o autor

Detalhando, os Mapas Cognitivos são representações, *schemas*, que são enquadramentos e códigos com elevado grau de interpretação por parte do entrevistador (BASTOS, 2002, p.69) ou modelos mentais construídos pelos indivíduos a partir da percepção e interação deste indivíduo com o seu meio ambiente (BASTOS, 2000, 2002).

Pidd (2001) descreve o mapa cognitivo como uma forma de diagrama de influência semelhante ao descrito na Dinâmica de Sistemas e Jardim (2001) refere-se ao Mapa Cognitivo como sendo um conjunto de conceitos distribuídos graficamente de forma hierárquica por ligações *meio e fim* que retratam o sistema de valores dos respondentes (decisores) na forma de objetivos estratégicos.

Os Mapas Cognitivos não são estáticos, sendo um processo de aprendizagem resultante de um processo de abstração do indivíduo frente a um ambiente em mudanças. Por terem esta característica subjetiva e interpretativa resultam em um modelo simplificado e impreciso da realidade (BASTOS, 2002).

Nesta pesquisa abordar-se-á mais os conceitos descritos por Eden (1992) e Huff (1990), descritos por Pidd (2001), Jardim (2001) e Bastos (2002).

#### 5.2.4.2 Tipologia dos Mapas Cognitivos

Existe uma diversidade de Mapas Cognitivos que Huff (*apud* BASTOS, 2002) agrupou em cinco categorias de acordo com o grau de interpretação durante sua construção. Estas categorias formam um *continuum* entre ausência total da interpretação do entrevistador sobre o conteúdo coletado e sua alta interferência na interpretação do mesmo (presente nos *schemas*). De acordo com a classificação de Fiol e Huff (*apud* BASTOS, 2002 e PIDD, 2001), as três categorias de mapas cognitivos mais usadas nas pesquisas organizacionais não fazem parte dos extremos deste *continuum* e são descritas de acordo com seus componentes como:

1) **Mapas de Identificação** – é o ponto de partida para os demais mapas, fornecem o sentido do contexto, identificam os atores, eventos e processos. Estes mapas descrevem o conteúdo verbal do entrevistado. São coletados através de entrevista semi-estruturada ou aberta, ou fontes escritas, como documentos e relatórios, existindo um mínimo de interpretação por parte do pesquisador. São facilitados pelo uso de programas computacionais para análise do material qualitativo e sua apresentação não segue um formato padrão. Estão

implícitos nos demais tipos de mapeamentos e definem a frequência e a força com que os elementos são citados pelos respondentes, podendo determinar quais são os conteúdos centrais e os periféricos na representação gráfica.

2) **Mapas de Categorização** – determinam as relações entre os conceitos ou entidades e utilizam a categorização para descrever como os indivíduos organizam e estruturam o conhecimento. Estes mapas se apóiam na Teoria dos Construtos Pessoais de G. Kelly (1955), usando a técnica de *grids* de repertório, que é uma metodologia bem estruturada, que consegue isolar e representar construtos individuais das pessoas. A sua matriz dos dados pode possibilitar análise sobre a distância entre os elementos, a centralidade do construto (os mais importantes nos centros e menos importantes na periferia) e a preferência do elemento.

3) **Mapas Causais ou de Argumentação** – ligam os conceitos (ações e resultados) ao longo do tempo num raciocínio causal, embasando decisões, auxiliando nas práticas gerencias e empreendimentos coletivos. Estes são os mapas mais utilizados nos estudos organizacionais.

Nelson, Nelson e Armstrong (2000, p.1) referem seis abordagens de Mapas Causais descritas na literatura: 1) para esclarecer a decisão do problema e auxiliar na tomada de decisão; 2) como facilitadores nos processos investigativos; 3) usando imagens mentais em análise de necessidades; 4) para estudos cognitivos administrativos em grupos de cenários; 5) para responder sobre determinados conceitos num contexto de teste de hipóteses através de conexões causais e, 6) análise textual ou mapeamento causal de textos para construção de teorias ou provas.

A partir desta categorização, Jardim (2001) apresenta um desdobramento de Fiol e Huff, quanto ao:

1) **tipo** – mapas de *pontos* são semelhantes aos mapas cartográficos das cidades; ou mapas de *contexto* através dos quais é possível escolher a melhor opção através das informações sobre o ambiente decisório;

2) **uso** – como *produto* mantendo-se estável no tempo ou *ferramenta* com caráter dinâmico e podendo ser modificado diante de situações complexas;

3) **tipo de intervenção** – *organizacionais* onde o facilitador busca um mapa coletivo que possa ser usado para a ação, apoio à decisão ou análise da organização ou *individuais* que formam posteriormente os mapas coletivos;

4) **tipo de análise** – *hierárquica* que considera a hierarquia dos componentes (dados, ações, meios e fins) ou *cibernética* que além da hierarquia considera também os laços existentes entre os nós do mapa que conduzem a mudanças e ao crescimento estratégico.

Para a construção dos Mapas Cognitivos, Eden et al. (1988) referem três tipos de abordagem (PIDD, 2001 e JARDIM, 2001):

1) **abordagem negociada**, com um período de negociação das partes (consultor e cliente) visando o comprometimento mútuo e o “ganha – ganha”;

2) **abordagem coercitiva**, onde os consultores usam seu poder profissional para persuasão; tais consultores é que definem o problema;

3) **abordagem empática**, onde o analista tem uma postura de entendimento total do problema de acordo como o cliente o vê; este é ajudado a enxergar sua visão do problema.

O tipo de abordagem por parte do facilitador e a condução do processo de negociação que se estabelece durante a construção do mapa cognitivo são determinantes para o sucesso da aplicação desta metodologia (JARDIM, 2001).

No Quadro 9 apresentam-se as tipologias descritas por Fiol e Huff e referidas por Bastos (2002) e Jardim (2001) para melhor visualização das informações já apresentadas. Para o presente estudo em questão foram utilizados os tipos sinalizados na cor conza desta figura.

TIPOLOGIA DOS MAPAS COGNITIVOS – FIOLE e HUFF (1992)		
QUANTO AOS COMPONENTES		
IDENTIFICAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO	CAUSAIS OU DE ARGUMENTAÇÃO
Base para outros mapas	Usa Teoria dos Construtos de Kelly	Usa Teoria dos Construtos de Kelly
Fornecer o sentido do contexto	Determina relações entre conceitos	Determina a relação causal entre a ação e resultado
Contexto real do respondente	Usa categorização	Usa raciocínio causal
Entrevista semi-estruturada ou aberta ou documentos e relatórios	Entrevista semi-estruturada e estruturada	Entrevista aberta e semi-estruturada
Análise de conteúdo	Grid de repertório	Sef-Q – Bougon 1986 CCM – Laukkanen 1992 SODA – Eden et al 1988
Apresentação gráfica sem padrão definido	Representação gráfica Figura de Árvore com ramificações hierárquicas	Representação gráfica Redes de associações entre os conceitos e setas de causalidade
QUANTO AO:		
TIPO	PONTOS	CONTEXTO
TIPO de INTERVENÇÃO	ORGANIZACIONAL	INDIVIDUAL
TIPO de ANÁLISE	HIERÁRQUICO	CIBERNÉTICO
USO	PRODUTO	FERRAMENTA

Quadro 9 – Tipologia dos Mapas Cognitivos referido por Fiol e Huff  
Fonte: adaptado de Bastos (2002) e Jardim (2001).

#### 5.2.4.3 Metodologias de Construção de Mapas Cognitivos Causais

Na categorização dos Mapas Cognitivos Causais estão descritas 3 modelos de metodologias de construção de mapas referidas por Bastos (2002), Pidd (2001) entre outros, como se segue:

A) **Eden et al.** (*apud* PIDD, 2001; BASTOS, 2002; RIEG e ARAÚJO FILHO, 2000) com a metodologia *SODA – Strategic Options Development and Analysis* – Desenvolvimento e Análise de Opções Estratégicas - propõem o Mapeamento Cognitivo integrado a uma metodologia a que denominaram de *SODA* para trabalhar com grupos de pessoas. Esta metodologia estruturada visa apoiar as negociações para o comprometimento coletivo com a ação. Auxilia na tomada de decisão de ações estratégicas da organização (BASTOS, 2002) podendo ser vista como metodologia de solução de problemas organizacionais. Tal metodologia possibilita construir um Mapa Cognitivo Grupal mais complexo a partir de Mapas Cognitivos Individuais, que possui uma característica muito difícil, pois neste contexto estão envolvidos interesses, poder e valores conflitantes de cada membro do grupo (JARDIM, 2001).

B) **Bougon** (BASTOS, 2002) utiliza uma técnica de auto questionamento – *Self-Q*, através de 4 entrevistas onde os dados estão dispostos em polígono, onde as relações causais são expressas no formato de uma teia central. Na primeira entrevista o entrevistador coleta os conceitos não diretamente. Na segunda entrevista o entrevistador verifica os conceitos coletados e os distribui em classes e os ordena por importância. Na terceira entrevista este estabelece as relações causais entre os conceitos e na quarta entrevista verifica se o mapa causal faz sentido para o respondente. A participação do entrevistador é minimizada.

C) **Laukkanen** (BASTOS, 2002), com a metodologia do *Comparative Causal Maps – CCM* - Mapas Causais Comparativos, que se utiliza de entrevistas não estruturadas e documentos, permitindo uma análise comparativa entre sujeitos, de um mesmo grupo ou de diferentes grupos de sujeitos ou entre diferentes momentos ao longo do tempo. Analisa os dados qualitativos obtidos nestas entrevistas ou documentos e, através de análise de conteúdo, identifica temas âncoras que alinham o restante da análise das percepções dos respondentes. Faz uso do *software* CMPA2. Possui os seguintes passos descritos por Bastos (2002, p.72): a) criação de categorias para constituir um vocabulário padrão que possibilite a comparação dos dados, sendo uma etapa qualitativa; b) construção de matriz de dados que já envolve os conceitos e suas relações de causalidade agrupando-os em pares de conceitos; cria-se uma planilha de indicadores que são à base de comparação entre os sujeitos ou grupos de sujeitos;



c) a partir da planilha é possível quantificar várias situações: a complexidade cognitiva de discurso, a distância de um sujeito em relação ao outro, a força de termos centrais e unidades causais centrais (*Core Causal Units*) e níveis de similaridade ou não entre os respondentes; d) construção gráfica do mapa fornecendo uma visão global do conteúdo pesquisado.

No Quadro 10 descrevem-se as características das três estratégias de metodologias de construção de Mapas Cognitivos Causais referidos por Pidd (2001), Bastos (2002) e Jardim (2001) entre outros autores.

METODOLOGIAS DE CONSTRUÇÃO DE MAPAS COGNITIVOS CAUSAIS			
AUTORES	BOUGON	LAUKKANEM	EDEN et al
ANO	1983	1998	1988
REFERÊNCIA	BASTOS (2002)	BASTOS (2002)	BASTOS (2002), PIDD (2001) RIEG e ARAÚJO FILHO (2000), JARDIM (2001).
DENOMINAÇÃO	<i>SELF-Q</i> Auto questionamento	<i>CCM</i> <i>Comparative Causal Maps</i>	<i>SODA</i> <i>Strategic Options Development and Analysis</i>
SOFTWARE	NÃO ESPECÍFICO	CMPA2	<i>DECISION EXPLORER</i>
INSTRUMENTO	ENTREVISTA	ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA DOCUMENTOS	ENTREVISTA ABERTA OU SEMI-ESTRUTURADA
TIPO DE ANÁLISE	ANÁLISE DE CONTEUDO	ANÁLISE DE CONTEÚDO	UNIÃO DOS MAPAS <i>MERGING</i>
DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA	ENTREVISTAS SEQUENCIAIS: 1) Coleta dos conceitos 2) Verificação dos conceitos e distribuição em classes e ordens 3) Relações causais 4) Sentido para o respondente	5 PASSOS: 1) Categorização identifica um dado âncora e forma um vocabulário padrão para agrupar em categorias 2) Matriz de dados e planilha de indicadores 3) Qualificação das relações 4) Identifica <i>clusters</i> de acordo com a similaridade 4) Construção do mapa com medidas quantitativas	3 ESTÁGIOS: <b>1º) Entrevista individual</b> contendo 5 passos: 1) Definir a questão chave 2) Definir o rótulo do problema 3) Definir os EPA's 4) Definir o sistema de construtos (conceitos) bipolares 5) Hierarquizar os conceitos <b>2º) União dos Mapas Individuais (<i>Merging</i>) e Construção do Mapa Estratégico (resultado)</b> <b>3º) Workshop SODA</b>
REPRESENTAÇÃO GRÁFICA	POLÍGONO (TEIA CENTRAL)	NODOS CAUSAIS LIGADOS POR SETAS	REDES DE LIGAÇÕES ESTABELECIDAS HIERARQUICAMENTE POR SETAS
INTERFERÊNCIA DO ENTREVISTADOR (FACILITADOR)	BAIXA INTERFERÊNCIA		3- TIPOS: 1- NEGOCIADA 2- COERCITIVA 3- EMPÁTICA

Quadro 10 - Metodologias de Construção de Mapas Cognitivos Causais  
Fonte: adaptado de Bastos (2002, p.72).

Das metodologias dos Mapas Cognitivos Causais descritas será utilizado nesta pesquisa a Metodologia *SODA* de Eden et al. Esta será detalhada na seção seguinte.

#### 5.2.4.4 Agrupamento dos Mapas Cognitivos

Os Mapas Cognitivos Individuais podem ser agrupados com outros mapas e formarem um Mapa Agregado que, a partir da negociação entre as partes, forma um Mapa Estratégico (BASTOS, 2002, PIDD, 2001) ou Mapa Congregado (JARDIM, 2001).

A seguir o Quadro 11 apresenta os diversos tipos de agrupamentos de Mapas Cognitivos descritos pelos autores.

AGRUPAMENTOS DOS MAPAS COGNITIVOS			
NOMENCLATURA	DEFINIÇÃO	AUTOR	REFERIDO POR
MAPA ESTRATÉGICO	Permite negociação consensual entre os participantes	EDEN et al. -1989 BOUGON -1992.	BASTOS (2002) PIDD (2001)
MAPA COGNITIVO CONGREGADO	Obtida através da negociação entre facilitador e decisores	EDEN et al. -1989 BOUGON -1994.	JARDIM (2001) RIEG e ARAÚJO FILHO (2002)
MAPA COGNITIVO AGREGADO	União de conceitos similares prevalecendo o de sentido mais amplo	EDEN et al. -1989 BOUGON -1993.	JARDIM (2001) RIEG e ARAÚJO FILHO (2002)
<i>GROUP-LEVEL RCM</i>	Fusão e/ou sobreposição de conceitos similares	NELSON, NELSON e ARMSTRONG - 2000.	NELSON, NELSON e ARMSTRONG (2000).

Quadro 11 - Tipos de Agrupamento dos Mapas Cognitivos  
Fonte: o autor

O Mapa Estratégico na metodologia *SODA* é uma descrição intersubjetiva de todos os mapas individuais, mostrando onde os pontos de vista das pessoas se aproximam e se distanciam. Esta metodologia identifica questões cruciais a serem trabalhadas, sinalizando a existência de conflitos, pois são pessoas diferentes com necessidades distintas que resolvem cooperar por alguma razão (PIDD, 2001). Jardim (2001, p.13) ilustra a agregação dos mapas individuais na Figura 6 e 7.

## MAPAS COGNITIVOS INDIVIDUAIS

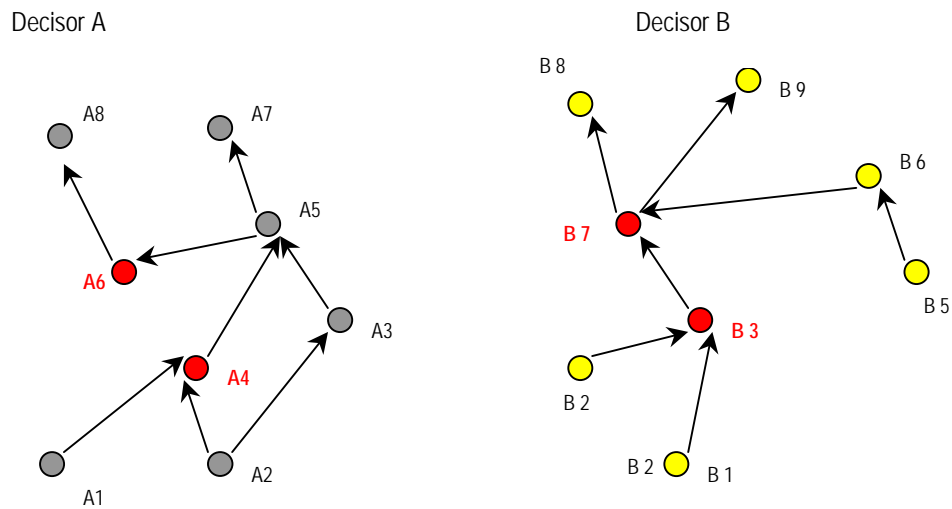


Figura 6 – Mapas Cognitivos Individuais do decisor A e decisor B  
 Fonte: Adaptado de Jardim (2001, p.13).

Os pontos similares (conceitos) descritos no exemplo de Jardim (2001, p.13) são A6, A4, B7 e B3, sendo que prevalecem somente **A6** e **B3**, pois hipoteticamente são os conceitos que possuem um sentido mais amplo e absorveram os conceitos A4 e B7. Os Mapas Cognitivos Individuais dos decisores A e B foram sobrepostos constituindo-se em um único Mapa Cognitivo Agregado.

## MAPA COGNITIVO AGREGADO DOS DECISORES A e B

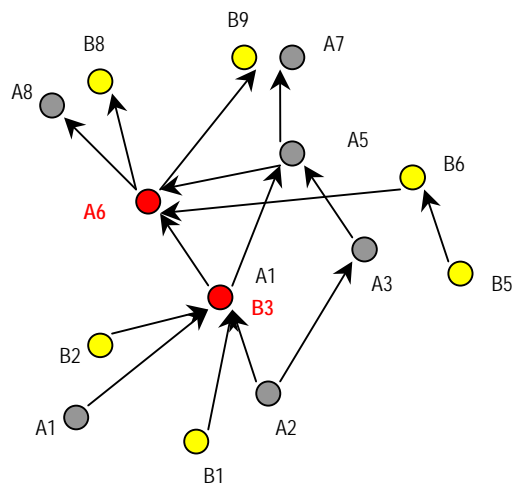


Figura 7– Mapa Cognitivo Agregado dos Decisores A e B  
 Fonte: Adaptado de Jardim (2001, p.13).

Tanto o Mapa Estratégico como o Mapa Congregado ocorrem mediante negociação entre as partes a partir da apresentação de um Mapa Cognitivo Agregado. Jardim (2001, p.11) aborda a união de mapas individuais como “Mapa Cognitivo Agregado” sendo a comparação dos Mapas Cognitivos Individuais por união de conceitos similares, que Eden *et al.* descrevem como sendo o conceito de sentido mais amplo ou mais rico e pela relação entre os conceitos, agrupados por ligação de influência.

Este Mapa Cognitivo Agregado a partir da negociação, argumentação e interação entre participantes e o facilitador resulta no “Mapa Cognitivo Congregado”. Segundo este autor é difícil construir mapas cognitivos de grupos quando as decisões a serem tomadas envolvem problemas complexos e muitos participantes com interesses conflitantes. Contudo, nesta situação, Jardim (2001) refere à relevância de tais mapas como ferramentas de apoio à decisão obtendo um mapa único a partir de negociações entre o facilitador e o grupo de decisores, onde ocorrerá a agregação dos conceitos similares entre eles, formando o Mapa Cognitivo Congregado.

Nelson, Nelson e Armstrong (2000, p.2) também referem à agregação de mapas individuais fundindo e/ou sobrepondo todos os conceitos similares referidos em cada Mapa Causal Individual (*Revealed Causal Mapping – RCM*) chamando-o de *Group-level RCM*.

PIDD (2001) descreve dois tipos de agrupamento de mapas:

1) **agrupamento de ligações**, onde se busca afinidade entre os rótulos dos nós (conceitos) para serem agrupados; cada nó somente pode estar em um único agrupamento; este agrupamento resulta em um resumo do mapa total;

2) **agrupamento hierárquico ao redor dos conceitos centrais**, que utiliza os Construtos de Kelly (1955) que são ordenados de forma hierárquica, onde cada nó (relacionado a determinado construto) terá uma hierarquia, exceto os nós que estiverem no extremo inferior do mapa; os construtos centrais serão aqueles que possuem um número maior de setas que entram e saem de cada nó (ou conceito).

Esta pesquisa utilizou o agrupamento descrito por Eden *et al.* (PIDD, 2001) constituindo o Mapa Cognitivo Agregado a partir da fusão dos mapas individuais (*Merging*).

#### 5.2.4.5 Utilizando a Metodologia SODA

O Mapeamento Cognitivo desenvolvido por Eden e colaboradores está baseado em alguns dos conceitos Teoria dos Construtos Pessoais de Kelly (esta teoria explica de que forma os seres humanos tomam consciência do seu mundo) e está associado a uma metodologia desenvolvida também por estes autores e descrita como SODA. Tem sido utilizada para auxiliar no processo decisório em questões estratégicas das organizações. O Quadro 12 associa a relação dos conceitos (chamados de corolários) da Teoria dos Construtos Pessoais de Kelly (1955) com as características do Mapeamento Cognitivo, auxiliando no entendimento do uso de tais conceitos na construção desta metodologia.

MAPEAMENTO COGNITIVO E A TEORIA DOS CONSTRUTOS PESSOAIS DE KELLY (1955)		
CONCEITOS (COROLÁRIOS) DE KELLY	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICA DO MAPEAMENTO COGNITIVO
1-CONSTRUÇÃO	todos as pessoas desenvolvem um sistema de construtos ou conceitos	fornece o sentido às coisas
2-INDIVIDUALIDADE	cada um interpreta suas experiências através de seus construtos	cada pessoa tem a sua interpretação dos fatos
3-ORGANIZAÇÃO	os construtos estão organizados de forma hierárquica na nossa mente	cada pessoa tem a sua hierarquia de construtos
4-DICOTOMIA	um pólo do construto define a concordância e outro a oposição	opostos psicológicos do mesmo construto
5-ESCOLHA	a busca por escolhas que reforcem o seu sistema do construtos	ação auto-reforçadora
6-EXTENSÃO	o construto não precisa abordar toda a extensão da experiência da pessoa	pode ser limitado a determinado contexto
7-EXPERIÊNCIA	o sistema de construto se amplia com novas experiências	aprendizagem constante
8-MODULAÇÃO	existem construtos permeáveis quando permitem o novo e impermeável quando forçamos a nova experiência ao construto já existente	grau de adaptabilidade do indivíduo á mudanças
9-FRAGMENTAÇÃO	o sistema de construto contém subsistemas que podem ser incompatíveis	está ligado aos corolários da organização e extensão
10-EQUIVALÊNCIA	sistema de construtos semelhantes entre duas pessoas com experiências similares ou não	possibilidade de comparação entre os sistemas de construtos
11-SOCIABILIDADE	a compreensão do sistema de construtos entre as pessoas	interação social e ação conjunta

Quadro 12 – Relação dos Conceitos da Teoria dos Construtos Pessoais de Kelly com o Mapeamento Cognitivo

Fonte: adaptado de PIDD (2001, p. 142).

Para realizar a metodologia *SODA*, Bastos (2002, p.73) refere algumas regras que auxiliam no entendimento desta metodologia. Tais regras estão apresentadas no Quadro 13 sendo relacionadas a alguns conceitos da Teoria dos Construtos Pessoais de Kelly (*apud* PIDD, 2001) descritos na figura anterior.

RELAÇÃO DA METODOLOGIA <i>SODA</i> COM OS CONSTRUTOS DE KELLY	
REGRAS DA <i>SODA</i> (BASTOS, 2002).	CONSTRUTOS DE KELLY (PIDD, 2001).
1-A explicação de um problema é quebrada em seus constituintes – frases de 10 a 12 palavras que retêm a linguagem do respondente que serão usados como os conceitos na representação gráfica.	1-CONSTRUÇÃO
2-Um par de frases opostas pode ser unido em um único conceito para reter melhor o significado através do contraste – modelo bipolar	4-DICOTOMIA
3-As frases que representam conceitos distintos estão distribuídas entre si de acordo com seu vínculo, formando uma hierarquia de meios e fins. Os conceitos que expressam objetivos ficam no topo do mapa (PIDD, 2001).	3-ORGANIZAÇÃO
4-As setas que ligam os conceitos recebem um sinal positivo ou negativo de acordo com sua influência direta ou indireta sobre o conceito	5-ESCOLHA 9- FRAGMENTAÇÃO
5-Dos mapas individuais é constituído um mapa estratégico, parte do individual para o coletivo levando o grupo a identificação e comprometimento.	10-EQUIVALÊNCIA 11- SOCIABILIDADE

Quadro 13 - Relação da Metodologia *SODA* e os Conceitos da Teoria dos Construtos de Kelly  
Fonte: o autor

Observa-se que o Mapeamento Cognitivo através da metodologia *SODA* apresenta correspondência com vários dos construtos descritos por Kelly (PIDD, 2001) como: a *construção*, dando início ao processo do mapeamento; a **dicotomia** necessária para o reforço do significado descrito como modelo bipolar; a **organização** hierarquizando os conceitos numa relação de causa e efeito; a **escolha** e a **fragmentação** fornecendo a qualidade da influência entre os conceitos e a **equivalência** e a **sociabilidade** permitindo, o que Eden et al. descrevem como sendo um pressuposto específico do Mapeamento Cognitivo, “levar as pessoas em direção a algum comprometimento com a ação” (PIDD, 2001, p.145).

A Metodologia *SODA* segue uma série de estágios no seu desenvolvimento, sendo que no primeiro é entrevistar as pessoas para construir seus mapas cognitivos individuais da situação em estudo. No segundo estágio, o foco é unir os mapas (*merging*) e resultados,

gerando um mapa estratégico único (PIDD, 2001), que é o terceiro estágio.

### **Primeiro Estágio – a formação do Mapa Cognitivo Individual**

A formação do Mapa Cognitivo individual é realizada através de entrevista, que pode ser semi-estruturada ou não, com duração de 60 a 90 minutos a ser realizada no ambiente do entrevistado ou em ambiente neutro. A construção do mapa consta dos seguintes passos (PIDD, 2001; BASTOS, 2000, 2002 e JARDIM, 2001):

1º) O pesquisador ou analista apresenta a questão-chave (tema) para o entrevistado, em forma de uma pergunta;

2º) O entrevistado define o rótulo do problema (uma conceitualização genérica, sendo o resultado das questões que o entrevistado considera importante sobre a questão-chave - tema);

3º) O entrevistado define, através de perguntas realizadas pelo facilitador, os Elementos Primários de Avaliação – EPA's que podem ser objetivos, metas, valores dos entrevistados, ações alternativas, entre outros. Nesta etapa o respondente não deve fazer críticas sobre as suas colocações e o facilitador deve anotar o maior número de EPA's possível, pois um número reduzido deles pode prejudicar o resultado. O facilitador deve manter o foco da discussão;

4º) O entrevistado estabelece o sistema de construtos a partir dos EPA's, que é a construção dos **conceitos** (descritos por Eden *et al.* como sendo “nós”), interligados por setas, apresentando-se no modelo bipolar (descrito como **opostos psicológicos** no Quadro 13 e na Figura 8), onde o segundo pólo não é, obrigatoriamente, a negação do primeiro. Cada conceito é formado por um texto abreviado contendo dez a doze palavras, que inicia com um verbo na forma imperativa. Os dois pólos do conceito estão separados com três pontos que representam à expressão “ao invés de”. A Figura 8 apresenta um exemplo de conceito e dos opostos psicológicos.

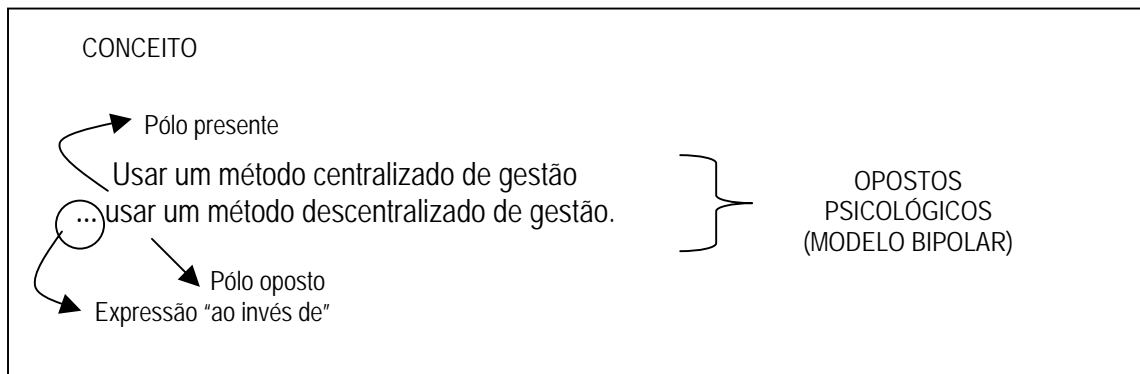


Figura 8 – Representação de um conceito (nós) e os opostos psicológicos (PIDD, 2001).  
Fonte: adaptado pelo autor

Na construção do conceito deve-se observar (EDEN e ACKERMANN, 1998):

- clareza e objetividade; apenas uma frase, orientada para somente uma ação;
- ser expresso pelas palavras do entrevistado, para que este possa reconhecê-las;
- identificar os objetivos estratégicos para o entrevistado e registrá-los na parte superior do mapa;
- identificar os conceitos “carregados” (quando o conceito é expresso com forte envolvimento emocionalmente pelo entrevistado ou quando o conceito é muito justificado pelo entrevistado);
- evitar palavras como **pode, precisa, deve** na construção dos conceitos;
- realizar a validação das informações em no máximo 24 horas com o entrevistado.

5º) O entrevistado estabelece a hierarquia dos conceitos e sua importância, estabelecendo os **conceitos (nós) meio e fim** e suas linhas de influências entre os EPA’s.

Segue o exemplo na Figura 9.

Quando o conceito não justifica mais nenhum outro conceito é porque ele é fim e não meio. É o nível hierárquico mais alto no mapa. O conceito meio responde a pergunta: “Quais as razões que explicam esse conceito?” e o conceito fim responde a pergunta: “Porque este conceito é importante?”



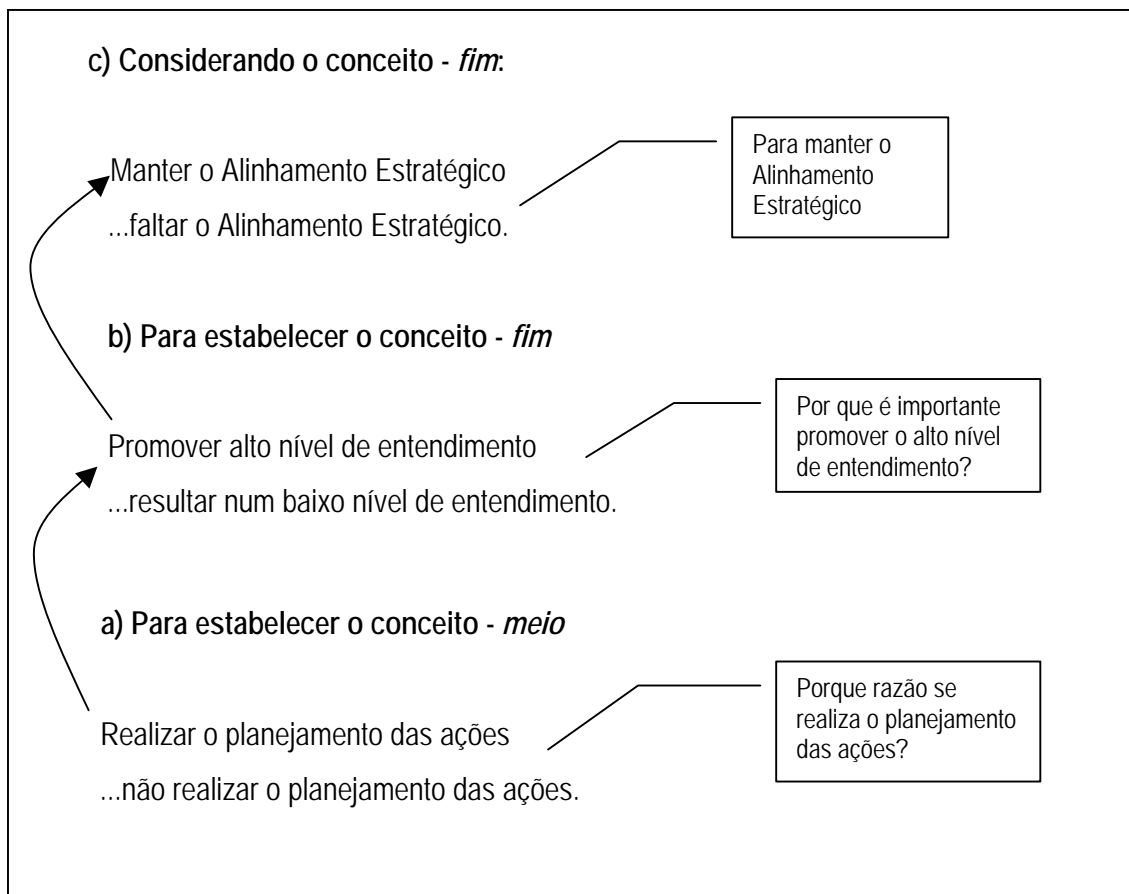


Figura 9 - Relação entre Conceito - meio e Conceito - fim no Mapa Cognitivo  
 Fonte: adaptado de Pidd (2001).

A relação entre o conceito-meio e o conceito-fim na Figura 9 deve ser lido no sentido de baixo para cima, com os conceitos (nós) identificados como **a**, **b** e **c** respectivamente:

A pergunta é feita pelo facilitador e a resposta é dada pelo entrevistado. O par de conceitos do item “a” justifica os conceitos do item “b”, estes por sua vez, justificam os conceitos do item “c”, que não justifica nenhum outro conceito, pois é o conceito-fim.

A leitura do mapa pode ser feita de duas formas: de baixo para cima ou o inverso, de cima para baixo, sendo que na parte de baixo colocam-se as explicações ou causas básicas que na cadeia de relações que levam ao objetivo, que está no topo do mapa. Estes conceitos ou construtos estão ligados por **setas** (PIDD, 2001). Segue na Figura 10 a exemplificação da ligação entre os conceitos (nós) através de seta.

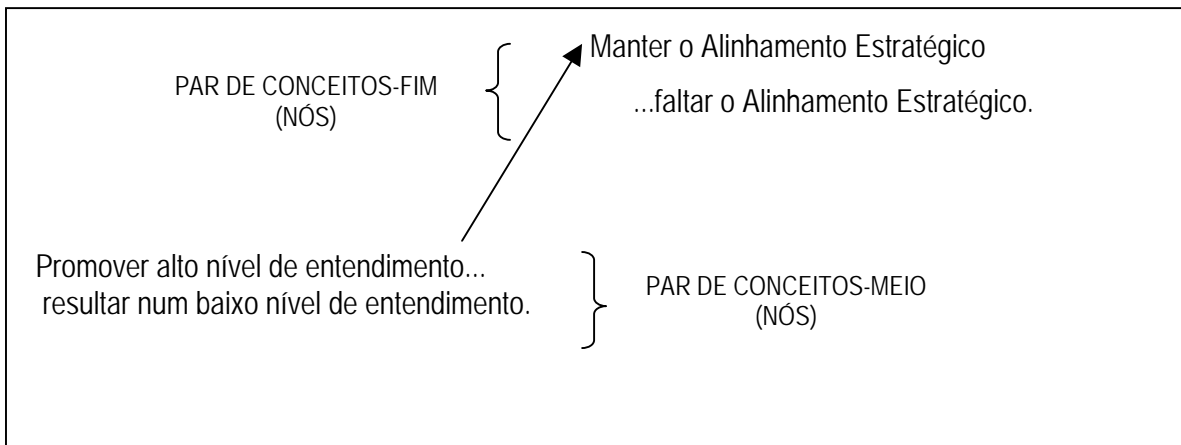


Figura 10 - Demonstração da ligação entre os Conceitos através de setas  
Fonte: adaptado de Pidd (2001).

A direção da seta é a direção causal do relacionamento, isto é, o conceito do início da seta é considerado meio para se atingir o conceito ao final a seta, assim sendo, o conceito final é consequência do conceito inicial.

Quando as setas que saem de um determinado conceito retornam a este mesmo conceito, Pidd (2001) denomina **Enlace**. Segue exemplo de enlace na Figura 11.

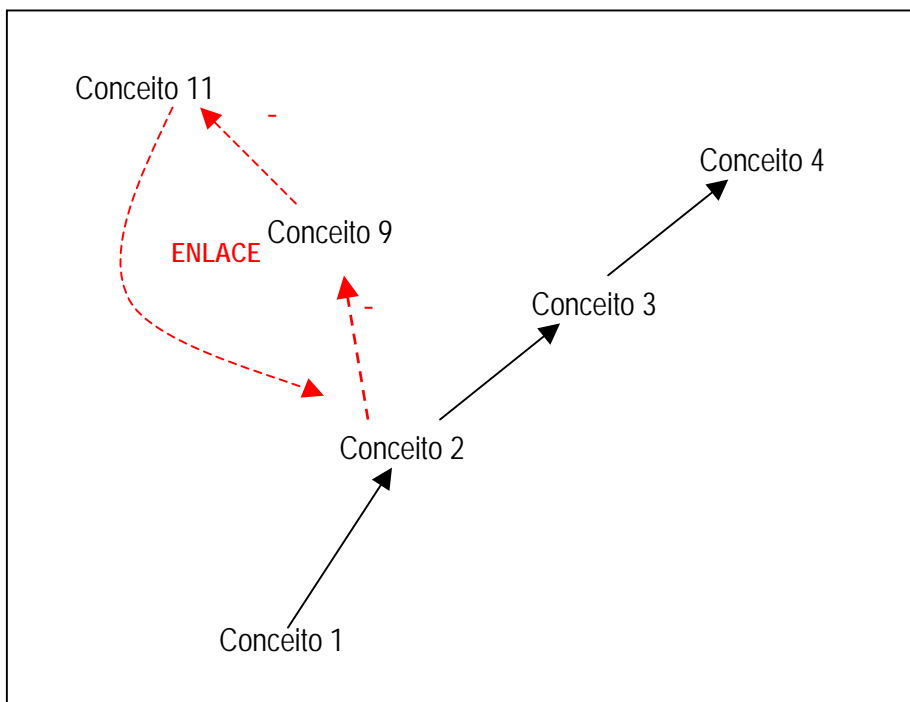


Figura 11 - Segmento de Mapa Cognitivo representando um Enlace  
Fonte: Adaptado de Pidd (2001, p. 156).

O Enlace é um ciclo que se fecha no mesmo conceito gerando um auto-reforço chamado de *feedback* positivo (a quantidade de sinais negativos é par) ou auto-equilibradores, sendo o *feedback* negativo (a quantidade de sinais negativos é ímpar). Este enlace necessita ser avaliado, pois podem significar um erro na construção do mapa. Deve ser avaliado o seu sinal para definir a direção da causalidade: se *feedback* positivo ou se *feedback* negativo.

As setas entre os conceitos podem ser acompanhadas por sinal negativo, mostrando a causalidade negativa entre dois conceitos ou a ausência de sinal, significando relação positiva entre os conceitos. Esta sinalização é definida pelo entrevistado e não pelo facilitador. O sinal negativo não representa relacionamento invertido entre conceito *meio/fim*, mas sim, que o segundo pólo do conceito *meio* está relacionado ao primeiro pólo do conceito *fim*. Os conceitos vão evoluindo para a parte superior do mapa, onde o conceito *meio* é subordinado ao conceito *fim*.

Em contextos decisórios complexos podem existir conceitos *fim* conflitantes, onde a tomada de decisão necessita ser através de análise multicriterial (JARDIM, 2001, p.9), Estes conceitos conflitantes estão representados na Figura 12.

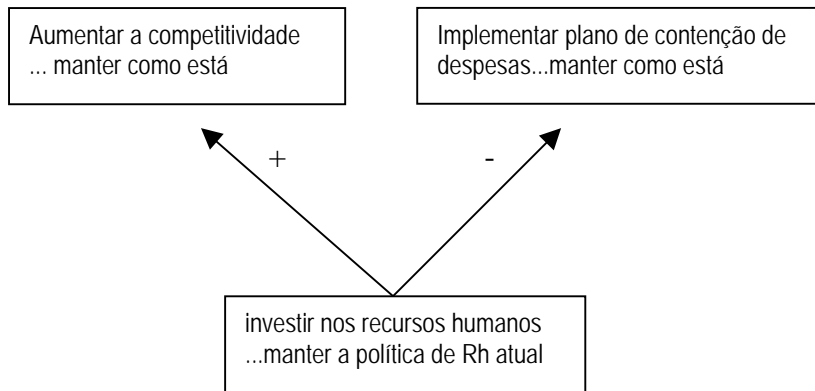


Figura 12 – Conceitos fim conflitantes  
Fonte: Jardim (2001, p. 10)

À medida que o mapa vai se concretizando, vai se tornando um emaranhado de linhas que se cruzam de forma desordenada podendo se tornar difícil o registro em papel, sendo interessante o uso de software de apoio. O Mapeamento Cognitivo na metodologia *SODA* utiliza o *software* de mapeamento *Decison Explorer* que é recomendável quando um mapa apresenta mais de 50 conceitos ou construtos interligados entre si (EDEN, 1989 *apud* RIEG e ARAÚJO FILHO, 2002 e BASTOS, 2002).

## **Segundo Estágio – União dos Mapas Cognitivos Individuais e a Mapa Cognitivo Agregado**

No segundo estágio ocorre o agrupamento dos Mapas Cognitivos Individuais para formarem um mapa único, que retrata a percepção coletiva sobre o mesmo tema. Neste estágio a Metodologia *SODA* prevê a sobreposição dos mapas individuais, o que Eden e colaboradores denominaram de *Merging*. Este processo tem início com a procura de ligações, diferenças e semelhanças entre os mapas dos respondentes e gera uma agregação dos mapas individuais. Este mapa agregado recebe a denominação de Mapa Estratégico (PIDD, 2001).

O detalhamento dos tipos de agrupamentos foi apresentado da seção 5.2.4.4. A forma como se agrupam os mapas individuais está exemplificada nas Figuras 6 e 7 da seção 5.2.4.4.

Sendo assim, Pidd (2001) apresenta quatro processos para que ocorra a união dos Mapas Cognitivos Individuais, formando um Mapa Estratégico:

1º) deve existir alguma semelhança entre os mapas dos participantes, onde estes conceitos semelhantes possam ser sobrepostos através de transparências em um projetor, a apresentação dos conceitos em pares de opostos psicológicos (modelo bipolar) facilita a identificação das semelhanças;

2º) após a sobreposição é possível adicionar mais ligações entre os conceitos, de forma sinérgica, através da negociação entre os entrevistados entre si e o pesquisador;

3º) no Mapa Estratégico deve-se manter a hierarquia de ligações presentes nos mapas individuais;

4º) o Mapa Estratégico deve ser analisado para perceber enlaces e agrupamentos possíveis, a fim de priorizar ações estratégicas.

O resultado deste estágio é o Mapa Estratégico que provém das questões cruciais sobre o tema em questão, sendo os mapas individuais representações subjetivas e os Mapas Estratégicos descrições intersubjetivas.

## **Terceiro Estágio – *Workshop SODA***

Na Metodologia *SODA* Eden *et al.* (PIDD, 2001) descrevem a realização de *workshops SODA* onde o Mapa Estratégico, resultante da fusão dos mapas individuais, passa a ser um veículo de discussão e negociação entre os participantes do grupo de respondentes. O Mapa Estratégico é o primeiro passo para auxiliar este grupo no comprometimento com a ação negociada e consentida.

De acordo com PIDD (2001, p.161), o *Workshop SODA* deve ser composto de duas etapas (*two-pass approach*):

1º) Etapa introdutória - conduzida pelo facilitador (consultor) onde este apresenta o Mapa estratégico, identificando os principais objetivos, os diferentes problemas encontrados e os pressupostos que parecem ter emergido da agregação dos mapas individuais. Nesta etapa do processo os participantes percebem o seu ponto de vista e o dos demais participantes.

2º) Segunda Etapa – detalhamento do Mapa Estratégico gerando discussão e negociação entre os participantes e conseqüente aprendizagem cíclica entre os membros do grupo.

A abordagem da Metodologia *SODA* é cíclica com três estágios distintos que oportunizam o entendimento por parte dos participantes sobre o assunto tratado:

- 1º) na construção do seu próprio mapa cognitivo individual;
- 2º) na apresentação do Mapa Estratégico, derivado da agregação dos mapas individuais, realizada pelo facilitador no primeiro momento do *Workshop SODA*;
- 3º) nos debates provenientes do *Workshop SODA*.

Os Mapas Cognitivos são validados a partir de uma visão construtivista e instrumentalista, através da checagem do grau de conformidade entre os mapas e as idéias básicas das teorias dos construtos. Portanto, estas ferramentas expressam sua validade quando são usadas e atingem seus propósitos (PIDD, 2001).

### **5.2.5 Comparação entre as Metodologias Interpretativas**

Realizando a comparação das Metodologias Interpretativas apresentadas nos outros tópicos da fundamentação teórica, destacou-se uma série de características comuns ou não entre elas, que estão descritas no Quadro 14.

CARACTERÍSTICAS	AUTORES	SSM	PENSAMENTO SISTÊMICO	MAPEAMENTO COGNITIVO	DINÂMICA DE SISTEMAS
1. Usados como Ferramenta de negociação	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001.		X	X	
2. Usado com ferramenta de pesquisa organizacional	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001; NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000.	X	X	X	X
3. Usado como método investigativo	PIDD, 2001; ANDRADE et al, 2006.	X	X		
4. Usado como método interpretativo	PIDD, 2001			X	X
5. Usado como método de solução de problemas	PIDD, 2001	X		X	X
6. Usados para estruturar o conhecimento	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; ANDRADE ECT al, 2006.	X	X	X	X
7. Usado no processo estratégico	BASTOS, 2002; PIDD, 2001; RIEG e ARAÚJO FILHO, 2002; JARDIM, 2001.		X	X	
8. Auxilia na estruturação para o atingimento dos objetivos	JARDIM, 2001; PIDD, 2001	X		X	
9. Permite uma construção coletiva a partir do individual	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001; NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000; ANDRADE et al, 2006.			X	
10. Permite que haja desacordos e conflitos entre as pessoas	PIDD, 2001; JARDIM, 2001			X	
11. Permite a influência do pesquisador	PIDD, 2001; BASTOS, 2002; ANDRADE et al, 2006	X	X	X	
12. Promove ajuste contínuo às mudanças do contexto	BASTOS, 2002	X	X	X	X
13. Promove comprometimento com a ação	PIDD, 2001; BASTOS, 2002			X	
14. Utiliza uma abordagem mecanicista	PIDD, 2001				X
15. Utiliza uma abordagem sistêmica	PIDD, 2002; ANDRADE et al, 2006; SENGE et al, 1999	X	X		X
16. Utiliza modelos conceituais	PIDD, 2001; JARDIM, 2001; ANDRADE et al, 2006; SENGE et al., 999.	X	X	X	X
17. Utiliza metodologia de cenários	ANDRADE et al, 2006; SENGE, 2004.		X		
18. Utiliza metodologia estruturada	PIDD, 2001	X	X	X	X
19. Utiliza software específico	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001; ANDRADE et al, 2006.		X	X	X
20. Utiliza relação de <i>feedback</i>	PIDD, 2001; ANDRADE et al, 2006; SENGE et al, 1999		X		X
21. Utiliza métodos quantitativos para simulações	PIDD, 2001				X
22. Necessita da hierarquização dos conceitos	PIDD, 2001; BASTOS, 2002; JARDIM, 2001; ANDRADE et al, 2006.		X	X	X
23. Fornece um apoio à tomada de decisão	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001; NELSON, NELSON & ARMSTRONG, 2000; ANDRADE et al, 2006.	X	X	X	X
24. Fornece um mapa estratégico/agregado	JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001; NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000.			X	
25. Fornece a identificação de conseqüências prováveis de ações em uma visão sistêmica	PIDD, 2001; ANDRADE et al, 2006.		X		X

Quadro 14 – Comparação entre as Metodologias Interpretativas

Fonte: o Autor

O Mapeamento Cognitivo, dentre as metodologias interpretativas analisadas, destacou-se por apresentar algumas das características necessárias para este estudo e que não estiveram evidentes na análise dos outros métodos abordados, como:

- a abordagem individual,
- a possibilidade de construir o coletivo a partir do individual,
- a possibilidade de construir mapas agregados (metodologia *SODA*),
- por permitir o pensamento divergente e o conflito;
- como ferramenta apropriada para o processo estratégico (formulação e) (implementação).

As características do Quadro comparativo nº 14 foram selecionadas a partir das necessidades do estudo e por algumas características especiais dos métodos analisados. Foram marcadas como presentes as características mais evidentes dos métodos da *SSM*, Pensamento Sistêmico, Mapeamento Cognitivo e Dinâmica de Sistemas.

De acordo com o Quadro 14, algumas características foram identificadas em todos os métodos interpretativos analisados, tais como:

- utilizada para pesquisa organizacional;
- para estruturar o conhecimento;
- facilita o ajuste à mudança;
- utiliza-se de modelos mentais;
- utiliza metodologia estruturada;
- usado como apoio à tomada de decisão.

As demais características do Quadro 14 estão distribuídas da seguinte forma, entre as metodologias interpretativas:

- quanto a sua propriedade de negociação, destacam-se o Pensamento Sistêmico e o Mapeamento Cognitivo;
- como método investigativo, sinaliza-se o *SSM* e o Pensamento Sistêmico;
- como método interpretativo, destaca-se o Mapeamento Cognitivo e a Dinâmica de Sistemas;
- como método de solução de problemas, identifica-se o *SSM*, Mapeamento Cognitivo e Dinâmica de Sistemas;
- para apoio ao processo estratégico (da formulação à implementação das estratégias) foram identificados os métodos do Pensamento Sistêmico e Mapeamento Cognitivo;

- como auxílio na estruturação de objetivos, destaca-se o *SSM* e o Mapeamento Cognitivo;
- permitindo a construção coletiva a partir do individual, sinaliza-se somente o Mapeamento Cognitivo, sendo uma necessidade básica para esta pesquisa;
- permitindo que haja desacordos e conflitos entre as pessoas, característica presente no Mapeamento Cognitivo;
- permitindo que o pesquisador exerça certa influência durante a aplicação do método, característica identificada na *SSM*, Pensamento Sistêmico e Mapeamento Cognitivo;
- promovendo o comprometimento com ação, tal característica foi identificada no Mapeamento Cognitivo e apresenta relevância para esta pesquisa;
- possuindo abordagem mecanicista, identificada na Dinâmica de Sistemas;
- possuindo uma abordagem sistêmica, sendo destacados todos os métodos com exceção do Mapeamento Cognitivo, que possui uma característica de individualização, necessária neste estudo;
- utilizando a metodologia de cenários, tal característica foi identificada somente no Pensamento Sistêmico;
- utilizando um *software* específico para sua aplicação, identifica-se esta característica nos métodos Pensamento Sistêmico, Mapeamento Cognitivo e Dinâmica de Sistemas;
- aplicando o processo de *feedback*, destacado nos métodos do Pensamento Sistêmico e Dinâmica de Sistemas;
- somente a Dinâmica de Sistemas utiliza método quantitativo para simulações;
- necessidade de hierarquizar os conceitos na sua aplicação, esta característica foi identificada nos métodos de Pensamento Sistêmico, Mapeamento Cognitivo e Dinâmica de Sistemas;
- somente o Mapeamento Cognitivo fornece um mapa agregado que permite a sobreposição de vários mapas, esta característica é básica para este estudo;
- possibilitando antever conseqüências prováveis dentro de uma visão sistêmica, tal característica foi observada nos métodos do Pensamento Sistêmico e Dinâmica de Sistemas.

A utilização do Mapeamento Cognitivo como ferramenta de negociação e aprendizagem para construção da árvore de objetivos estratégicos, para a implementação das ações planejadas e no estudo do comportamento macro e micro organizacional é recomendada por autores como: Jardim (2001), Bastos (2000, 2002), Pidd (2001), Rieg e Araújo Filho



(2002) e Nelson, Nelson e Armstrong (2000), Andrade *et. al.* (2006) e Ribeiro (2003).

No próximo capítulo discute-se o Método da Pesquisa.

## **6 MÉTODO DA PESQUISA**

Neste capítulo é apresentado o método utilizado na pesquisa, caracterizando suas etapas, tipos de instrumentos, público alvo, coleta e análise. Primeiramente, apresentam-se uma abordagem sobre o tipo de pesquisa, a unidade de pesquisa e o detalhamento da estratégia do estudo de caso. Posteriormente, apresenta-se o desenho de pesquisa e coleta dos dados e as fontes da pesquisa.

### **6.1 TIPO DE PESQUISA**

O trabalho utilizou-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. É qualitativa porque, segundo Neves (1996) e Malhotra (2001), trabalha com a decodificação dos componentes de um sistema complexo de significados, fornecendo melhor visão e compreensão do problema. Tal método utiliza um pequeno número de casos e diferentes formas de coleta de dados.

Segundo Mattar (1997, p.77), a natureza das variáveis estudadas define se a pesquisa é quantitativa ou qualitativa: “...na pesquisa qualitativa os dados são colhidos através de perguntas abertas (quando em questionário), em entrevista em grupos, em entrevistas individuais em profundidade e em testes projetivos”.

Para Malhotra (2001), a pesquisa qualitativa é uma metodologia importante usada em pesquisa exploratória. Também Cooper e Schindler (2003, p.131) referem que:

...Através da exploração, os pesquisadores desenvolvem conceitos de forma mais clara, estabelecem prioridades, desenvolvem definições operacionais... Os objetivos da exploração podem ser atingidos com diferentes técnicas. Tanto as técnicas qualitativas quanto as quantitativas são aplicáveis, embora a exploração se baseie mais nas técnicas qualitativas.

Por outro lado, tratou-se também de uma pesquisa de caráter exploratório, que tem como objetivo alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações, das percepções, valores e significados.

Este trabalho estuda a aplicação de Mapas Cognitivos como ferramentas de pesquisa organizacional por retratarem graficamente a percepção das pessoas.

## 6.2 ESTRATÉGIA DA PESQUISA

O estudo de caso é uma estratégia de pesquisa utilizada quando fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos ou de grupos podem contribuir para o conhecimento. É uma investigação empírica que abrange o planejamento, as técnicas de coleta de dados e a análise dos resultados. Pode ser desenvolvido como estudo de caso único ou múltiplo, segundo Yin (2005). Nesta pesquisa foi realizado um estudo de caso único.

Yin (2005, p.19) refere que estes estudos são adequados “quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”. Tais referências justificaram a escolha do método de Estudo de Caso único para este trabalho.

A pesquisa foi realizada em seis etapas descritas a seguir e apresentadas no desenho de pesquisa.

- 1ª etapa - revisão bibliográfica dos tópicos pertinentes ao tema proposto na pesquisa.
- 2ª etapa - elaboração do instrumento de coleta de dados, a partir do referencial teórico que sustenta esta pesquisa. A seguir este instrumento foi submetido a uma validação por parte de 3 professores do Pós-Graduação de Administração da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, programa de Mestrado em Administração e Negócios.
- 3ª etapa - realização da coleta de dados. Esta etapa foi desenvolvida em duas fases, sendo que na primeira fase houve a realização de uma pré-etapa de 2 entrevistas, onde a

primeira entrevista foi usada como um pré-teste e na segunda entrevista foi definida pelo respondente a estratégia a ser analisada no estudo, seguidas de mais 3 entrevistas. Na segunda fase, foram construídos Mapas Cognitivos Individuais.

- 4ª etapa - análise dos dados - foram analisados os dados das entrevistas e dos Mapas Cognitivos Individuais separadamente por categorias hierárquicas organizacionais já definidas (estratégica, tática e operacional). A seguir, foi realizada uma síntese de todas as entrevistas da fase 1 da coleta de dados, respeitando cada nível hierárquico correspondente, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo. Depois foram construídos os Mapas Cognitivos Agregados, resultantes dos Mapas Cognitivos Individuais de cada nível hierárquico, da 2ª fase da coleta, através da adaptação da metodologia *SODA* descrita por Pidd (2001) e do Diagrama de Afinidades (MOURA 1994). Ao final desta etapa restou uma síntese de todas as entrevistas de cada nível hierárquico e um Mapa Cognitivo Agregado de cada nível hierárquico, a partir de todos os mapas cognitivos realizados.

- 5ª etapa – a comparação da síntese das entrevistas por nível hierárquico e dos Mapas Cognitivos Agregados de cada nível.

- 6ª etapa – apresentação dos resultados e das conclusões da pesquisa, relativos à avaliação da aplicação do Mapeamento Cognitivo no estudo dos fatores que influenciam a implementação das estratégias no ambiente hospitalar.

### 6.3 DESENHO DE PESQUISA

Para ilustrar as etapas deste estudo apresenta-se um desenho de pesquisa conforme a Figura 13.

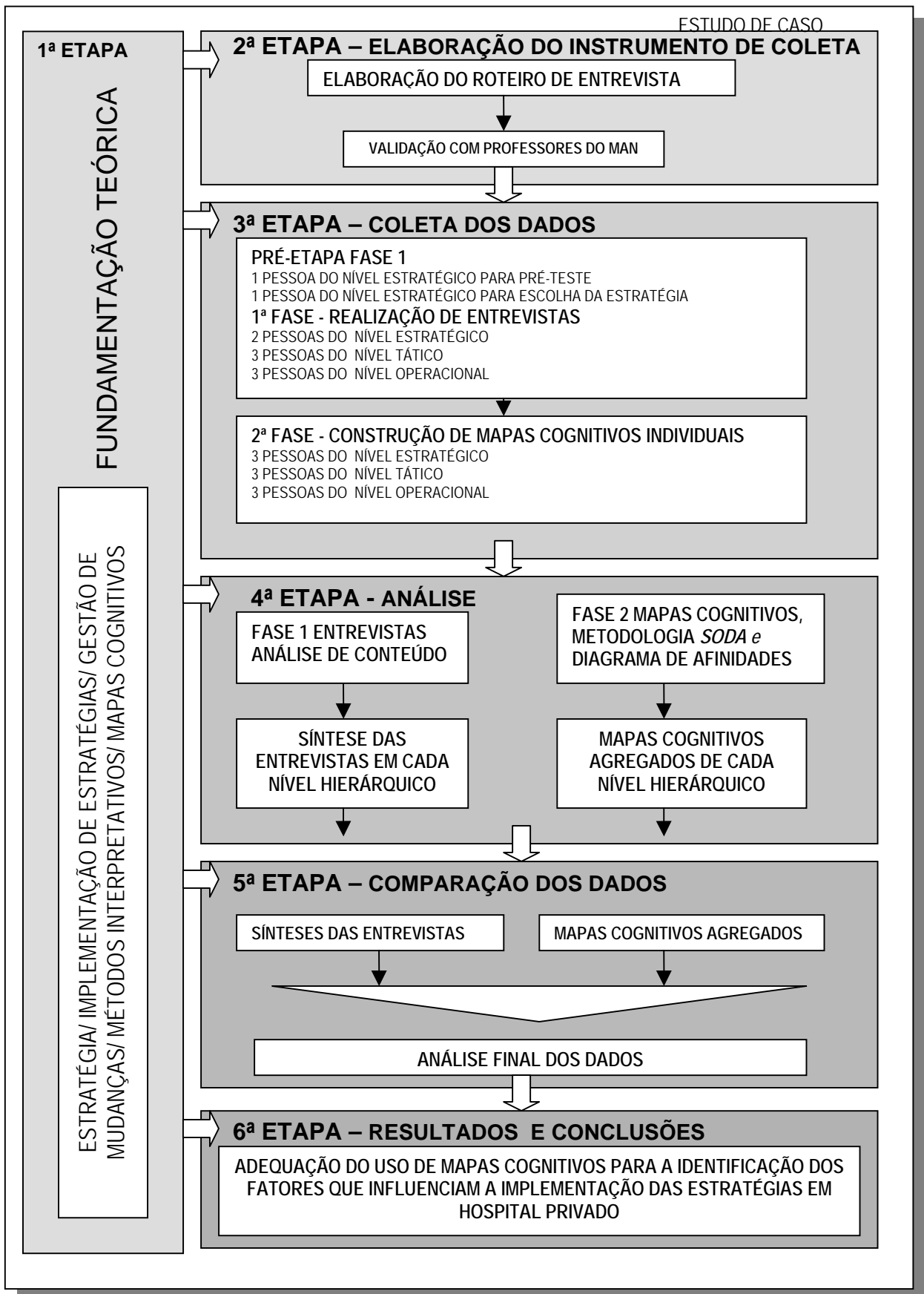


Figura 13 – Desenho de Pesquisa  
 Fonte: o Autor

## 6.4 UNIDADE DE ANÁLISE

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Mãe de Deus (HMD), em Porto Alegre (RS), que é uma das unidades de negócios do Sistema de Saúde Mãe de Deus, atendendo a clientes do Sistema de Saúde Privado. Os outros quatro hospitais deste Sistema situam-se no interior do Estado do RS e atendem exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Mãe de Deus é um hospital geral que possui aproximadamente 400 leitos e sua principal estratégia é o atendimento nas áreas de maior morbi-mortalidade / alta complexidade (doenças vasculares, câncer, trauma, saúde mental) e transplantes de órgãos e tecidos. A estrutura operacional do hospital proporciona a resolubilidade no diagnóstico e tratamento da alta complexidade. Este hospital foi escolhido para a realização do estudo por conveniência, pela facilidade de acesso às pessoas e aos documentos necessários para análise e por possuir um processo de gestão estruturado e maduro, possibilitando a análise do processo.

O Sistema de Saúde Mãe de Deus possui Planejamento Estratégico desde 1998, com políticas, diretrizes e metas que são avaliados sistematicamente, levados ao conselho para apreciação e replanejamento. O Planejamento Estratégico atualmente possui forte ênfase na qualidade médico-assistencial.

Em 2000 houve a formulação de um Modelo de Gestão para o Hospital Mãe de Deus, que vem sendo gradativamente implementado a partir do planejamento estratégico. Este modelo tem uma estrutura básica que agrega simultaneamente a capacidade de gestão, a competência técnica, a responsabilidade social, o desenvolvimento técnico-científico e pesquisa. Todos estes elementos estão no mesmo plano onde a estratégia geral é o equilíbrio entre estes 4 pilares que sustentam o modelo de gestão do hospital.

O Sistema de Saúde Mãe de Deus utiliza o *Balanced Scorecard* – BSC no Planejamento Estratégico do hospital com as Perspectivas Financeiras, Cliente e Mercado, Processos e Perspectiva Conhecimento e Aprendizado. Contudo, desenvolveram uma quinta perspectiva, chamada de Perspectiva Social, dada a natureza da sua mantenedora e da missão da Instituição. O duplo desafio do hospital é ser um hospital de excelência e provedor recursos para projetos sociais da mantenedora.

A gestão no hospital é integrada entre o Diretor Médico - científico, o Diretor Executivo, a Diretora Assistencial e o Diretor de Operações. A organização do corpo clínico e dos serviços médicos por especialidades se dão a partir da Controladoria Médico-Assistencial

– CMA- composta de gestores assistenciais das maiores áreas do hospital, Diretor Executivo, Diretora Assistencial e coordenado pelo Diretor Médico-científico. Coordenando todo o trabalho no Sistema de Saúde Mãe de Deus estão o Superintendente e a presidente e vice-presidente.

## 6.5 COLETA DE DADOS

De acordo com Yin (2005), recomenda-se utilizar mais de uma fonte de evidências. As fontes de evidências neste estudo foram:

(1) entrevistas - foram fontes relevantes neste estudo, pois se tratou da percepção das pessoas sobre o tema proposto na pesquisa, mesmo com os pontos fracos destacados por Yin (2005), como imprecisões, o modo reflexivo de avaliar as questões, entendimento das questões elaboradas;

(2) mapas cognitivos - foram representações explícitas das relações causais descritas pelos respondentes (pensamento reflexivo), sendo usados como referência para pesquisas com processo de entrevista (NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000).

A fonte primária de dados foram as entrevistas e os mapas cognitivos realizados com pessoas dos três níveis hierárquicos da empresa hospitalar escolhida: estratégico, tático e o operacional. Os respondentes foram escolhidos por nível hierárquico para estratificar as possíveis diferenças entre o pensamento destes grupos. A fonte secundária foi a revisão bibliográfica contendo temas de relevância para a pesquisa.

As entrevistas ocorreram no período de 6 de Dezembro de 2006 a 31 de Janeiro de 2007 e os Mapas Cognitivos Individuais foram realizados no período de 18 de Janeiro a 25 de Janeiro de 2007.

A figura 14 detalha as etapas da coleta de dados da 1ª e 2ª fases e a análise dos dados.

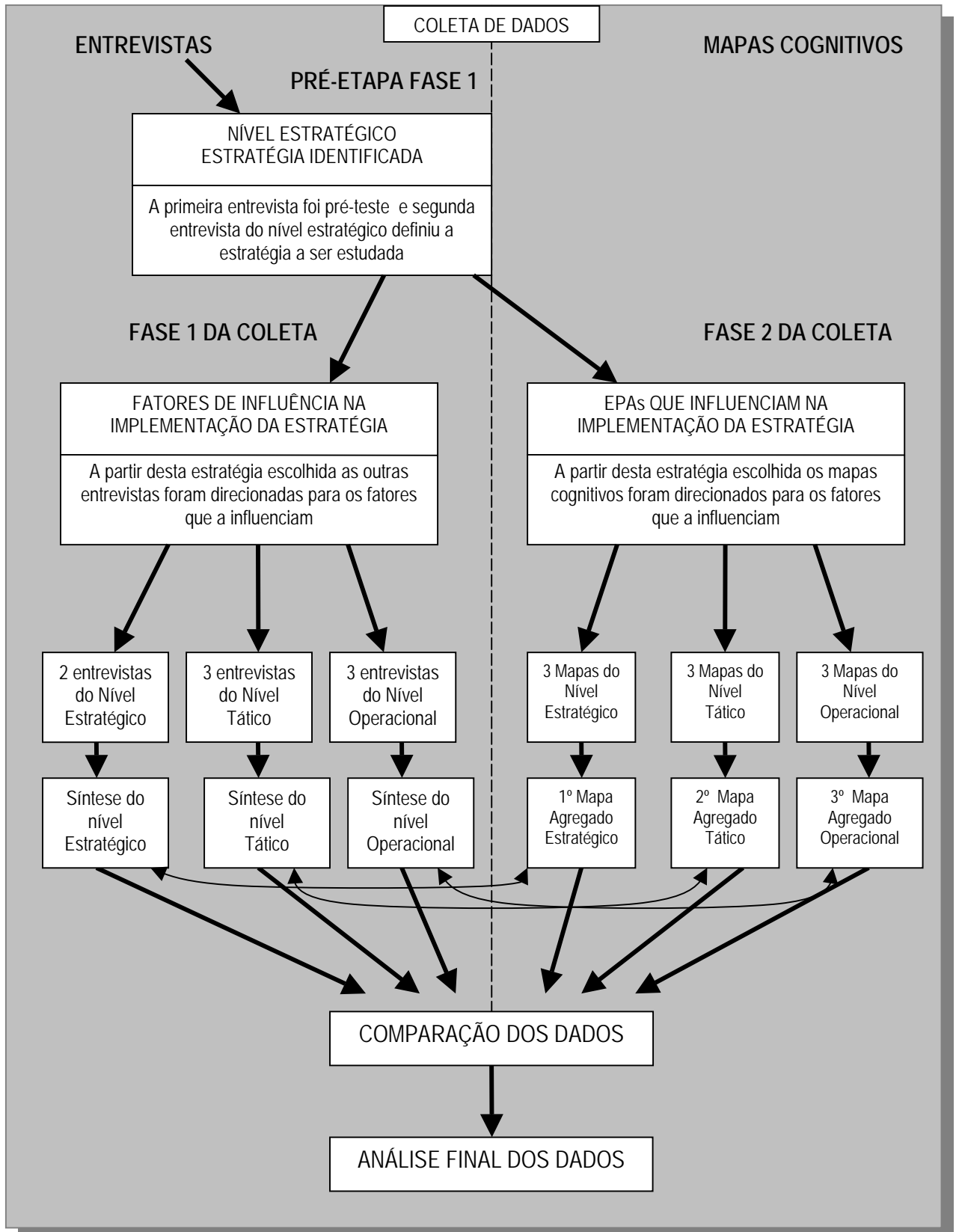


Figura 14 - Fluxograma da Coleta e Análise dos Dados

Fonte: o autor



## 6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados na Fase 1 da pesquisa foi utilizado o método de Análise de Conteúdo que, segundo Collis e Hussey (2005), é um dos procedimentos mais usados para avaliar materiais de diversas origens, como as entrevistas.

Foi realizada uma síntese dos dados dos respondentes das entrevistas, por nível hierárquico, agrupando as idéias concordantes entre os respondentes. Posteriormente, os dados destas sínteses foram comparados com os Mapas Cognitivos Agregados de cada nível hierárquico correspondente, conforme demonstra a Figura 16.

Para a etapa de análise dos dados da Fase 2 foi construído um mapa cognitivo de grupo a partir da fusão dos mapas dos três entrevistados de cada nível. Este é o segundo estágio da metodologia *SODA*, desenvolvida por Eden et al. (apud PIDD, 2001), que identifica as ligações, diferenças e semelhanças entre os mapas dos participantes e une os mapas (*merging*) e resultados, gerando um Mapa Estratégico único ou Mapa Cognitivo Agregado. Tal metodologia foi escolhida porque é a adequada para trabalhar com grupos. A agregação de mapas cognitivos individuais “reforça e seleciona os conceitos mais amplos, os dominantes e enriquece a ferramenta de negociação, representada pelo mapa cognitivo congregado” (JARDIM, 2001, p.14).

Para facilitar a compreensão dos dados fornecidos pelos Mapas Cognitivos Individuais foi utilizado o Diagrama de Afinidades que, segundo Moura (1994), é um método apropriado para a ordenação dos dados. No Diagrama de Afinidades os dados verbais coletados são agrupados de acordo com suas afinidades e relações naturais. Neste estudo, utilizaram-se as etapas de agrupar as cartelas ( que eram os conceitos dos Mapas Cognitivos, descritos pelos respondentes), totalizar os grupos de cartelas (a partir dos Elementos Primários de Avaliação) e desenhar o diagrama, descritos por Moura (1994, p. 28).

O próximo capítulo apresenta-se a Coleta dos Dados da Pesquisa.

## **7 A COLETA DOS DADOS**

A seguir está descrito como foi realizada a coleta dos dados e o detalhamento dos resultados das entrevistas e dos Mapas Cognitivos.

### **7.1 REALIZAÇÃO DA COLETA**

Na pré-etapa e na primeira fase da coleta de dados foram realizadas entrevistas abertas, semi-estruturadas, individuais. Tal escolha é justificada por Yin (2005) quando cita que a entrevista é uma fonte essencial de evidência para o estudo de caso, pois trata de questões humanas que devem ser captadas e interpretadas pelo pesquisador. Também são referidas por Gil (1999) como uma técnica adequada quando se pesquisa o sentimento, conhecimento, crenças, desejos e ações pretendidas pelo entrevistado, suas explicações e motivos a respeito do tema. É uma maneira de interação entre o pesquisador e o pesquisado.

O conteúdo das entrevistas da fase 1, seguindo a hierarquia dos três níveis, serviu como um orientador para a análise dos dados coletados através dos Mapas Cognitivos Individuais, da 2ª fase da coleta de dados. O objetivo desta comparação de dados foi avaliar o uso de Mapeamento Cognitivo como ferramenta de pesquisa organizacional em ambiente hospitalar, certificando-se da qualidade da informação obtida por este instrumento.

Os respondentes desta pesquisa obrigatoriamente eram integrantes da área assistencial, pois a estratégia escolhida foi implementada nesta área. Tal fato limitou a escolha dos respondentes nos níveis estratégico e tático e com menos repercussão no nível operacional. A escolha dos respondentes, tanto na fase das entrevistas como dos mapas cognitivos, foi por

conveniência com critério não estatístico. Ocorreu de acordo com a disponibilidade dos mesmos no nível operacional e a totalidade dos envolvidos com a estratégia implementada nos níveis estratégico e tático, visto o número limitado de pessoas ocupantes destes cargos hierárquicos.

As entrevistas foram realizadas no ambiente hospitalar pela dificuldade de afastamento dos entrevistados da área de atuação. A duração prevista para cada entrevista foi de 1h. Contudo, a duração média de cada entrevista do nível estratégico foi de 1h23min; do nível tático foi de 1h e do nível operacional foi de 57 min.

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas nas respectivas salas das pessoas entrevistadas. As duas primeiras entrevistas foram incluídas na pré-etapa da fase 1 e realizadas com o nível estratégico: a primeira entrevista foi utilizada como pré-teste do roteiro da entrevista e foi realizada com a Presidente e a segunda entrevista, que definiu a estratégia a ser analisada na pesquisa (Apêndice A), foi realizada com o Superintendente. O pré-teste na primeira entrevista foi considerado satisfatório, não necessitando de modificações no instrumento.

As demais entrevistas foram realizadas com duas pessoas do nível estratégico e três pessoas dos níveis tático e operacional (Apêndice B). No nível estratégico foram entrevistados: o Diretor Médico-Científico e o Diretor Executivo. No nível tático foram entrevistados o Gestor Médico do Centro de Tratamento Intensivo-CTI, o Gestor Médico da Emergência e a Supervisora de Enfermagem da Emergência e Pronto Atendimento. No nível operacional foi entrevistado um médico do Time de Resposta Rápida e duas enfermeiras executivas das Unidades de Internação. A entrevista de maior duração foi do Diretor Executivo ocorrendo em 1h30min e a entrevista de menor duração foi do Gestor Médico do Centro de Terapia Intensiva, ocorrendo esta em 45 minutos.

A primeira entrevista ocorreu com a Presidente do hospital utilizando o apêndice A e serviu de pré-teste para segunda entrevista. Do conteúdo da segunda entrevista, realizada com o Superintendente, foi destacada a estratégia que foi avaliada pelos respondentes das demais entrevistas da fase 1 e para a construção dos mapas cognitivos da fase 2. A estratégia escolhida nesta entrevista foi a Implementação do Time de Resposta Rápida (TRR) nas Unidades de Internação do HMD, que está vinculada a uma macro estratégia de diferenciação do hospital no mercado de saúde através da competência técnica. O Time de Resposta Rápida é um grupo médico-assistencial (médicos com formação em Terapia Intensiva) que dão suporte técnico-assistencial em casos de urgências médicas na unidade de internação. A ação deste TRR reduz as taxas de mortalidade e paradas cardíaco-respiratórias nas unidades,

elevando os índices de qualidade médico-assistenciais e de segurança para os pacientes.

Nas entrevistas foram utilizados roteiros de entrevista semi-estruturados, conforme apêndices A e B. O roteiro da primeira e segunda entrevistas (apêndice A), previstas na Pré- etapa da Fase 1, constou do bloco 1 que é a identificação dos dados do respondente; o bloco 2, que resultou na identificação de uma estratégia pelo respondente da segunda entrevista e o bloco 3, que detalhou a implementação das estratégias de forma geral e os fatores que afetam o processo de sua implementação, na visão dos respondentes. Os blocos 1 e 3 foram comuns aos roteiros dos apêndices A e B. No bloco 2 os roteiros dos apêndices A e B se diferenciaram em conteúdo, pois na segunda entrevista (apêndice A) o respondente identificou as estratégias e selecionou a que foi analisada no estudo: A Implementação do Time de Resposta Rápida nas Unidades de Internação do HMD. Os outros respondentes (apêndice B), neste bloco, relataram o processo de implementação das estratégias na empresa. As perguntas do Bloco 3 foram realizadas a partir da estratégia escolhida, seguindo a referência dos autores identificados no quando 7, referentes aos fatores que afetam a implementação da estratégia.

Na segunda fase da etapa da coleta de dados, foi aplicada uma das Metodologias Interpretativas referidas por Pidd (2001), especificamente o Mapeamento Cognitivo com abordagem individual, descrito por Eden *et al.* (*apud* PIDD, 2001). Segundo Collis e Hussey (2005), o Mapeamento Cognitivo é um método de análise qualitativa usado em narrativas de problemas e em projetos relativos ao desenvolvimento de estratégia, que justifica a sua escolha.

Neste estudo, o Mapa Cognitivo foi usado como ferramenta de pesquisa para identificar os fatores que influenciaram na implementação do Time de Resposta Rápida no HMD. Sua estratificação foi de mapa causal por identificar relações de influência e causalidade entre os fatores, condição necessária para a análise do tema. Os gráficos representativos dos mapas cognitivos causais foram dispostos em um formato de rede de associações entre os conceitos, usando setas indicadoras de sentido da causalidade (+ ou -) ou da natureza da relação.

De acordo com a classificação dos Mapas Cognitivos, segundo Fiol e Huff (*apud* Jardim, 2001) foram utilizados no estudo:

- 1) quanto ao tipo, **mapa de contexto**, pois utilizou informações sobre o ambiente decisório que envolveu os pontos de referência e julgamentos;
- 2) quanto ao uso, **ferramenta**, pois apresentou um caráter dinâmico e flexível que pôde ser modificado e usado em questões complexas;
- 3) quanto aos componentes, são **causais** ou de **argumentação**, porque estabeleceram

as ligações entre os conceitos ao longo do tempo num raciocínio causal;

4) quanto ao tipo de intervenção, **organizacional a partir do individual**;

5) quanto à análise, **hierárquico**, pois considerou a hierarquia dos componentes (meio, fim, ações, dados) respeitando uma ordem racional.

Foi aplicado o modelo bipolar na construção dos mapas cognitivos, descrito por Eden *et al.* (*apud* PIDD, 2001), pois utilizou, além dos conceitos, o sistema de ligações entre eles próprios. Dentro das abordagens descritas por Pidd (2001), foi utilizada a **abordagem empática não impositiva**, visto que a analista/pesquisadora entendia completamente o problema da maneira como o entrevistado o viu, justificada pela citação de Pidd (2001, p.149) “...o analista precisa, além de dominar a técnica, conhecer o processo que está analisando”.

A pesquisadora tinha conhecimento sobre a formulação e a implementação desta estratégia escolhida na entrevista com o superintendente, pois participou do processo na época em que ocorreu.

Também realizados através de entrevistas, os Mapas Cognitivos Individuais foram aplicados no ambiente hospitalar pela dificuldade de afastamento dos entrevistados da área de atuação e por recomendação de Jardim (2001, p.5) “cada entrevista deve durar entre 60 a 90 minutos e ser realizada no ambiente do entrevistado, ou em local neutro”.

Para a construção dos mapas foi preparada uma sala exclusiva dentro do hospital, livre de interrupções e com o material necessário para a construção dos mapas (quadro branco, papel, pincel atômico de várias cores, cartelas adesivas grandes e pequenas e canetas). Primeiramente foi explicado aos respondentes o que eram Mapas Cognitivos e como eram desenvolvidos, posteriormente, explicou-se sobre o tema proposto na construção destes: “A implementação do Time de Resposta Rápida no HMD”.

A duração prevista era de 1 hora para a construção de cada mapa. No entanto a duração média foi maior. No nível estratégico a duração média foi de 2h25min, no nível tático foi de 1h27min e no nível operacional foi de 1h30min. O Mapa Cognitivo Individual de maior tempo para a realização foi de 3h10 min (este mapa por circunstâncias profissionais do respondente teve que ser realizado em duas etapas) e o menor tempo foram de 1h10min.

Os Mapas Cognitivos Individuais foram construídos a partir de um roteiro descrito no apêndice C, referido por Jardim (2001) e Pidd (2001):

- Inicialmente foi apresentada a questão-chave para os respondentes:

**O que afetou a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD?**

- No 1º passo, de acordo com o roteiro, os respondentes deveriam escolher o rótulo do problema. No entanto, na maioria dos mapas construídos neste estudo, os respondentes

alteraram o rótulo do problema no decorrer do 4º passo, quando estes definiram a hierarquia dos conceitos e suas ligações de influência.

- No 2º passo houve a descrição dos Elementos Primários de Avaliação (EPAs) Foi dada a alternativa e todos os respondentes utilizaram a referência dos autores identificados no Quadro 7, relativos aos fatores que afetam a implementação da estratégia. Alguns respondentes incluíram EPAs não descritos no Quadro 7. Cada EPA foi escrito em uma pequena cartela adesiva para a posterior distribuição gráfica do mapa. A padronização da terminologia a partir do Quadro 7, entre os fatores que afetaram a implementação, identificados pelos respondentes nas entrevistas e os EPAs descritos nos mapas, favoreceu a análise posterior dos dados e serviu de orientador para os respondentes, enriquecendo o conteúdo.

- No 3º passo os respondentes definiram o sistema de conceitos, a partir dos EPAs já identificados e caracterizaram os opostos psicológicos. O conceito foi escrito em cartelas adesivas, onde o pólo presente foi da cor azul e seu oposto psicológico em vermelho, para facilitar na definição das relações hierárquicas no 4º passo. A cada cartela de conceito foi anexada uma cartela adesiva menor com o EPA correspondente, para facilitar a raciocínio lógico do respondente. A Figura 15 representa como foi realizado.

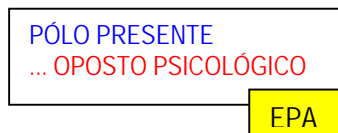


Figura 15 - Modelo da cartela adesiva com a descrição do conceito contendo o EPA Correspondente, para a montagem do Mapa Cognitivo Individual.

Fonte: Adaptado de Jardim (2001, p.10).

- No 4º passo os respondentes definiram a hierarquia dos conceitos, identificando os conceitos-meio e os conceitos-fim. Os respondentes distribuíram no quadro branco as cartelas adesivas com a descrição dos conceitos, com seus EPAs correspondentes, de acordo com sua lógica de pensamento, identificando os conceitos que ficaram na base e no topo do mapa. Seguiram desenhando setas no quadro com pincel atômico azul (relação do pólo presente de um conceito com pólo presente de outro) ou vermelho (relação do pólo presente de um conceito com o oposto psicológico de outro). Estas setas marcaram as relações de influência entre os conceitos, seguindo em direção ao rótulo do problema, para responderem à questão-chave.

- Ao finalizar cada Mapa Cognitivo Individual este foi transcrito através do

computador e foi emitida uma via para confirmação posterior de seus dados com o respondente.

Fizeram parte desta coleta três pessoas de cada um dos três níveis hierárquicos da empresa hospitalar escolhida. No nível estratégico foram realizados Mapas Cognitivos Individuais com o Diretor Médico de Operações, a Diretora Assistencial e o Consultor Técnico da Superintendência. No nível tático foram realizados Mapas Cognitivos Individuais com a Gerente do Centro de Epidemiologia e Gestão de Risco (SEGER), a Supervisora de Enfermagem do Centro de Tratamento Intensivo-CTI e com a Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética. No nível operacional foram realizados Mapas Cognitivos Individuais com o médico do Time de Resposta Rápida, enfermeira executiva da Unidade de Internação e médico do Centro de Terapia Intensiva-CTI. Os respondentes da fase 1 não foram os mesmos da fase 2, dentro de cada nível hierárquico foram escolhidos respondentes distintos para cada fase da pesquisa. Tal fato se justifica por que os respondentes da fase 1 já teriam conhecimento do conteúdo a ser abordado e isto poderia influenciar na construção dos mapas da fase 2.

Após a construção dos Mapas Cognitivos Individuais, iniciou-se a fase de fusão entre os mapas do mesmo nível hierárquico. O método utilizado foi uma adaptação da metodologia *SODA*, descrita por Eden *et al.* (*apud* PIDD, 2001) e o Diagrama de Afinidades, referido por Moura (1994). Foram construídos, primeiramente, os Mapas Cognitivos Individuais e, posteriormente, estes mapas foram agregados por nível hierárquico numa técnica de sobreposição chamada por Eden *et al.* (*apud* PIDD, 2001) de *Merging*. Este processo teve início com a procura de ligações, diferenças e semelhanças entre os mapas dos respondentes e gerou uma agregação dos mapas individuais para a análise final. Para organizar os conceitos vinculados aos seus EPAs foi utilizado o Diagrama de Afinidades, pois é um método que possibilita maior compreensão de dados inicialmente desordenados (MOURA, 1994), dado o número expressivo de conceitos ou construtos estabelecidos pelos respondentes de cada nível hierárquico. Tais conceitos foram ordenados por afinidades que favoreceram o entendimento das relações existentes nos Mapas Cognitivos Agregados.

A seguir descrevem-se os passos realizados para a agregação dos Mapas Cognitivos Individuais de cada nível hierárquico:

1º) Foi realizado o Diagrama de Afinidades associando os conceitos descritos nos 3 Mapas Cognitivos Individuais aos seus EPAs correspondentes. Os EPAs, que na construção dos mapas, seguiram a terminologia do Quadro 7, passaram a ser os rótulos do Diagrama de Afinidades.

2º) Foram reunidos todos os EPAs e seus conceitos descritos nos 3 Mapas Cognitivos Individuais e identificados às semelhanças entre eles. O fato das cartelas dos conceitos conterem os EPAs aderidos a elas, facilitou agregação dos conceitos.

3º) Cada EPA ou rótulo de afinidade possuiu de 2 a 3 conceitos descritos pelos respondentes em seus mapas individuais. Um exemplo pode ser visto na Figura 16.

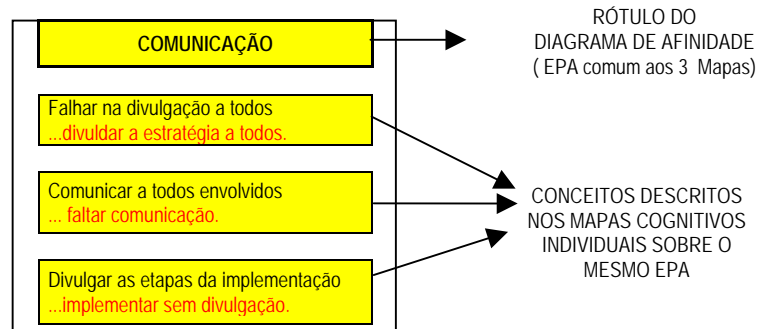


Figura 16 - Diagrama de Afinidade descrevendo um EPA comum aos 3 Mapas Cognitivos Individuais.  
Fonte: Adaptado da Figura 3.2 de Moura (1994, p. 30).

4º) Colocou-se todos os EPAs e seus conjuntos de conceitos num mesmo mapa. Alguns EPAs ficaram apenas com um conceito, pois estavam presentes em um só mapa individual.

5º) Transcreveram-se para este mapa todas as relações existentes entre os EPAs nos Mapas Cognitivos Individuais, sendo que cada cor diferente do traçado representa um destes mapas (caso houvesse necessidade de identificação futura). Houve um número expressivo de setas coloridas no Mapa Cognitivo Agregado, decorrente do número de EPAs e suas relações, que dificultou a visibilidade das relações e a interpretação dos dados.

6º) Foram marcados com traçados mais espessos e de cor preta as relações que se mostraram comuns a 2 ou 3 mapas simultaneamente.

7º) Foi realizado uma síntese do Mapa Cognitivo Agregado original, deixando somente os EPAs comuns a 2 ou 3 mapas individuais e suas relações, para melhor visualização e análise dos dados. Segue o exemplo da representação gráfica da síntese de um dos Mapas Cognitivos Agregados na Figura 17.

O mesmo processo foi realizado para unir os Mapas Cognitivos Individuais de cada nível hierárquico separadamente, constituindo um Mapa Agregado do nível Estratégico, um



do Tático e um do Operacional com seus respectivos mapas sintéticos.

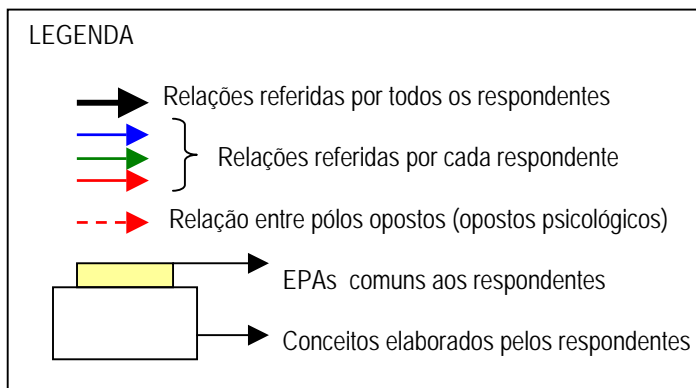
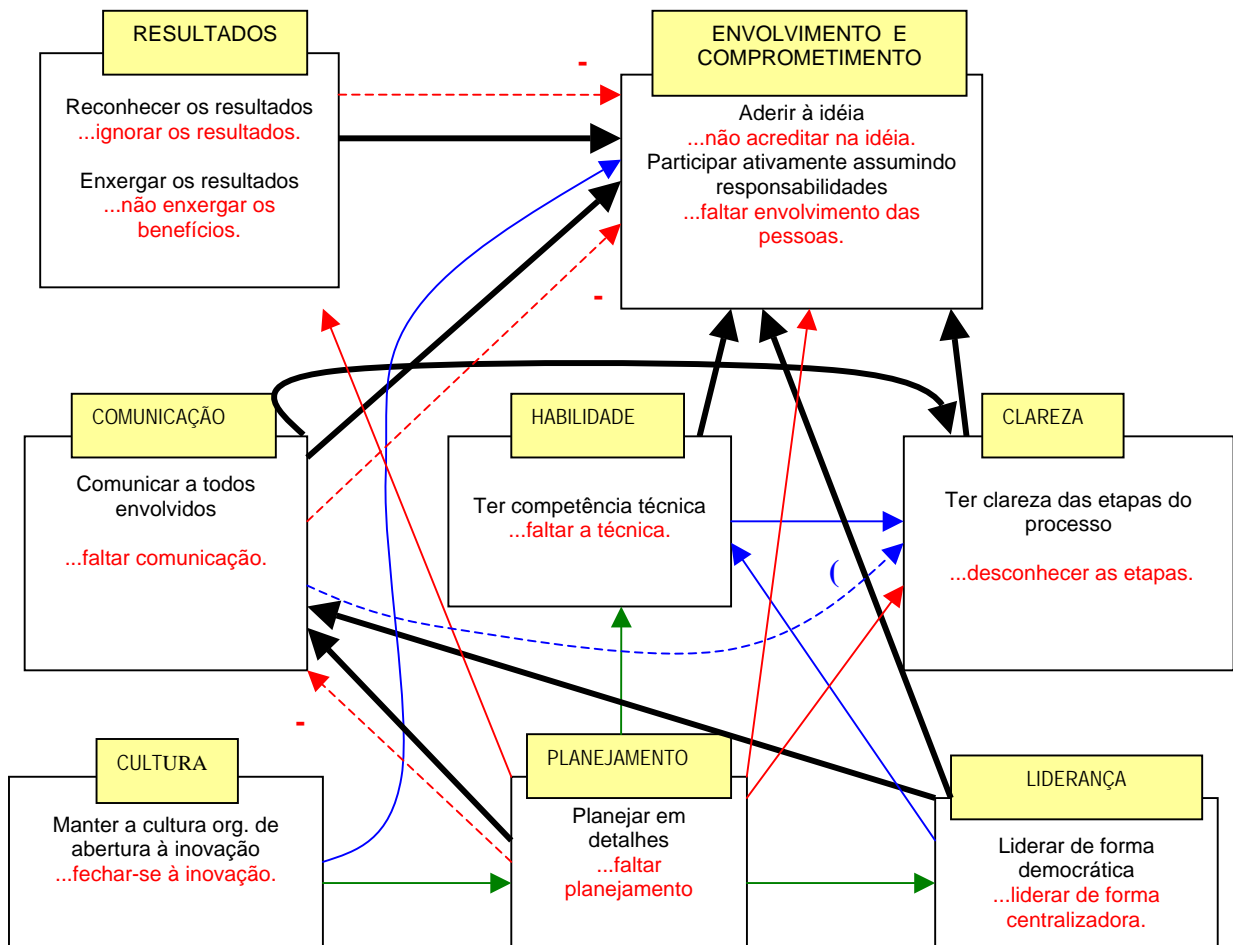


Figura 17 - Representação Gráfica da síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional. Fonte: o autor

## 7.2 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

As duas primeiras entrevistas, com o Superintendente e a Presidente do hospital em estudo, integrantes do nível Estratégico e realizadas a partir do Roteiro do Apêndice A, relataram no Bloco da Estratégia que a empresa hospitalar do estudo possui Planejamento Estratégico formal, desde 1998.

As grandes estratégias identificadas pelos respondentes foram:

1) **Aumentar a competência técnica** para promover a diferenciação da qualidade assistencial através da gestão de risco, desenvolvimento de serviços médicos / especialidades médicas, implementação do modelo do Time de Resposta Rápida.

2) **Capacidade de gestão operacional**, com mudança na estrutura organizacional, basicamente uma redistribuição hierárquica e funcional, para dar apoio ao crescimento da competência técnica.

3) **Desenvolvimento técnico-científico e pesquisa** apoiado pelas mudanças na estrutura operacional, com a criação de uma diretoria executiva. Esta Diretoria integra a área administrativa e médico-assistencial, criando um cargo de Diretor de Operações e separando o Diretor Médico para outras atribuições de desenvolvimento técnico-científico nas especialidades médicas, enquanto o Diretor de Operações é responsável pelos processos assistenciais. Tal estratégia apoiará a necessidade de aquisição de conhecimento. Um desdobramento desta estratégia é a criação da Universidade Corporativa.

4) **Crescer a Responsabilidade Social** tanto no aspecto quantitativo, quanto no aspecto qualitativo, com a reestruturação física e funcional dos hospitais que atendem o SUS dentro do Sistema Mãe de Deus.

O respondente da segunda entrevista identificou a estratégia a ser trabalhada neste estudo. Para este a mais relevante é o investimento em competência técnica por estar mais focada no negócio do Hospital e por ser uma estratégia que garante a diferenciação do hospital no mercado de saúde. Dentro desta grande estratégia, a estratégia escolhida foi a implementação do Time de Resposta Rápida nas Unidades de Internação com a atuação sincrônica do médico e do enfermeiro. O Time de Resposta Rápida tem demonstrado através de indicadores ser um diferencial na gestão de risco e qualidade assistencial.

No Bloco 2 do Apêndice A, referente a fatores que influenciam na implementação das estratégias na empresa, os respondentes referiram existir dificuldades na operacionalização e velocidade do processo de implementação das estratégias gerais da empresa. Segundo os respondentes a diretoria estatutária, diretoria executiva e gestores das áreas participam da implementação das estratégias e são responsáveis por repassar as mesmas a todos os subordinados.

Os fatores dificultadores e facilitadores da Implementação das estratégias encontram-se descrito nos Quadros 15 e 16.

**NÍVEL ESTRATÉGICO – PRÉ-ETAPA FASE 1 - ENTREVISTAS**  
**FATORES GERAIS QUE AFETAM A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DO HMD**  
**FATORES DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO**

FATOR	OBSERVAÇÕES
1. Modelo inovador	É necessário aprendizagem
2. Competência profissional	Preparação ainda incompleta para as estratégias deste modelo
3. Resistência a mudanças	Mais no nível superior hierárquico (acionistas) do que operacional
4. Processo avaliativo	Detalhamento maior dos indicadores médico-assistenciais
5. Tecnologia da Informação	Não atende as necessidades atuais
6. Complexidade dos processos assistenciais	
7. Contingências externas	Questões legais da Filantropia e de fontes pagadoras
8. Desenvolvimento Estratégico	Deveria ser mais dinâmico
9. Conflito de poder	Nas esferas profissionais
10. Crescimento rápido	Desestabiliza os resultados, processo dinâmico não bem planejado.
11. Cultura dos acionistas	Cultura religiosa com pouca flexibilização
12. Quebra de continuidade	Saída de pessoas que levam o conhecimento tácito
13. Disciplina no processo	Por um conhecimento técnico heterogêneo de gestão
14. Comunicação interna	Deficiência no repasse de informações para quem implementa a estratégia

Quadro 15 - Fatores Dificultadores na Implementação das Estratégias Gerais do HMD referidos pelo Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

Os respondentes desta etapa da coleta referiram-se a fatores que influenciaram na implementação de forma genérica na empresa e não se referiram à estratégia escolhida na 2ª entrevista.

**NVEL ESTRATÉGICO – PRÉ-ETAPA FASE 1 - ENTREVISTAS**  
**FATORES GERAIS QUE AFETAM A IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DO HMD**  
**FATORES FACILITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO**

FATOR	OBSERVAÇÕES
1. Estrutura organizacional	Após mudanças hierárquicas implementadas
2. Cultura organizacional	
3. Liderança	
4. Alinhamento estratégico	Na forma de acompanhamento do planejamento estratégico e as métricas dos planos
5. Disciplina e Habilidades	Com crescimento importante
6. Conhecimento	
7. Aprendizado organizacional	Todo este processo é um ciclo de aprendizagem
8. Reconhecimento pelos resultados	Há divisão dos méritos das conquistas
9. Clareza da estratégia	
10. Relacionamento e comprometimento	
11. Socialização do conhecimento	Gera integração organizacional
12. Valores da organização disseminados	

Quadro 16 – Fatores Facilitadores na Implementação das Estratégias Gerais do HMD referidos pelo Nível Estratégico.  
 Fonte: o Autor

Os demais respondentes utilizaram o Roteiro do Apêndice B. Segue a síntese destas entrevistas em cada nível hierárquico:

**A) Síntese das entrevistas na fase 1- Nível Estratégico**

No Bloco referente à Estratégia os respondentes referiram ter conhecido as estratégias através das reuniões do processo de definição das estratégias.

Os respondentes citaram as seguintes estratégias:

- ampliação e qualificação dos projetos sociais;
- fazer saldo de caixa;
- atendimento de excelência;
- novas formas de relacionamento com o mercado;
- identificar e desenvolver novos produtos e serviços;
- novo posicionamento da Universidade Corporativa.

Os respondentes acreditam que existam algumas estratégias mais relevantes e não apenas uma. Identificaram 6 estratégias, uma para cada perspectiva do *BSC*, descritas no Planejamento Estratégico do hospital. Desta forma, mantém-se uma visão sistêmica da empresa e o equilíbrio entre as perspectivas.

Os respondentes referiram-se à implementação do Time de Resposta Rápida no HMD como: acompanhada através de indicadores específicos e ferramentas assistenciais que colaboram de forma pró-ativa e não reativa para as questões de segurança médico-assistencial.

Os respondentes do nível Estratégico definiram como dificultadores e facilitadores os fatores descritos no Quadro 6. Estes fatores estão descritos nos Quadros 17 e 18. Alguns dos fatores foram neutros na referência das entrevistas.

#### NÍVEL ESTRATÉGICO

##### FATORES DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA

FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº. CITAÇÕES
1. Resistência a Mudanças por parte de alguns médicos assistentes	Somente no primeiro momento e bem menor do que esperado.	2
2. Conflito de Poder	Não atrapalhou a implementação, mas sim a continuidade e a comemoração dos resultados.	2
3. Saída do líder do projeto	Houve uma lacuna na continuidade das pesquisas para ampliação do projeto, até se estabelecer o novo líder do projeto. Atraso nas discussões da Controladoria Médico-Assistencial, sobre o modelo conceitual da assistência para a segurança.	1
4. Recursos financeiros insuficientes para expandir o modelo nas 24 horas	Investimentos altos levaram a uma negociação da estrutura inicial do projeto.	1
5. Custo do projeto	Investimentos altos levaram a uma negociação da estrutura inicial do projeto.	1
6. Sistema de Informação	Dificultou uma avaliação mais rápida dos resultados. A coleta dos dados formais foi trabalhosa.	2
7. Necessidade de reestruturação da Controladoria Médico-Assistencial (CMA)	Reuniões periódicas da Direção Médico-Científica, Direção executiva, Direção Assistencial com os gestores das áreas estratégicas.	1
8. Problemas externos à empresa	Falta de algum tipo de reconhecimento por parte das operadoras de saúde em relação a esta estrutura diferenciada e o fato do paciente também desconhecer esta estrutura.	1
10. A comemoração individual do sucesso	Os aspectos pessoais de vaidade e disputas pessoais pelos louros do resultados interferindo nas relações dentro da CMA.	1
11. Cultura Organizacional	Interferiu no início, pois necessitou ser mudada.	1

Quadro 17 – Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

**NÍVEL ESTRATÉGICO**  
**FATORES FACILITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA**

FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº. CITAÇÕES
1. Tipo de Liderança	Trabalharam com facilidade a aceitação desta estratégia	2
2. Disciplina e Habilidade		2
3. Envolvimento e Comprometimento	Provocou uma mudança fantástica e houve total comprometimento por partes das pessoas da CMA	2
4. Valores e Responsabilidades Compartilhados	Um dos fatores mais importantes. Foi compartilhada a descoberta e a crença de se ter a condição de fazer e obter ganhos concretos.	2
5. Reconhecimento pelos Resultados		2
6. Simplificação do processo	Teve uma mecânica interessante.	1
7. Planejamento	Foi muito bem realizado inclusive na escolha das pessoas.	2
9. Medidas de Controle do Processo	Foi informal, mas existiu sempre.	2
10. Desenvolvimento Estratégico Dinâmico	Foi intenso, competente e gerou resultados rápidos.	1
11. Comunicação da estratégia a todos	Foi muito efetiva.	2
12. Clareza da estratégia	Para quem iria executar foi muito bem feita, tanto para os médicos hospitalistas, quanto para as enfermeiras.	2
11. Alinhamento Estratégico na Organização	O alinhamento foi total, foi um grande salto de qualidade.	2
12. Modelos Mentais	Houve sincronia de pensamentos das pessoas e do objetivo da estratégia.	1
13. Cultura Organizacional		1
14. Aprendizado organizacional	Foi muito intenso. Servirá de modelo para ações futuras. O caminho está aberto.	2

Quadro 18 - Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

### **B) Síntese das entrevistas na fase 1- Nível Tático**

No Bloco referente à Estratégia os respondentes referiram ter conhecido as estratégias através das reuniões e pela participação na elaboração do Planejamento Estratégico.

Os respondentes citaram as seguintes estratégias:

- Captação de novos clientes;
- Desenvolvimento de especialidades-chave;
- Adquirir hospitais do SUS para reforçar a questão social (manter Filantropia);
- Conquista da excelência nos processos assistenciais;
- Multiplicar o processo de gestão para outros hospitais.

As estratégias mais relevantes descritas pelos respondentes foram: a segurança no processo médico-assistencial, a certificação da Acreditação nível 3 da Organização Nacional de Acreditação - ONA e a criação de um Centro de Epidemiologia.

Os respondentes referiram-se à implementação do Time de Resposta Rápida no HMD como: uma ação integrada, com uma escolha das pessoas com perfil necessário, planejamento centralizado na liderança do projeto, com ações preparatórias para esta estratégia iniciar e com reuniões específicas para a implementação da estratégia.

Os respondentes do nível Tático definiram como dificultadores e facilitadores fatores incluídos no Quadro 6. Estes fatores estão descritos nos Quadros 19 e 20. Alguns dos fatores foram neutros na referência dos entrevistados.

NÍVEL TÁTICO		
FATORES DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA		
FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº CITAÇÕES
1. Resistência a Mudanças por parte de alguns médicos assistentes	Foi menor do que o esperado.	2
2. Conflito de Poder	Como este modelo assistencial habilita as pessoas que coordenam este processo para um conhecimento maior e mais abrangente, acaba habilitando esta pessoa para um cargo gerencial maior.	2
3. Sistema de Informação	Inexistente para o acompanhamento assistencial.	2
4. Problemas externos a empresa	Relação comercial com as fontes pagadoras (quanto vale a qualidade?).	2
5. Valores e responsabilidades compartilhados	Em relação ao perfil do líder do projeto que não dividia com seus pares (gestores).	1

Quadro 19 - Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Tático.

Fonte: o Autor

NÍVEL TÁTICO		
FATORES FACILITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA		
FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº CITAÇÕES
1. Tipo de Liderança	Lideranças positivas fazendo seguidores ( médica e de enfermagem), muito envolvidas no processo.	3
2. Disciplina e Habilidade	Por que os médicos hospitalistas já conheciam o processo da casa e as características técnico-comportamentais destes profissionais.	3
3. Envolvimento e Comprometimento	As pessoas aceitaram o desafio. Fundamental para o sucesso da implementação. Comprometimento coletivo.	3
4. Valores e Responsabilidades	Possibilita a clareza dos papéis e da integração entre os enfermeiros e médicos.	1
5.Reconhecimento pelos Resultados	Ocorreu da parte da direção e da área assistencial. O reconhecimento foi intenso da participação médica nestes resultados, não integrando a enfermagem como participante deste conquista.	3
6. Estrutura Organizacional	Já estava pronta. Foi muito relevante.	3
7. Simplificação do processo	A experiência prévia dos médicos hospitalistas no atendimento de áreas como a unidade de internação facilitou o processo, ( não era complexo).	3
8. Planejamento	A estratégia foi bem montada, mérito da liderança do projeto. Muito relevante.	3
9. Medidas de Controle do Processo		3
10. Desenvolvimento Estratégico Dinâmico	Todo o processo foi muito rápido e logo gerou resultados pela forma como foi conduzido.	1
11. Comunicação da estratégia a todos	Feita de forma cuidadosa e eficiente. O hospital inteiro sabia o que estava acontecendo.	3
12.Clareza da estratégia		3
11. Alinhamento Estratégico na		3
12.Modelos Mentais	Um novo modelo mental foi criado.	2
13.Cultura Organizacional	Como houve grande adesão promoveu mudança na cultura organizacional. A cultura da inovação e pioneirismo facilitaram tudo.	2
14. Aprendizado	Importante para as ações futuras.	3
15. Processo de <i>feedback</i> contínuo	Ciclo de melhoria a cada ação.	1
16. Escolha do momento certo	Foi realizada num cenário propício da instituição.	1

Quadro 20 - Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Tático.

Fonte: o Autor

### C) Síntese das entrevistas da Fase 1 - Nível Operacional

No Bloco referente à Estratégia os respondentes referiram ter conhecido as estratégias através das reuniões com a diretoria, na apresentação do Planejamento Estratégico e em reuniões com a supervisão da área. As estratégias citadas pelos respondentes foram:



- Ser competitiva;
- Ser vista com uma empresa de excelência;
- Garantir segurança nos processos assistenciais;
- Capacitação do corpo assistencial;
- Desenvolvimento do modelo médico-assistencial.

As estratégias identificadas como mais relevantes pelos entrevistados neste nível hierárquico foram: investimento em capacitação técnica, atendimento de segurança assistencial.

Os respondentes referiram-se à implementação do Time de Resposta Rápida no HMD como: um processo contínuo, constituído passo a passo, implementado através de reuniões do líder com toda a equipe envolvida, havendo acompanhamento dos resultados e o alinhamento das ações futuras.

Os respondentes identificaram os fatores de influência descritos nos Quadros 21 e 22, a seguir. Usaram como referência o Quadro 6, onde classificaram os fatores dificultadores, facilitadores. Alguns fatores não tiveram influência no processo de implementação do Time de Resposta Rápida no HMD, segundo estes entrevistados.

NÍVEL OPERACIONAL		
FATORES DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA		
FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº CITAÇÕES
1. Resistência a Mudanças por parte de alguns médicos assistentes	Foi menor que o esperado.	3
2. Conflito de Poder	Houve disputa na apropriação do projeto na fase de resultados por parte do líder do projeto, culminando na saída do mesmo.	3
3. Saída do líder do projeto	Gerou insegurança em quem operacionalizava o projeto.	1
4. Recursos financeiros insuficientes para expandir o modelo nas 24 horas	Foi implantado nas 12 horas diárias de segunda a sexta. Faltava final de semana e noite.	1
5. Disciplina e Habilidade	Por ser um processo novo necessitando de aprendizado.	1
6. Sistema de Informação	Dificultador na coleta dos dados, acontecendo de forma manual.	1
7. Desenvolvimento estratégico dinâmico	A rapidez entre planejamento e implementação gerou dificuldade de acompanhamento por parte da operação (tempo).	1

Quadro 21 - Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Operacional.

Fonte: o Autor

NÍVEL OPERACIONAL		
FATORES FACILITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA		
FATOR	OBSERVAÇÕES	Nº CITAÇÕES
1. Tipo de Liderança	Acompanhamento direto e apoio total no dia a dia, dando autonomia para a ação. Atitudes positivas envolvendo todos os níveis da operação.	3
2. Disciplina e Habilidade	Em relação ao preparo técnico e emocional do time de resposta rápida.	2
3. Envolvimento e Comprometimento	Em relação a todos envolvidos na operacionalização do projeto, por que todos entenderam os amplos benefícios da proposta. A atitude dos hospitalistas não gerou rejeição e a empatia entre as pessoas promoveu comprometimento.	3
4. Valores e Responsabilidades Compartilhados	Integração total do médico hospitalista e dos enfermeiros, cada um sabendo bem o seu papel. Agregou valor a todos.	3
5.Reconhecimento pelos Resultados	Chegou de forma rápida e intensa, deixando claro que existia uma lacuna que o modelo preencheu. Existiu muita gratificação no trabalho. Houve ganho assistencial e motivacional.	3
6. Estrutura Organizacional	Deu respaldo à necessidade técnica.	3
7. Simplificação do processo	Com a clareza no repasse do modelo e por que o mesmo é um facilitador da assistência, este não foi um processo de implementação complexo.	3
8. Planejamento	Muito bem realizado e determinante do sucesso a escolha das pessoas.	3
9. Medidas de Controle do Processo	Sempre ocorreu possibilitando acompanhar os resultados e orientando ações.	3
10. Desenvolvimento Estratégico Dinâmico	A formulação e o planejamento do projeto foi dinâmico e a implementação foi muito natural.	2
11. Comunicação da estratégia a todos	Realizada de forma efetiva e inicial por todos os envolvidos na operacionalização e de forma paulatina aos médicos do corpo clínico.	3
12.Clareza da estratégia	Não só ficou clara a estratégia como também os papéis dos profissionais envolvidos. Foi efetiva e foi fator de aceitação.	3
11. Alinhamento Estratégico na Organização	Foi tão preciso que algumas ações prévias no planejamento do novo modelo médico-assistencial já tinham sido implementadas ( <i>MEWS</i> - Escore Precoce de Risco Modificado). Ao mesmo tempo estará alavancando ações futuras.	3
12.Modelos Mentais	Houve uma sintonia nos modelos mentais das pessoas, todos querendo o mesmo objetivo numa atitude contagiante. Isto determinou a rapidez de aceitação do projeto.	3
13.Cultura Organizacional	A cultura da inovação e do pioneirismo da instituição fortaleceu a aceitação e facilitou a implementação.	3
14. Aprendizado organizacional	Gerou ensinamento a todos, houve mudança comportamental e técnica das equipes. Nos faz aprender como fazer. Foi um exercício do trabalho em equipe.	3

Quadro 22 - Fatores Facilitadores. na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelo Nível Operacional.

Fonte: o Autor

Segue nos Quadros 23 e 24 um resumo dos fatores facilitadores e dificultadores identificados nos 3 níveis hierárquicos, possibilitando uma comparação entre os níveis.

FATORES FACILITADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA			
FATORES FACILITADORES	NÍVEL ESTRATÉGICO	NÍVEL TÁTICO	NÍVEL OPERACIONAL
1. Tipo de Liderança	2	3	3
2. Disciplina e Habilidade	2	3	2
3. Envolvimento e Comprometimento	2	3	3
4. Valores e Responsabilidades	2	1	3
5.Reconhecimento pelos Resultados	2	3	3
6. Estrutura Organizacional	0	3	3
7. Simplificação do processo	1	3	3
8. Planejamento	2	3	3
9. Medidas de Controle do Processo	2	3	3
10. Desenvolvimento Estratégico Dinâmico	1	1	2
11. Comunicação da Estratégia a todos	2	3	3
12.Clareza da estratégia	2	3	3
11. Alinhamento Estratégico na Organização	2	3	3
12.Modelos Mentais	1	2	3
13.Cultura Organizacional	1	2	3
14. Aprendizado organizacional	2	3	3
15.Processo de <i>feedback</i> contínuo	0	1	0
16. Escolha do momento certo	0	1	0

Quadro 23 - Resumo dos Fatores Facilitadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelos 3 Níveis Hierárquicos - Entrevistas.

Fonte: o Autor

FATORES DIFICULTADORES NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA			
FATORES DIFICULTADORES	NÍVEL ESTRATÉGICO	NÍVEL TÁTICO	NÍVEL OPERACIONAL
1. Resistência a mudanças	2	2	3
2. Conflito de poder	2	2	3
3. Saída do líder do projeto	1	0	1
4. Recursos financeiros insuficientes para expandir o projeto para 24 h	1	0	1
5.Disciplina e Habilidade	0	0	1
6.Sistema de Informação	1	2	1
7. Desenvolvimento Estratégico Dinâmico	0	0	1
8. Problemas externos à empresa	1	2	
9. Valores e responsabilidades compartilhados	0	1	0
10. Cultura Organizacional	1	0	0
11.Custo do projeto	1	0	0
12.Necessidade de estruturação da Controladoria Médico-Assitencial	1	0	0
13. Comemoração individual do sucesso	1	0	0

Quadro 24 - Resumo dos Fatores Dificultadores na Implementação do Time de Resposta Rápida do HMD referidos pelos 3 Níveis Hierárquicos-Entrevistas.

Fonte: o Autor

### 7.3 RESULTADOS DOS MAPAS COGNITIVOS

Os resultados dos Mapas Cognitivos Agregados estão dispostos por níveis, o Estratégico, o Tático e o Operacional. Estes congregam as relações existentes nos Mapas Cognitivos Individuais dos 3 respondentes. Para facilitar a análise apresenta-se a síntese destes Mapas Agregados no tópico 7.3.1.

Os comentários referentes aos Mapas Cognitivos Agregados de cada nível estão descritos a seguir.

#### A) Comentários da Síntese do Mapa Agregado do Nível Estratégico

Na percepção dos respondentes do nível estratégico, os fatores de influência na implementação do Time de Resposta Rápida no HMD comuns a todos os respondentes foram:

- Planejamento;
- Sistema de Informações;
- Aprendizado Organizacional;
- Habilidades;
- Estrutura Organizacional;
- Cultura;
- Reconhecimento pelos resultados;
- Envolvimento e comprometimento das pessoas;

Os itens não escolhidos pelo nível estratégico, considerando o Quadro 6 do tópico 5.1.5, que relaciona os fatores que influenciam a implementação de estratégias descritos pelos autores, foram à resistência às mudanças e medidas de controle do processo.

O Mapa Cognitivo Agregado apresentou como fatores básicos de influência (de onde partem o maior número de relações) na implementação desta estratégia descrita: **a cultura, a estrutura organizacional e habilidades**. O envolvimento e comprometimento das pessoas foi o fator convergente de vários outros elementos primários de avaliação.

As relações de influência entre os fatores destacados na síntese do Mapa Cognitivo Agregado deste nível hierárquico, isto é, citados por todos os respondentes do nível, tiveram os seguintes conceitos dos EPAs descritos pelos respondentes:

- a) Possuir a competência técnica (descritas como habilidade pelos respondentes) para ação favoreceu o envolvimento e o comprometimento das pessoas, o aprendizado organizacional e, auxiliou também, na valorização do resultado obtido em cada etapa. Ampliou a probabilidade de sucesso, aumentando a resposta positiva inicial, que influenciou na criação das condições institucionais para implementação desta estratégia. Auxiliou ainda na caracterização da estratégia como um construto coletivo. Veja figura 18.

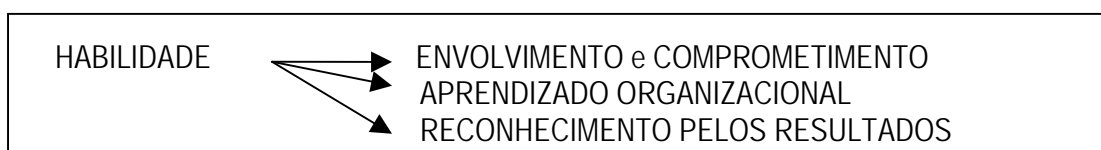


Figura 18 – Relação do Fator influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

- b) Implantar uma estrutura que favoreça a operacionalidade facilitou o desenvolvimento da competência técnica (descrita como Habilidade) e estimulou o envolvimento e o comprometimento das pessoas. A estrutura ter focado a atividade fim prioritariamente (atuação médico-assistencial) influenciou a cultura organizacional para a implementação desta estratégia. Veja figura 19.

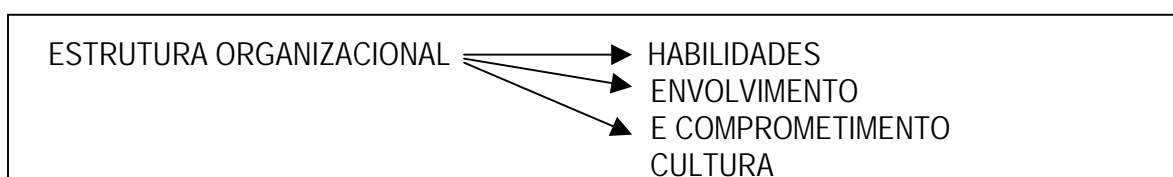


Figura 19 – Relação do Fator influência Estrutura Organizacional no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

Os fatores do Quadro 25 são os EPAs citados por mais de 2 respondentes em seus mapas individuais e fazem parte da síntese do Mapa Cognitivo Agregado, deste nível hierárquico. Nas linhas estão descritos os EPAs influenciadores e ao longo das colunas estão sinalizadas as relações deste EPA com os outros EPAs do mapa.

FATORES QUE INFLUENCIAM À IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA	PLANEJAMENTO	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	CULTURA ORG.	SISTEMA DE COMUNICAÇÃO	APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	HABILIDADES	RECONHECIMENTO RESULTADOS	ENVOLVIM. E COMPROMETIM.
PLANEJAMENTO		X	X			X		
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	X		X			X		X
CULTURA ORG.		X		X				
SISTEMA DE INFORMAÇÃO			X		X	X	X	
APRENDIZADO ORGANIZACIONAL						X	X	X
HABILIDADES	X				X		X	X
RECONHECIMENTO RESULTADOS			X	X	X	X		X
ENVOLV. E COMPROMETIMENTO		X			X	X	X	

Quadro 25 - Relação entre os Fatores de Influência na Implementação do Time de Resposta Rápida, na percepção do Nível Estratégico.

Fonte: o Autor

Os fatores destacados no Mapa Cognitivo Agregado, do nível estratégico, relacionaram-se entre si de forma heterogênea. Uns apresentaram muitas relações com os demais fatores e outros não.

Na implementação do Time de Resposta Rápida um dos fatores de maior influência foram o Envolvimento e Comprometimento das pessoas, pois aí convergiram quase todos os outros elementos primários de avaliação destacados pelo Mapa Cognitivo Agregado do nível estratégico, tornando-o um fator essencial (conceito-fim).

Neste nível hierárquico os fatores destacados como de maior influência na implementação do Time de Resposta Rápida, os EPAs cujas relações foram referidas de forma unânime entre os respondentes, foram:

- **envolvimento e comprometimento das pessoas;**
- **habilidade;**
- **estrutura organizacional;**
- **reconhecimento pelos resultados.**

Os fatores identificados, pelo nível estratégico, como dificultadores da implementação desta estratégia, não tiveram destaque nos resultados do Mapa Cognitivo Agregado. Os respondentes deste nível ainda citaram o fator Recursos como fator de influência, que não estava incluído no Quadro 6 e portanto não entrou nesta análise.

## B) Comentários da Síntese do Mapa Agregado do Nível Tático

Na percepção dos respondentes do nível tático, os fatores de influência na implementação do Time de Resposta Rápida comuns a todos foram:

- Resistência às Mudanças;
- Tipo de liderança;
- Clareza;
- Habilidades;
- Comunicação;
- Medidas de Controle;
- Reconhecimento pelos resultados;
- Envolvimento e comprometimento das pessoas;
- Planejamento.

De acordo com o Quadro 6 do tópico 5.1.5, que relacionou os fatores que influenciam a implementação de estratégias, o item não escolhido pelo nível tático foi a complexidade dos processos.

O Mapa Cognitivo Agregado deste nível hierárquico apresentou como fatores básicos de influência (EPAs colocados na base do mapa cognitivo) na implementação desta estratégia: **habilidade, o planejamento e o tipo de liderança**. O envolvimento e comprometimento das pessoas foi um elemento primário de avaliação (EPA) evidenciado como um conceito-fim, pois esteve no topo do mapa cognitivo agregado e muitas relações convergiram para ele.

O rótulo descrito pelos respondentes deste nível hierárquico foi unânime, considerado o Alinhamento à Estratégia da Organização.

As relações de influência entre os fatores destacados no Mapa Cognitivo Agregado do nível tático, tiveram o seguinte comportamento, a partir dos conceitos dos EPAs descritos pelos respondentes:

a) Definir papéis e necessidades (caracterizado, pelos respondentes, como parte do Planejamento) foi um fator facilitador para que se definissem as pessoas certas para a liderança e se criasse meios para a comunicação a todos. A competência técnica (descrita como Habilidade) do líder objetivou a implementação, que definiu as competências técnicas dos envolvidos no processo e incrementou a divulgação (vista como comunicação, pelos respondentes). Veja Figura 20.

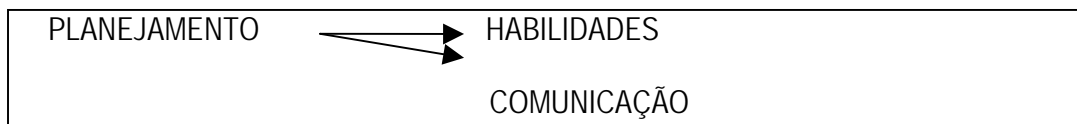


Figura 20 - Relação do Fator influência Planejamento no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

b) Criar os meios para comunicar a todos os envolvidos favoreceu a criação de sinergia e motivação entre as pessoas (descrita como uma etapa para o envolvimento) e incrementar a divulgação facilitou o convencimento das pessoas (referida como relevante para o comprometimento). Veja Figura 21.



Figura 21 - Relação do Fator influência Comunicação no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

c) Definir claramente a estratégia permitiu definir papéis e necessidades (Planejamento) e ter todas as etapas bem organizadas. Veja Figura 22.



Figura 22- Relação do Fator influência Clareza no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

d) Ter o conhecimento técnico (relatada como habilidade) facilitou uma atitude pró-ativa. A escolha da pessoa certa para a liderança permitiu que se criasse sinergia e motivação entre as pessoas envolvidas (relatadas no comprometimento). Veja Figura 23.



Figura 23 - Relação do Fator influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor



e) Ter um perfil de sucesso na liderança e capacidade de envolver e convencer as pessoas facilitou o envolvimento através de uma atitude pró-ativa e favoreceu na compra da idéia (referida no comprometimento pelo respondente: quem acredita na idéia se compromete). Veja a Figura 24.



Figura 24 - Relação do Fator influência Liderança no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

f) Promover a divulgação dos resultados favoreceu para criar sinergia e motivação nas pessoas envolvidas, melhorando o envolvimento e comprometimento e premiar estes resultados facilitou uma atitude pró-ativa. Veja Figura 25.



Figura 25 - Relação de o Fator influência Valorizar Resultados no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

Os fatores do Quadro 26 são os EPAs citados por mais de 2 respondentes em seus mapas individuais e fazem parte da síntese do Mapa Cognitivo Agregado, do nível Tático. Nas linhas estão descritos os EPAs influenciadores e ao longo das colunas estão sinalizadas as relações deste EPA com os outros EPAs do mapa.

FATORES QUE INFLUENCIAM À IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA	PLANEJAMENTO	TIPO DE LIDERANÇA	RESISTÊNCIA ÀS MUDANÇAS	COMUNICAÇÃO	CLAREZA	HABILIDADES	RECONHECIMENTO RESULTADOS	ENVOLVIM. E COMPROMETIM.	MEDIDAS DE CONTROLE DO PROCESSO
PLANEJAMENTO				X	X	X			X
TIPO DE LIDERANÇA	X			X		X	X	X	
RESISTÊNCIA ÀS MUDANÇAS								X	X
COMUNICAÇÃO								X	
CLAREZA	X	X						X	X
HABILIDADES	X				X		X	X	
RECONHECIMENTO RESULTADOS								X	
MEDIDAS DE CONTROLE DO PROCESSO							X		
ENVOLVIM e COMPROMETIMENTO		X	X	X	X	X	X		

Quadro 26 - Relação entre os Fatores de Influência na Implementação do Time de Resposta Rápida, na percepção do Nível Tático.  
Fonte: o Autor

Os fatores de influência “Envolvimento e Comprometimento das pessoas” e “Tipo de Liderança” foram destacados pelo Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático, tornando-os elementos essenciais para a implementação do Time de Resposta Rápida. Este nível hierárquico destacou o fator humano como um relevante influenciador no processo de implementação da estratégia. Ao EPA “Envolvimento e Comprometimento das pessoas” convergiu um maior número de relações de outros EPAs. Do EPA “Liderança” partiu o maior número de relações entre os EPAs.

Neste nível hierárquico os fatores destacados como de maior influência na implementação do Time de Reposta Rápida, sinalizados como os EPAs com relações citadas por todos os respondentes do nível hierárquico, foram:

- **envolvimento e comprometimento das pessoas;**
- **o planejamento;**
- **o tipo de liderança;**
- **a clareza.**

Os fatores identificados, pelo nível tático como dificultadores da implementação desta estratégia, não tiveram destaque nos resultados do Mapa Cognitivo Agregado. Ainda foram citados os fatores capacitação e recursos não referidos no Quadro 6 e portanto não analisados .

### **C) Comentários da Síntese do Mapa Agregado do Nível Operacional**

Na percepção dos respondentes do nível operacional, os fatores de influência na implementação do Time de Resposta Rápida comuns a todos foram:

- Planejamento;
- Tipo de liderança;
- Clareza;
- Habilidades;
- Comunicação;
- Cultura;
- Reconhecimento pelos resultados;
- Envolvimento e comprometimento das pessoas;

De acordo com o Quadro 6 do tópico 5.1.5, que relacionou os fatores que influenciam a implementação de estratégias, os itens não escolhidos pelo nível operacional foram: complexidade dos processo; desenvolvimento estratégico dinâmico; modelos mentais e problemas externos à empresa.

O Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional apresentou como fatores básicos de influência (EPAs identificados pelos respondentes para ocuparem a base do mapa, no momento da sua construção) na implementação da estratégia descrita: **a cultura, o planejamento, o tipo de liderança e o envolvimento e comprometimento das pessoas.**

As relações de influência entre os fatores destacados no Mapa Cognitivo Agregado deste nível hierárquico, tiveram o seguinte comportamento, a partir dos conceitos dos EPAs decritos pelos respondentes:

a) Planejar as ações foi um fator facilitador para que ocorresse a divulgação (descrita, pelos respondentes, na comunicação) das etapas da implementação a todos os envolvidos. Ver figura 26.



Figura 26 - Relação do Fator influência Planejamento no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

b) Comunicar a todos os envolvidos favoreceu a clareza dos objetivos e das etapas do processo de implementação e facilitou o envolvimento e comprometimento das pessoas. Veja Figura 27.

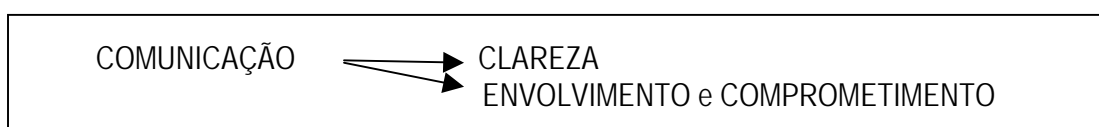


Figura 27 - Relação do Fator influência Comunicação no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

c) A clareza facilitou a adesão à idéia (estratégia) e a participação ativa favorecendo o envolvimento e comprometimento das pessoas envolvidas. Veja Figura 28.



Figura 28 - Relação do Fator influência Clareza no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

d) A escolha da pessoa certa para o cargo, reforçando a competência técnica (relatada como habilidade) favoreceu a adesão à idéia, o envolvimento e o comprometimento das pessoas. Veja Figura 29.



Figura 29 - Relação do Fator influência Habilidade no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

e) Manter uma liderança participativa facilitou a comunicação a todos e a adesão à idéia, estimulou a participação e a divisão de responsabilidades, envolvendo e comprometendo as pessoas. Veja Figura 30.



Figura 30 - Relação do Fator influência Tipo de Liderança no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

g) Valorizar o processo através dos resultados, gerou um *feedback* durante a implementação que favoreceu a participação e comprometimento das pessoas. Veja Figura 31



Figura 31 - Relação do Fator influência Valorizar os resultados no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

h) Alterar a dinâmica de atendimento através da cultura aberta à inovação favoreceu a visualização dos resultados que, por sua vez, valorizou a implementação desta estratégia. Veja Figura 32

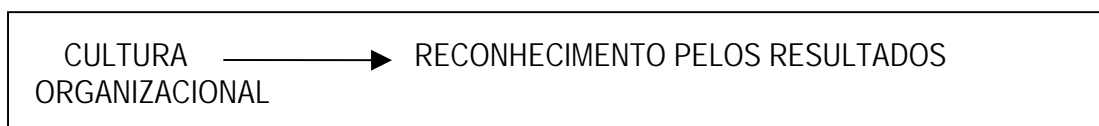


Figura 32 - Relação do Fator influência Cultura Organizacional no Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

Os fatores do Quadro 27 são os EPAs citados por mais de 2 respondentes em seus mapas individuais e fazem parte da síntese do Mapa Cognitivo Agregado, do nível Operacional. Nas linhas estão descritos os EPAs influenciadores e ao longo das colunas estão sinalizadas as relações deste EPA com os outros EPAs do mapa.

FATORES QUE INFLUENCIAM À IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA	PLANEJAMENTO	TIPO DE LIDERANÇA	CULTURA ORG.	COMUNICAÇÃO	CLAREZA	HABILIDADES	RECONHECIMENTO RESULTADOS	ENVOLVIM. E COMPROMETIM.
PLANEJAMENTO		X		X	X	X	X	X
TIPO DE LIDERANÇA				X		X		X
CULTURA ORG.	X						X	X
COMUNICAÇÃO					X			X
CLAREZA								X
HABILIDADES					X			X
RECONHECIMENTO RESULTADOS								X

Quadro 27- Relação entre os Fatores de Influência na Implementação do Time de Resposta Rápida, na percepção do Nível Operacional.  
Fonte: o Autor

Ao fator de influência “Envolvimento e Comprometimento das pessoas” convergiram todos os outros fatores destacados pelo Mapa Cognitivo Agregado do nível operacional, tornando-o um fator essencial (conceito-fim) para a implementação do Time de Resposta Rápida. Da mesma forma, foi do Planejamento que partiram um número maior de relações entre os fatores, destacando-o como fator básico para esta implementação.

Neste nível hierárquico os fatores destacados como de maior influência na implementação do Time de Resposta Rápida foram:

- **envolvimento e comprometimento das pessoas;**
- **o planejamento;**

- **o tipo de liderança;**
- **a cultura.**

Os fatores identificados, pelo nível operacional, como dificultadores da implementação desta estratégia, não tiveram destaque nos resultados do Mapa Cognitivo Agregado. Ainda foram citados os fatores integração, motivação e relacionamento que não contam no Quadro 6 e portanto não fizeram parte da análise.

### 7.3.1 Um modelo do Mapa Cognitivo Individual

Para a visualização de um Mapa Cognitivo Individual apresenta-se um dos mapas individuais construído na pesquisa, que deu origem a um dos Mapas Cognitivos Agregados.

O exemplo traz um dos Mapas Cognitivos Individuais do Nível Tático. Para o entendimento deste mapa individual apresentam-se os comentários sobre a interpretação do mesmo:

- a) O mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: **cultura organizacional e habilidade.**
- b) O Rótulo ficou definido com o Alinhamento à estratégia da organização.
- c) O mapa consta de 12 EPAs: cultura organizacional, habilidade, planejamento, clareza, liderança, desenvolvimento estratégico dinâmico, comunicação, conflito de poder, reconhecimento pelos resultados, recursos, problemas externos à empresa e envolvimento e comprometimento das pessoas.

As relações causais do EPA **cultura organizacional**, como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual, foram:

- 1) evoluir na forma de agir da instituição contribuiu para vender bem a idéia, que convenceu as pessoas, que favoreceu o alinhamento à estratégia da organização;
- 2) evoluir na forma de agir da instituição facilitou para estabelecer objetivos claros, que favoreceu vender a idéia, que convenceu as pessoas, que contribuiu para o alinhamento a estratégia da organização;
- 3) evoluir na forma de agir da instituição incrementou a divulgação, que convenceu as pessoas, que promoveu ao alinhamento da estratégia da organização;
- 4) evoluir na forma de agir da instituição, objetivou a implementação, que possibilitou incrementar a divulgação e favoreceu para estabelecer objetivos claros, que

facilitou acreditar na idéia, que convenceu as pessoas, que facilitou o alinhamento à estratégia da organização;

5) evoluir na forma de agir da instituição possibilitou definir prioridades, que objetivaram a implementação, que criou indicadores de resultados, que favoreceu a competição no mercado, que auxiliou no alinhamento à estratégia da organização;

6) evoluir na forma de agir da instituição favoreceu ter competência técnica, que auxiliou para criar indicadores de resultados, que favoreceu competir no mercado, que contribuiu para a alinhamento à estratégia da organização;

As relações causais do EPA **habilidade**, como outra base do Mapa Cognitivo Individual, foram:

1) ter competência técnica favoreceu objetivar a implementação, que auxiliou para incrementar a divulgação, que convenceu as pessoas, que favoreceram o alinhamento à estratégia da organização;

2) ter competência técnica facilitou vender a idéia, que favoreceu para convencer as pessoas que contribuiu para o alinhamento à estratégia da organização;

3) ter competência técnica contribuiu para objetivar a implementação, que incrementou a divulgação, que auxiliou para convencer as pessoas, que contribuiu para o alinhamento à estratégia da organização.

- O EPA **recursos** apresentou uma relação cíclica auto-reforçadora – *feedback* positivo (enlace –E 2 no mapa) com os EPAs **planejamento** e **reconhecimento pelos resultados**. Nesta relação ter definido prioridades, objetivou a implementação e através do acompanhamento de indicadores de resultados da implementação pôde-se redefinir novas prioridades.

- O EPA **habilidade** também apresentou uma relação cíclica auto-reforçadora – *feedback* positivo (enlace –E 1 no mapa) com o EPA **planejamento**. Nesta relação à liderança ter competência técnica auxiliou para objetivar a implementação a partir da escolhas de outras pessoas com competências técnicas necessárias.

- Houve nos EPAs **habilidade, clareza e liderança** relações negativas descritas a seguir:

1) faltar à competência técnica do líder em dado momento dificultou para compartilhar a autoria da estratégia com equipe, que evitou comprometimento e desalinhou a estratégia da organização.

2) ocultar os reais objetivos fez o líder complicar o processo e definir a autoria da idéia, que evitou o comprometimento dificultando o alinhamento à estratégia da organização.

3) dificultar o envolvimento e compartilhamento por parte da liderança atrasou a definição da autoria da idéia que evitou comprometimento e prejudicou o alinhamento à estratégia da organização.

• Os EPAs mais relevantes seguindo o respondente foram: cultura organizacional, reconhecimento pelos resultados e problemas externos à empresa. Na figura 34 apresenta-se um dos Mapas Cognitivos Individuais do Nível Tático, comentado acima.

Segue a legenda do Mapa Cognitivo individual (Figura 33) para melhor compreensão:

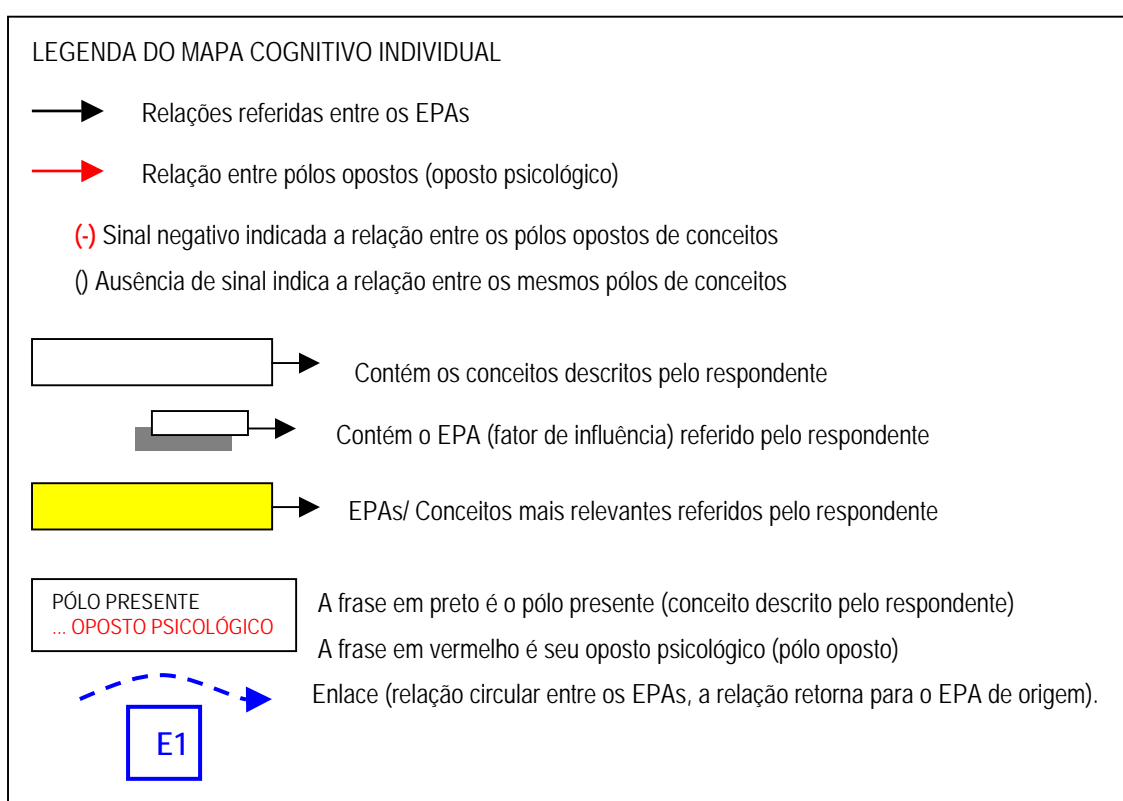
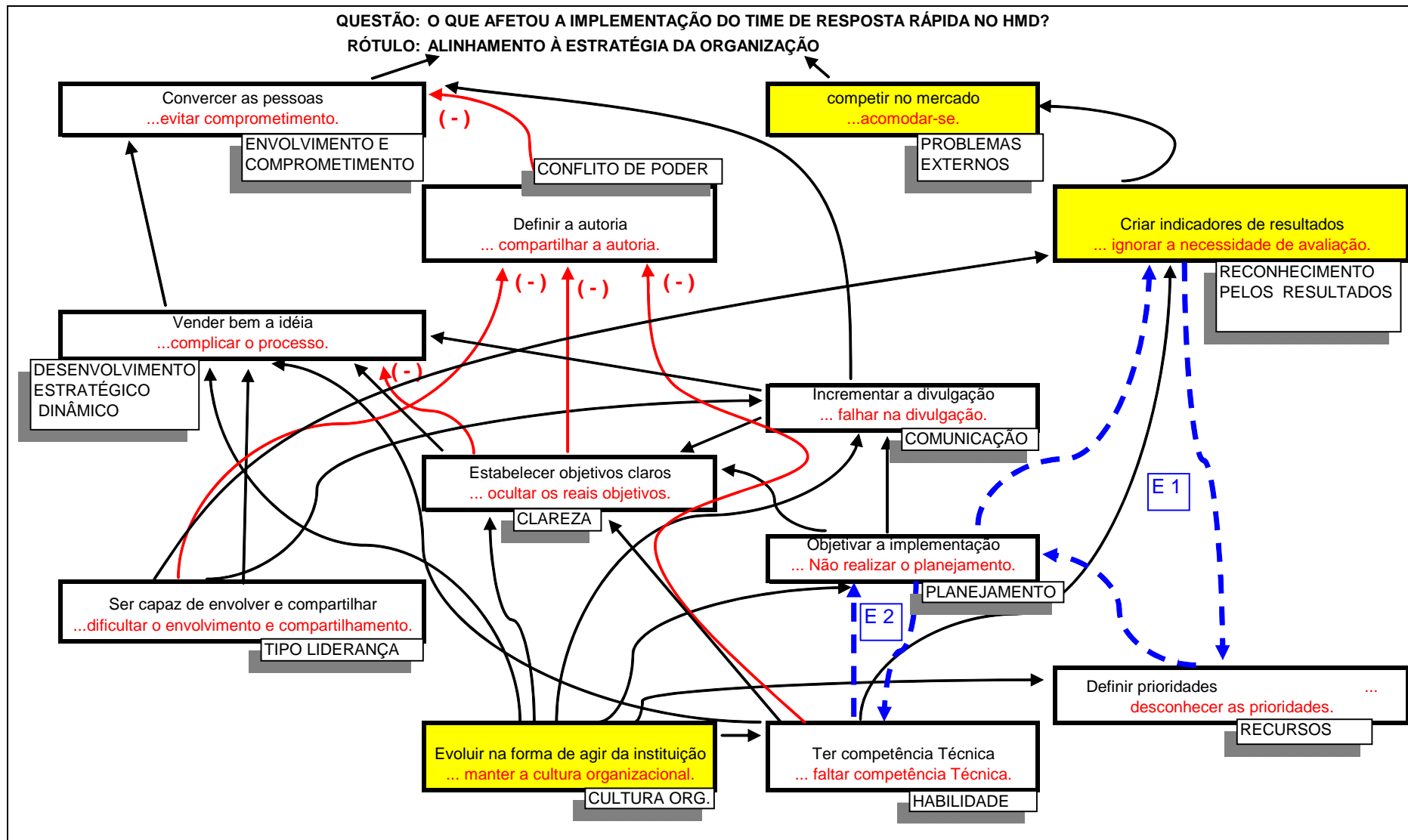


Figura 33 - Legenda dos Mapas Cognitivos Individuais  
Fonte: o Autor





Nota: Os conceitos das caixas preenchidas com cor são os identificados como mais relevantes pelo respondente.

Figura 34 - Mapa Cognitivo Individual do Nível Tático

### 7.3.2 Síntese dos Mapas Cognitivos Agregados por Nível Hierárquico

Os Mapas Cognitivos Individuais dos respondentes foram agregados e formaram um Mapa Agregado de cada nível hierárquico. Nesta agregação foram colocadas todos os EPAs citados e suas relações descritas pelos respondentes, por nível hierárquico. Para auxiliar na análise do mapa, foram destacados deste mapa agregado todos os EPAs que se apresentaram comuns aos mapas individuais de dois ou mais respondentes de cada nível e suas relações correspondentes (etapa de *Merging* da Metodologia SODA). Desta forma constitui-se a Síntese do Mapa Agregado Estratégico, Tático e Operacional, que foram comentados no tópico 7.3.

Para auxiliar na compreensão da síntese dos Mapas Cognitivos Agregados apresenta-se a seguir uma legenda contendo informações necessárias para a leitura dos mapas (Figura 35).

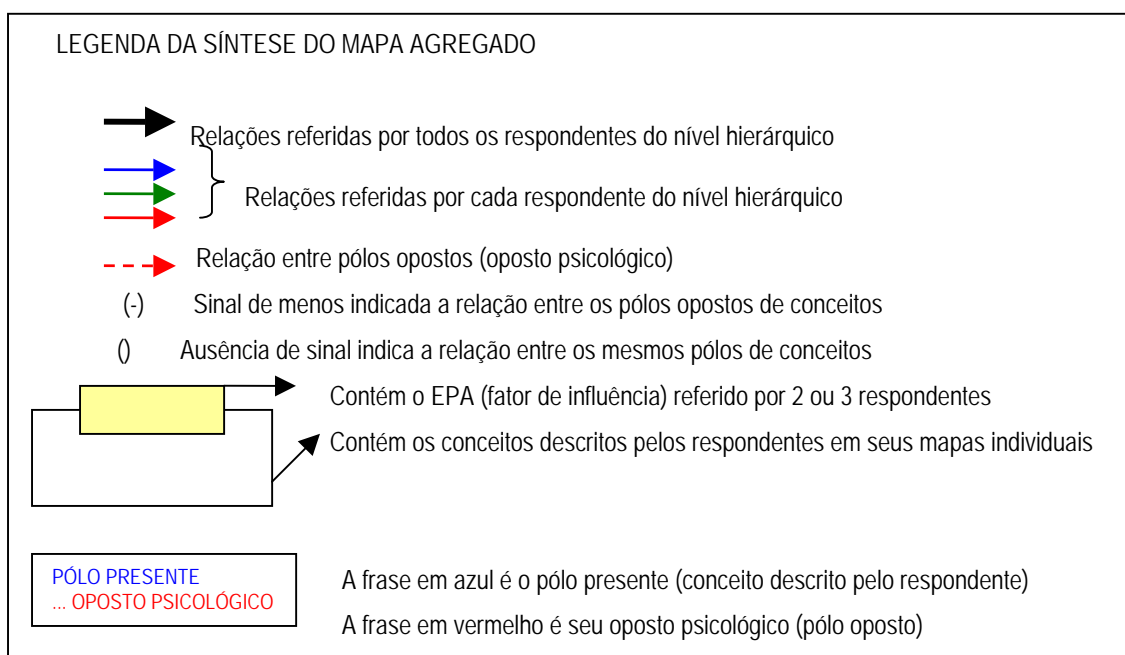


Figura 35 - Legenda da Síntese dos Mapas Cognitivos Agregados  
Fonte: o Autor

Nas Figuras 36, 37 e 38 apresentam-se a síntese dos Mapas Cognitivos Agregados dos 3 níveis hierárquicos.

O que afetou a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD?

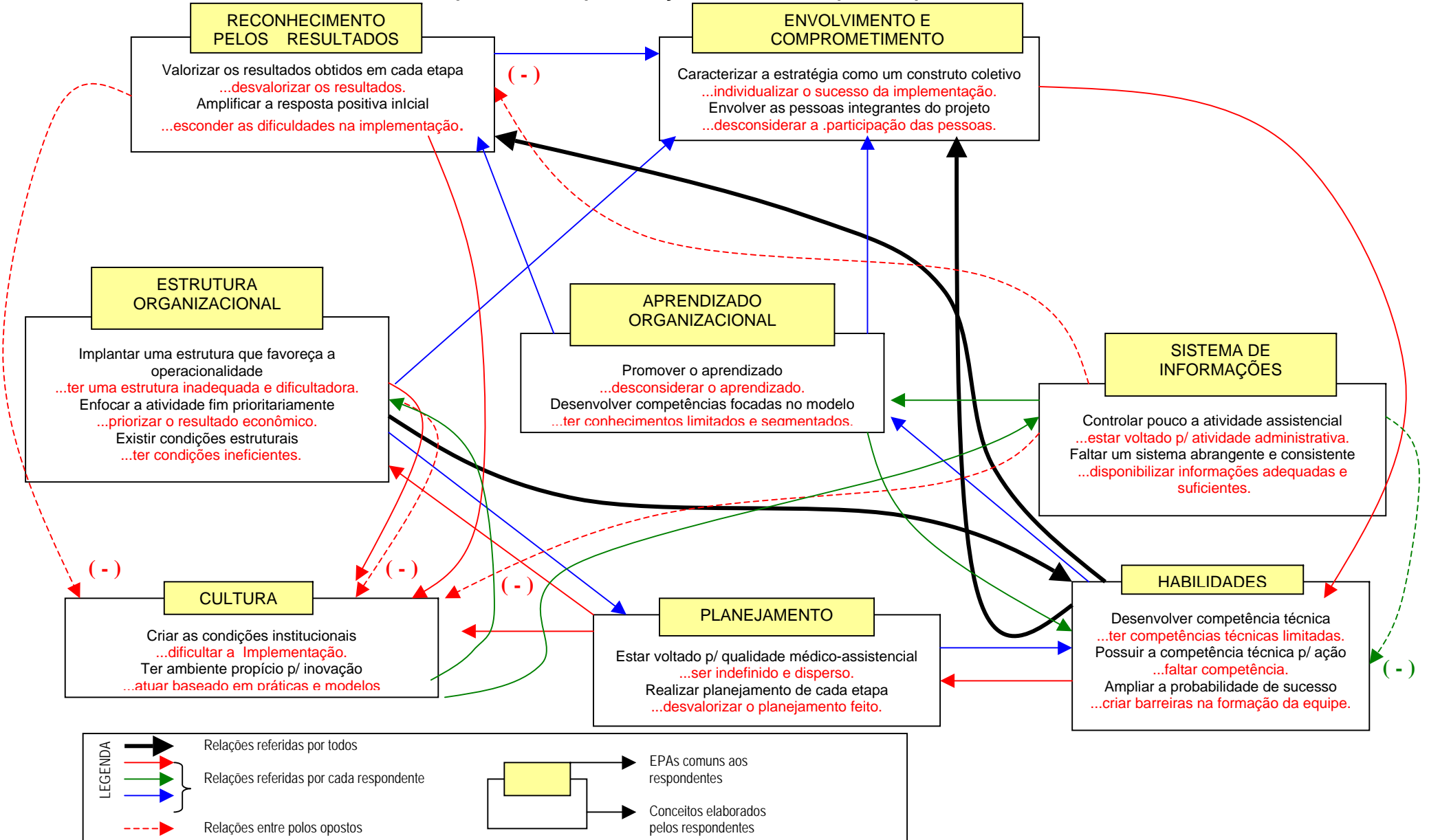


Figura 36 - Síntese do mapa cognitivo agregado do nível estratégico

### O que afetou a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD?

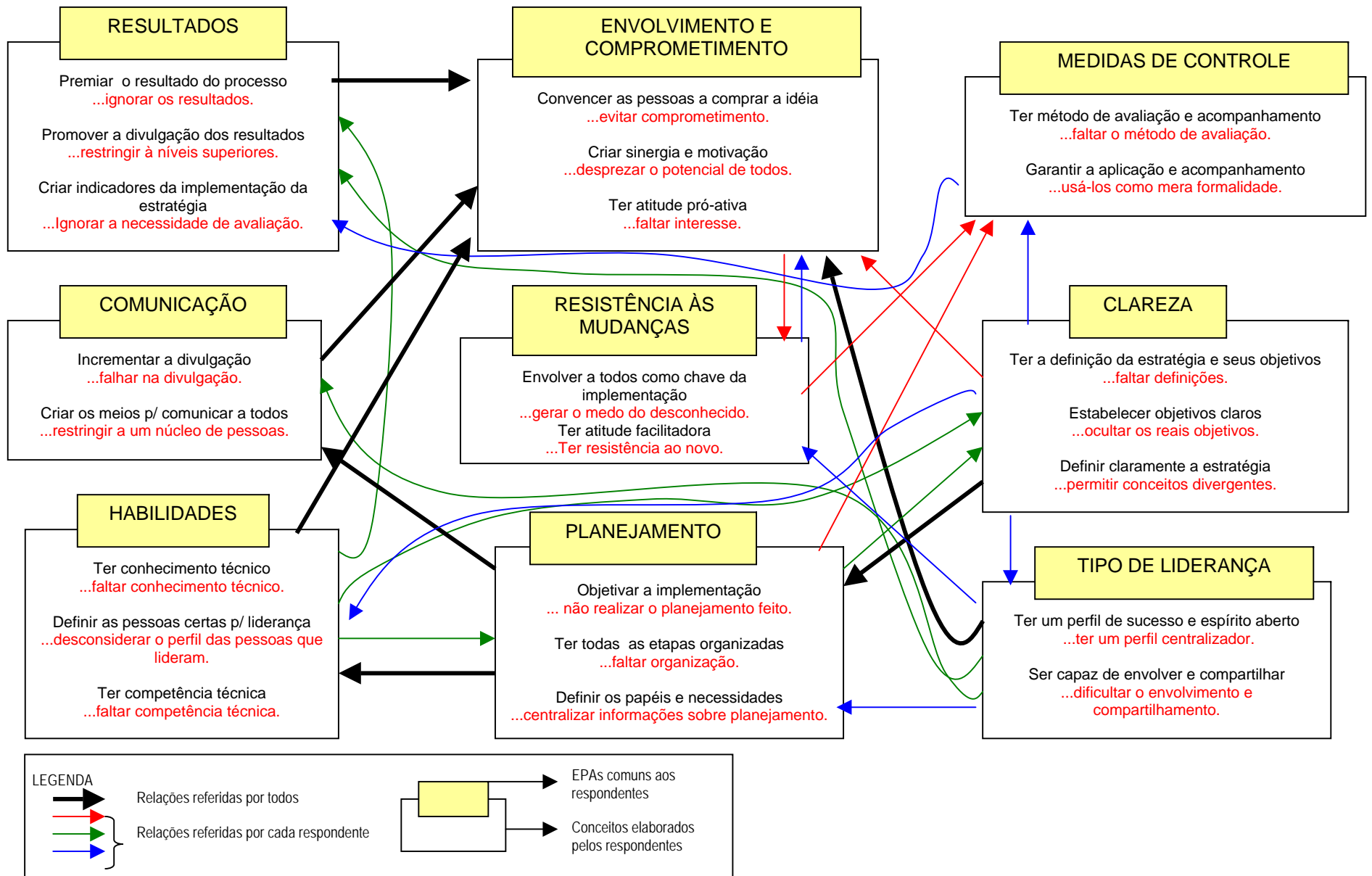


Figura 37 - Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Tático

O que afetou a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD?

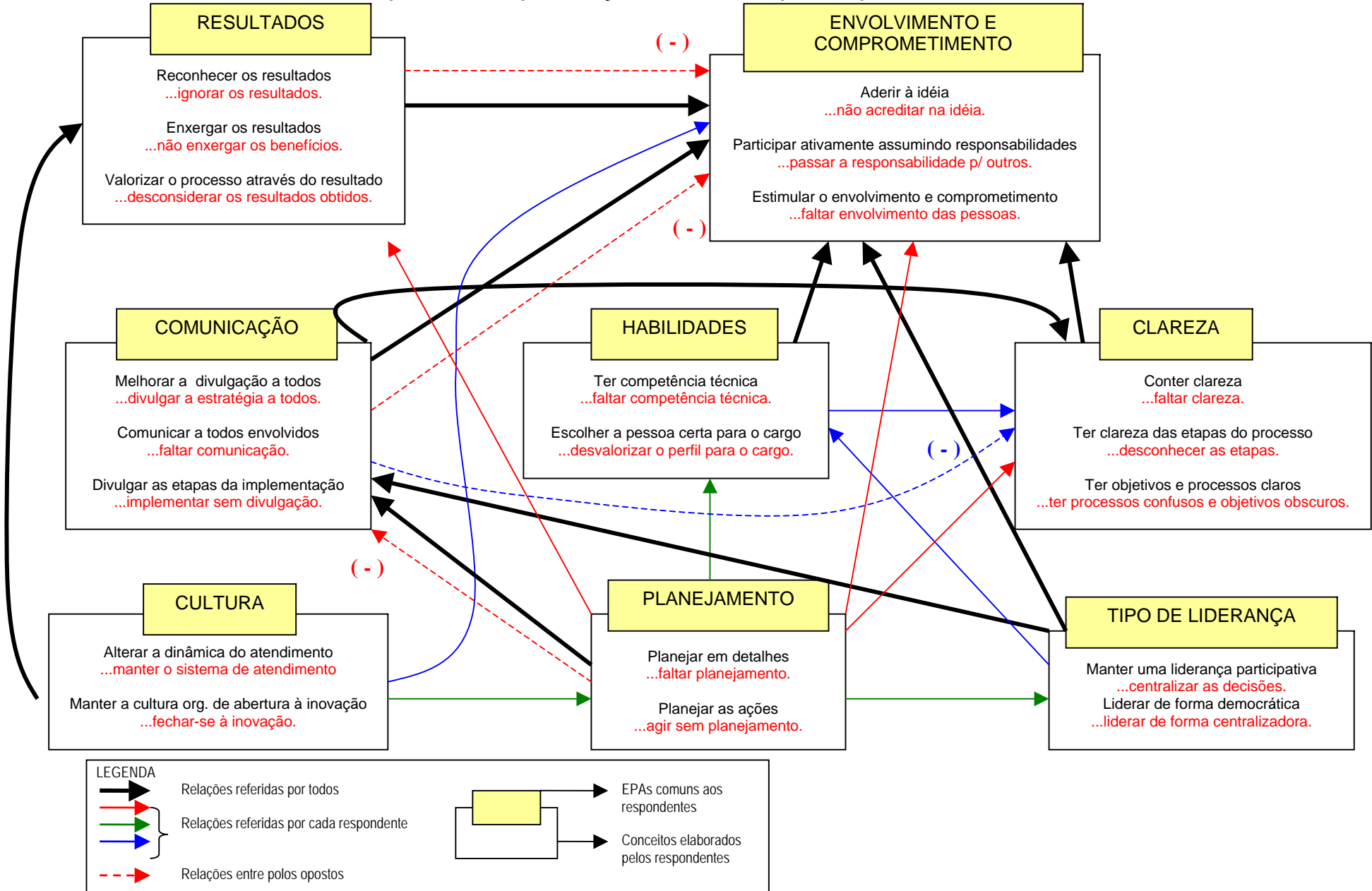


Figura 38 - Síntese do Mapa Cognitivo Agregado do Nível Operacional

## 8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para a análise dos resultados dos dados coletados na fase 1 da pesquisa foi utilizado o método de análise de conteúdo que, segundo Collis e Hussey (2005), é um dos procedimentos mais usados para avaliar materiais de diversas origens, como as entrevistas. Foram analisados os conteúdos das entrevistas por nível hierárquico (estratégico, tático e operacional) da organização estudada, fazendo-se uma síntese das respostas das entrevistas realizadas. O conteúdo dos dados obtidos através do bloco 3 das entrevistas referentes aos fatores que influenciaram a implementação do Time de Resposta Rápida (TRR) no HMD, foram comparados com os já citados pelo referencial teórico especificamente no Quadro 6, do tópico 5.1.5, e com os dados obtidos através das pesquisas de *Warton-Gartner* (2003) e da pesquisa da *Wharton Scholl of Business and Gartner* (2002), citadas por Hrebiniak (2006, p.33-34), que identificaram 12 itens dificultadores no processo de implementação da estratégia, descritos no tópico 5.1.4..

Os dados obtidos no Bloco 2 serviram de base para o entendimento do contexto das estratégias na empresa.

Para a etapa de análise dos dados da fase 2 foi adaptado o segundo estágio da metodologia *SODA*, desenvolvida por Eden *et al.* (*apud* PIDD, 2001), que identifica as ligações, diferenças e semelhanças entre os mapas dos participantes e unem os mapas (*merging*) e resultados, gerando um Mapa Estratégico também referido como Mapa Cognitivo Agregado. Segundo Jardim (2001, p.14), a agregação de mapas cognitivos individuais reforça e seleciona os conceitos similares, unificando-os naqueles conceitos mais amplos ou dominantes, possibilitando a ligação entre os conceitos a partir da relação de influência entre eles. Tal metodologia foi escolhida porque é adequada para trabalhar com grupos (JARDIM, 2001) e por que serve como instrumento no estudo do comportamento macro e micro-organizacional (BASTOS, 2002). De acordo com Fuck (2004), o Mapeamento Cognitivo é

um método de análise de dados qualitativos que emprega a exposição de dados conforme redes. Também foi utilizado o Diagrama de Afinidades (MOURA, 1994) para auxiliar no entendimento dos dados coletados através dos mapas.

Foi construído um Mapa Cognitivo Agregado por nível hierárquico sobrepondo os Mapas Cognitivos Individuais a partir da fusão dos mapas dos três entrevistados por nível (estratégico, tático e operacional). Os conteúdos resultantes dos Mapas Cognitivos Agregados de cada nível hierárquico, referentes aos fatores que influenciaram a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD também foram comparados aos já citados pelo referencial teórico, especificamente no Quadro 6 (tópico 5.1.5.), e aos dados obtidos através das pesquisas citadas por Hrebiniak (2006) no tópico. 5.1.4.

A estratégia identificada na 2ª entrevista da Fase 1 referiu-se à implementação do Time de Resposta Rápida no hospital em estudo. Tratou-se de uma estratégia que obteve sucesso em sua implementação. Em função desta escolha, na análise dos dados destacaram-se mais os fatores identificados como os facilitadores desta implementação. Embora alguns fatores dificultadores tenham sido citados, eles não se destacaram, segundo os respondentes, a ponto de impedir a implementação desta estratégia. A análise de tal implementação possibilita identificar “o que deu certo” no processo de implementação de uma estratégia no ambiente hospitalar.

Na análise dos fatores de influência na implementação do Time de Resposta Rápida não foram considerados os fatores identificados nas duas primeiras entrevistas, pois se referiram a fatores de influência sobre estratégias gerais implementadas no hospital. Estes fatores estão descritos nos quadros 15 e 16, do capítulo da coleta dos dados (Capítulo 7). Estes foram relevantes para avaliar o contexto geral das Estratégias da empresa em estudo.

## 8.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS (FASE1)

No Bloco 2 das entrevistas os respondentes geraram respostas diferentes entre os 3 níveis hierárquicos. Como já era esperado, o nível Estratégico teve uma visão mais abrangente sobre as estratégias da empresa, com um enfoque bem amplo e rico sobre o tema com seus respondentes entendendo claramente seus papéis na implementação das estratégias.

No nível Tático observou-se que existiu um elevado conhecimento dos respondentes sobre as questões estratégicas da empresa. Estes respondentes identificaram fatores diferentes

como os mais relevantes e seus papéis, quanto à implementação, não se mostraram tão claros para eles.

No nível Operacional, pelas respostas obtidas, constatou-se existir pouco conhecimento geral das estratégias da empresa. Contudo, os respondentes demonstraram conhecer bem as estratégias em que participaram.

Analisando os resultados do Bloco 3 das entrevistas nos 3 níveis hierárquicos, descritas no Quadro 28, observou-se que foram referidos pelos respondentes 22 fatores de influência. 13 destes fatores foram mencionados pelos entrevistados de forma unânime, isto é, todos os respondentes de todos os níveis hierárquicos (sinalizadas nas diferenciações das células do Quadro 28), caracterizando um pensamento convergente entre os 3 níveis hierárquicos sobre quais os fatores que influenciaram a implementação do TRR no HMD.

Dentre os fatores, a Resistência à Mudança e o Conflito de Poder foram identificados como dificultadores e o Tipo de Liderança, Envolvimento e Comprometimento, Reconhecimento pelos Resultados, Medidas de Controle do Processo, Planejamento, Comunicação da Estratégia a Todos, Clareza da Estratégia, Alinhamento Estratégico na Organização e Aprendizado Organizacional foram referidos por todos como facilitadores. Os fatores Disciplina e Habilidade e Cultura Organizacional foram identificados tanto como facilitadores, como dificultadores. Estes foram os únicos fatores em que se observou divergência nas respostas, quanto à natureza da influência (positiva ou negativa).

No nível Estratégico a Cultura Organizacional foi vista como um dificultador e no nível Operacional e Tático como um facilitador. Hrebiniak (2006, p.75) refere que “a cultura reflete e afeta o interesse e o sentimento de pertença que os indivíduos têm pelas metas e atividades relacionadas com a execução”. Desta forma, observa-se que os níveis Tático e Operacional, que de fato executaram a estratégia, estavam tão envolvidos a ponto de adquirir este sentimento de pertença descrito pelo autor, caracterizando a Cultura Organizacional como fator positivo.

Segue o Quadro 28.



NÍVEL HIERÁRQUICO		FATORES DE INFLUÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA-ENTREVISTAS																										
RESPONDENTES		TIPO DE LIDERANÇA	DISCIPLINA E HABILIDADE	ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO	RESISTÊNCIA A MUDANÇAS	VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	SISTEMA DE INFORMAÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE DE PROCESSOS	COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS	PLANEJAMENTO	DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO	COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS	CLAREZA DA ESTRATÉGIA	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO	MODELOS MENTAIS	CULTURA ORGANIZACIONAL	CONFLITO DE PODER	PROBLEMAS EXTERNOS A EMPRESA	APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	ESCOLHA DO MOMENTO CERTO	PROCESSO DE FEEDBACK CONTÍNUO	RECURSOS FINANCEIROS	CONHECIMENTO	MODELO INOVADOR	QUEBRA DE CONTINUIDADE	
ESTRATÉGICO	Superintendente	X	X	X	0			X	0	0	0	0			X		X	0	0	X					0	0		
	Presidente	0	0	X	0	X	X	X	0	0	0	X		0	X	X		0	0	0	X					X	0	0
	Diretor Executivo	X	X	X	0	X	X		0	X		X	X	X	X	X	X	0	0	0	X				0			0
	Diretor Médico-Científico	X	X	X	0	X	X		0	X		X		X	X	X		0	0		X							
TÁTICO	Supervisora de Enf. Emerg.	X	X	X	0	X	X	X	0	X		X	X	X	X	X	X	X	0	0	X							
	Gestor Médico CTI	X	X	X	0		X	X	0	X		X	0	X	X	X	X	X	0		X		X					
	Gestor Médico Emerg	X	X	X	0	0	X	X		X		X		X	X	X		0	0		X		X		0			
OPERACIONAL	Enfermeira Executiva	X	0	X	0	X	X	X	0	X		X	0	X	X	X	X	X	0		X				0			
	Enfermeira Executiva	X	X	X	0	X	X			X		X	X	X	X	X	X	X	0		X				0			
	Médica do TRR	X	X	X	0	X	X			X		X	X	X	X	X	X	X	0		X							0
		X FATOR FACILITADOR      0 FATOR DIFICULTADOR      X FATOR MAIS RELEVANTE																										
		<span style="background-color: #cccccc; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 10px;"></span> FATORES NÃO CITADOS <span style="background-color: #ffff00; border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 10px;"></span> FATORES CITADOS POR TODOS																										

Quadro 28 – Fatores de Influência na Implementação no TRR no HMD identificadas nas entrevistas nos 3 Níveis Hierárquicos.

Fonte: o Autor

Muitos respondentes também citaram como um dificultador o Sistema de Informações, e facilitadores Valores e Responsabilidades Compartilhadas, Estrutura Organizacional, Desenvolvimento Estratégico Dinâmico e Modelos Mentais. Problemas Externos à empresa só obtiveram duas citações nos níveis Estratégico e Tático. Nenhum respondente citou Complexidade dos Processos como fator de influência na implementação do TRR.

Nas entrevistas surgiram outros fatores influenciadores além dos sugeridos na tabela oferecida para orientação (Quadro 6). Destes, os Recursos Financeiros foram referidos pelos 3 níveis hierárquicos como fator dificultador, assim como a Quebra de Continuidade (com a saída do líder da implementação) foi referida pelos níveis Estratégico e Operacional. Os fatores Escolha do Momento Certo e Processo de *Feedback* Contínuo foram referidos como facilitadores pelo nível Tático.

Os fatores sinalizados em cinza na Figura 28 não foram mencionados pelos respondentes.

Analisando os fatores de influência mais relevantes descritos pelos respondentes dos 3 níveis hierárquicos (sinalizados com X na figura 38), destacaram-se:

1) **Envolvimento e Comprometimento das pessoas**, com quase a totalidade dos respondentes identificando este fator como um dos mais relevantes, sendo o único fator onde houve concordância dos 3 níveis hierárquicos;

2) **Tipo de Liderança** referido pelos níveis Tático e Operacional de forma unânime e não escolhido pelo nível Estratégico;

3) **Valores e Responsabilidades Compartilhados** selecionado pelos níveis Estratégico e Operacional, não sendo visto como mais significativo pelo nível Tático.

Dos 9 fatores de influência mais relevantes destacados nas entrevistas e descritos na Figura 28, apenas 4 deles foram comuns a mais de um nível hierárquico, que foram: Tipo de Liderança, Envolvimento e Comprometimento das Pessoas, Valores e Responsabilidades Compartilhados e Planejamento. Somente um fator dificultador foi escolhido como relevante: Conflito de Poder.

A maioria dos fatores de influência apresentados no Quadro 6 foram identificados pelos respondentes dos 3 níveis hierárquicos. Não houve diferença relevante no número total de fatores referidos como influenciadores nos 3 níveis hierárquicos. Apenas o fator Complexidade dos Processos não foi selecionado por nenhum respondente, visto que, na visão dos mesmos, o processo de implementação do TRR não foi complexo.

Analisando o conteúdo das entrevistas, foram comparados os comentários dos respondentes da fase 1 com os Obstáculos descritos por Hrebiniak (2006), referentes às pesquisas de *Wharton-Gartner* (2003) e da *Wharton School of Business and Gartner Inc.* (2002), (HREBINIAK, 2006, p. 35). Os resultados podem ser observados no Quadro 29.

Na análise desta comparação observou-se que os obstáculos descritos por Hrebiniak (2006) não ocorreram na implementação do TRR, e que quase a totalidade destes foi revertida em seus opostos, citados pelos respondentes como facilitadores. Existiram 3 obstáculos que parcialmente ocorreram: Conflito de Poder, mas que surgiu num momento posterior sem prejuízo importante para a implementação; Comunicação a todos, pois só os envolvidos foram comunicados no momento da implementação do TRR e Recursos Financeiros, pois a segunda fase desta implementação ainda não ocorreu.

No Quadro 29, especificamente na última coluna, confirma-se que não existiu diferenciação significativa nas respostas dos respondentes dos 3 níveis organizacionais. Basicamente todos os níveis hierárquicos responderam de forma similar.

COMPARAÇÃO DOS OBSTÁCULOS DE HREBINIAK COM OS FATORES DE INFLUÊNCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA			
OBSTÁCULOS (HREBINIAK, 2006)	FATORES DE INFLUENCIA NO TRR	COMENTÁRIOS	CITADAS POR
1. Incapacidade de gerenciar mudanças	Resistência a mudanças	Ocorreram na parte inicial da implementação por parte de um pequeno grupo de pessoas (médicos assistentes).	Nível Tático e Operacional
2. Conflito de poder	Conflito de poder	Ocorreram após o reconhecimento pelos resultados ocasionando a saída do líder da implementação.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
3. Comunicação inadequada	Comunicação da estratégia a todos	Foi realizada para todos os envolvidos na implementação de forma efetiva e insuficiente para as demais pessoas.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
4. Indefinição de responsabilidades	Valores e responsabilidades compartilhados	Este processo foi muito eficiente e gerou comprometimento e valorização entre as pessoas.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
5. Estratégia vaga ou deficiente	Clareza da estratégia	A estratégia ficou perfeitamente clara para todos os envolvidos que sabiam seus papéis e os objetivos.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
6. Falta de comprometimento	Envolvimento e comprometimento	Na implementação o envolvimento foi total e comprometeu toda a equipe potencializando resultados.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
7. Falta de modelo orientador	Alinhamento à estratégia da Organização	Vinculado a uma estratégia maior e perfeitamente alinhado a estes propósitos.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
8. Falta de clareza na estrutura e processo	Planejamento	Realizado de forma participativa e permitindo clareza em cada etapa da implementação.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
9. Falta de convicção na execução	Disciplina e habilidade	As pessoas acreditaram e aderiram ao projeto entendendo e aceitando os benefícios da estratégia.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
10. Falta de incentivos	Valorização dos resultados	Houve valorização dos resultados obtidos reforçando o comprometimento das pessoas.	Nível Estratégico, Tático e Operacional
11. Recursos financeiros insuficientes	Falta de recursos	A estratégia ainda não foi completamente implementada por indefinições de recursos.	Nível Estratégico, Tático
12. Falta de apoio da direção	Tipo de liderança	Souberam conduzir a estratégia para o sucesso.	Nível Estratégico, Tático e Operacional

Quadro 29 - Comparação dos Fatores de Influência na Implementação do TRR identificados nas entrevistas com os Obstáculos de Hrebiniak (2006).

Fonte: o Autor

## 8.2 ANÁLISE DOS MAPAS COGNITIVOS (FASE 2)

Analisando os fatores de influência identificados nos Mapas Cognitivos Individuais (EPAs) não houve fator apresentado no Quadro de referência (Quadro 6) que tenha sido unânime em todos os mapas dos 3 níveis hierárquicos. Existiu convergência entre dois níveis hierárquicos em vários fatores destacados no Quadro 30:

		FATORES DE INFLUENCIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA- MAPAS																										
NÍVEL HIERÁRQUICO	RESPONDENTES	TIPO DE LIDERANÇA	DISCIPLINA E HABILIDADE	ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO	RESISTÊNCIA A MUDANÇAS	VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	SISTEMA DE INFORMAÇÕES	MEDIDAS DE CONTROLE DE PROCESSOS	COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS	PLANEJAMENTO	DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO	COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS	CLAREZA DA ESTRATÉGIA	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO	MODELOS MENTAIS	CULTURA ORGANIZACIONAL	CONFLITO DE PODER	PROBLEMAS EXTERNOS A EMPRESA	APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	ESCOLHA DO MOMENTO CERTO	PROCESSO DE FEEDBACK CONTÍNUO	INTEGRAÇÃO	MOTIVAÇÃO	RELACIONAMENTO	RECURSOS	CAPACITAÇÃO
		ESTRATÉGICO	Diretor Operações	X	X	X			X	X	X			X						X								
Diretora Assistencial			X	X		X	X	X				X		X	X	R			X		X							
Consultor Técnico			X					X	X		X		X			X	X	X		X	X						X	
TÁTICO	Supervisora de Enferm CTI		X	X	X		X		X	X		X		X	X	R	X				X							X
	Gerente SND	X	X	X	X	X	X	X		X		X			X	R												
	Gerente Epidemiologia	X	X	X			X					X	X	X	X	R		X	X	X							X	
OPERACIONAL	Médico do TRR			X	X	X				X		X		X	X	X			X		X	X		X				
	Médico CTI	X	X	X			X	X	X			X		X	X			X							X			
	Enfermeira executiva	X	X	X			X							X	X			X								X		
		X	FATORES CITADOS POR TODOS																									
		X	FATORES CITADOS POR 2 RESPONDENTES																									
		R	FATOR DESCRITO COMO RÓTULO DO MAPA COGNITIVO																									
		X	FATORES NÃO CITADOS POR RESPONDENTES DO NÍVEL																									
		X	FATORES CITADOS POR APENAS UM RESPONDENTE DO NÍVEL																									
			FATORES NÃO CITADOS																									

Quadro 30 – Fatores de Influência na Implementação no TRR no HMD identificadas nos Mapas Cognitivos Individuais nos 3 Níveis Hierárquicos.

Fonte: o Autor

1) Disciplina e Habilidade, Envolvimento e Comprometimento das pessoas e Reconhecimento pelos Resultados foram fatores identificados por quase a totalidade dos respondentes dos 3 níveis hierárquicos;

2) Planejamento, Clareza da Estratégia, Comunicação da Estratégia a todos e o Alinhamento Estratégico na Organização fazem parte do segundo grupo de fatores mais citados;

3) Nos níveis Tático e Operacional os fatores de influência Envolvimento e Comprometimento das pessoas, Reconhecimento pelos Resultados e Clareza da Estratégia foram identificados por todos os respondentes destes níveis;

4) Nos níveis Estratégico e Tático o fator coincidente em todos os Mapas Individuais foi Disciplina e Habilidade;

5) Os Mapas Individuais do nível Tático foram os que apresentaram a maior convergência entre os fatores de influência em relação aos outros níveis;

6) O fator Tipo de Liderança foi mais destacado nos níveis Tático e Operacional em relação ao nível Estratégico;

7) O fator de influência Resistência às Mudanças foi citado pelos níveis Tático e Operacional e não foi citado como influenciador no nível Estratégico;

8) Medidas de Controle de Processo não foi identificado como fator de influência no nível Estratégico, em seus mapas individuais, foi mais abordado no nível Tático;

9) Complexidade dos Processos não foi identificado como influenciador nos mapas individuais dos níveis Tático e Operacional, sendo apresentado somente em um dos mapas individuais do nível Estratégico.

Durante a construção dos Mapas Cognitivos Individuais também surgiram fatores que não constavam no Quadro de referência apresentada aos respondentes (Quadro 6): Escolha do Momento Certo, Integração, Motivação, Relacionamento, Recursos e Capacitação.

O fator de influência Alinhamento à Estratégia da Organização foi identificado nos 3 níveis hierárquicos, mas para 3 Mapas Individuais dos níveis Tático (unanimidade) e 1 mapa do nível Estratégico, tal fator representou o rótulo do Mapa Cognitivo Individual destes respondentes.

Não houve destaque dos fatores dificultadores como Resistência a Mudanças, Conflito de Poder e Sistema de Informações nos mapas construídos. A Comunicação da Estratégia a todos foi muito sinalizada pelo nível Operacional e, gradativamente, foi perdendo a representatividade à medida que se elevava o nível hierárquico dos mapas.

Os rótulos descritos nos mapas individuais foram bem diferenciados nos níveis

Estratégico e Operacional, sendo que no nível Tático o rótulo foi o mesmo para os 3 Mapas Cognitivos Individuais, demonstrado na Figura 30 com a letra “R”, descrito como Alinhamento à Estratégia da Organização.

Avaliando os EPAs dos Mapas Individuais observou-se uma clareza e um alinhamento de pensamentos dos respondentes do nível Tático, demonstrando um conhecimento mais apurado sobre o processo de implementação do TRR. Houve certa dificuldade por parte dos respondentes de estabelecerem os rótulos dos seus Mapas Cognitivos, em todos os níveis hierárquicos, não seguindo a ordem descrita pela método da construção dos mapas. Contudo, tal fato não pareceu prejudicar a qualidade da análise na construção dos mapas, pois, em dado momento, os respondentes identificaram os rótulo de seus mapas e confirmaram suas relações causais.

A convergência entre todos os fatores (EPAs) mencionados nos Mapas Cognitivos Individuais ocorreu entre dois níveis hierárquicos entre si, não havendo unanimidade entre os 3 níveis, conforme demonstrado na figura 30.

Não foi possível unificar todos os EPAs de todos os mapas construídos num só Mapa Cognitivo Agregado ou Mapa Estratégico, pois os mesmos representaram linhas de pensamentos bem distintas e características bem próprias de cada nível hierárquico.

### **8.2.1 Análise dos Mapas Cognitivos Agregados**

Ao agregarem-se os Mapas Cognitivos Individuais e constituírem-se os Mapas Cognitivos Agregados por nível hierárquico, destacaram-se alguns fatores de influência (EPAs), que retratam o pensamento do grupo, no nível hierárquico em que se encontra. Analisando tais EPAs nos Mapas Cognitivos Agregados dos 3 níveis hierárquicos, observou-se que existem 9 destes destacados por retratarem um alinhamento do pensamento entre os respondentes, de alguns dos 3 níveis hierárquicos, descritos no Quadro 31. Tais EPAs apresentaram diferenciações entre estes níveis, na forma como se relacionaram e se apresentaram nas relações de causa-e-efeito.

Partindo destes Mapas Agregados, segue uma análise dos dados evidenciados no Quadro 31:

a) Os únicos fatores de influência citados em todos os níveis hierárquicos foram: Habilidades, Reconhecimento pelos Resultados e Envolvimento e Comprometimento das

pessoas;

b) Os fatores Planejamento, Tipo de Liderança, Comunicação e Clareza foram considerados destaques nos níveis Tático e Operacional;

c) Os fatores Cultura e Estrutura organizacionais foram destaques em apenas um nível hierárquico, sendo a cultura destaque no nível Operacional e a Estrutura no nível Estratégico;

d) No nível Estratégico salientaram-se 4 fatores de influência, em decorrência da concordância do pensamento dos respondentes deste nível na relação dos EPAs nos mapas: Habilidades, Reconhecimento pelos Resultados, Envolvimento e Comprometimento das Pessoas e Estrutura Organizacional;

e) No nível Tático salientaram-se 7 fatores de influência, em decorrência da concordância do pensamento dos respondentes deste nível com relação aos EPAs nos mapas: Planejamento, Tipo de Liderança, Comunicação, Habilidades, Reconhecimento pelos Resultados, Envolvimento e Comprometimento das Pessoas e Clareza;

f) No nível Operacional salientaram-se 8 fatores de influência, em decorrência da concordância do pensamento dos respondentes deste nível com relação aos EPAs nos mapas: Planejamento, Tipo de Liderança, Cultura Organizacional, Comunicação, Habilidades, Reconhecimento pelos Resultados, Envolvimento e Comprometimento das Pessoas e Clareza.

OS FATORES DE INFLUÊNCIA (EPAs) NOS MAPAS AGREGADOS DOS 3 NÍVEIS HIERÁRQUICOS										
FATORES DE INFLUÊNCIA (EPAs)										
RELAÇÃO NO MAPA COGNITIVO AGREGADO	PLANEJAMENTO	TIPO DE LIDERANÇA	CULTURA ORG.	COMUNICAÇÃO	HABILIDADES	RECONHECIMENTO RESULTADOS	ENVOLVIM. E COMPROMETIM.	CLAREZA	ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	TOTAL DE FATORES INTER RELACIONADOS
ESTRATÉGICO					X	X	X		X	4
TÁTICO	X	X		X	X	X	X	X		7
OPERACIONAL	X	X	X	X	X	X	X	X		8
		CITADOS POR 2 NÍVEIS HIERÁRQUICOS								
		CITADOS POR 1 NÍVEL HIERÁRQUICO								
		CITADOS POR 3 NÍVEIS HIERÁRQUICOS								
		NÃO CITADOS								

Quadro 31 - Fatores de Influência na Implementação no TRR no HMD identificadas nos Mapas Cognitivos Agregados nos 3 Níveis Hierárquicos.

Fonte: o Autor

Observou-se haver maior afinidade entre o pensamento dos respondentes dos níveis Tático e Operacional, quanto aos fatores que influenciaram na implementação do TRR no

HMD, se for considerado o número de fatores em concordância entre eles (7 no nível Tático e 8 no nível Operacional) sendo quase todos comuns aos dois níveis hierárquicos. Entretanto, quase todos os fatores destacados pelo Nível Estratégico estão incluídos nas relações identificadas nos outros níveis hierárquicos, com exceção da Estrutura Organizacional. Tal fato demonstra coerência entre os níveis hierárquicos da empresa e é descrita por Kaplan e Norton (2000) como um fator positivo, já que a falta de interação entre os 3 níveis hierárquicos é uma barreira à implementação da estratégia.

O Nível Estratégico confirmou a responsabilidade por prover a estrutura para a estratégia acontecer, dentro da sua macro-abrangência, definindo as habilidades necessárias e se responsabilizando pelo envolvimento e comprometimento dos líderes da implementação. Freedman (2003) e Galas (2004) citam que a clareza nos propósitos e o comprometimento do time superior são fundamentais para a implementação da estratégia. Da mesma forma, Hrebiniak (2006) refere que o apoio da direção é determinante para o programa de reconhecimento pelos resultados. Vasconcelos Filho e Pagnoncelli (2001) referem que usar os resultados ao longo da implementação é um fator de motivação para as pessoas, pois define o desempenho destas. Nos níveis Tático e Operacional confirmou-se o que a literatura refere (HREBINIAK, 2006; KAPLAN e NORTON, 2000) que estes níveis são os que concretizaram a implementação das estratégias, principalmente o nível Operacional. Desta maneira, foi muito pertinente o destaque dos fatores como Planejamento, Tipo de Liderança, Comunicação e a Clareza identificados nos Mapas Cognitivos Agregados destes 2 níveis.

Não existiu concordância entre todos os níveis hierárquicos na construção dos Mapas Cognitivos Agregados. No entanto, os níveis Tático e Operacional concordaram que o “Envolvimento e Comprometimento das Pessoas” foi o EPA que mais se relacionou com os outros fatores, sendo o maior polo convergente de todas as relações causais dos mapas.

Nos Mapas Cognitivos Agregados dos níveis Tático e Operacional o planejamento foi um EPA que se destacou na relação com os outros fatores. Tal informação confirma a preocupação com o planejamento nos nível que executam a estratégia.

Na análise dos Mapas Cognitivos Agregados dos 3 níveis hierárquicos observou-se:

a) a valorização do **tipo de Liderança** como um fator relevante para os níveis Tático e Operacional, no momento de implementação da estratégia;

e) o destaque da **Estrutura Organizacional** no nível Estratégico, pois é este nível que deve prover condições para que a implementação ocorra;

f) a importância da **cultura organizacional** para o nível Operacional, já referido pelo sentimento de pertença na execução;



g) a importância da **Disciplina e Habilidades** nos 3 níveis hierárquicos, embora apresentando mais relações causais no Mapa Agregado do nível Estratégico, decrescendo para o Mapa Agregado do Tático e menos ainda no Mapa Agregado do nível Operacional;

h) o **Sistema de Informações** que no Mapa Cognitivo Agregado do nível Estratégico representou uma relação dificultadora descrita pelos respondentes;

i) o **Aprendizado Organizacional** foi destacado apenas no Mapa Agregado do nível Estratégico, demonstrando uma preocupação mais abrangente, própria deste nível hierárquico;

j) a **Resistência à Mudança** surgiu no Mapa Cognitivo Agregado do nível Tático, sendo um dificultador, apesar de não ter sido impeditivo na implementação do TRR;

l) **Medidas de Controle do Processo** foi referida no Mapa Agregado do nível Tático demonstrando a necessidade do acompanhamento na gestão dos processos, atividade própria deste nível hierárquico.

De uma forma geral os Mapas Cognitivos Agregados, realizados a partir dos Mapas Cognitivos Individuais dos respondentes da 2ª fase da pesquisa, revelaram diferenças bem características de cada nível hierárquico a respeito dos fatores que influenciaram a implementação do TRR no HMD. Tal pensamento distinto para cada nível é consequência da abrangência de conhecimento acerca de todo o processo que envolve as Estratégias da empresa e das experiências próprias das pessoas que participaram de cada grupo.

### 8.3 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS ENTREVISTAS E OS MAPAS COGNITIVOS

Numa análise comparativa entre os fatores de influência identificados nas entrevistas e nos Mapas Cognitivos, que é apresentado no Quadro 32, observa-se que, considerando os fatores sugeridos pelo referencial teórico (Quadro 6), houve uma afinidade do pensamento dos respondentes das entrevistas e dos mapas em 7 fatores de influência. Nos restantes 13 fatores houve discordância de opiniões entre os respondentes.

Nos fatores Tipo de Liderança, Disciplina e Habilidade, Envolvimento e Comprometimento das Pessoas, Reconhecimento pelos Resultados, Complexidade dos Processos, Alinhamento Estratégico na Organização e Problemas Externos à Empresa a afinidade nas respostas entre os respondentes das entrevistas e dos Mapas Cognitivos foi total.

A seguir o Quadro 32.

COMPARAÇÃO DOS FATORES DE INFLUÊNCIA ENTRE ENTREVISTAS E MAPAS COGNITIVOS		
FATOR DE INFLUÊNCIA	ENTREVISTAS	MAPAS COGNITIVOS
1.TIPO DE LIDERANÇA	Sinalizado por todos os respondentes de todos os níveis e destacado como o mais relevante nos níveis Tático e Operacional.	Identificado com mais destaque nos níveis Tático e Operacional.
2.DISCIPLINA E HABILIDADE	Sinalizado por todos os respondentes de todos os níveis.	Identificado de forma unânime nos níveis Estratégico e Tático e quase a totalidade no nível Operacional.
3.ENVOLVIMENTO E COMPROMETIMENTO	Sinalizado por todos os respondentes de todos os níveis e destacado como o mais relevante nos níveis Estratégico, Tático e Operacional.	Identificado de forma unânime nos níveis Tático e Operacional e quase a totalidade no nível Estratégico.
4.RESISTÊNCIA À MUDANÇA	Sinalizado como dificultador por todos os respondentes de todos os níveis.	Não foi mencionado no nível Estratégico. Foi mais citado no nível Tático e menos citado no Operacional.
5.VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	Citados quase que pela totalidade dos respondentes, sendo destacado no nível Estratégico e Operacional.	Foi citado apenas em um dos mapas de cada nível hierárquico.
6.RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS	Sinalizado por todos os respondentes de todos os níveis e destacado como o mais relevante no nível Estratégico.	Identificado de forma unânime nos níveis Tático e Operacional e quase a totalidade no nível Estratégico.
7.ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	Não foi citada no nível Estratégico e foi referida por unanimidade nos níveis Tático e Operacional.	Referido em todos os níveis, mas com mais ênfase no nível Estratégico.
8.SISTEMA DE INFORMAÇÕES	Referida nos 3 níveis como dificultador, com mais ênfase nos níveis Estratégico e Tático.	Referido em todos os Mapas do nível Estratégico e em apenas um dos mapas dos níveis Tático e Operacional.
9.MEDIDAS DE CONTROLE DE PROCESSO	Citados pela totalidade dos respondentes em todos os níveis hierárquicos.	Não referidos pelo nível Estratégico, sendo identificados em um dos mapas do nível Operacional e com mais ênfase no nível Tático.
10.COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS	Não foi citado em nenhuma das entrevistas.	Só foi citado por um mapa do nível Estratégico; os demais não consideraram este item como de influência.
11.PLANEJAMENTO	Citado por todos os respondentes sendo destacado como um dos mais relevantes pelos níveis Estratégico e Tático.	Citado por todos os níveis hierárquicos e por unanimidade no nível Tático.
12.DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO	Citado em todos os níveis hierárquicos com ênfase crescente do nível Estratégico para o Tático e deste para o Operacional.	Pouco referido nos níveis Estratégico e Tático e não referido pelo nível Operacional.
13.COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS	Citado pela totalidade dos respondentes em todos os níveis hierárquicos.	Citado em todos os níveis hierárquicos com ênfase crescente do nível Estratégico para o Tático e deste para o Operacional.
14.CLAREZA DA ESTRATÉGIA	Citado pela totalidade dos respondentes em todos os níveis hierárquicos.Referido como o mais relevante no nível Operacional.	Referido de forma unânime nos níveis Tático e Operacional e com uma citação no nível Estratégico.
15.ALINHAMENTO ESTRATÉGICO DA ORGANIZAÇÃO	Citado pela totalidade dos respondentes em todos os níveis hierárquicos.Referido como o mais relevante no nível Estratégico.	Referido como Rótulo de todos os Mapas no nível Tático e um do nível Estratégico; também citado no nível Operacional.
16.MODELOS MENTAIS	Citado em todas os níveis hierárquicos: Nível Estratégico, Tático e Operacional.	Não citado pelo nível Operacional e com uma citação no nível Tático e Estratégico.
17.CULTURA ORGANIZACIONAL	Sinalizado por todos os respondentes de todos os níveis hierárquicos e Identificado como dificultador pelo nível Estratégico	Sinalizados por todos os 3 níveis, mas mais fortemente pelos níveis Estratégico e Operacional.
18.CONFLITO DE PODER	Citado por todos os respondentes como dificultador.	Citado por um dos mapas de cada nível hierárquico.
19.PROBLEMAS EXTERNOS À EMPRESA	Citado pelos níveis Estratégico e Tático. O nível Operacional não citou este fator.	Citados por um dos mapas do nível Estratégico e Tático. O nível Operacional não citou este fator.
20.APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	Citado pela totalidade dos respondentes em todos os níveis hierárquicos.Referido como o mais relevante no nível Estratégico.	Pouco referido nos níveis Tático e Operacional e mais citado pelo nível Estratégico.

Quadro 32 - Comparação dos Fatores de Influência na Implementação do TRR identificados nas Entrevistas e Mapas Cognitivos.

Fonte: o Autor

Detalhando os comentários sobre estes resultados concordantes entre respondentes das entrevistas e dos Mapas cognitivos, identifica-se:

a) No **Tipo de Liderança** – os respondentes dos níveis Tático e do Operacional valorizaram muito este fator, sendo para eles um fator determinante para o sucesso da implementação do TRR. Tal escolha confirma a referência de autores como Mintzberg *et al.* (2006), Freedman (2002) e Mintzberg e Quinn (2001), Robbins (2004) e Kaplan e Norton (2000, p.26) que citam que “se as pessoas no topo não atuarem como líderes vibrantes, as mudanças não ocorrerão e a estratégia não será implementada...”. O líder teve um perfil de coaching para sua equipe, como referida por Cesar e Coda (2005), que permitiu mais liberdade na equipe operacional. Pela citação de Senge (1999, p.29) este líder foi do “tipo líder executivo”, sendo necessário para a criação de ambiente propício a inovações e aprendizado.

b) Na **Disciplina e Habilidade** - houve referência pelos respondentes das fases 1 e 2, em todos os níveis hierárquicos; foi considerado por estes como mais um fator determinante neste processo. Robbins (2004) refere que as habilidades pessoais são ativos preciosos. Igualmente Moscovici (1999, p.103) cita que “as habilidades interpessoais facilitam... a implementação de mudanças...”. Autores como Freedman (2003), Chaharbagui e Feurer (1995), entre outros, também referem à importância deste fator.

c) No **Envolvimento e Comprometimento das Pessoas** - para os respondentes tanto das entrevistas como dos Mapas Cognitivos, em todos os níveis hierárquicos, foi considerado um diferencial na implementação do TRR. Tal fator é considerado uma necessidade para a implementação da estratégia por Senge *et al.* (1999), O’Regan e Ghobadian (2002), Kaplan e Norton (2000). Hrebiniak (2006) refere à importância do sentimento de “pertença” decorrente deste fator. Em todos os níveis hierárquicos e basicamente no nível Operacional, que de fato executa a implementação da estratégia, verificou-se a existência deste sentimento. César e Coda (2005) relacionam o comprometimento ao clima organizacional, aspecto que parece pertinente, pois existiu um clima geral de cooperação nesta implementação.

d) **Reconhecimento pelos Resultados** - foi citado por todos os níveis de forma quase unânime. Foi identificado pelos respondentes como um fator que alimentou o ciclo motivacional do grupo operador. Robbins (2004) e César e Coda (2005) reforçam, em suas referências, que as pessoas altamente motivadas com o trabalho estão emocionalmente mais comprometidas com ele. A importância da recompensa para que as pessoas disponibilizem suas habilidades e se comprometam, é citado por Mayo (2003). Mintzberg e Quinn (2001) também citam os incentivos e a motivação das pessoas como sendo uma necessidade para a

implementação da estratégia. Hrebiniak (2006) relaciona este fator ao apoio da Direção, que pareceu ocorrer de forma ampla nesta implementação.

e) **Complexidade dos Processos** - todos os níveis hierárquicos definiram que o processo de implementação do TRR não foi complexo e a que a simplicidade deste processo foi um facilitador. Fredman (2003) refere à necessidade de redução de complexidade como um elemento essencial para a implementação.

f) **Alinhamento Estratégico da Organização** - foi citado em todos os níveis hierárquicos, com mais ênfase nos níveis Estratégico e Tático. O nível Tático entendeu ser este o fator que convergiu os outros, o que é reforçado no referencial de Fredman (2003), que destaca este fator como um elemento essencial à implementação da estratégia. Este alinhamento foi de fato mais visualizado pelos respondentes dos níveis Estratégico e Tático, que possuem maior conhecimento deste processo, razão pela qual acredita-se que o nível operacional não o destacou.

g) **Problemas Externos à Empresa** - tanto nos respondentes das entrevistas como dos Mapas Cognitivos, somente os níveis Estratégico e Tático citaram este fator. O nível operacional não referiu tal fator; este fato reforça o que a literatura refere, de que a operação não se envolve com questões mais globais envolvendo as estratégias.

A diferenciação verificada entre os respondentes dos 3 níveis hierárquicos nas entrevistas e nos Mapas Cognitivos, encontrou-se nos fatores:

- Resistência a Mudanças;
- Valores e Responsabilidades Compartilhados;
- Estrutura Organizacional;
- Sistema de Informações;
- Medidas de Controle do processo;
- Planejamento;
- Desenvolvimento Estratégico Dinâmico;
- Comunicação da Estratégia a Todos;
- Clareza da Estratégia;
- Modelos Mentais;
- Cultura organizacional;
- Conflito de Poder;
- Aprendizado organizacional.

Grande parte desta diferenciação ocorreu nos resultados entre os níveis hierárquicos dos Mapas Cognitivos em relação às entrevistas. Nos resultados dos Mapas Cognitivos houve a possibilidade de um maior detalhamento de cada fator, pela necessidade de explicação causal nas relações entre os fatores, em cada nível hierárquico, gerando as diferenças observadas. A apresentação visual ( gráfica) dos Mapas Cognitivos favoreceu a interpretação dos fatores de influência.

Os Quadros 33 e 34 apresentam as diferenças entre as posições dos níveis hierárquicos dos Mapas Cognitivos e entrevistas.

COMPARAÇÃO DOS FATORES DE INFLUÊNCIA ENTRE OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS DOS MAPAS COGNITIVOS			
FATOR DE IFLUÊNCIA	ESTRATÉGICO	TÁTICO	OPERACIONAL
1.TIPO DE LIDERANÇA	X	XX	XX
2.DISCIPLINA E HABILIDADE	XXX	XXX	XX
3.ENVOVIMENTO E COMPROMETIMENTO	XX	XXX	XXX
4.RESISTÊNCIA A MUDANÇAS		XX	X
5.VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	X	X	X
6.RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS	XX	XXX	XXX
7.ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	XXX	X	X
8.SISTEMA DE INFORMAÇÕES	XX	X	X
9.MEDIDAS DE CONTROLE DE PROCESSO		XX	X
10.COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS	X		
11.PLANEJAMENTO	XX	XXX	XX
12.DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO	X	X	
13.COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS	X	XX	XXX
14.CLAREZA DA ESTRATÉGIA	X	XXX	XXX
15.ALINHAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO	XX	XXX	X
16.MODELOS MENTAIS	X	X	
17.CULTURA ORGANIZACIONAL	XX	X	XX
18.CONFLITO DE PODER	X	X	X
19.PROBLEMAS EXTERNOS A EMPRESA	X	X	
20.APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	XX	X	X
21. ESCOLHA DO MOMENTO CERTO			X
22.INTEGRAÇÃO			X
23.MOTIVAÇÃO			X
24.RELACIONAMENTO			X
25.RECURSOS	X	X	
24.CAPACITAÇÃO		X	X
XXX REFERIDO COM ÊNFASE ( 3 CITAÇÕES) XX REFERIDO ( 2 CITAÇÕES) X REFERIDO DE FORMA FRACA ( 1 CITAÇÃO)			
NÃO REFERIDO			

Quadro 33 - Diferenciação entre os níveis hierárquicos nas respostas dos Mapas Cognitivos.

Fonte: o Autor

COMPARAÇÃO DOS FATORES DE INFLUÊNCIA ENTRE OS NÍVEIS HIERÁRQUICOS DAS ENTREVISTAS			
FATOR DE IFLUÊNCIA	ESTRATÉGICO	TÁTICO	OPERACIONAL
1.TIPO DE LIDERANÇA	XXX	XXX	XXX
2.DISCIPLINA E HABILIDADE	XXX	XXX	XXX
3.ENVOVIMENTO E COMPROMETIMENTO	XXX	XXX	XXX
4.RESISTÊNCIA A MUDANÇAS	XXX	XXX	XXX
5.VALORES E RESPONSABILIDADES COMPARTILHADOS	XXX	XX	XXX
6.RECONHECIMENTO PELOS RESULTADOS	XXX	XXX	XXX
7.ESTRUTURA ORGANIZACIONAL		XXX	XXX
8.SISTEMA DE INFORMAÇÕES	XXX	XX	X
9.MEDIDAS DE CONTROLE DE PROCESSO	XXX	XXX	XXX
10.COMPLEXIDADE DOS PROCESSOS			
11.PLANEJAMENTO	XXX	XXX	XXX
12.DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO DINÂMICO	X	XX	XXX
13.COMUNICAÇÃO DA ESTRATÉGIA A TODOS	XXX	XXX	XXX
14.CLAREZA DA ESTRATÉGIA	XXX	XXX	XXX
15.ALINHAMENTO ESTRATÉGICO NA ORGANIZAÇÃO	XXX	XXX	XXX
16.MODELOS MENTAIS	X	XX	XXX
17.CULTURA ORGANIZACIONAL	XXX	XXX	XXX
18.CONFLITO DE PODER	XXX	XXX	XXX
19.PROBLEMAS EXTERNOS A EMPRESA	X	X	
20.APRENDIZADO ORGANIZACIONAL	XXX	XXX	XXX
21. ESCOLHA DO MOMENTO CERTO		X	
22.PROCESSO DE FEEDBACK CONTÍNUO		X	
23.RECURSOS	X	X	XX
25.QUEBRA DE CONTINUIDADE(SAÍDA DO LÍDER)	X		X
XXX REFERIDO COM ÊNFASE ( 3 CITAÇÕES) XX REFERIDO ( 2 CITAÇÕES) X REFERIDO DE FORMA FRACA ( 1 CITAÇÃO)			
NÃO REFERIDO			

Quadro 34 - Diferenciação entre os níveis hierárquicos nas respostas das Entrevistas.

Fonte: o Autor

Analisando os fatores em comum entre os Mapas Cognitivos e as Entrevistas, de acordo com os níveis hierárquicos, observou-se que somente o fator Disciplina e Habilidade foi citado por todos os respondentes do nível estratégico, tanto nas entrevistas como nos Mapas Cognitivos Individuais. No fator Complexidade dos Processos que não foi mencionado como influenciador, houve unanimidade nas respostas entre as entrevistas e os Mapas Cognitivos.

Os dados do Quadro 33 dos Mapas Cognitivos reforçam que:

- a) Tipo de Liderança e Envolvimento e Comprometimento das pessoas, Clareza da Estratégia tiveram mais ênfase nos níveis Tático e Operacional em relação ao Estratégico;
- b) Disciplina e Habilidade, Estrutura Organizacional, Sistema de Informações foi mais reforçada pelos níveis Estratégico e Tático;
- c) Alinhamento Estratégico foi abordada com mais ênfase no nível Tático, seguido

do Estratégico;

d) Cultura organizacional foi abordada com mais ênfase nos níveis Estratégico e Operacional;

e) Aprendizado Organizacional foi abordada com mais ênfase no nível Estratégico;

f) Resistência à mudança foi abordada com mais ênfase nos nível Tático, citado pelo Operacional e não citado pelo Estratégico;

g) Valores e Responsabilidades Compartilhados, Conflito de Poder citados por todos os níveis na mesma frequência,

h) Modelos Mentais, Problemas Externos à Empresa e Recursos citados pelos níveis Estratégico e Tático;

i) Capacitação citado pelos níveis Tático e Operacional;

j) Escolha do Momento certo, Integração, Relacionamento e motivação só citado pelo nível Operacional;

k) Complexidade dos Processos só citado pelo nível Estratégico.

Os dados do Quadro 34 das entrevistas sinalizam que:

a) Tipo de liderança, Envolvimento e Comprometimento das pessoas, Disciplina e habilidade e Resistência à Mudança, Reconhecimento pelos Resultados, Medidas de Controle de processo, Planejamento, Comunicação da Estratégia a Todos, Clareza da Estratégia, Alinhamento Estratégico na Empresa, Cultura Organizacional, Conflito de Poder e Aprendizado Organizacional possuíram maior igual ênfase em todos os níveis hierárquicos da mesma forma, sem distinção entre eles.

b) Valores e Responsabilidades compartilhados tiveram mais ênfase nos níveis Estratégico e Operacional;

c) Sistema de Informações teve mais ênfase nos níveis Estratégico e Tático;

d) Estrutura Organizacional só teve ênfase nos níveis Tático e Operacional não sendo referido no nível Estratégico;

e) Desenvolvimento Estratégico Dinâmico, Modelos Mentais tiveram mais ênfase nos níveis Tático e Operacional;

f) Recurso teve mais ênfase no nível Operacional;

g) Quebra de Continuidade citado pelos níveis Estratégico e Operacional;

h) Problemas Externos à empresa foi citado pelos níveis Estratégico e Tático;

i) Escolha do Momento Certo e *Feedback* contínuo somente citado pelo nível Tático;

l) Complexidade dos Processos não foi citado por nenhum nível hierárquico.

Apresenta-se a seguir o Quadro 35 com a comparação entre os Mapas Cognitivos e as Entrevistas.

COMPARAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS MAPAS COGNITIVOS E DE ENTREVISTAS PARA IDENTIFICAR OS FATORES QUE INFLUENCIARAM NA IMPLEMENTAÇÃO DO TRR NO HMD.			
QUANTO AO	MAPAS COGNITIVOS	ENTREVISTAS	OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR
MÉTODO	Necessitou desenvolver as etapas específicas na construção dos mapas.	Seguiu um modelo semi estruturado.	Realizar as entrevistas foi mais fácil que a construção dos Mapas.
	Necessitou do dobro de tempo estabelecido (um para construir os mapas individuais com o respondente e outro para transcrevê-los para o computador).	Seguiu o tempo determinado em média.	Ambos exigiram programação de tempo do pesquisador, mas os mapas exigiram mais.
	Necessitou organizar um espaço próprio (sala) para a realização dos mapas com materiais específicos para sua construção.	Foi realizado nas salas dos entrevistados sem necessidade de materiais específicos	A organização do espaço físico foi fundamental para a construção dos mapas e a privacidade foi importante em ambos.
	Agendado previamente com os respondentes.	Agendada previamente com os respondentes.	Foi importante para ambos, para preparação do tempo.
RESPONDENTES	Exigiu maior raciocínio lógico dos respondentes.	O pensamento fluiu sem preocupação por parte dos respondentes.	Os mapas exigiram mais dos respondentes quanto ao tema e seu posicionamento frente a ele quanto à análise do que as entrevistas.
	Necessitou que o respondente estabelecesse as relações causais entre os fatores identificados.	Sem preocupação com a relação causal entre os fatores e o tema foi descrito de forma mais livre.	Os respondentes dos mapas tiveram mais preocupação em acertar as relações causais o que não ocorreu nas entrevistas.
	Os repondentes nos mapas ficaram mais focados no tema não havendo dispersões.	O respondentes divagaram sobre outros assuntos relativos ao tema.	O método da construção dos mapas direcionou mais o respondente para o tema do que a entrevista semi estruturada.
QUANTIDADE DE FATORES	A frequência dos fatores identificados em cada nível hierárquico foi menor.	A frequência dos fatores identificados em cada nível hierárquico foi maior.	Como no mapa foi necessário estabelecer as relações causais o nº de fatores identificados foi menor do que nas entrevistas, onde o pensamento ficou solto.
	O nº total de fatores identificados por todos os respondentes em cada nível hierárquico foi semelhante.	o nº total de fatores identificados por todos os respondentes em cada nível hierárquico foi semelhante.	Todos os fatores foram citados em algum momento tanto nos mapas como nas entrevistas, pois foi usada a mesma tabela de referência de fatores influenciadores.
	Houve acréscimo de mais fatores de influência.	Houve acréscimo de mais fatores de influência.	Ambos acrescentaram mais fatores além dos sugeridos pelo referencial.
CONTEÚDO	Houve menor unanimidade entre os respondentes e entre os níveis hierárquicos entre si.	Houve maior unanimidade entre os níveis hierárquicos e os respondentes.	Como os mapas necessitaram das relações entre os fatores, a sua identificação ficou mais específica para cada respondente, reduzindo a convergência nas respostas.
	Todas as respostas foram acompanhadas de explicações causais para sua construção.	Muitos fatores foram citados sem as justificativas correspondentes.	Houve mais riqueza nas respostas dos mapas decorrente da necessidade das explicações causais para sua construção.
	Foi possível evidenciar diferenças entre os níveis hierárquicos.	Não foi possível evidenciar diferenças entre os níveis hierárquicos.	Os mapas aprofundaram o pensamento dos respondentes a ponto de mostrar as diferenças entre os níveis hierárquicos, definindo um pensamento grupal.
	Foi possível evidenciar diferenças entre os respondentes.	As diferenças entre os respondentes ficaram muito difusas, não havendo como identificá-las claramente.	Os mapas facilitam a visualização do pensamento dos respondentes e da capacidade de entendimento dos mesmos sobre o tema.
	Foram identificadas poucas relações dificultadoras.	A maioria dos fatores dificultadores foram unânimes em todos os níveis hierárquicos.	Como não era necessário estabelecer a relação dos fatores nas entrevistas foi mais fácil citar os fatores dificultadores.
	Somente foi possível agregar o conteúdo dos mapas por nível hierárquico.	É possível realizar uma síntese de todos as entrevistas realizadas em todos níveis hierárquicos.	Como existiu diferenciação nos Mapas entre os níveis hierárquicos não foi possível fazer um só Mapa agregado.

Quadro 35 - Comparação da Aplicabilidade dos Mapas Cognitivos e Entrevistas na Identificação dos fatores de Influência na Implementação do TRR no HMD.

Fonte: o Autor



Considerando-se a comparação da utilização dos Mapas Cognitivos em relação às entrevistas, quanto à identificação dos fatores que influenciaram a implementação do TRR no HMD, descritas no Quadro 35, observou-se que:

1) **quanto ao método** utilizado para a coleta dos dados - a construção de Mapas Cognitivos Individuais foi mais trabalhosa e exigiu um planejamento prévio bem detalhado para estabelecer a logística necessária para a construção de cada mapa, com maior tempo consumido;

2) **quanto aos respondentes** - os que participaram da construção dos Mapas Cognitivos Individuais foram mais exigidos na elaboração de um raciocínio lógico e se focaram mais no tema proposto, do que os respondentes das entrevistas;

3) **quanto à quantidade dos fatores** - o número total de fatores influenciadores foi semelhante, o que era esperado, pois foi apresentada uma relação de fatores descritos na literatura que serviu de orientação para os respondentes de ambos os métodos. Contudo, se analisado o quantitativo destes mesmos fatores em cada nível hierárquico, nos Mapas Cognitivos Individuais houve uma redução de fatores mencionados em relação às entrevistas;

4) **quanto ao conteúdo** - observou-se mais riqueza nos Mapas Cognitivos Individuais, pois os respondentes aprofundaram suas análises pela necessidade (contida neste método) de relacionar os fatores entre si, numa relação de causa-e-efeito. Isto explica a baixa convergência entre os dados coletados nos mapas em relação às entrevistas, diferenciando mais os níveis hierárquicos entre si. Nos Mapas houve a possibilidade de observar o pensamento reinante em cada nível hierárquico, fruto da abrangência de conhecimento e experiências dos respondentes. Este detalhamento individual possibilitou presumir o entendimento de cada respondente sobre o tema proposto. Nas entrevistas todos os fatores foram citados pelos respondentes de forma despreocupada em relação aos vínculos causais, o que gerou alta convergência entre as respostas. Não havia necessidade de estabelecer a relação entre eles. Por esta razão, os fatores dificultadores foram mais citados nas entrevistas do que nos Mapas Cognitivos Individuais, onde os fatores desta natureza não foram relevantes, visto que a estratégia escolhida teve uma implementação de sucesso. Como existiu menos concordância entre cada um dos níveis hierárquicos, não foi realizado um só Mapa Agregado, mas um Mapa Agregado por nível hierárquico. Esta dificuldade não existiu nas entrevistas que poderiam ser sido agrupadas em uma única síntese.

#### 8.4 COMENTÁRIOS SOBRE O USO DE ENTREVISTAS E MAPAS COGNITIVOS NA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na aplicação dos dois métodos (entrevistas e Mapas Cognitivos), para analisar a implementação de uma estratégia, observou-se algumas vantagens no uso de Mapeamento Cognitivo em relação às entrevistas em profundidade.

Embora a técnica de entrevista seja de mais fácil execução, não necessitando de uma logística para sua aplicação, como ocorre com os Mapas Cognitivos, os mapas demonstraram ser uma técnica que possibilita uma análise mais profundada do tema tratado e facilita a sua compreensão a partir da distribuição visual.

O fato da metodologia do Mapeamento Cognitivo necessitar de uma análise causal entre os fatores faz com que exista maior reflexão sobre o tema e possibilite destacar o que é mais relevante na questão a ser tratada. Identificando-se o que é mais importante na questão, se pode atuar no foco do problema e, desta forma, individualizar as ações.

A necessidade de reflexão sobre os fatores e suas inter-relações parece ser a característica mais relevante que determina que o uso de Mapas Cognitivos seja mais interessante do que o uso de entrevista, quando se deseja destacar as diferenças entre níveis hierárquicos ou grupos de pessoas com pensamentos homogêneos, na análise da implementação de uma estratégia. Ficou evidente a diferenciação entre as abordagens dos 3 níveis hierárquicos na empresa, quando aplicada à metodologia do Mapeamento Cognitivo, na implementação desta estratégia em estudo. No entanto, este fato que não se destacou nas entrevistas. Ao identificar o que é importante em cada nível hierárquico abre-se um leque de alternativas de ação por níveis, que certamente romperão barreiras à implementação de estratégias.

O Mapa Cognitivo permitiu que se identificasse o pensamento reflexivo (EDEN *et al. apud* PIDD, 2001) de cada nível hierárquico sobre a implementação da estratégia escolhida para a pesquisa.

Reforçando a citação dos autores Jardim (2001), Bastos (2002), Pidd (2001) e Andrade *et al.* (2006), entre outros, sobre o Mapeamento Cognitivo, referidos no Quadro 14, do tópico 5.3.5, pode-se constatar que os Mapas:

- foram utilizados como uma ferramenta de pesquisa organizacional, sendo aplicado como um método interpretativo (PIDD, 2001) no processo estratégico (JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; PIDD, 2001 e RIEG e ARAUJO FILHO, 2002), especificamente na

implementação do Time de Resposta Rápida, revelando-se atrativo, pois possibilita o pensamento reflexivo dos respondentes sobre o tema e permitiu a identificação das diferenciações entre os níveis hierárquicos;

- estruturou o conhecimento (JARDIM, 2001; BASTOS, 2002 e ANDRADE *et al.*, 2006) bem como destacou as diferenciações das abordagens por nível hierárquico, na implementação de uma estratégia;

- permitiu a construção do pensamento coletivo (mapas agregados dos níveis hierárquicos) a partir dos mapas individuais dos respondentes (JARDIM, 2001; BASTOS, 2002; NELSON, NELSON e ARMSTRONG, 2000 e ANDRADE *et al.*, 2006), facilitando a compreensão do pensamento grupal;

- permitiu desacordos entre os respondentes (PIDD, 2001 e JARDIM, 2001) o que possibilitou a riqueza de informações do conjunto de fatores, a partir das diferenciações entre os níveis hierárquicos, permitindo visões divergentes, expressão de inquietações e idéias.

A seguir são apresentados os principais pontos que destacam o Mapeamento Cognitivo como ferramenta de análise de Implementação das Estratégias:

- os respondentes necessitam refletir mais sobre as relações entre os fatores de influência na implementação da estratégia, isto é, são mais exigidos;

- os mapas permitem verificar melhor a diferença de foco entre os níveis hierárquicos (estratégico, tático e operacional);

- permitem identificar melhor o que é mais relevante para cada nível hierárquico;

- permitem uma análise mais profunda sobre o tema em questão;

- dificultam o desvio do foco no tema a ser analisado;

- tornam a análise mais rica pelo destaque das diferenciações;

- os Mapas Cognitivos foram bem mais específicos em suas análises, que as entrevistas.

Considerando os pontos que podem gerar certa resistência para a aplicação do Mapeamento Cognitivo na análise de Implementação das Estratégias, citam-se:

- necessidade de maior planejamento, incluindo a previsão de uma sala exclusivamente preparada para a aplicação da técnica e de materiais auxiliares;

- necessidade de o facilitador conhecer a técnica de realização do Mapeamento Cognitivo;

- necessidade de mais tempo para a realização dos mapas e a posterior organização dos dados (dificultador tanto para o facilitador como para o respondente);

- complexidade de análise dos dados quando é realizada a agregação dos mapas individuais, necessitando de ferramentas auxiliares (Diagrama de Afinidades);
- a falta de cultura em aplicar metodologias como o Mapeamento Cognitivo em vez de entrevistas, caracterizando uma resistência natural ao desconhecido por parte de quem eventualmente decide aplicar uma ferramenta organizacional;
- ser uma metodologia mais trabalhosa para o facilitador, quanto ao método de aplicação e análise dos dados, tendendo a aumentar o tempo de resposta à problemática analisada pela ferramenta.

Por fim, mostrou-se interessante a aplicação do Mapeamento Cognitivo em paralelo à aplicação da entrevista, pois esta última é uma técnica já consagrada em pesquisa e os Mapas ainda possuem uma aplicabilidade pouco difundida. Desta forma, fica evidente o quão relevante poderá ser a aplicação de Mapas Cognitivos nas questões que envolvem o Processo da Estratégia da empresa, especificamente a implementação das estratégias, como já citado por muitos autores, uma vez que determinam diferenciações entre os níveis ou grupos de pessoas contatadas, gerando a possibilidade de identificação de ações específicas para cada grupo ou nível funcional. Corroborando esta interpretação, Jardim (2001), em seu estudo, já demonstrou a relevância do uso dos Mapas Cognitivos como ferramentas de negociação na Gestão Estratégica de uma instituição.

Usar uma ferramenta organizacional que diferencie o pensamento reflexivo de determinados grupos de pessoas ou níveis funcionais, na implementação das estratégias, possibilita entender as prioridades determinadas por cada um dos grupos ou níveis. Desta forma, espera-se reduzir os obstáculos ou barreiras à implementação da estratégia visto que se pode agir sobre os pontos “nevralgicos” identificados pelas próprias pessoas envolvidas neste processo.

No próximo capítulo são apresentados as conclusões da pesquisa e recomendações para trabalhos futuros.

## 9 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este capítulo apresenta as conclusões sobre a utilização do Mapeamento Cognitivo como uma ferramenta organizacional na análise da implementação de estratégias, bem como as recomendações decorrentes da pesquisa.

### 9.1 CONCLUSÕES

Como já descrito no Processo Estratégico (CHAHARBAGUI e FEURER, 1995), uma das etapas mais importantes da Gestão Estratégica é a Implementação da Estratégia, pois ela é que vai garantir os resultados esperados. Desta forma, aplicar metodologias que facilitem a análise desta etapa passa a ser relevante, pois a implementação da estratégia, para muitos autores, é um desafio que determina o sucesso ou o insucesso da estratégia (FREEDMAN, 2003 e THOMPSON Jr. e STRICKLAND III, 2000). Conhecer os fatores que influenciam a implementação da estratégia pode determinar as ações que irão romper os obstáculos a ela. Dentre as metodologias que podem analisar tais fatores, foi escolhido o Mapeamento Cognitivo nesta pesquisa.

Utilizando o Mapeamento Cognitivo, na análise dos fatores de influência na implementação de uma estratégia em um ambiente hospitalar, observou-se que tal ferramenta de pesquisa organizacional mostrou-se interessante na identificação das diferenças que determinaram o pensamento dos níveis hierárquicos Estratégico, Tático e Operacional da instituição, sobre o tema proposto.

Ribeiro (2003) refere que as percepções das pessoas na organização nem sempre são convergentes. De fato, a aplicação dos Mapas Cognitivos nos 3 níveis hierárquicos mostrou

estas diferenças, enquanto que, na aplicação paralela das entrevistas semi-estruturadas houve convergência de pensamento dos respondentes sobre os fatores de influência na implementação da estratégia em estudo.

Cada vez mais os estudos (JARDIM, 2001; PIDD, 2001; RIBEIRO, 2003 e BASTOS, 2002) demonstram que os aspectos subjetivos não podem ser desconsiderados no processo da Estratégia e, portanto, também da implementação das estratégias. Muito pelo contrário, é pertinente entender parte desta subjetividade através de ferramentas que representem esta interpretação mental que as pessoas fazem sobre eventos que ocorrem nas organizações.

A partir da análise realizada e considerando-se os objetivos da pesquisa, conclui-se que:

I - O uso de Mapas Cognitivos é recomendável para a análise de fatores de influência na implementação das estratégias, visto que, aprofundam as questões relativas ao tema e determinam pontos relevantes que auxiliam na condução desta etapa do Processo da Estratégia.

O Mapeamento Cognitivo demonstrou ser uma ferramenta de pesquisa organizacional adequada e relevante para o ambiente hospitalar, pois a possibilidade de evidenciar as diferenças entre enfoques dos níveis hierárquicos pode determinar ações específicas no processo de implementação de uma estratégia. Considerando que o hospital também possui processos bem específicos e dinâmicos, possibilitar ter foco nas ações para implementar determinadas estratégias, identificando a necessidade específica de grupos para que isto ocorra, é uma situação de vantagem para o sucesso desta implementação. Hrebiniak (2006) refere ser necessário, para execução da estratégia, compreender as interações entre os decisores e os fatores de influência no processo. Desta forma, o uso de Mapeamento Cognitivo auxiliaria neste entendimento.

II – Os Mapas Cognitivos identificaram nove fatores que potencialmente influenciaram a implementação da estratégia pesquisada (Time de Resposta Rápida) no ambiente hospitalar, que são:

a) Envolvimento e Comprometimento das pessoas - este fator foi descrito como um diferencial pelos respondentes nesta implementação, o que é confirmado pelos autores Senge *et al.* (1999), O' Regan e Ghobadian (2002), Kaplan e Norton (2000), entre outros.

b) Reconhecimento pelos Resultados – descrito como um fator motivacional do grupo operador, referido por Robbins (2004), Cesar e Coda (2005), Mayo (2003), entre outros. Hrebiniak (2006) relaciona este fator ao envolvimento da Direção em apoiar o processo, estabelecendo um programa de incentivos e controle. Estes geram *feedback* do

desempenho para o alinhamento a metas, ao mesmo tempo em que motivam as pessoas.

c) Disciplina e Habilidades – mais destacados nos níveis hierárquicos superiores, que apareceram como facilitadores descritos como “ativos preciosos” por Robbins (2004), Freedman (2003), Chaharbagui e Feurer (1995), Moscovici (1999), entre outros.

d) Planejamento – destacado nos níveis que executaram estratégia e referido por Freedman (2003), O’ Regan e Ghobadian (2002), Senge *et al.* (1999), entre outros. Hrebiniak (2006, p.28) refere que um dos sucessos da implementação está na associação do planejamento com a execução numa “visão simultânea”.

e) Tipo de Liderança – muito valorizado nos níveis que executaram a estratégia. A liderança representou um papel de *coaching* para a equipe, referido por César e Coda (2005), Kaplan e Norton (2000), Robbins (2004), Mintzberg e Quinn (2001), Freedman (2003), entre outros autores. Hrebiniak (2006) refere à importância de como os líderes criam um clima favorável ou não à execução da estratégia.

f) Comunicação da estratégia a todos – descrita como relevante no nível operacional e referida por Freedman (2003), O’ Regan e Ghobadian (2002), Chaharbaghi e Feurer (1995), Kaplan e Norton (2000), entre outros. Hrebiniak (2006) refere que compartilhar as informações e a integração entre as áreas é vital para organização reagir a problemas na implementação.

g) Clareza da Estratégia – fator facilitador destacado pelo nível tático e referido por Freedman (2003), O’ Regan e Ghobadian (2002), entre outros. Hrebiniak (2006) refere que a falta de clareza é um gerador de conflitos.

h) Cultura organizacional – fator relevante nos níveis que executam a estratégia, permitindo a inovação através desta implementação. Hrebiniak (2006) refere que a cultura organizacional pode sustentar ou não os esforços de uma execução, influenciando a implementação de uma estratégia. Também são referidas por Kaplan e Norton (2000) e Senge *et al.* (1999).

i) Estrutura Organizacional – fator destacado pelo nível estratégico e que são referidos por Mintzberg *et al.* (2001), Freedman (2003), Chaharbaghi e Feurer (1995), Hrebiniak (2006), Kaplan e Norton (2000) entre outros.

III - O Mapeamento Cognitivo identificou as diferenciações no pensamento reflexivo dos 3 níveis hierárquicos, permitindo uma análise detalhada e específica para cada nível. Este aspecto é determinante para avaliar os obstáculos à implementação da estratégia, pois esclarece o que é prioritário para cada nível hierárquico.

Observaram-se através dos Mapas Cognitivos as seguintes diferenças entre os níveis hierárquicos:

a) O Nível Estratégico confirma seu foco em uma visão macro do negócio, salientando fatores como estrutura organizacional, aprendizado organizacional e sistema de informações, fatores bem abrangentes e de suma importância no Processo da Estratégia, não referidos pelos outros níveis hierárquicos. Disciplina e habilidades obtiveram maior ênfase no nível Estratégico, em relação ao nível Tático e este, também destacou mais este fator em relação ao Operacional. A partir de tal evidência conclui-se que quanto maior o nível hierárquico, maior é a preocupação com o fator Disciplina e Habilidade da equipe responsável pela implementação da estratégia, na organização estudada.

b) No Nível Tático foi onde houve maior convergência entre os mapas individuais mostrando uma concordância entre os respondentes. Destacaram-se os fatores Clareza da Estratégia e o Alinhamento Estratégico, demonstrando a preocupação existente, neste nível, com a continuidade do processo da estratégia para o nível operacional. Destacou-se ainda o fator Medidas de Controle do Processo, uma preocupação com gestão de processos, bem própria deste nível.

c) No Nível Operacional houve destaque na cultura organizacional, evidenciando o sentimento de “pertença” que referem autores como Hrebiniak (2006), necessário para o comprometimento das pessoas com a estratégia. Comunicação também foi destaque, visto que o nível operacional é a ponta desta cadeia hierárquica e este fator é determinante para o entendimento e a participação deste nível no processo da implementação da estratégia.

d) O Tipo de Liderança e Planejamento foram destacados pelos níveis Tático e Operacional apresentando a relevância destes fatores no processo de implementação, em virtude de executarem de fato a estratégia e, pela mesma razão, também salientaram a Resistência à Mudança, como fator de influência, não destacado pelo nível Estratégico.

e) Comprometimento e envolvimento das pessoas foi o fator destacado em todos os níveis hierárquicos, em todos os respondentes, demonstrando uma unidade de pensamento no que se refere ao fator humano neste processo.

Cada nível hierárquico demonstrou sua característica de acordo com a posição, responsabilidade e conhecimento agregados à função. Pôde-se evidenciar a macro visão do nível estratégico, focado nas questões mais abrangentes de estrutura e aprendizado organizacional; a preocupação do nível Tático com o alinhamento da estratégia, planejamento e a liderança necessárias às questões funcionais e à logística da implementação e, por fim, o nível operacional focado nas questões próprias da execução *in loco*, influenciadas pelo tipo de



liderança, reconhecimento pelos resultados e a cultura organizacional. Contudo, após toda a análise dos respondentes nos 3 níveis hierárquicos, o fator diferencial que determinou o sucesso da implementação foi o componente humano no processo de implementação do Time de Resposta Rápida. Esta escolha tem apoio nas referências de Freedman (2003), Hrebiniak (2006), O' Regan e Ghobadian (2002), Kaplan e Norton (2000), que salientam a relevância das pessoas no processo de implementação da estratégia.

IV – O Mapa Cognitivo demonstrou ser uma ferramenta de pesquisa organizacional bastante interessante quando se espera identificar fatores que afetam a implementação das estratégias. A partir dos Mapas Cognitivos Eden *et al.* (JARDIM, 2001) refere ser possível obter informações secundárias de aspectos da cultura organizacional, dos detalhes de personalidades, atitudes e pensamentos das pessoas envolvidas. Jardim (2001) também reforça a utilização de Mapas Cognitivos como uma ferramenta para área Administrativa, como apoio à decisão.

O Mapeamento Cognitivo utilizado neste estudo possibilitou a identificação das diferenças entre os níveis hierárquicos. Tal característica foi decorrente da sua técnica de aplicação, que necessita do pensamento reflexivo do respondente, ao determinar as relações de causa-e-efeito entre os fatores analisados. Tal resultado não foi evidenciado ao utilizar-se a entrevista para analisar a questão. A identificação das diferenciações do pensamento dos níveis funcionais ou grupos de pessoas pode oportunizar a definição de ações pró-ativas que minimizem as barreiras à implementação de determinada estratégia, a partir do conhecimento do que é relevante para cada grupo de pessoas.

O Mapeamento Cognitivo é uma metodologia que exige uma logística em sua aplicação, maior do que a realização de entrevista em profundidade; exige mais tempo em sua execução, pois além da construção dos mapas é necessário registro das informações numa formatação específica e exige conhecimento da técnica de construção dos mapas, por parte de quem o realizará. Contudo, o Mapa Cognitivo apresentou-se como uma ferramenta bastante objetiva quanto ao foco dado ao tema e destacou o que era relevante na questão em estudo.

Como contribuição acadêmica o Mapeamento Cognitivo traz uma possibilidade de aplicação em diferentes pesquisas com foco no processo estratégico, utilizando-se de uma ferramenta ainda pouco explorada neste meio. Já, como contribuição gerencial salienta-se a possibilidade de aplicar tal ferramenta para compreender melhor o pensamento dos níveis hierárquicos no processo da estratégia.

## 9.2 DELIMITAÇÕES DO ESCOPO

A pesquisa possui delimitações do escopo. Um dos aspectos é a aplicação da pesquisa em somente um hospital (estudo de caso único), sendo influenciado pela cultura da empresa em estudo. Outro aspecto é a aplicação em hospital privado que possui algumas características próprias em relação a instituições públicas.

## 9.3 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A pesquisa apresenta alguns aspectos que limitam o escopo em estudo. Um dos aspectos é a escolha de uma estratégia com sua implementação aplicada com sucesso na empresa em estudo, deixando outros aspectos não explorados, uma vez que obtiveram destaque os fatores facilitadores, visto a natureza positiva da implementação da estratégia, tendo sido assim pouco explorados os fatores dificultadores. Outro aspecto relevante encontra-se no fato dos respondentes estarem focados na área assistencial, em função da estratégia estudada, não havendo a participação de outras áreas da instituição como os setores de apoio e administrativo.

## 9.4 RECOMENDAÇÕES

Diante dos resultados da pesquisa e das conclusões decorrentes recomenda-se, do ponto de vista acadêmico, que o estudo seja reproduzido em outras instituições hospitalares de caráter privado e/ou público para que se estabeleça um paralelo entre as diferenciações observadas nos níveis hierárquicos em mais de uma instituição hospitalar, utilizando os Mapas Cognitivos para esta análise.

Recomenda-se também a escolha para a análise de uma implementação de estratégia que não tenha obtido o sucesso esperado, para possibilitar a exploração dos fatores dificultadores envolvidos nesta etapa do processo estratégico, explorando “o que não deu certo” neste processo.

Em termos de pesquisas relativas ao gerenciamento de empresas, recomenda-se a utilização do Mapeamento Cognitivo como uma ferramenta de pesquisa organizacional, para analisar os fatores de influência na implementação da estratégia em ambiente hospitalar, como também em qualquer outro tipo de organização.

No entanto, recomenda-se evoluir na aplicação da Metodologia do Mapeamento Cognitivo descrito por Eden *et al.* (PIDD, 2001) e realizar o último estágio do *Workshop SODA*, que prevê a negociação entre as partes para a construção do Mapa Congregado, a partir do Mapa Estratégico ou Agregado. Este estágio possibilita o comprometimento com a ação decorrente de uma intervenção negociada e consentida entre as pessoas.

## REFERÊNCIAS

AGUIRRE, C.C. *Mapas Cognitivos: qué son y cómo explorarlos*. Scripta Nova Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. [ISSN 1138-9788] N° 33, 1 de febrero de 1999. Disponível em GOOGLE <http://www.ub.es/geocrit/sn-33.htm>. Acessado em 17/12/2005.

ANDRADE, A. L.; SELEME, A.; RODRIGUES, L. H. e SOUTO, R. *Pensamento Sistêmico. O desafio da Mudança Sustentada nas Organizações e na Sociedade*. Porto Alegre, Bookman: 2006.

Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) Ministério da Saúde -. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos: dados do setor. Junho / 2005 competência Março/2005. Disponível em <http://www.ministeriodasaude.org>. Acessado em 24/04/2006.

ANSOFF, H.I. e McDONNELL, E.J. *Implantando a Administração Estratégica*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1993.

BASTOS, A.V.T. Mapas Cognitivos e a pesquisa organizacional: explorando aspectos metodológicos. *Estudos de Psicologia*, 2002, 7(número especial),65-77. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/episic/v7nspe/a08v7esp.dft> . Acessado em 03/01/2006.

BASTOS, A.V.T. Mapas Cognitivos: ferramentas de pesquisa e intervenção em processos organizacionais. *Anais do 1º EnEO –Encontro Nacional de Estudos Organizacionais - ANPAD*. Curitiba, 2000.

CHAHARBAGHI, K. and FEURER, R. Strategy development: past, present and future. *Management Decision*, vol.33.Nº.6, 1995, pp.11-21. MCB Univerty Press Limited, 0025-1747.

CHAHARBAGHI, K. and WILLIS, R. Strategy: the missing link between continuous revolution and constant evolution. *International Journal of Operations & Production Management*, vol.18.Nº.9/10, 1998.pp.1017-1027 MCB Univerty Press Limited, 0144-3577.

COHN, A. e ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 6º ed., São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

COLLIS, J. e HUSSEY, R. *Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOPER, Donald R. e SCHINDLER, Pamela S. *Métodos de Pesquisa em Administração*. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

EDEN, C. On the nature of cognitive maps. *Journal of Management Studies*, v.29, n.º 3, 1992.

EDEN, C., ACKERMANN, F. *Making Strategy*. London: Sage publications Ltd, 1998.

FREEDMAN, M. The genius is in the implementation. *Journal of Business Strategy*. March/April, p. 26-31, 2003.

FREEMAN, H. *Strategic and Management: a stakeholders approach*. Boston: Pitchaman Publishing, 1984.

FUCK, U. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GALAS, E.S. Fatores que interferem na implantação de um Modelo de Gestão Estratégica baseado no Balanced Scorecard: Estudo de caso em uma instituição pública. *Anais do XXVIII EnANPAD - Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração*. Curitiba, 2004.

GIL, Antonio C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

HREBINIAK, L. *Fazendo a Estratégia Funcionar: o caminho para uma execução bem-sucedida*. Porto Alegre: Bookman, 2006.

HUFF, A. *Mapping Strategic Thought*. New York, 1990. Wiley.

JARDIM, S.B. Mapas cognitivos: um caminho para construir estratégias. *Análise*, Porto Alegre, v.12, n°. 2, p. 89-119, 2001.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. *Organização Orientada para a Estratégia: como as empresas que adotaram o balanced scorecard prosperaram no novo ambiente de negócios*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. *Estratégia em Ação: balanced scorecard*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KELLER, A. e BURLAMAQUI, P. *Organizações Hospitalares e Corpo Clínico: Gerenciando Custos ou Saúde? Anais do XXVIII EnANPAD - Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração*. Curitiba, 2004.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing – uma orientação aplicada*. 3º ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATTAR, Fauze Najib. *Pesquisa de Marketing*. 4 ed. Vo. 1. São Paulo:Atlas, 1997.

MAYO, Andrew. *O valor humano da empresa – valorização das pessoas como ativos*. São Paulo: Pearson – Prentice Hall, 2003.

MEZOMO, J.C. *Gestão da Qualidade na Saúde. Princípios Básicos*. São Paulo: J.C.Mezomo, 1995.

MINOTTO, R. *A Estratégia em Organizações Hospitalares*. Porto Alegre: EDIPUCRS:2002.

MINTZBERG, H. e WATERS, J. Of Strategies, Deliberate and Emergent. *Strategy Management Journal*, vol. 6, p. 257-272, 1985.

MINTZBERG, H. The Strategy Concept I: Five P's for Strategy. *California Management Review*, Fall, 1993.

MINTZBERG, H. The Strategy Concept II: Another Look at Why Organizations Needs Strategies. *California Management Review*, Fall, 1993.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. *Safári de Estratégia*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H e QUINN, J.B. *O Processo da Estratégia*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B.; LAMPEL, J.; GHOSHAL. *O Processo da Estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MIRSHAWKA, V. *Hospital fui bem atendido: a hora e a vez do Brasil*. São Paulo: MakronBooks, 1994.

MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 5. ed. Rio de Janeiro, José Olympio, 1999.

MOURA, E. *As Sete Ferramentas Gerenciais da qualidade*. Implementação e melhoria contínua com maior eficácia. São Paulo, MAKRON Books, 1994.

NELSON, K.M.; NELSON, H. J. & ARMSTRONG, D. Revealed Causal Mapping as an Evocative Method for Information Systems Research. *Proceeding of the 33<sup>rd</sup> Hawaii International Conference on System Sciences*, 0-7695-0493-0/00(c), 2000 IEEE. Disponível em <http://www.google>. Acessado em 27/04/2006.

NEVES, José Luis. *Pesquisa Qualitativa - característica, usos e possibilidades*. Caderno de Pesquisa em Administração, São Paulo, v.1, Nº 3, 2º sem/1996.

O'REGAN, N. e GHOBADIAN, A. Effective strategic planning in small and medium sized firms. *Management Decision* 40/7 2002 663-671. <http://www.emeralddinsight.com/0025-1747.htm>. Acessado em 05/05/2006.

OLIVA, F.A.e BORBA, V. R. *BCS – Balanced Scorecard: ferramenta gerencial para organizações hospitalares*. São Paulo: Iátria 2004.

PIDD, M. *Modelagem Empresarial. Ferramentas para a tomada de decisão*. Reimpressão. Porto Alegre: Bookman, 2001.

PORTER, M. What is Strategy? *Harvard Business Review*, nov/dec, 1996.

PORTER, M. E. e TEISBERG, E.O. *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RIBEIRO, T.S.S. *O conceito de responsabilidade social sob a ótica dos dirigentes da Agência de Fomento do estado da Bahia- DESENBAHIA*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Mestrado em Administração, 2003 Disponível em <http://www.adm.ufba.br/disserta%E7%E3o2.pdf>. Acessado em 03/01/2006.

RIEG, D.L e ARAÚJO FILHO, T. O uso das metodologias “Planejamento estratégico situacional” e “Mapeamento cognitivo” em uma situação concreta: o caso da Pós-Reitoria de Extensão da UFSCar. *Gestão & Produção*. V.9, n.2, p.163-179, Ago.2002. Disponível em <http://www.google>. Acessada em 27/04/2006.

ROBBINS, S. P. *Fundamentos do Comportamento Organizacional*. 7º ed. São Paulo: Prendice Hall, 2004.

RUAS, E.B. Criação de indicadores estratégicos para o instituto de Pesquisas Tecnológicas do Estado de São Paulo S.A-IPT. In *ERA-eletrônica*, São Paulo: FGV-EAESP, v.2, n.1 jan-jun/2003. Internet. Disponível em:<http://www.rae.com.br/eletrônica>. Acesso em 19 de Maio/2006.

SENGE, P. M. *Quinta Disciplina. Arte e prática da organização que aprende*. 16º ed. São Paulo: Best Seller, 2004.

SENGE, P. M; KLEINER, A.; ROBERTS, C.; ROSS, R.; ROTH, G.; SMITH, B. *A Dança das Mudanças: os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. 3º Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SILVA, E. D. Barrera a la Implementación Estratégica: el caso Copel. *Anais do XXV - EnANPAD*. Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração. Campinas, 2001.

THOMPSON Jr, A. e STRICKLAND III, A.J. *Planejamento Estratégico: elaboração, implementação e execução*. São Paulo: Pioneira, 2000.

VASCONCELOS, F. Safári de Estratégias. Questões bizantinas e a Síndrome do Ornitorrinco: Uma análise empírica dos impactos da diversidade teórica em estratégia empresarial sobre a prática dos processos de tomada de decisão estratégica. *ENANPAD, Anais do XXV - EnANPAD*. Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração. Campinas, 2001.

VASCONCELOS FILHO, P.e PAGNONCELLI, D. *Construindo Estratégias para Vencer. Um método prático, objetivo e testado para o sucesso da sua empresa*. 10ª ed. Rio de Janeiro:



Campus. 2001.

ZANON, U. *Qualidade da assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

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

## **APÊNDICES**

## APÊNCICE A – Roteiro da 1ª Entrevista

Este trabalho tem como objetivo analisar os fatores que influenciam na implementação de estratégias em um ambiente hospitalar. Para tanto, a sua contribuição com as percepções relatadas acerca do tema proposto nesta entrevista é de significativa relevância, dada a sua participação neste contexto.

### BLOCO 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME ( opcional) .....  
 CARGO.....  
 SETOR EM QUE TRABALHA.....  
 TEMPO DE EMPRESA.....  
 DATA.....LOCAL.....  
 EM QUE NÍVEL HERÁRQUICO VOCÊ SE INSERE NA ESTRUTURA DA EMPRESA  
 ( )Nível Estratégico ( ) Nível Tático ( ) Nível Operacional

### BLOCO 2 – ESTRATÉGIA

1. A empresa faz Planejamento Estratégico?
2. Quais as 3 grandes estratégias da empresa?
3. Qual destas estratégias você julga a mais relevante?

### BLOCO 3 – FATORES QUE INFLUENCIAM NA IMPLEMENTAÇÃO

1. Como as estratégias na sua empresa são de fato implementadas?Explique.
  2. Quem participa na implementação das estratégias na sua empresa?Indique quem e onde.
  3. Que fatores dificultadores existem para a implementação das estratégias?(referência no Quadro 6)
  4. Quais os fatores facilitadores na implementação das estratégias?(referência no Quadro 6)
- HREBINIAK(2001), FREDMANN (2003), CHAHARBAGUI e FEURER (1995) KAPLAN e NORTON ( 1997, 2000) O’REGAN e GHOBADIAN (2002)

## APÊNCICE B - Roteiro de Entrevista

Este trabalho tem como objetivo analisar os fatores que influenciam na implementação de estratégias em um ambiente hospitalar. Para tanto, a sua contribuição com as percepções relatadas acerca do tema proposto nesta entrevista é de significativa relevância, dada a sua participação neste contexto.

### BLOCO 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME ( opcional) .....  
 CARGO.....  
 SETOR EM QUE TRABALHA.....  
 TEMPO DE EMPRESA.....  
 DATA..... LOCAL.....  
 EM QUE NÍVEL HERÁRQUICO VOCÊ SE INSERE NA ESTRUTURA DA EMPRESA  
 ( ) Nível Estratégico ( ) Nível Tático ( ) Nível Operacional

### BLOCO 2 – ESTRATÉGIA

1. De que forma você ficou conhecendo as estratégias da empresa em que trabalha? Explique.  
 (FREDMANN (2003), CHAHARBAGUI e FEURER (1995) KAPLAN e NORTON ( 1997, 2000)
2. Cite estas estratégias? Qual a mais relevante?
3. De que forma é posta em prática a estratégia da empresa em que trabalha?  
 KAPLAN e NORTON ( 1997, 2000) VASCONCELOS FILHO e PAGNONCELLI (2001)
4. Você tem clareza do seu papel na implementação das estratégias? Qual é este papel?  
 (FREDMANN (2003), O’REGAN e GHOBADIAN (2002) , JHONSON e SCHOLEs (2001)

### BLOCO 3 – FATORES QUE INFLUENCIAM NA IMPLEMENTAÇÃO

**Considerando a estratégia mais relevante que é o investimento em competência técnica por estar mais focada no negócio do Hospital Mãe de Deus e por ser uma estratégia que irá garantir de fato a diferenciação do hospital no mercado de saúde. Dentro desta grande estratégia, o desdobramento estratégico mais significativo é a implantação do Time de Resposta Rápida nas Unidades de Internação (denominado pela instituição de Sistema do Médico Hospitalista ou Sistema de Resposta Rápida).**

1. Como as estratégias na sua empresa são de fato implementadas? Explique.
2. Quem participa na implementação das estratégias na sua empresa? Indique quem e onde.
3. Que fatores dificultadores existem para a implementação das estratégias?
4. Quais os fatores facilitadores na implementação das estratégias?

HREBINIAK(2001), FREDMANN (2003), CHAHARBAGUI e FEURER (1995) KAPLAN e NORTON ( 1997, 2000) O’REGAN e GHOBADIAN (2002)

## Apêndice C - Roteiro para a construção do mapa cognitivo individual

(PIDD, 2001 e JARDIM, 2001):

Este trabalho tem como objetivo analisar as relações entre os fatores que influenciam a implementação de estratégias em um ambiente hospitalar. Para tanto, a sua contribuição com as percepções descritas neste mapa cognitivo acerca do tema proposto é de significativa relevância, dada a sua participação neste contexto.

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

NOME ( opcional) .....
CARGO.....
SETOR EM QUE TRABALHA.....
TEMPO DE EMPRESA.....
DATA.....LOCAL.....
EM QUE NÍVEL HERÁRQUICO VOCÊ SE INSERE NA ESTRUTURA DA EMPRESA
( <input type="checkbox"/> )Nível Estratégico ( <input type="checkbox"/> )Nível Tático ( <input type="checkbox"/> )Nível Operacional

Considerando a estratégia mais relevante que é o investimento em competência técnica por estar mais focada no negócio do Hospital Mãe de Deus e por ser uma estratégia que irá garantir de fato a diferenciação do hospital no mercado de saúde. Dentro desta grande estratégia, o desdobramento estratégico mais significativo é a implantação do Time de Resposta Rápida nas Unidades de Internação (denominado pela instituição de Sistema do Médico Hospitalista ou Sistema de Resposta Rápida)

A analista/pesquisadora apresentará a questão-chave para o entrevistado:

**- O que afetou a implementação do Time de Resposta Rápida no HMD?**

Passos:

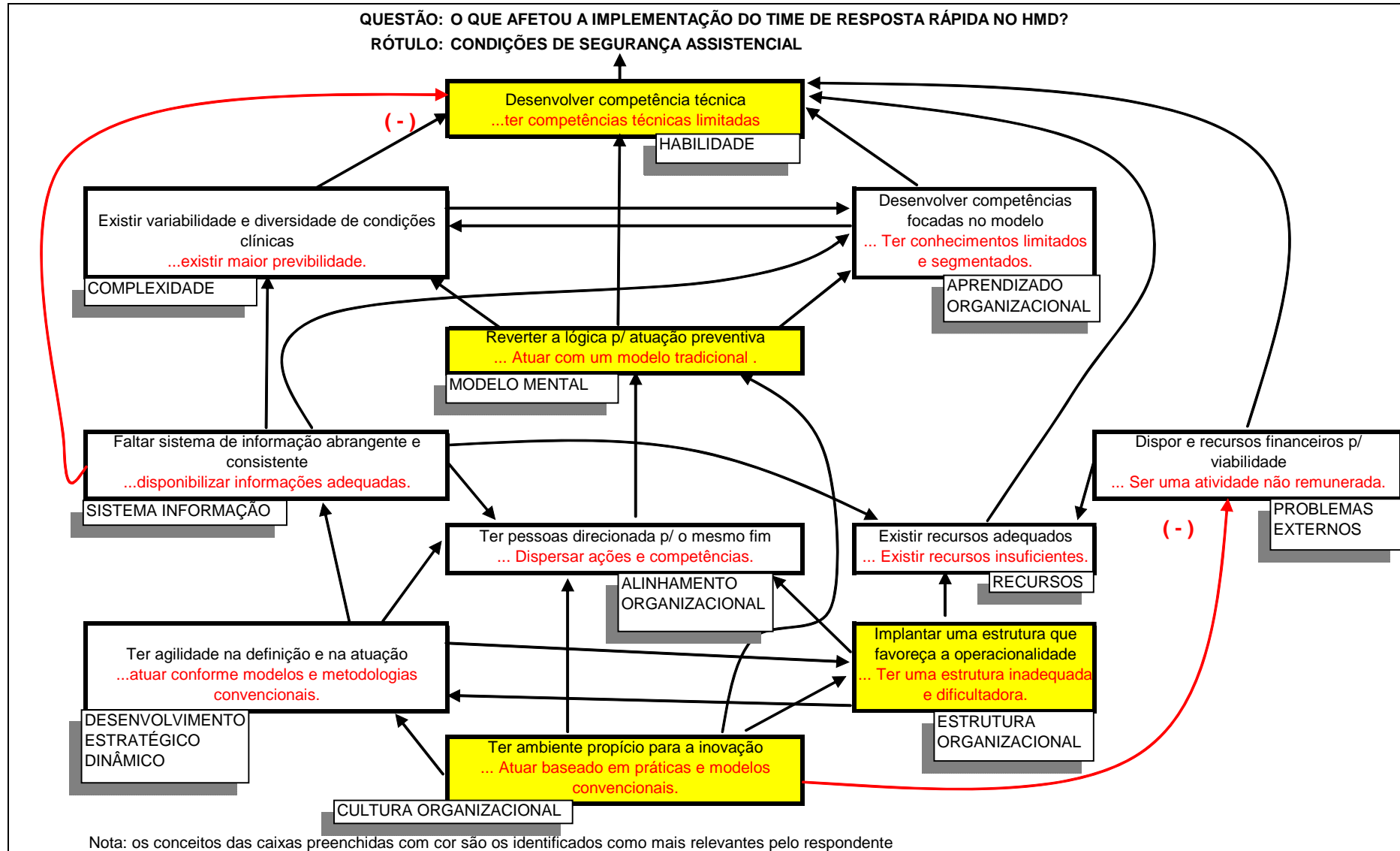
1º passo: O entrevistado definirá o rótulo do problema, sem a interferência do facilitador.

2º passo: O entrevistado definirá os EPA's (Elementos Primários de Avaliação), através de um esquema de perguntas e respostas, sendo que o facilitador não realiza qualquer crítica ou comentários sobre eles, registrando o maior número possível de elementos primários definidos pelo entrevistado. Um número significativo de EPA's é fundamental para o sucesso do mapa.

3º passo: O entrevistado estabelecerá o sistema de construtos ou conceitos, a partir dos EPA's, caracterizando-os com seus pólos opostos psicológicos.

4º Passo: O entrevistado estabelecerá a hierarquia dos conceitos e sua importância e ligações de influência, definindo quais os conceitos-meio e os conceitos-fim.

APÊNDICE D - Mapa Cognitivo - Consultor Técnico da Superintendencia - Nível Estratégico 25/1/2007



### **Comentário do Mapa Cognitivo Individual de Consultor Técnico da Superintendência do SSMD Nível Estratégico**

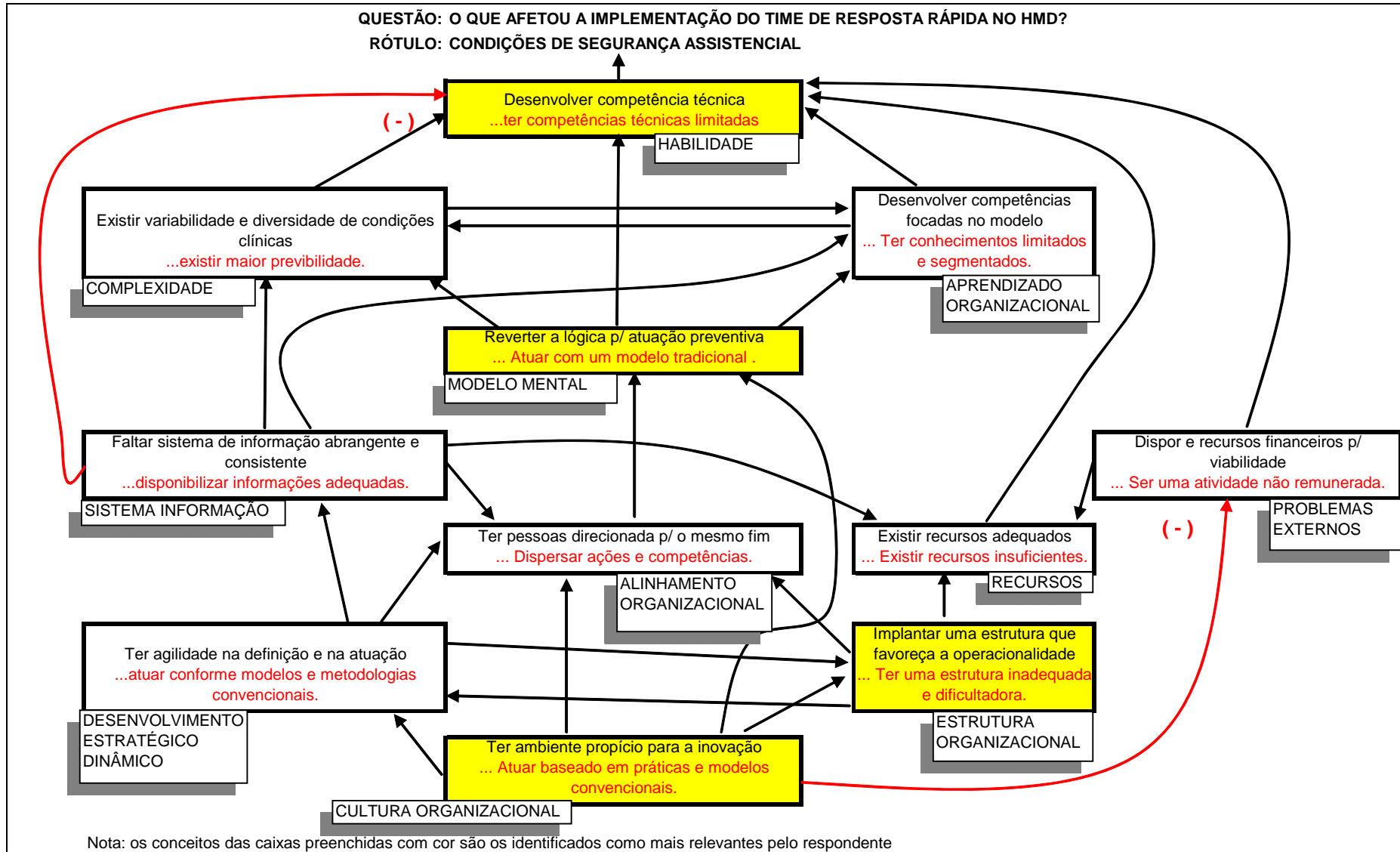
O mapa foi constituído a partir de um elemento primário de avaliação - EPA: cultura organizacional. O Rótulo ficou definido como Condições de segurança assistencial. O mapa consta de 11 EPAs: cultura organizacional, habilidade, alinhamento à estratégia da organização, problemas externos à organização, complexidade dos processos, modelos mentais, recursos, desenvolvimento estratégico dinâmico, aprendizado organizacional, sistema de informações e estrutura organizacional.

As relações causais do EPA **cultura organizacional** como a base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) ter ambiente propício para a inovação, auxiliou a agilidade na definição e na atuação, que facilitou disponibilizar informações adequadas, que favoreceu existir variabilidade a diversidade de condições clínicas, que desenvolveu competência técnica focada no modelo, que promoveu condições de segurança assistencial. Ter agilidade na definição e na atuação também possibilitou as pessoas estarem direcionadas para o mesmo fim, que facilitou para reverter a lógica para uma atuação preventiva, que promoveu a competência técnica, que levou as condições de segurança assistencial. 2) ter ambiente propício para a inovação possibilitou ter pessoas direcionadas para o mesmo fim, que facilitou para reverter a lógica para uma atuação preventiva, que favoreceu existir variabilidade e diversidade de condições clínicas, que promoveu o desenvolvimento das competências técnicas, que levaram às condições de segurança assistencial. 3) ter ambiente propício para a inovação facilitou para reverter a lógica para uma atuação preventiva, que auxiliou a desenvolver competências focadas no modelo, que favoreceu a existência de variabilidade e diversidade de condições clínicas, que desenvolveram competência técnica, que levaram às condições de segurança assistencial. 4) ter ambiente propício para a inovação auxiliou na implantação de uma estrutura que favoreça a operacionalidade, que promoveu recursos adequados, que promoveram o desenvolvimento de competência técnica, que levou às condições de segurança assistencial. 5) ter ambiente propício para a inovação permitiu a estratégia ser uma atividade não remunerada, que desenvolveu competência técnica gerando condições de segurança assistencial. Dispor de recursos financeiros num segundo momento favoreceu existir recursos adequados que promoveram o desenvolvimento de competência técnica gerando condições de segurança assistencial.

Houve no EPA **sistema de informação** relação negativa com o EPA **habilidade** descrita a seguir: 1) faltar sistema de informação abrangente e consistente dispersou as ações e competências possibilitando somente atuar com um modelo tradicional e utilizou de competências técnicas limitadas gerando a falta de condições de segurança assistencial.

Os EPAs mais relevantes foram: habilidade, cultura organizacional, estrutura organizacional e modelos mentais.

APÊNDICE E - Mapa Cognitivo Diretora Assistencial - Nível Estratégico 22/1/2007





## Comentário do Mapa Cognitivo Individual Diretora Assistencial do HMD Nível Estratégico

O mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: planejamento e estrutura organizacional. O Rótulo ficou definido com Alinhamento das pessoas ao projeto. O mapa consta de 10 EPAs: reconhecimento pelos resultados, planejamento, envolvimento e comprometimento das pessoas, disciplina e habilidade, aprendizado organizacional, estrutura organizacional, clareza, valores e responsabilidades compartilhados, comunicação e conflito de poder.

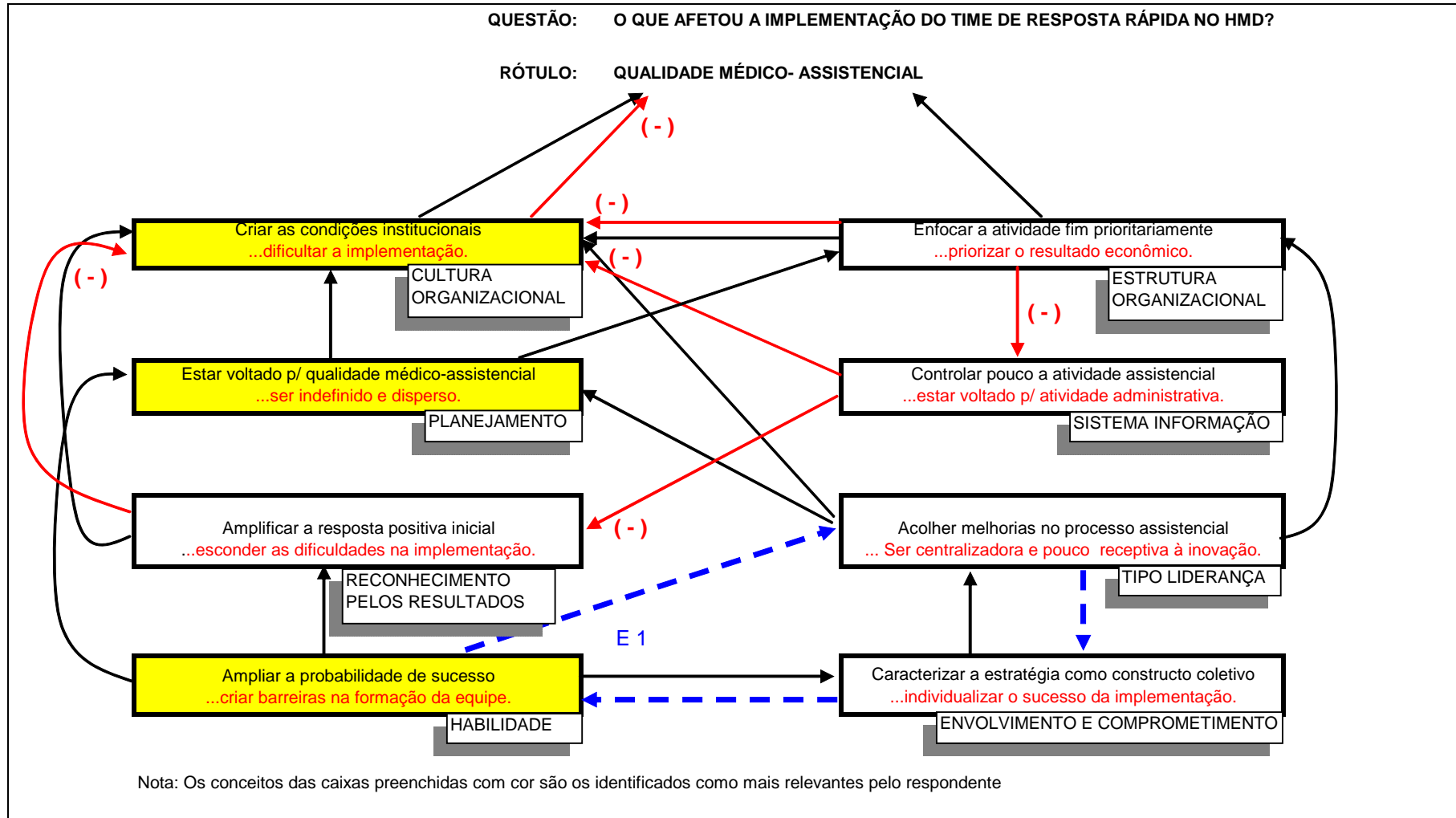
As relações causais do EPA **planejamento** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) realizar planejamento de cada etapa favoreceu a comunicação da estratégia a todos, que promoveu a descentralização das ações, que promoveu o aprendizado, que favoreceu a valorização dos resultados obtidos em cada etapa e estimulou o envolvimento e comprometimento, que levou ao alinhamento das pessoas ao projeto. 2) realizar planejamento de cada etapa facilitou a definição clara dos papéis, que estimulou o envolvimento e comprometimento das pessoas que alinhou as pessoas ao projeto 3) realizar planejamento de cada etapa auxiliou na descentralização das ações, que facilitou a definição clara dos papéis, promovendo o estímulo ao envolvimento e comprometimento das pessoas o que alinhou as pessoas ao projeto. 4) realizar planejamento de cada etapa favoreceu a competência técnica para ação, que promoveu o aprendizado e a valorização dos resultados obtidos em cada etapa, estimulando o envolvimento e comprometimento das pessoas e promovendo o alinhamento destas ao projeto.

As relações causais do EPA **estrutura organizacional** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) existir condições estruturais possibilitou possuir a competência técnica para ação que promoveu o aprendizado, valorizou os resultados obtidos em cada etapa e estimulou o envolvimento e comprometimento das pessoas levando-as ao alinhamento ao projeto. 2) existir condições estruturais favoreceu realizar o planejamento de cada etapa, que definiu claramente os papéis e estimulou o envolvimento e comprometimento das pessoas, que promoveu o alinhamento das pessoas ao projeto.

Houve nos EPAs **habilidade, disputa de poder, valores e responsabilidades compartilhados, aprendizado e reconhecimento pelos resultados** relações negativas descritas a seguir: 1) faltar competência técnica da liderança dificultou o compartilhar do reconhecimento com a equipe, que centralizou em uma só pessoa, que desconsiderou o aprendizado, que desvalorizou os resultados e prejudicou o alinhamento das pessoas ao projeto.

Os EPAs mais relevantes foram: planejamento, habilidade e envolvimento e comprometimento das pessoas.

APÊNDICE F - Mapa Cognitivo Individual - Diretor de Operações - Nível Estratégico 24/1/2007



## Comentário do Mapa Cognitivo Individual do Diretor Médico de Operações do HMD Nível Estratégico

O mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: habilidade e envolvimento e comprometimento das pessoas. O Rótulo ficou definido como Qualidade médico-assistencial. O mapa consta de 8 EPAs: habilidade, envolvimento e comprometimento das pessoas, reconhecimento pelos resultados, tipo de liderança, planejamento, sistema de informações, estrutura organizacional e cultura organizacional.

As relações causais do EPA **habilidade** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) ampliar a probabilidade de sucesso favoreceu a amplificação da resposta positiva inicial, que facilitou na criação de condições institucionais que garantiram a qualidade médico-assistencial. 2) ampliar a probabilidade de sucesso facilitou por estar voltado para qualidade médico-assistencial, que criou condições institucionais e enfocou a atividade fim prioritariamente, criando qualidade médico-assistencial. 3) ampliar a probabilidade de sucesso caracterizou a estratégia como construto coletivo, que favoreceu a acolhida das melhorias no processo assistencial, que enfocou a atividade fim prioritariamente, que gerou qualidade médico-assistencial. 4) ampliar a probabilidade de sucesso favoreceu acolher melhorias no processo assistencial, que estava voltado para a qualidade médico-assistencial e favoreceu as condições institucionais para a qualidade médico-assistencial.

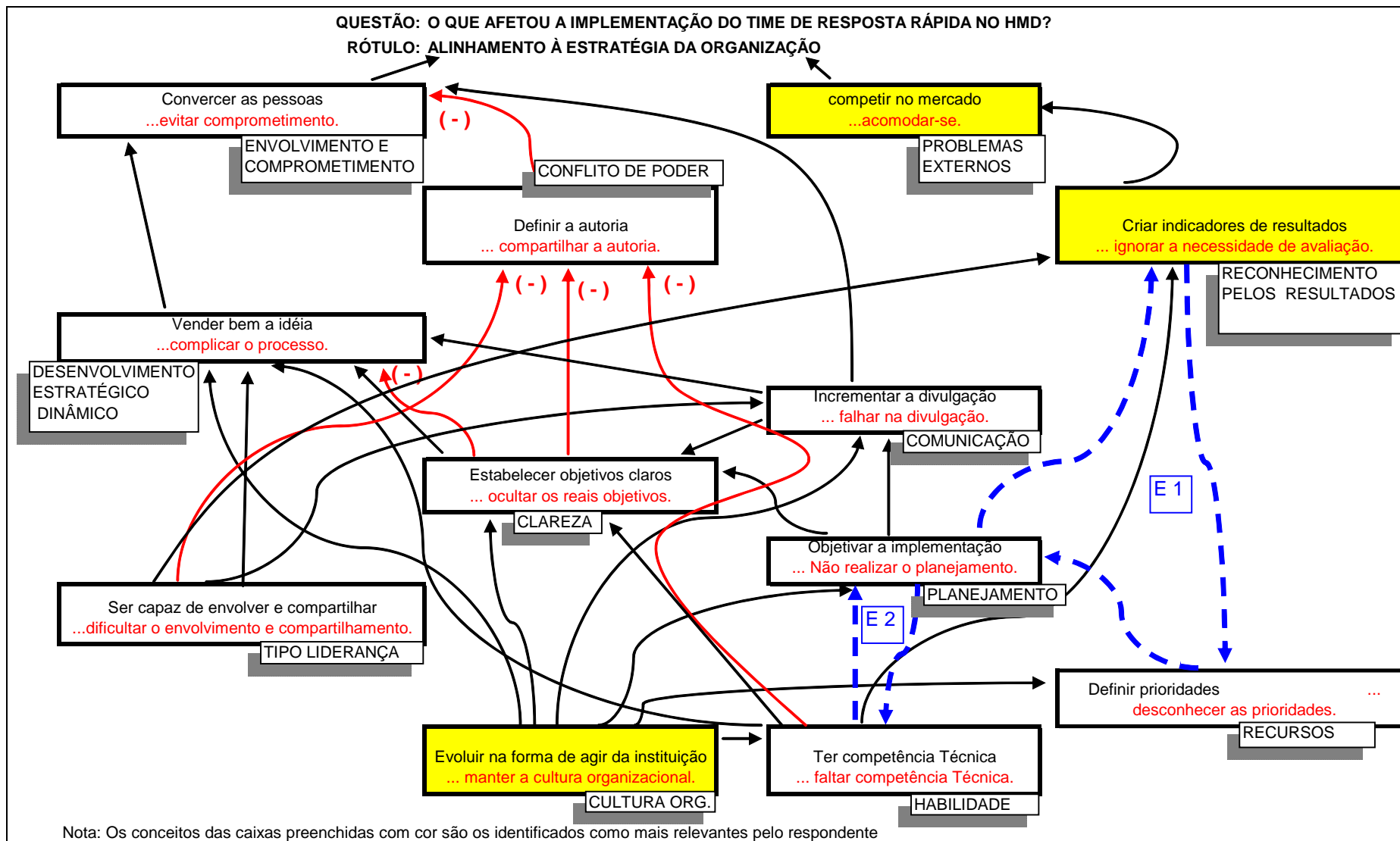
As relações causais do EPA **envolvimento e comprometimento das pessoas** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) caracterizar a estratégia como um construto coletivo ampliou a probabilidade de sucesso, que por estar voltado a qualidade médico-assistencial, facilitou a criação das condições institucionais, que promoveram a qualidade médico-assistencial. 2) caracterizar a estratégia como um construto coletivo promoveu a acolhida das melhorias no processo assistencial, que enfocou a atividade fim prioritariamente e favoreceram a qualidade médico-assistencial.

O EPA **habilidade** apresentaram uma relação cíclica auto-reforçadora – feedback positivo (enlace –E 1 no mapa) com os EPAs **tipo de liderança e envolvimento comprometimento das pessoas**. Nesta relação a probabilidade de sucesso promoveu a acolhida das melhorias no processo assistencial que facilitou para caracterizar a estratégia como um construto coletivo que voltou a ampliar a probabilidade de sucesso.

Houve no EPA **estrutura organizacional** relação negativa descritas a seguir: 1) priorizar o resultado econômico dificultou a implementação e fez com que o sistema de informações estivesse voltado para atividade administrativa, que acabou escondendo as dificuldades do processo, que gerou dificuldade de implementação e prejudicou a qualidade médico-assistencial.

Ao EPAs mais relevantes foram: habilidade, planejamento e cultura organizacional.

APÊNDICE G - Mapa Cognitivo Gerente do Seger - Nível Tático 18/1/2007



## **Comentário do Mapa Cognitivo Individual da Gerente do Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco - SEGER /HMD Nível Tático**

O mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: cultura organizacional e habilidade. O Rótulo ficou definido com Alinhamento à estratégia da organização. O mapa consta de 12 EPAs: cultura organizacional, habilidade, planejamento, clareza, liderança, desenvolvimento estratégico dinâmico, comunicação, conflito de poder, reconhecimento pelos resultados, recursos, problemas externos à empresa e envolvimento e comprometimento das pessoas.

As relações causais do EPA **cultura organizacional** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) evoluir na forma de agir da instituição contribuiu para vender bem a idéia, que convenceu as pessoas, que favoreceu o alinhamento à estratégia da organização. 2) evoluir na forma de agir da instituição facilitou para estabelecer objetivos claros, que favoreceu vender a idéia, que convenceu as pessoas, que contribuiu para o alinhamento a estratégia da organização. 3) evoluir na forma de agir da instituição incrementou a divulgação, que convenceu as pessoas, que promoveu ao alinhamento da estratégia da organização. 4) evoluir na forma de agir da instituição, objetivou a implementação, que possibilitou incrementar a divulgação e favoreceu para estabelecer objetivos claros, que vendeu a idéia, que convenceu as pessoas, que facilitou o alinhamento à estratégia da organização. 5) evoluir na forma de agir da instituição possibilitou definir prioridades, que objetivaram a implementação, que criou indicadores de resultados, que favoreceu a competição no mercado, que auxiliou no alinhamento à estratégia da organização. 6) evoluir na forma de agir da instituição favoreceu ter competência técnica, que auxiliou para criar indicadores de resultados, que favoreceram competir no mercado, que contribuiu para a alinhamento à estratégia da organização.

As relações causais do EPA **habilidade** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) ter competência técnica favoreceu objetivar a implementação, que auxiliou para incrementar a divulgação, que convenceu as pessoas, que favoreceram o alinhamento à estratégia da organização. 2) ter competência técnica facilitou vender a idéia, que favoreceu para convencer as pessoas que contribuiu para o alinhamento à estratégia da organização. 3) ter competência técnica contribuiu para objetivar a implementação, que incrementou a divulgação, que auxiliou para convencer as pessoas, que contribuiu para o alinhamento à estratégia da organização.

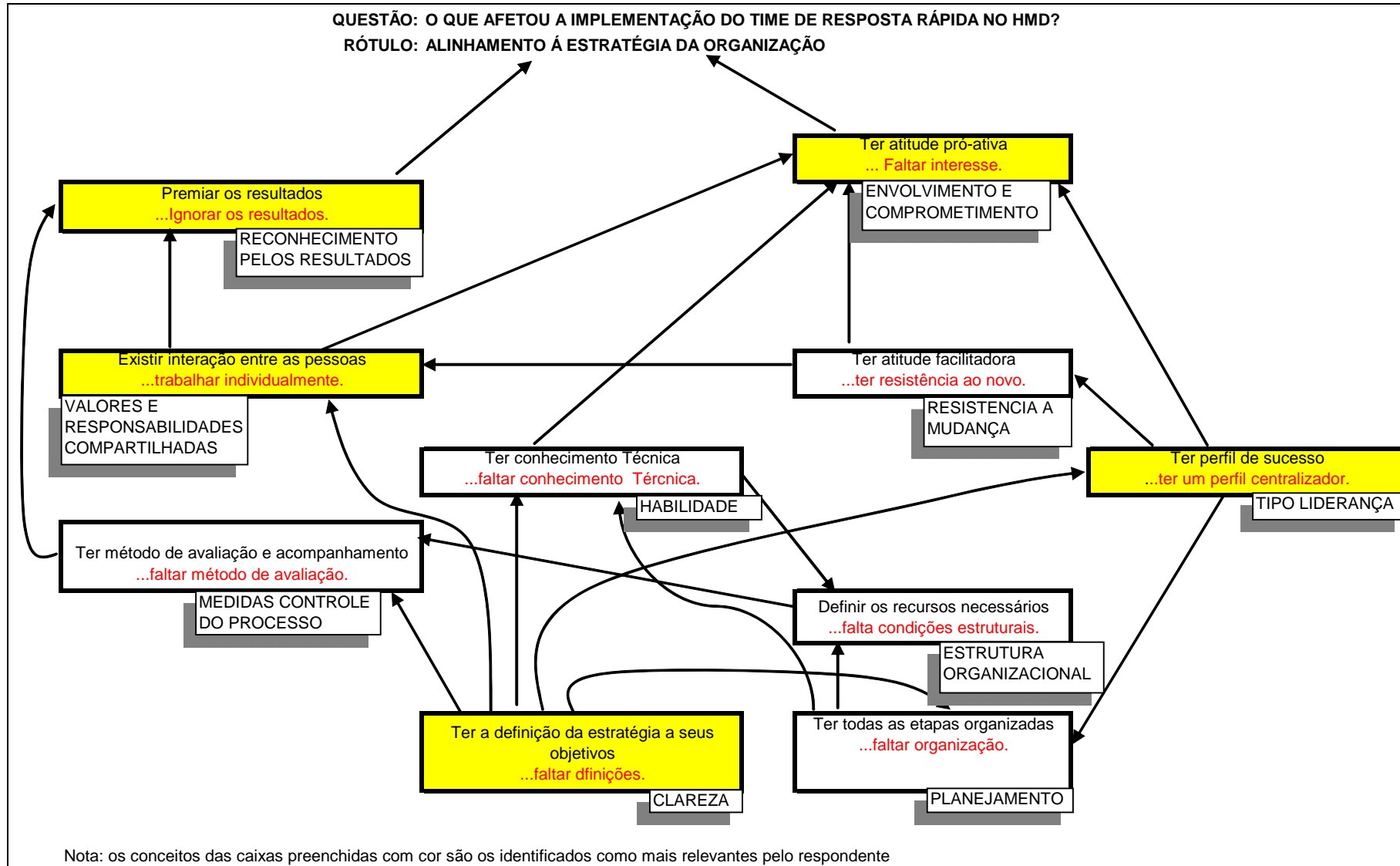
O EPA **recursos** apresentou uma relação cíclica auto-reforçadora – feedback positivo (enlace –E 2 no mapa ) com os EPAs **planejamento** e **reconhecimento pelos resultados**. Nesta relação ter definido prioridades, objetivou a implementação, que através de indicadores de resultados pôde redefinir as prioridades.

O EPA **habilidade** também apresenta uma relação cíclica auto-reforçadora – feedback positivo (enlace –E 1 no mapa ) com o EPA **planejamento**. Nesta relação a liderança ter competência técnica auxiliou para objetivar a implementação a partir da escolhas de outras pessoas com competências técnicas necessárias.

Houve nos EPAs **habilidade, clareza e liderança** relações negativas descritas a seguir: 1) faltar a competência técnica do líder em dado momento dificultou para compartilhar a autoria da estratégia com equipe, que evitou comprometimento e desalinhou à estratégia da organização. 2) ocultar os reais objetivos fez o líder complicar o processo e definir a autoria da idéia, que evitou o comprometimento dificultando o alinhamento à estratégia da organização. 3) dificultar o envolvimento e compartilhamento por parte da liderança atrasou a definição da autoria da idéia que evitou comprometimento e prejudicou o alinhamento à estratégia da organização.

Os EPAs mais relevantes foram: cultura organizacional, reconhecimento pelos resultados e problemas externos à empresa.

APÊNDICE H - Mapa Cognitivo Gerente do SND - Nível Tático 25/1/2007



### **Comentário do Mapa Cognitivo Individual da Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética do HMD – Nível Tático**

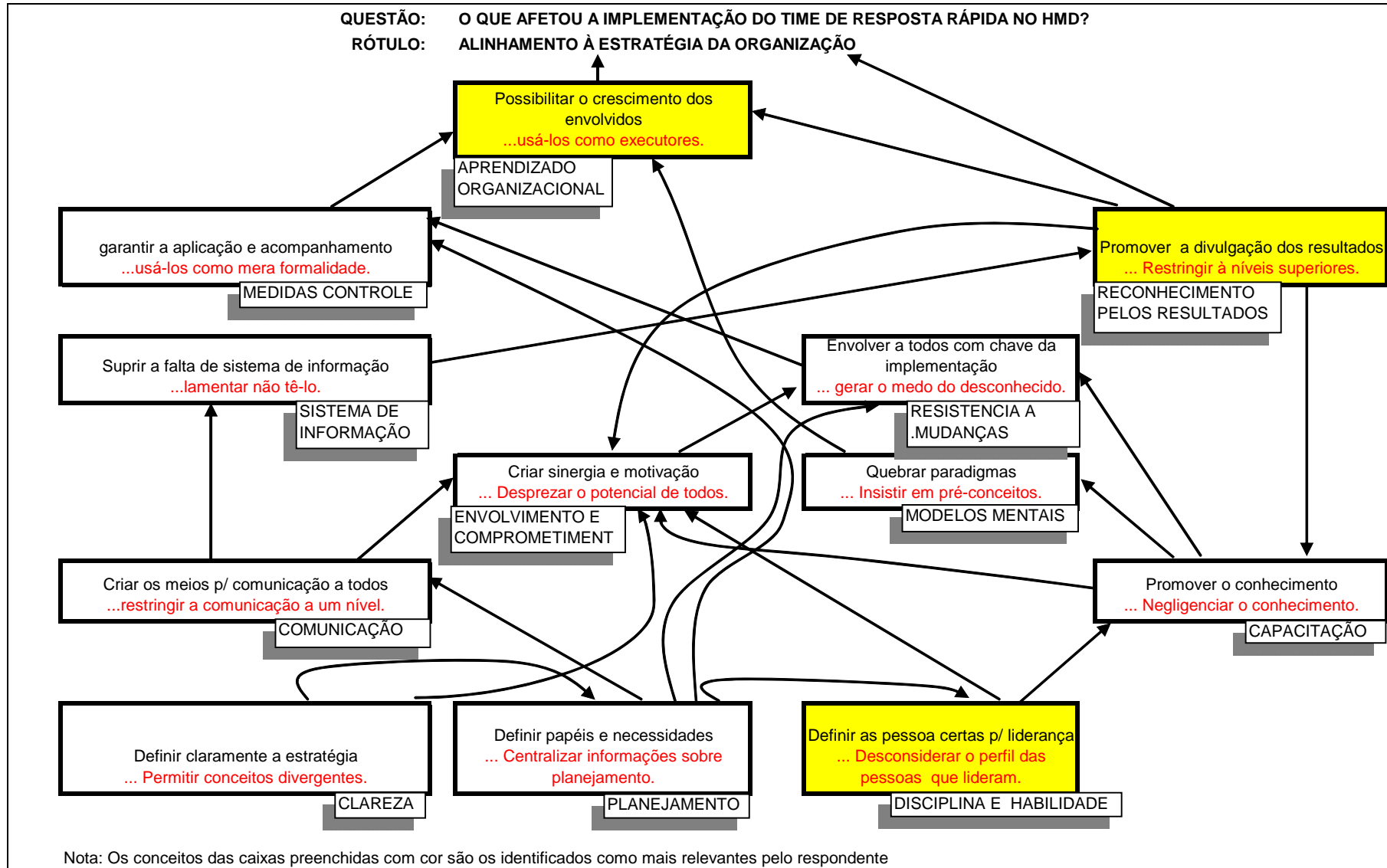
O Mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: planejamento e clareza. O Rótulo ficou definido com Alinhamento à estratégia da organização. O mapa consta de 10 EPAs: clareza, planejamento, estrutura organizacional, liderança, habilidade, medidas de controle do processo, valores e responsabilidades compartilhados, resistência a mudança, reconhecimento pelos resultados e envolvimento e comprometimento das pessoas.

As relações causais do EPA **clareza** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) ter a definição da estratégia e seus objetivos favoreceu ter método de avaliação e acompanhamento, que facilitou premiar os resultados, que contribuiu para uma atitude pró-ativa das pessoas que levou ao alinhamento à estratégia da organização. 2) ter a definição da estratégia e seus objetivos facilitou a interação entre as pessoas que favoreceu premiar os resultados, que promoveu uma atitude pró-ativa das pessoas que levou ao alinhamento à estratégia da organização. 3) ter a definição da estratégia e seus objetivos favoreceu ter conhecimento técnico, que promoveu uma atitude pró-ativa, que levou ao alinhamento à estratégia da organização. 4) ter a definição da estratégia e seus objetivos favoreceu o perfil de sucesso da liderança, que teve uma atitude facilitadora, que promoveu atitude pró-ativa nas pessoas e possibilitou ter todas as etapas organizadas, definindo os recursos necessários, que facilitou o método de avaliação e acompanhamento, que favoreceu premiar os resultados e promoveu uma atitude pró-ativa nas pessoas, que gerou o alinhamento à estratégia da organização. Ter um perfil de sucesso no líder também promoveu uma atitude facilitadora, que gerou atitude pró-ativa nas pessoas, que contribuiu para o alinhamento à estratégia da organização.

As relações causais do EPA **planejamento** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) ter todas as etapas organizadas favoreceu a definição dos recursos necessários, que facilitou ter método de avaliação e acompanhamento, que contribuiu para premiar os resultados, que gerou uma atitude pró-ativa nas pessoas, que promoveu o alinhamento à estratégia da organização. 2) ter todas as etapas organizadas favoreceu ter o conhecimento técnico, que auxiliou na definição dos recursos necessários, que favoreceu ter método de avaliação e acompanhamento, que contribuiu para premiar os resultados, que promoveu uma atitude pró-ativa que levou ao alinhamento à estratégia da organização.

Os EPAs mais relevantes foram: clareza, tipo de liderança, envolvimento e comprometimento das pessoas, reconhecimento pelos resultados e valores e responsabilidades compartilhados.

APÊNDICE I - Mapa Cognitivo Supervisora do CTI - Nível Tático 25/1/2007





## **Comentário do Mapa Cognitivo Individual da Supervisora de Enfermagem do CTI/HMD Nível Tático**

O Mapa foi constituído a partir de três elementos primários de avaliação - EPAs: clareza, planejamento e disciplina e habilidade. O Rótulo ficou definido como alinhamento à estratégia da organização. O mapa consta de 12 EPAs: clareza, planejamento, disciplina e habilidade, comunicação, envolvimento e comprometimento das pessoas, modelos mentais, resistência a mudança, sistema de informações, medidas de controle do processo, reconhecimento pelos resultados e aprendizado organizacional.

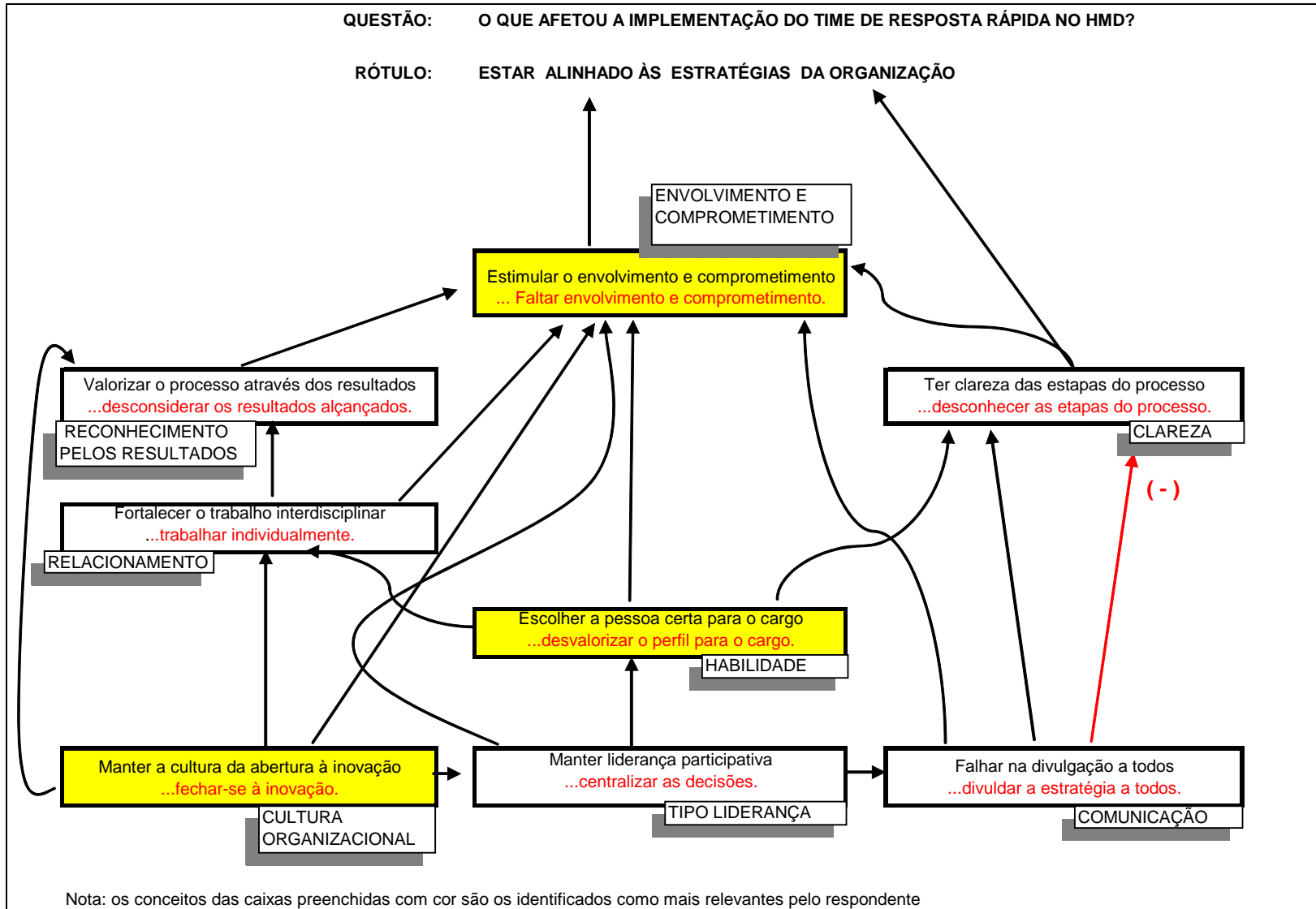
As relações causais do EPA **planejamento** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) definir papéis e necessidades facilitou criar meios para comunicação da estratégia a todos, auxiliou para suprir a falta de sistema de informações, que auxiliou na promoção da divulgação dos resultados, que possibilitou o crescimento dos envolvidos, que favoreceu para o alinhamento à estratégia da organização. Criar meios de comunicação a todos também auxiliou para criar sinergia e motivação, que envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização. 2) definir papéis e necessidades garantiu a aplicação e acompanhamento das medidas de controle e possibilitou o crescimento das pessoas, que favoreceu o alinhamento à estratégia da organização. 3) definir papéis e necessidades favoreceu o envolvimento de todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização. 4) definir papéis e necessidades facilitou definir as pessoas certas para a liderança, que gerou sinergia e motivação, que envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização.

As relações causais do EPA **disciplina e habilidade** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) definir as pessoas certas para a liderança promoveu o conhecimento que auxiliou na criação da sinergia e motivação, que envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização; promover o conhecimento também auxiliou na quebra de paradigmas, que possibilitou o crescimento dos envolvidos, que promoveu o alinhamento à estratégia da organização; promover o conhecimento também envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização. 2) definir as pessoas certas para a liderança favoreceu criar sinergia e motivação, que envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização.

As relações causais do EPA **clareza** também como base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) definir claramente a estratégia facilitou definir papéis e necessidades, que facilitou criar meios para comunicação a todos, que contribuiu para suprir a falta de sistema de informações, que promoveu a divulgação dos resultados, que promoveu o conhecimento, que favoreceu para criar sinergia e motivação, que envolveu a todos como chave da implementação, que garantiu a aplicação e acompanhamento, que possibilitou o crescimento dos envolvidos e promoveu o alinhamento à estratégia da organização.

Os EPAs mais relevantes fora: disciplina e habilidade, reconhecimento pelos resultados e aprendizado organizacional.

APÊNDICE J - Mapa Cognitivo Enfermeira Executiva - Nível Operacional 22/1/2007



## Comentário do Mapa Cognitivo Individual da Enfermeira executiva da Unidade de Internação – Nível Operacional

O Mapa foi constituído a partir de três elementos primários de avaliação - EPAs: cultura, tipo de liderança e comunicação. O Rótulo ficou definido com Alinhamento à estratégias da Organização. O mapa consta de 8 EPAs: cultura organizacional, tipo de liderança, comunicação, habilidade, reconhecimento pelos resultados, clareza, envolvimento e comprometimento das pessoas e relacionamento profissional.

As relações causais do EPA **cultura** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) manter a cultura de abertura à inovação favoreceu a manutenção uma liderança participativa, que promoveu a escolha da pessoa certa para o cargo, que promoveu o alinhamento à estratégias da organização. 2) manter a cultura de abertura à inovação favoreceu o envolvimento e comprometimento das pessoas, que promoveu o alinhamento à estratégias da organização. 3) manter a cultura de abertura à inovação, fortaleceu o trabalho interdisciplinar, que valorizou o processo através dos resultados, que favoreceu o envolvimento e comprometimento das pessoas, que promoveu o alinhamento à estratégias da organização

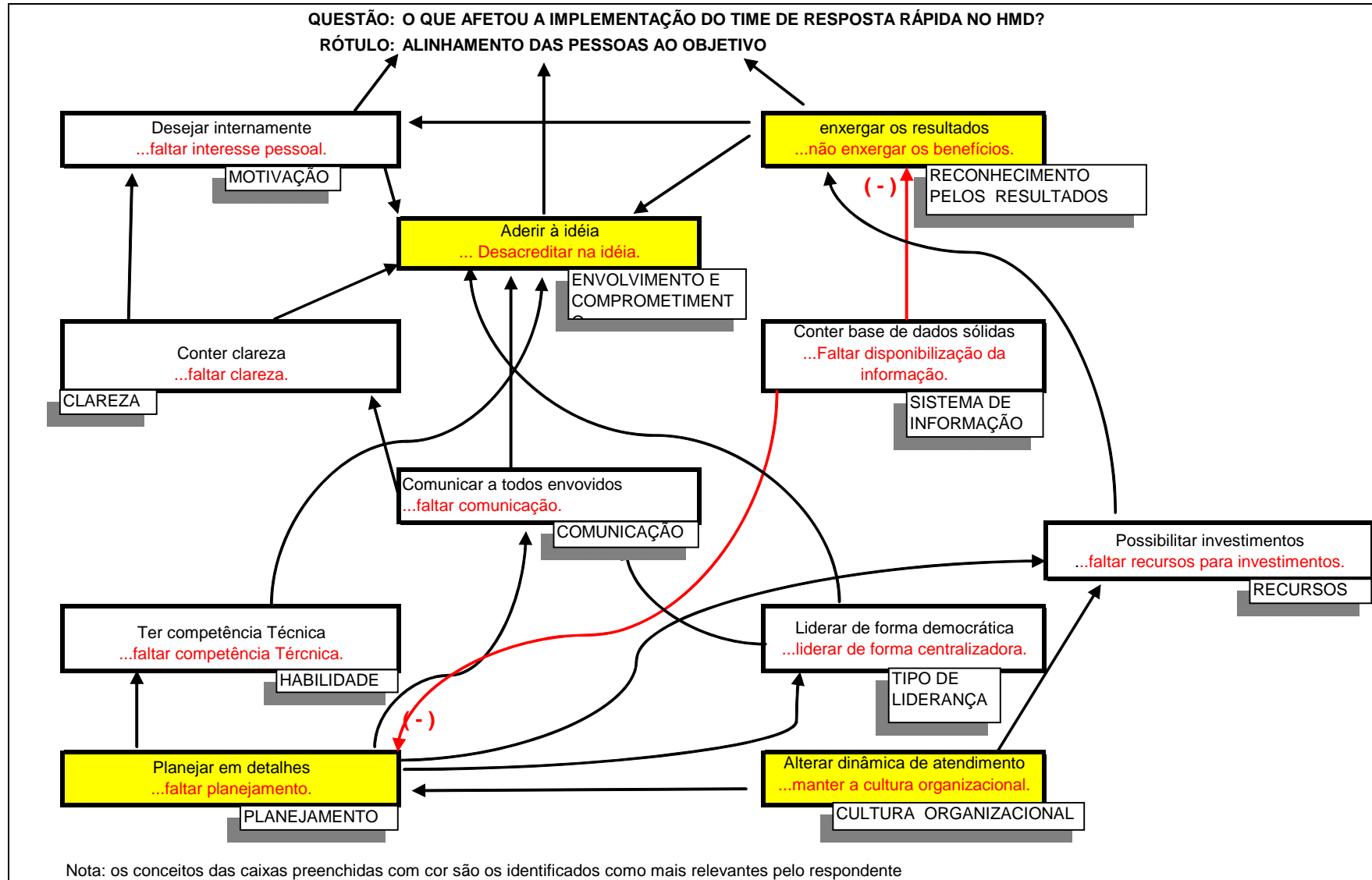
As relações causais do EPA **tipo de liderança** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) manter liderança participativa que facilitou escolher as pessoas certas para os cargos, que fortaleceu o trabalho interdisciplinar e estimulou o envolvimento e comprometimento das pessoas e favoreceu a clareza das etapas do processo, que promoveram o alinhamento à estratégia da organização. 2) manter liderança participativa resgatou a falha na divulgação a todos e favoreceu a clareza das etapas do processo, que facilitou o envolvimento e comprometimento das pessoas, que promoveu o alinhamento à estratégias da organização.

As relações causais do EPA **comunicação** como a terceira base do Mapa individual foram: 1) divulgar a estratégia a todos envolvidos favoreceu a clareza das etapas do processo que facilitou o envolvimento e comprometimento das pessoas, que promoveu o alinhamento à estratégias da organização.

Houve no EPA **comunicação** uma relação negativa: 1) falhar na divulgação a todos influenciou no desconhecimento das etapas do processo por parte dos outros não envolvidos diretamente na implementação, que gerou uma falta de envolvimento e comprometimento destas pessoas na fase inicial da implementação.

Os EPAs mais relevantes foram: cultura organizacional, habilidade e envolvimento e comprometimento das pessoas.

APÊNDICE K - Mapa Cognitivo Médico do CTI - Nível Operacional 18/1/2007



## Comentário do Mapa Cognitivo Individual do Médico do CTI Nível Operacional

O Mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: planejamento e cultura organizacional. O Rótulo ficou definido com Alinhamento das pessoas ao objetivo. O mapa consta de 11 EPAs: planejamento, cultura organizacional, habilidade, tipo de liderança, recursos, comunicação, clareza, sistema de informações, envolvimento e comprometimento das pessoas, motivação, e reconhecimento pelos resultados.

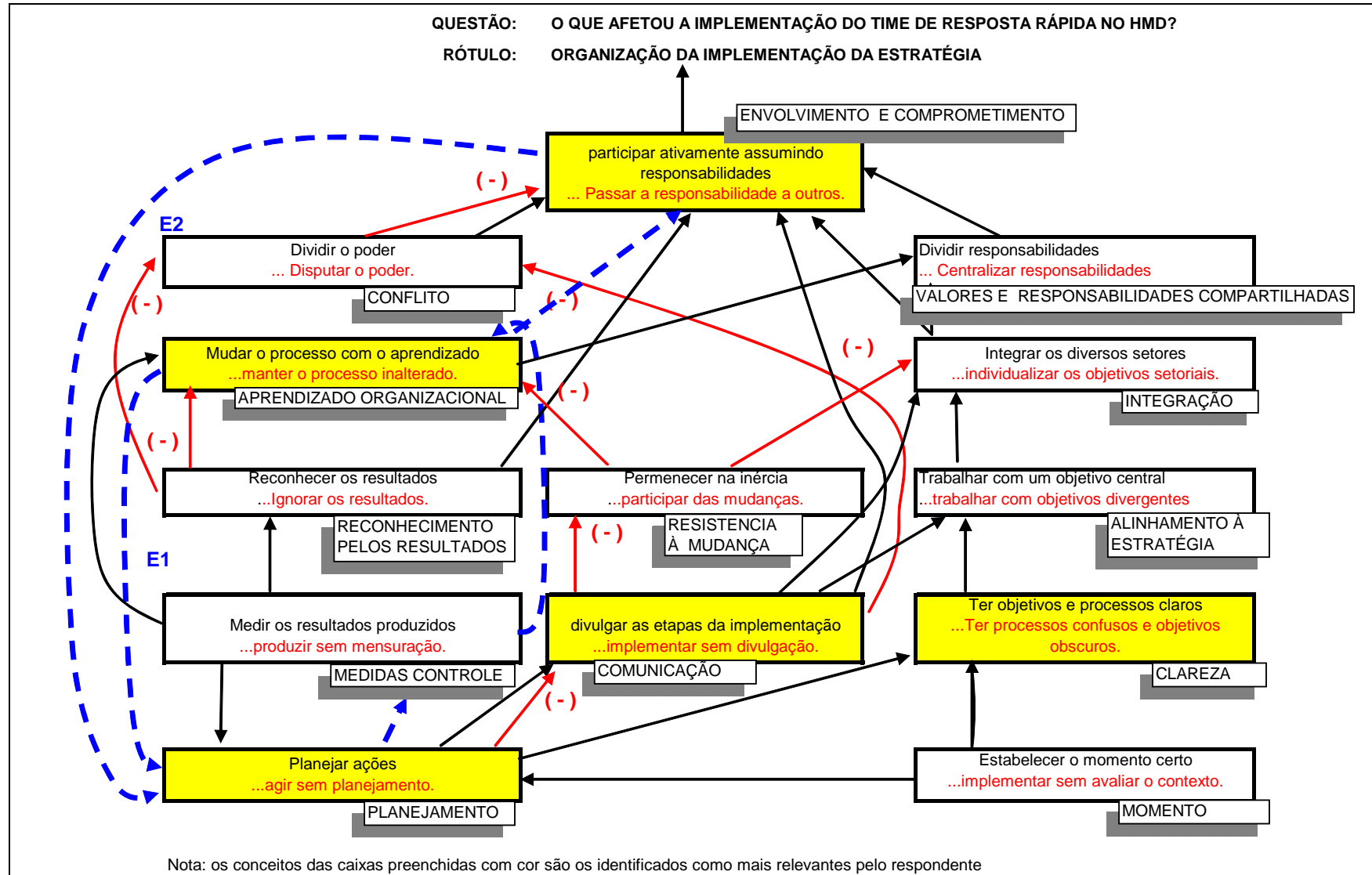
As relações causais do EPA **planejamento** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) planejar em detalhes possibilitou escolher uma liderança de forma democrática, que facilitou a adesão à idéia, promovendo o envolvimento das pessoas, que facilitou o Alinhamento das pessoas ao objetivo. 2) planejar em detalhes possibilitou investimentos que influenciaram para enxergar os resultados, que favoreceu o alinhamento das pessoas ao objetivo e a adesão das pessoas à idéia. 3) Planejar em detalhes favoreceu a comunicação a todos os envolvidos, que facilitou a clareza da estratégia e auxiliou na adesão à idéia, que promoveu o alinhamento das pessoas ao objetivo. 4) planejar em detalhes favoreceu a competência técnica que influenciou na adesão à idéia que promoveu o alinhamento das pessoas ao objetivo.

As relações causais do EPA **cultura organizacional** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) alterar a dinâmica de atendimento favoreceu o planejamento em detalhes que pelas suas relações já citadas levou ao alinhamento das pessoas ao objetivo. 2) alterar a dinâmica de atendimento possibilitou investimentos nesta estratégia que levou a obter resultados, que motivou as pessoas para aderirem à idéia e levou ao alinhamento das pessoas ao objetivo.

O EPA **sistema de informações** apresentou relação negativa descrita como: 1) faltar disponibilização da informação interferiu no planejamento e na visão mais rápida dos benefícios da implementação da estratégia.

Destacou como EPAs mais relevantes: planejamento, cultura organizacional, envolvimento e comprometimento das pessoas e reconhecimento pelos resultados.

APÊNDICE L - Mapa Cognitivo Médico do TRR - Nível Operacional 22/1/2007



## Comentário do Mapa Cognitivo Individual do Médico do Time de Resposta Rápida Nível operacional

O Mapa foi constituído a partir de dois elementos primários de avaliação - EPAs: planejamento e escolha do momento certo. O Rótulo ficou definido como Organização da implementação da estratégia. O mapa consta de 13 EPAs: envolvimento e comprometimento das pessoas, comunicação, clareza, medidas de controle do processo, reconhecimento pelos resultados, planejamento, habilidade, momento certo, valores e responsabilidades compartilhados, alinhamento à estratégia da organização, aprendizado organizacional, resistência à mudança, integração e conflito de poder.

As relações causais do EPA **planejamento** como uma das bases do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) planejar ações favoreceu ter objetivos e processos claros, que facilitou trabalhar com um objetivo central, que integrou os diversos setores, que favoreceu a divisão das responsabilidades, que envolveu e comprometeu as pessoas que atuam ativamente assumindo responsabilidades que organizaram a implementação da estratégia. 2) planejar ações facilitou a divulgação das etapas da implementação, que favoreceu trabalhar com um objetivo central e integrar os diversos setores, que envolveram as pessoas e promoveu a organização da implementação da estratégia. 3) Planejar ações possibilitou medir os resultados produzidos, reconhecer os resultados e mudou o processo com o aprendizado, envolveu e comprometeu as pessoas e favoreceu a organização da implementação da estratégia.

Houve uma relação negativa no EPA **planejamento**: 4) agir sem planejamento na divulgação, interferiu na participação das mudanças, manteve o processo inalterado, ocasionou disputa de poder, interferindo no repasse de responsabilidades aos outros.

As relações causais do EPA **escolha do momento certo** como outra base do Mapa Cognitivo Individual foram: 1) estabelecer o momento certo favoreceu o planejamento das ações que com suas relações já descritas possibilitou a organização na implementação da estratégia. 2) estabelecer o momento certo favoreceu objetivos e processos claros, que com suas relações já descritas possibilitou a organização na implementação da estratégia.

O EPA **aprendizado organizacional** também apresenta uma relação cíclica auto-reforçadora – feedback positivo (enlace –E 1 no mapa ) com o EPA **planejamento**. Nesta relação mudar o processo com o aprendizado decorrente da aplicação do planejamento auxiliou no replanejar as ações futuras.

O EPA **envolvimento e comprometimento** apresentou uma relação cíclica auto-reforçadora – feedback positivo (enlace –E 2 no mapa ) com o EPA **planejamento e aprendizado organizacional**. Nesta relação o envolvimento e comprometimento, descrito como participação ativa das pessoas assumindo responsabilidades reforça o planejamento das ações, que mudou o processo de aprendizado envolvendo e comprometendo mais as pessoas. Ao EPAs mais relevantes citados foram: planejamento, comunicação, clareza, aprendizado organizacional e envolvimento e comprometimento das pessoas.