

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**FABIANA DE AGAPITO**

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA E O CICLO DE VIDA  
ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO EM UMA  
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO TERCEIRO SETOR**

**Dissertação**

**Orientador: Maurício Fernandes Pereira, Dr.**

**FLORIANÓPOLIS**

**2005**

**Fabiana de Agapito**

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA E O CICLO DE VIDA  
ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO EM UMA  
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR DO TERCEIRO SETOR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do grau de Mestre em Administração.  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Curso de pós-graduação em Administração.  
Área de concentração Comportamento e Organização

Orientador: Prof. Maurício Fernandes Pereira, Dr.

**FLORIANÓPOLIS  
2005**

658.406 Agapito, Fabiana de.

A259a Adaptação estratégica e ciclo de vida em uma organização  
Filantrópica do terceiro setor / Fabiana Agapito. Florianópolis: [s.n],  
2005.  
206 f. : fig., quadros

Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de  
Santa Catarina. Curso de Pós-Graduação. Florianópolis, BR-SC, 2005.  
Orientador : Maurício Fernandes da Silva.

Inclui Bibliografia

1. Administração - Mudança Organizacional. 2. Administração - Plane  
jamento estratégico. 3. Administração hospitalar. I. Maurício Fernandes. II.  
Título.

**Fabiana de Agapito**

**O PROCESSO DE ADAPTAÇÃO ESTRATÉGICA E O CICLO DE VIDA  
ORGANIZACIONAL: UM ESTUDO DE CASO EM UMA ORGANIZAÇÃO  
HOSPITALAR DO TERCEIRO SETOR**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Grau de Mestre em Administração na área de concentração em Comportamento e Organização do Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada, em sua forma final, em 03 de agosto de 2005.

---

Prof. Dr. Rolf Hermann Erdmann  
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora composta pelos professores:

---

Prof. Dr. Maurício Fernandes Pereira  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Dario de Oliveira Lima Filho  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

---

Prof. Dra. Eloise Helena Livramento Dellagnelo  
Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho aos meus pais, Edamar e Domingos, que me ofertaram a vida, me incentivaram a aceitar o desafio e foram meus melhores amigos.*

## AGRADECIMENTOS

Esta caminhada não foi realizada de maneira solitária. Muitas foram as pessoas que apoiaram e possibilitaram que este trabalho fosse concretizado. Poucas são as palavras para expressar minha gratidão, mas gostaria de agradecer em particular:

- Ao meu orientador, Prof. Maurício Fernandes Pereira, que, desde a graduação em Administração, vem me orientando, incentivando e mostrando novos caminhos e ensinamentos. Agradeço a confiança depositada, o estímulo e as valiosas contribuições, jamais esquecerei.
- Ao Curso de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina (CPGA/UFSC), nas pessoas do seu coordenador, dos seus professores e funcionários.
- Aos dirigentes e funcionários do Hospital de Caridade, que abriram as portas para a pesquisa de campo e sempre foram prestativos, disponíveis e atenciosos. O apoio de todos vocês foi fundamental!
- A todas as pessoas que, mesmo não mais fazendo parte do Hospital de Caridade, não hesitaram em conceder seus depoimentos e experiências.
- Ao Prof<sup>o</sup> João Benjamim Cruz Junior e Prof<sup>o</sup> Eloise Helena Livramento Dellagnelo pelas valiosas contribuições fornecidas no projeto dessa dissertação.
- Ao Prof<sup>o</sup> Dario de Oliveira Lima Filho pela honrosa participação na defesa do presente trabalho.
- Ao prof. Luiz Moretto Neto, que tive a oportunidade de conhecer melhor nos últimos tempos. Agradeço o estímulo fornecido e o interesse em me ajudar.
- A todos os companheiros de mestrado, que me incentivaram, forneceram um ombro amigo, emprestaram materiais ou simplesmente estiveram disponíveis para me ouvir.

- Aos meus pais, pela compreensão nos momentos difíceis, incentivos e carinho incondicional.
- A minha irmã Cida, pelos sábios conselhos, disponibilidade, companheirismo e zelo incessante.
- A Vanderléia Fraga Correa, Helena Kuerten Salles, Lia Freitas Mafra, Bruna Silveira, Milene Lisboa Lemos, Michele Nilza Fernandes, Flávia Silva, queridas amigas, agradeço a força, o incentivo e o interesse em ajudar a qualquer hora.
- A todos os familiares e amigos, que entenderam a minha ausência, foram solidários, me auxiliaram, motivaram e torceram para que tudo desse certo.

## RESUMO

AGAPITO, Fabiana de. **O processo de adaptação estratégica e o ciclo de vida organizacional**: um estudo de caso em uma organização hospitalar do terceiro setor. 2005. 206 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Orientador: Maurício Fernandes Pereira

A presente pesquisa descreve e analisa o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade de Florianópolis/SC, uma organização hospitalar filantrópica pertencente ao terceiro setor, no período compreendido entre 1974 a 2004. A teoria processual escolhida para o estudo da adaptação estratégica foi o ciclo de vida organizacional. Foi desenvolvido um estudo de caso (YIN, 1989), longitudinal (VAN DE VEN, 1992), sendo que a coleta de dados se concretizou por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas e análise documental. Em linhas gerais, a análise dos dados permitiu constatar que no processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade houve a predominância de um comportamento de caráter incremental (QUINN E VOYER, 2001) e não-planejado. O estudo demonstrou que a organização passou por um processo de profissionalização, que gerou seus maiores impactos, principalmente, a partir do ano de 1997, quando houve o retorno dos mantenedores à direção do Hospital. Percebeu-se também que determinadas peculiaridades da organização influenciaram a dinâmica da adaptação estratégica, entre estas: os valores e princípios de sua mantenedora, o fato de ser administrada por voluntários, de não ter fins lucrativos e possuir razões sociais de existência. O estudo do ciclo de vida organizacional permitiu inferir que o Hospital de Caridade vem vivenciando de 1974 a 2004 um estágio híbrido das fases de *formalização* (QUINN E CAMERON, 1983) e *elaboração de estrutura* (QUINN E CAMERON, 1983), sendo que esta última apresenta características mais evidentes nas duas últimas décadas. Partindo para a inter-relação do processo de adaptação estratégica com a fase do ciclo de vida organizacional, observou-se que há algumas evidências empíricas entre o comportamento estratégico adotado e as características da teoria do ciclo de vida organizacional de Quinn e Cameron (1983), principalmente pelo fato dos enfoques estratégicos dos períodos analisados estarem mais voltados ao âmbito interno da organização, mais especificamente, à eficiência de suas atividades, qualidade dos serviços, otimização dos recursos e padronização de serviços, características compatíveis com a fase de *formalização* de Quinn e Cameron (1983). Em suma, o estudo da adaptação estratégica, alinhado à análise do ciclo de vida organizacional, demonstrou-se válido para compreender o processo evolutivo da organização pesquisada.

**Palavras-chave:** adaptação estratégica, estratégia, ciclo de vida organizacional, terceiro setor.

## ABSTRACT

AGAPITO, Fabiana de. **O processo de adaptação estratégica e o ciclo de vida organizacional**: um estudo de caso em uma organização hospitalar do terceiro setor. 2005. 206 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Orientador: Maurício Fernandes Pereira

The present research describes and analyses the process of strategic adaptation of the Hospital de Caridade de Florianópolis/SC, a philanthropic hospital organization belonging to the third sector, in the period between 1974 and 2004. The processual theory chosen for the study of strategic adaptation was the organizational life cycle. It was developed a case study (YIN, 1989), longitudinal (VAN DE VEM, 1992), being the data collection made through semi-structured interviews and documental analysis. In general lines, the data analysis allowed to verify that in the process of strategic adaptation of the Hospital de Caridade existed the predominance of an incremental character (QUINN AND VOYER, 2001) and non-planned behaviour. In the period of the study, the organization passed through a process of professionalization, that generated its greater impacts, mainly, since 1997, when there was the return of the supporters to the Hospital's management. It was also detected that some organization's peculiarities influenced the dynamics of strategic adaptation, among them: the values and principles of its supporter; the fact of being managed by volunteers, of not having profitable purpose and having social reasons of existence. The study of the organization's life cycle allowed to infer that the Hospital de Caridade experienced, from 1974 to 2004, a hybrid stage of the *formalization phases* (QUINN AND CAMERON, 1983) and *structure elaboration* (QUINN AND CAMERON, 1983), being that this last one presents more evident characteristics in the last two decades. Proceeding to the interrelation between the process of strategic adaptation and the life cycle's phase, it was observed that exists some empirical evidences among the strategic behaviour adopted and the characteristics of Quinn and Cameron's (1983) life cycle theory, mainly from the fact that the strategic focus of the studied period were more directed to the organization's internal ambit, more specifically, to the efficiency of its activities, the quality of the services, the effective use of resources and the services' standardization, compatible characteristics with Quinn and Cameron's (1983) *formalization* phase. Shortly, the study of strategic adaptation aligned to the organizational life cycle analysis proved worthful to comprehend the evolutive process of the studied organization.

**Key-words:** process of strategic adaptation, strategy, organizational life cycle, third sector.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Perspectivas genéricas sobre estratégia .....	26
Figura 2: Modelo dos interessados .....	32
Figura 3: <i>Continuum</i> entre voluntarismo e determinismo .....	53
Figura 4: Fronteiras entre os setores.....	69
Figura 5: Operacionalização da pesquisa .....	86
Figura 6: Classificação dos hospitais em Santa Catarina .....	95
Figura 7: Comportamento estratégico do período I.....	106
Figura 8: <i>Stakeholders</i> do período estratégico I .....	107
Figura 9: Comportamento do período estratégico II .....	110
Figura 10: <i>Perspectivas estratégica de Whittington (2002) no período I</i> .....	112
Figura 11: Comportamento estratégico do período III .....	116
Figura 12: <i>Stakeholders</i> do período estratégico III .....	117
Figura 13: <i>Comportamento estratégico do período IV</i> .....	121
Figura 14: <i>Stakeholders</i> do período estratégico IV .....	122
Figura 15: <i>Stakeholders</i> do período estratégico V .....	129
Figura 16: <i>Comportamento estratégico do período V</i> .....	131
Figura 17: <i>Voluntarismo e determinismo nos períodos estratégicos</i> .....	134
Figura 18: <i>Perspectiva de formulação estratégica no Hospital de Caridade</i> .....	136
Figura 19: <i>Períodos estratégicos e ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade</i>	161

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perspectivas em gestão estratégica.....	16
Quadro 2: Síntese das escolas de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000).....	25
Quadro 3: As quatro perspectivas sobre estratégia.....	29
Quadro 4: Práticas organizacionais das cinco fases de crescimento .....	59
Quadro 5: Características do ciclo de vida organizacional de Quinn e Cameron .....	65
Quadro 6: Setorização dos agentes por finalidades .....	68
Quadro 7: Principais categorias do terceiro setor .....	71
Quadro 8: Resumo estatístico 2004 .....	101
Quadro 9: Períodos estratégicos de 1974-2004 .....	132
Quadro 10: Fatores internos e externos .....	133
Quadro 11: Principais <i>stakeholders</i> dos períodos estratégicos.....	134
Quadro 12: Características do ciclo de vida organizacional.....	160
Quadro 13: Ciclo de adaptação estratégica.....	163

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<i>1.1 Contextualização e problema de pesquisa .....</i>	<i>01</i>
<i>1.2 Objetivo geral.....</i>	<i>06</i>
<i>1.3 Objetivos específicos .....</i>	<i>06</i>
<i>1.4 Justificativa teórica e empírica .....</i>	<i>07</i>
<i>1.5 Definição dos principais termos.....</i>	<i>09</i>
<i>1.6 Organização do trabalho .....</i>	<i>11</i>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
<i>2.1 Estratégia .....</i>	<i>12</i>
<i>2.1.1 A visão clássica, moderna e pós-moderna .....</i>	<i>12</i>
<i>2.1.2 Perspectivas teóricas sobre formulação estratégica.....</i>	<i>24</i>
<i>2.2 Abordagens conceituais sobre ambiente organizacional.....</i>	<i>30</i>
<i>2.3 A relação da organização com o seu ambiente: a adaptação estratégica .....</i>	<i>37</i>
<i>2.3.1 Determinismo: A ação condicionada externamente.....</i>	<i>39</i>
<i>2.3.2 A escolha estratégica.....</i>	<i>41</i>
<i>2.3.3 Adaptação estratégica dependente do processo de construção social .....</i>	<i>48</i>
<i>2.3.4 O modelo de Hrebiniak e Joyce.....</i>	<i>51</i>
<i>2.4 Ciclo de vida organizacional .....</i>	<i>55</i>
<i>2.5 Conhecendo o campo empírico: o terceiro setor .....</i>	<i>66</i>
<i>2.5.1 Conceituações e tipologias.....</i>	<i>66</i>
<i>2.5.2 Entendendo a dinâmica de sua gestão .....</i>	<i>72</i>
<i>2.5.3 Estratégia e adaptação estratégica no terceiro setor .....</i>	<i>75</i>
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....</b>	<b>81</b>
<i>3.1 Perguntas de pesquisa .....</i>	<i>81</i>
<i>3.2 Caracterização da pesquisa.....</i>	<i>82</i>

<b>3.3 Definição de categorias de análise e operacionalização</b> .....	<b>84</b>
<b>3.4 Objeto e sujeitos de pesquisa</b> .....	<b>87</b>
<b>3.5 Coleta de dados</b> .....	<b>87</b>
<b>3.6 Análise de dados</b> .....	<b>89</b>
<b>3.7 Limitações da pesquisa</b> .....	<b>90</b>
<b>4 DESCRIÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>92</b>
<b>4.1 Aspectos históricos da saúde no Brasil</b> .....	<b>92</b>
4.1.1 <i>A Administração no setor hospital</i> .....	95
<b>4.2 Conhecendo o Hospital de Caridade</b> .....	<b>97</b>
4.2.1 <i>Um pouco de história</i> .....	97
4.2.2 <i>O Hospital de Caridade hoje</i> .....	100
<b>4.3 O processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade de 1974 a 2004</b> .....	<b>103</b>
4.3.1 <i>Período estratégico I - O hospital escola (1962-1980)</i> .....	104
4.3.2 <i>Período estratégico II - Crise financeira e estrutural (1980-1987)</i> .....	108
4.3.3 <i>Período estratégico III - Diversificação de serviços e o grande incêndio (1987-1994)</i> .....	110
4.3.4 <i>Período estratégico IV - A reconstrução (1994-1997)</i> .....	117
4.3.5 <i>Período estratégico V - A modernização das atividades (1997-2004)</i> .....	123
<b>4.4 O ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade de 1974 a 2004</b> .....	<b>137</b>
4.4.1 <i>Estrutura organizacional e poder</i> .....	137
4.4.2 <i>Planejamento e coordenação de atividades</i> .....	145
4.4.3 <i>Políticas, regras e procedimentos formalizados</i> .....	147
4.4.4 <i>Sistema de controle</i> .....	150
4.4.5 <i>Relacionamento com o ambiente externo</i> .....	151
4.4.6 <i>Captação e ordenação de recursos</i> .....	154
4.4.7 <i>Identificação dos estágios vivenciados de 1974 a 2004</i> .....	156
<b>4.5 Abordagem inter-relacional entre o processo de adaptação estratégica e os estágios no ciclo de vida organizacional</b> .....	<b>160</b>
<b>5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>165</b>

<i>5.1 Conclusões .....</i>	<i>165</i>
<i>5.2 Recomendações.....</i>	<i>173</i>
<i>6 REFERÊNCIAS .....</i>	<i>175</i>
<i>ANEXOS .....</i>	<i>189</i>
<i>Anexo I Roteiro de Entrevista.....</i>	<i>189</i>
<i>Anexo II Organograma do Hospital de Caridade .....</i>	<i>192</i>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização e problema

As organizações vivenciam, no cenário econômico e social, um período inédito de aceleradas e constantes mudanças. Por consequência, são geradas transformações políticas, sociais, tecnológicas e econômicas em velocidade nunca antes percebida (AMOROSO, 2002), fazendo com que o contexto organizacional tenha como marcas a descontinuidade, a imprevisibilidade e a incerteza (PEREIRA, 2002). O fato é que “[...] a mudança mudou [...]”, não mais se movimenta em linha reta, linear, mas sim abrupta, indócil e descontínua (HAMEL, 2000, p. 5).

A organização do novo milênio é cercada por um ambiente volátil e inseguro, onde a única certeza é a mudança, que traz consigo uma série de ameaças e oportunidades para os seus gestores, obrigando-os a abandonar formas ortodoxas de gestão, de maneira a quebrar antigos paradigmas e conduzir a vida organizacional dentro de uma dinâmica consoante com o seu tempo.

Discutir a mudança organizacional não é algo inédito, já que nas últimas décadas muito se tem abordado a respeito do assunto, entretanto, este continua sendo um dos grandes temas nas ciências sociais aplicadas (PETTIGREW, WOODMAN E CAMERON, 2001).

A novidade neste campo pode estar no fato de seu acontecimento ocorrer em um ritmo cada vez mais veloz, fazendo com que o seu efeito seja mais incerto e imprevisível (STACEY, 1993), tornando-se algo inevitável para a sobrevivência organizacional e também uma oportunidade para as organizações mais aptas.

Na realidade, isto é um fato da vida contemporânea organizacional e deve continuar sendo um imperativo no futuro das organizações (LIMA, 2003), fenômeno este que se aplica tanto para aquelas que integram o setor lucrativo, quanto para as que apresentam em sua razão de existência finalidades de cunho social e não lucrativas, ou seja, o *terceiro setor*.

O terceiro setor é um segmento que engloba um conjunto de organizações privadas, sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária e que atuam num âmbito não-governamental, gerando bens e serviços de caráter público ou que beneficiam uma certa coletividade, por meio do desenvolvimento de atividades com eventual impacto político, social, econômico e cultural (COELHO, 2002; FALCONER, 1999; FERNANDES, 1994; SALAMON, 1997). Tais organizações estão presentes em longa data na

sociedade (COELHO, 2002; FALCONER, 1999), mas apenas recentemente adquiriram visibilidade junto à opinião pública.

No cenário nacional, as organizações sem fins lucrativos têm assumido um papel relevante (COELHO, 2002), buscando atender demandas sociais que o primeiro setor (Estado) e o segundo setor (Mercado) não podem ou não conseguem suprir. Segundos dados do Grupo de Institutos, Fundações e Empresas (GIFE) há mais de 250 mil entidades no país que empregam, aproximadamente, dois milhões de pessoas, sendo que em 1998 movimentaram recursos no volume de 1,2% do Produto Interno Bruto (PIB), favorecendo mais de nove milhões de pessoas, o que representa, aproximadamente, 6% da população total brasileira (GIFE, 2005).

Dentro deste amplo escopo que compõem o terceiro setor, encontram-se as organizações hospitalares sem fins lucrativos que executam processos diagnósticos, profiláticos e terapêuticos contribuindo para o provimento de soluções públicas de saúde. Considerando a configuração política da Saúde, Nogueira (2002) informa que a década de 90 registrou a emergência de um terceiro setor, que promove e organiza ações de saúde, como parceiro do Estado e de acordo com uma política que enfatiza o enfoque comunitário e se diferencia dos interesses mercantis.

Segundo dados do PROASHA (2004) os hospitais privados sem fins lucrativos atualmente são responsáveis por cerca de 26% dos leitos existentes no país. Diante da grave situação que assola a saúde pública, os hospitais sem fins lucrativos caracterizam-se como um importante prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA *et al.*, 2004).

Se a administração hospitalar para uma organização com fins lucrativos já é algo complexo, pois integra os mais diversos profissionais com os mais diversos serviços (FONTINELLI JÚNIOR, 2002), partindo para uma instituição que não visa o lucro tal complexidade tende a aumentar. Isto porque, além de toda uma estrutura técnica especializada, estas organizações apresentam alguns desafios em sua gestão. Um deles diz respeito a captação de recursos, indispensáveis para a sua sobrevivência (HUDSON, 1999; MOORE, 2000). Destarte, há necessidade de melhorar a gestão no intuito de alcançar um melhor desempenho organizacional, atendendo, assim, a exigência por profissionalização, mostrando sua capacidade e competência (SALAMON, 1997).

Assim como no mundo empresarial, o terceiro setor não está imune ao seu ambiente externo, pelo contrário, este pode se apresentar em uma complexa rede, integrada por atores sociais de diferentes segmentos e respectivos interesses, entre estes: mantenedores,

beneficiários, conselhos, órgão reguladores, comunidade e o próprio governo (BROWN E IVERSON, 2004).

A estratégia é importante para todas as organizações, independente do seu setor de atuação (MOORE, 2000), afinal, trata-se de um ponto de ligação entre o mundo interior das organizações e o ambiente exterior no qual tudo o mais se opera (WILSON E JARZABKOWSKI, 2004).

Considerando a relação *organização* e o seu *ambiente*, a estratégia assume um caráter importante na explicação deste relacionamento. As estratégias empreendidas pelas organizações, na intenção de antecipar-se às mudanças ou a elas responderem, assumem caráter central à sobrevivência e ao sucesso de sua administração, uma vez que possuem a responsabilidade de orientar os negócios, promovendo uma adequada articulação das atividades organizacionais com o seu ambiente de atuação.

Amoroso (2002) salienta que a era de incerteza e volatilidade abre o campo para um novo jeito de pensar e agir e, assim, de conceber e implementar estratégias. Para enfrentar um futuro não-linear é preciso compreender as estratégias como elemento chave para as ações organizacionais, aprendendo a lidar com o pensamento complexo e sistêmico e abandonando paradigmas lineares e cartesianos de conceber e analisar as coisas (AMOROSO, 2002).

O tema “estratégia”, muito embora seja um campo de estudo hegemônico na literatura organizacional (RODRIGUES FILHO, 2004), vem apresentando sinais de reflexão por parte de autores que questionam os seus efeitos políticos, econômicos e sociais em um contexto mais amplo e integrado (AKTOUF, 2002; RODRIGUES FILHO, 2004; WHITTINGTON, 2004).

Dentro de uma perspectiva clássica, a palavra *estratégia* carrega consigo um caráter instrumental e funcional associado ao atingimento de metas, estabelecimento de planos, lucros, conquista de vantagens competitivas e posicionamento de mercado (VOLBERDA, 2004). Entretanto, a produção acadêmica, numa visão pós-modernista, começa a acenar para um novo direcionamento dos estudos do campo, explorando suas raízes históricas e a essência dos seus conteúdos, de forma a conectar a teoria com a prática e enriquecer a área de conhecimento.

Conforme Whittington (2004), o período de expansão da estratégia, que teve como espinha dorsal os preceitos da Economia, agora abre o campo para a integração com outras disciplinas, entendendo que, enquanto uma prática de gestão que envolve recursos substanciais e com repercussões significativas em toda a sociedade, necessita ser entendida tal

como uma prática social. O reconhecimento da estratégia como prática permite tanto a revelação de um fenômeno significativo que havia sido obscurecido até então, quanto a melhoria de algo que reflete nas pessoas individualmente e na sociedade em geral (WHITTINGTON, 2004).

Diante do contexto de mudanças que as organizações integram, o ambiente desafia constantemente os seus gestores no sentido de prover alterações capazes de responderem adequadamente a uma nova ordem. A capacidade de se adaptar as novas situações, ser flexível e possuir velocidade nas decisões parecem ser características importantes no panorama organizacional contemporâneo. No que concerne ao terceiro setor, à medida que o ambiente das organizações sem fins lucrativos se torna mais dinâmico, a administração estratégica ganha relevância (WRIGHT, KROLL E PARNELL, 2000).

Segundo Weick (1973), a adaptação estratégica pode ser entendida como um ajuste da organização ao seu ambiente. Este processo passa a ser visto não apenas como inevitável, mas necessário à sobrevivência das organizações, sejam elas de natureza privada ou pública ou de qualquer ramo de atividade, que pretendem manterem-se íntegras e produzindo os benefícios sociais e econômicos para seus empregados e a sociedade (LIMA, 2003).

A adaptação estratégica exige que os participantes sejam capazes de prover sentido aos ambientes em que estão inseridos e entendam ao que necessitam se adaptar (VOLBERDA, 2004). Cabe comentar que tal processo não se limita apenas às organizações com fins lucrativos. Gerentes e/ou mantenedores de organizações não lucrativas também fazem escolhas que buscam melhorar o desempenho. As decisões envolvem interpretação do ambiente, implementação de programas e serviços e criação de processos e estruturas para fazer com que seus recursos alcancem um desempenho ótimo (BROWN E IVERSON, 2004).

Neste âmbito é preciso levar em consideração a atuação de coalizões dominantes nas organizações (MILES E SNOW, 1978; ASTLEY E VAN DE VEN, 1983), ou seja, de um grupo de tomadores de decisão que pode fazer parte da estrutura formal e/ou informal que influencia a organização de forma acentuada (MILES E SNOW, 1978). Miles e Snow (1978) e Astley e Van de Ven (1983) atentam para o fato de que a adaptação estratégica depende da leitura que os tomadores de decisão fazem acerca do ambiente organizacional. Em outras palavras, tais autores sugerem que a adaptação organizacional efetiva depende da percepção da coalizão dominante das condições ambientais e as decisões que tomam representam como a organização compreendeu estas condições.

Embora seja plausível esperar dos membros organizacionais uma atitude pró-ativa frente os processos de mudanças, percebe-se na literatura acadêmica sobre a adaptação estratégica opiniões divergentes que confrontam o comportamento gerencial e o determinismo ambiental como causadores das mudanças.

Para alguns teóricos o ambiente é quem define a natureza das mudanças organizacionais (HANNAN E FREENAM, 1984). Sob um ponto de vista diverso existem aqueles que acreditam que são os gestores que manipulam o ambiente a favor da organização (MILES E SNOW, 1978; CHILD, 1972; CHILD e SMITH, 1987). Entre a atitude passiva e a pró-ativa, Hrebiniak e Joyce (1985) preferem afirmar que não há incompatibilidade entre as duas opções, ora a organização pode agir de forma mais arrojada, tomando iniciativa, ora pode apenas responder aos estímulos enviados. Enquanto um sistema aberto, a organização necessita adaptar-se ao seu ambiente, seja abrindo frentes ou agindo passivamente, caso contrário, está fadada ao insucesso.

Dentre as motivações que colimaram na presente proposta de estudo uma delas diz respeito às adaptações estratégicas decorridas ao longo da vida organizacional de uma organização hospitalar. Isto leva ao estudo do ciclo de vida organizacional.

A teoria do ciclo de vida aplicada às organizações é um conceito advindo das ciências biológicas do estudo do ciclo de vida dos seres vivos e foi tomado emprestado às ciências sociais aplicadas como arcabouço explicativo para os processos de desenvolvimento e crescimento organizacional. Segundo Adizes (1996, p. XVII),

[...] as organizações, da mesma forma que os organismos vivos, possuem ciclos de vida: elas enfrentam os embates e as dificuldades normais que existem em cada estágio do ciclo de vida organizacional, e também os problemas usuais de transição, ao ingressarem numa nova fase do seu desenvolvimento.

Utilizando a metáfora de um ser vivo, o ciclo de vida, aplicado à teoria organizacional, sugere que as organizações se configuram, operam e se desenvolvem na forma de um ciclo formado por fases distintas, cada qual com suas características e especificidades. Ao longo do ciclo de vida as organizações vão sofrendo mudanças e revelando padrões previsíveis de comportamento (ADIZES, 1996).

Os estímulos que levam a pesquisadora ao campo não se limitam a apenas compreender o processo adaptativo da organização, mas também verificar a existência ou não de evidências empíricas que indiquem um entrelaçamento entre as adaptações estratégicas ocorridas e a respectiva fase do ciclo organizacional.

Há pesquisas na literatura acadêmica indicando uma possível inter-relação entre as fases do ciclo de vida organizacional e as adaptações estratégicas dela decorrentes (QUINN E CAMERON, 1983), pois com a ocorrência de mudanças, novas estratégias emergem fazendo com que o comportamento do passado se torne inapropriado.

Assim sendo, é intuito desta pesquisa investigar o seguinte problema:

**Como ocorreu o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade de 1974 a 2004, a partir da leitura do seu ciclo de vida organizacional e sob a percepção da coalizão dominante?**

## **1.2 Objetivo geral**

Frente ao problema de pesquisa explicitado anteriormente constitui-se, portanto, como objetivo principal desta pesquisa:

**Compreender como ocorreu o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade de 1974 a 2004 a partir da leitura do ciclo de vida organizacional e tendo como base a percepção da coalizão dominante.**

## **1.3 Objetivos específicos**

- Relatar e analisar as adaptações estratégicas ocorridas no Hospital de Caridade no período de 1974 a 2004;
- Identificar os *stakeholders* envolvidos no processo de adaptação estratégica vivenciado pela organização;
- Compreender quais foram os fatores de ordem interna e externos levados em consideração pela coalizão dominante no processo de adaptação estratégica;
- Identificar a(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional vivenciada(s) pelo Hospital de Caridade de 1974 a 2004;

- Levantar as mudanças ocorridas no(s) estágio(s) do ciclo de vida de 1974 a 2004;
- Discutir as possíveis inter-relações entre o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade e a(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional.

#### **1.4 Justificativa teórica e empírica**

A adaptação estratégica já é assunto reconhecido pela teoria organizacional e objeto de amplos debates (CHAKRAVARTHY, 1982; CHILD E SMITH, 1987; PETTIGREW, WOODMAN E CAMERON, 2001; ROSSETO E ROSSETO, 2002), principalmente no que se refere à pesquisa do tema no setor com fins lucrativos.

Desta forma, embora se encontrem trabalhos empíricos tratando da adaptação estratégica nas mais diversas atividades, tais como a construção civil (ROSSETO E ROSSETO, 2002), o ramo supermercadista (TEIVE, 2003), metal mecânico (SAUSEN, 2002) e até mesmo no setor público (CABALLERO, 2002), ao focar especificamente a realidade das organizações hospitalares do terceiro setor o assunto *adaptação estratégica*, ainda que pareça ser igualmente relevante, é carente, não existindo na literatura estudos que possam esclarecer tal processo.

Não são poucos os indícios de que a saúde pública vem passando por dificuldades, indicando uma deficiência do Estado em garantir um direito constitucional do cidadão brasileiro: o acesso à saúde. Se por um lado isto representa um problema, por outro ângulo demonstra a importância que os hospitais sem fins lucrativos vêm assumindo no cenário nacional. Hoje estas organizações são responsáveis por uma participação de 26% do número total de leitos existentes no país (LIMA *et al.*, 2004).

As organizações que atuam neste campo têm assumido importância considerável para a sociedade no provimento de soluções sociais, aumento assim a necessidade de estudos referentes à gestão estratégica (STONE, BIGELLOW E CRITTENDEN, 1999), fator este que confere relevância à presente pesquisa.

Sob o prisma teórico, este trabalho apresenta relevância por tratar de um assunto ainda pouco debatido pela literatura acadêmica: a adaptação estratégica em uma organização hospitalar do terceiro setor. Para a comunidade acadêmica tal iniciativa contribuirá para o

enriquecimento, tanto das teorias sobre a adaptação estratégica, quanto da gestão das organizações hospitalares sem fins lucrativos.

A relevância e originalidade desta pesquisa também estiveram pautadas no processo escolhido para o desenvolvimento do estudo da adaptação estratégica - a teoria do ciclo de vida organizacional.

Pretendeu-se compreender como ocorreu o processo adaptativo estratégico da organização em cada fase, compreendendo os fatores que influenciaram no respectivo estágio, a postura adotada, bem como os atores organizacionais envolvidos. Desta forma, intencionou-se verificar a existência ou não de possíveis inter-relacionamentos entre as fases do ciclo vivenciadas pela organização e o respectivo processo de adaptação estratégica, podendo contribuir para um melhor entendimento do comportamento estratégico da organização em cada estágio.

A perspectiva utilizada para o estudo da adaptação estratégica, ou seja, o entendimento de que este é um processo que pode variar em um *continuum* entre a escolha estratégica e o determinismo ambiental, também se caracterizou como um ponto importante. Diante da complexidade do ambiente organizacional e do refinamento do conhecimento dos teóricos do campo, a literatura (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983; WHITTINGTON, 2004; HREBINIAK E JOYCE, 1985) aconselha o olhar sob diferentes perspectivas de forma a adquirir um caráter complementar e integrado no estudo do comportamento organizacional.

Sob o ponto de vista prático, os autores têm enfatizado a necessidade de uma aproximação da teoria com a realidade organizacional (WHITTINGTON, 2004; PETTIGREW, WOODMAN E CAMERON, 2001; CLEGG, CARTER E KORNBERGER, 2004; WILSON E JARZABOKOWSKI, 2004), de forma a fazer com que a vivência gerencial torne-se realmente objeto dos estudos estratégicos, passando de uma prática disciplinar prescritiva e normativa a uma essencialmente empírica (WHITTINGTON, 2004). Como revela Whittington (2004), as pessoas que participam dos processos estratégicos podem ser ajudadas a melhor compreendê-los e, assim, melhorarem suas práticas.

Mesmo não podendo haver generalização dos dados, por se tratar de um estudo de caso, uma das contribuições práticas deste trabalho foi o de auxiliar a organização a compreender o seu processo de adaptação estratégica, a forma como se relaciona com o seu ambiente, se ocorre de forma mais ativa ou passiva, e a sua capacidade de respostas às influências que recebe do seu meio, tornando a pesquisa pertinente aos seus gestores. Além disso, o conhecimento da posição que a organização se encontra no ciclo de vida

organizacional pode permitir que a sua administração tome medidas preventivas, evitando os problemas futuros (ADIZES, 1996; GREINER, 1972).

Considerando que as organizações hospitalares, assim como as demais também enfrentam um ambiente turbulento, este trabalho apresenta relevância empírica. Em suma, as informações que serão obtidas com esta pesquisa poderão auxiliar a organização a um melhor entendimento do seu comportamento estratégico e, assim, tal como sugere Whittington (2004), uma possível melhoria da própria prática.

Ressalta-se que os serviços prestados pelas organizações do terceiro setor são importantes para a sociedade (STONE, BIGELOW E CRITTENDEN, 1999). Sendo assim, toda a justificativa empírica e teórica torna-se ainda mais forte, principalmente por desbravar assuntos relacionados à adaptação estratégica no contexto do terceiro setor, segmento este que embora desenvolva um trabalho de relevância social, somente recentemente vem conquistando a atenção das ciências sociais aplicadas.

## **1.5 Definição dos principais termos**

Para fins de um claro entendimento sobre o problema a ser tratado, antecipadamente é importante esclarecer o que se compreenderá por:

**Adaptação estratégica** - articulação das capacidades organizacionais com as contingências do ambiente, considerando-se tanto o comportamento organizacional pró-ativo quanto o reativo (HREBINIAK E JOYCE, 1985).

**Ambiente organizacional** – conjunto de interações circulares determinadas pela própria organização a partir de interpretações de uma realidade que é coletivamente definida (BAUER, 1999; MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E FERNANDES, 1998).

**Ciclo de vida organizacional** – período ou fases vivenciadas pela organização durante a sua existência (GREINER, 1972; ADIZES, 1992).

**Coalizão dominante** – grupo de tomadores de decisão existente em cada organização que exerce grande influência sobre o sistema, podendo fazer parte da sua estrutura formal ou informal (MILES E SNOW, 1978; PEREIRA, 2002).

**Estratégia** – é uma prática social que visa uma mediação entre a organização e seu ambiente externo atendendo inúmeros interesses organizacionais e que pode estar associada a elementos culturais, de aprendizado, de política e relações de poder, sendo que o seu surgimento pode acontecer por meio de processos formais ou nascer durante a própria fase de implementação, sem ocorrer a separação entre pensamento e ação (MINTZBERG, AHSLETRAND E LAMPEL, 2000; WHITTINGTON, 2004; HAMEL E PRAHALAD, 1997; WILSON E JARZABKOWSKI, 2004).

**Evento crítico** – É uma mudança ou decisão estratégica que tem influência decisiva no curso do processo de adaptação estratégica de uma organização (CUNHA, 1996).

**Período estratégico** – conjunto de decisões tomadas pela organização e que criam um padrão de comportamento estratégico característico de um determinado período (CUNHA, 1996).

**Stakeholder** - qualquer indivíduo ou grupo que pode afetar o alcance dos objetivos organizacionais ou que é afetado pelo alcance destes objetivos, tais como acionistas, empregados, clientes, imprensa, fornecedores, entidades governamentais, grupos de interesse público, associações comerciais, concorrentes e sindicatos (FREEMAN, 1984).

**Terceiro setor** – conjunto de organizações de natureza privada, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária, sem finalidades lucrativas e que atuam num âmbito não-governamental e com objetivos voltados aos interesses públicos e/ou coletivos (FERNANDES, 1994, 1997; COELHO, 2002).

## **1.6 Organização do trabalho**

O primeiro capítulo demonstra ao leitor o tema de investigação, os preceitos que levaram à construção do problema de pesquisa e os objetivos delineados para responder o questionamento que deu origem ao trabalho.

Na seqüência, apresenta-se o referencial teórico que serviu de sustentação para a realização da pesquisa empírica, abordando conceitos relacionados ao tema da dissertação, mais especificamente, a respeito de ambiente organizacional, estratégia, adaptação estratégica, ciclo de vida organizacional e terceiro setor.

Dedicou-se o terceiro capítulo para apresentar os procedimentos utilizados para operacionalizar a investigação proposta, ou seja, a metodologia da pesquisa. São apresentadas as principais características da pesquisa, suas categorias de análise e operacionalização, formas de coleta e análise de dados e, por fim, suas limitações.

O quarto capítulo faz a apresentação da organização pesquisada e análise dos dados. Inicialmente, apresenta-se um resgate histórico da organização pesquisada. Na seqüência, parte-se para o relato do processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade, os estágios do ciclo de vida organizacional vivenciados de 1974 a 2004. O capítulo encerra apresentando os resultados da inter-relação entre estas duas categorias de análise.

No capítulo final, encontram-se as principais conclusões, reflexões e descobertas obtidas com a realização deste trabalho e algumas recomendações para a continuidade de futuros estudos na área.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, investiga-se a literatura sobre as categorias teóricas que sustentam o trabalho para que seja possível tecer associações entre a teoria pesquisada e a prática observada.

Visando atingir o objetivo proposto, o presente tópico será organizado da seguinte forma: inicialmente haverá uma breve discussão a respeito das diferentes concepções de estratégia, demonstrando o seu caráter multidimensional. Na seqüência, tendo em vista que o trabalho tratará da relação *organização* e o seu *ambiente*, serão apresentados referenciais teóricos relativos ao ambiente organizacional. O próximo bloco abordará as perspectivas de estudo em adaptação estratégica e teorias referentes ao ciclo de vida organizacional. Finalmente, na última seção, serão apresentados conceitos e características referentes ao campo de estudo escolhido – o terceiro setor, inter-relacionando com os tópicos apresentados anteriormente.

### 2.1 Estratégia

#### 2.1.1 A visão clássica, moderna e pós-moderna

Quando se fala em adaptação estratégica um conceito que surge subjacente é o de estratégia. Afinal, é por meio dela que a organização faz a ponte entre o seu mundo e o ambiente de atuação, tornando-se um elemento fundamental para a compreensão do processo de adaptação estratégica (ROSSETO E ROSSETO, 2002), objeto deste trabalho.

A presente seção terá como objetivo inicial situar o leitor a respeito do surgimento da estratégia nas ciências da administração para que se possa compreender o seu desenvolvimento histórico, identificar padrões nos conceitos e as novas perspectivas de estudo. Na seqüência, os esforços se voltarão para a apresentação de diversas conceituações e enfoques, considerando as visões clássica, moderna e pós-moderna, segundo divisão proposta por Volberda (2004).

A literatura atual tem mostrado que a estratégia tem sido uma das áreas de estudo mais evidenciadas nos dias de hoje (WILSON E JARZABKOWSKI, 2004; RODRIGUES FILHO, 2004). Pensar estrategicamente tornou-se tanto para os dirigentes organizacionais,

quanto para os estudiosos da administração um fator indispensável para a condução e administração das organizações, tenham elas fins lucrativos ou não (MOORE, 2000).

O assunto “estratégia” vem ocupando lugar de destaque no campo de estudos da administração, atraindo a atenção de todos os setores econômicos.

Apesar do enfoque atual ao tema, é importante ressaltar que a origem da estratégia não é algo contemporâneo e tampouco teve suas primeiras aplicações no meio empresarial.

Derivada da palavra grega *stratego*, seu surgimento aconteceu há aproximadamente 500 a.C. e sua utilização servia para designar a função do *estratego* ou *generalato* – comandante militar que formulava e projetava as manobras necessárias ao atingimento de um propósito (MOTTA, 1995).

O primeiro texto datado sobre estratégia foi de origem militar e publicado há 2000 anos atrás pelo general chinês Sun Tzu, que escreveu um tratado sobre a arte da guerra (PUBLIFOLHA, 2002). Os escritos, chegaram à época contemporânea, numa tentativa de síntese pelo general prussiano Carl von Clausewitz, na primeira metade do século XIX, demonstrando como deveriam ser administrados os exércitos em tempo de guerra (PANKAJ *et al.*, 2000). Observa-se, assim, que a estratégia, desde o princípio mais remoto, esteve relacionada à guerra (WHITTINGTON, 2004).

Após a renascença, o conceito de estratégia ganhou um sentido mais amplo, significando as medidas econômicas e políticas destinadas a aumentar a chance de vitória na guerra (TAVARES, 2000).

A incorporação desta terminologia nos negócios ocorreu a partir da década de 50 e a idéia da transposição do sentido militar para o da administração era o de fazer com que a empresa estivesse mais preparada para enfrentar as mudanças crescentes (MOTTA, 1995). A empresa, nesta época, começava a sentir a necessidade de estar mais preparada para o futuro, já que a sua sobrevivência não era mais garantida com a delimitação de objetivos limitados e ações de curto prazo. Era preciso visão de grande escopo e de longo prazo (MOTTA, 1995).

A estratégia sob o enfoque militar era vista essencialmente como uma arte e foi a partir da introdução do termo na gestão empresarial que se procurou trazer uma perspectiva mais científica e de maior amplitude, fazendo com que a organização se preocupasse mais com o seu futuro.

Ansoff, Declerk e Hayes (1981) explicam que em meados da década de 50 muitas empresas americanas sofreram um período de turbulência que não podia ser remediado pelas técnicas administrativas predominantes na época, tais como o planejamento a longo a prazo e

o controle financeiro. O ambiente organizacional tornou-se mais turbulento, a concorrência aumentou e era preciso uma atitude mais empreendedora de forma a reforçar os laços entre a organização e o seu ambiente. Assim, surgiu o que os autores denominam de *administração estratégica*.

Depois da segunda guerra mundial notou-se uma corrida das organizações pelo desenvolvimento de estratégias e o planejamento estratégico chegou em muitas empresas dos Estados Unidos (PUBLIFOLHA, 2002).

No plano acadêmico, conforme Fonseca (2001), o ensino da estratégia foi definido pela primeira vez, quando a Fundação Ford e a Carnegie Corporation patrocinaram a realização de uma pesquisa no currículo das escolas de negócios norte-americanas e, mais tarde, a *Harvard Business School* introduziu o tema no curso de administração.

Nesta época, devido às suas origens, a estratégia reproduziu valores hierárquicos, racionais e sistemas lineares tradicionais. Houve uma predominância pelo modelo de análise de forças e fraquezas, ameaças e oportunidades conhecido pela sigla inglesa SWOT, buscando atingir uma adequação entre as capacidades internas e as possibilidades externas.

A popularização do conceito de estratégia no meio empresarial veio na década de 60, associado ao planejamento (MOTTA, 1995), para sanar as necessidades que as organizações sentiam frente às possíveis modificações futuras. Em um ambiente de constantes mutações, auxilia a formulação e avaliação de objetivos. No período, também ocorre a ascensão de várias empresas de consultorias de estratégia e, em particular, o Boston Consulting Group (BCG). Através do desenvolvimento de ferramentas como *curva da experiência* e a matriz de participação no crescimento, o BCG contribuiu para a prática de pesquisas quantitativas a problemas de estratégias de negócios e corporativos (PANKAJ *et al.*, 2000).

No final da década de 1980 o uso do planejamento estratégico começou a entrar em declínio devido à crise econômica mundial instaurada pelo embargo do petróleo, seguida pelo aumento da inflação, competição entre as empresas e pela posterior invasão dos produtos japoneses (FONSECA, 2001; PUBLIFOLHA, 2002). As organizações e a comunidade acadêmica perceberam que o planejamento estratégico não era suficiente para a criação de vantagens competitivas sustentáveis (PUBLIFOLHA, 2002).

Nesta época os modelos estratégicos de Michael Porter e de valor para o acionista tornaram-se os padrões. Surgiram, também, os estudos de C. K. Prahalad e Gary Hamel, tratando das competências essenciais, intenção e arquitetura estratégica.

Na década de 1990 ocorreu uma retomada do pensamento estratégico, porém não mais como um remédio para todos os males, mas sim como um processo que pode trazer vários resultados e benefícios em determinados contextos (PUBLIFOLHA, 2002). A estratégia passou a ser vista de uma forma mais integrada, envolvendo a participação e o comprometimento de todos os elementos da organização.

No século atual são propostos novos modelos com foco na capacidade de adaptar-se à mudança, na flexibilidade e no aprendizado organizacional. O que antes era tratado dentro de uma abordagem predominantemente racional econômica voltada à competição, hoje parece caminhar em direção a uma perspectiva *pós-moderna* construída, principalmente, sobre teorias cognitivistas, teorias da complexidade e sobre interação simbólica.

Estudo da literatura realizado por Fonseca (2001) demonstra que as investigações sobre a estratégia na realidade não seguiram uma trajetória de fases distintas e progressivas, pois após a década de 1960, período que foi considerado o marco inicial do empenho pela compreensão do assunto, novos modelos e abordagens foram apenas emergindo, na mesma proporção continuada dos antigos.

O fato é que este progresso histórico do assunto na teoria organizacional originou diversas abordagens e conceituações. Na percepção de Fonseca (2001) isto parece ter contribuído para a confusão terminológica existente nas palavras e expressões tais como ‘estratégia’, ‘planejamento estratégico’ e ‘administração estratégica’ que são continuamente empregadas como sinônimos, dificultando determinar com precisão a evolução do conceito, bem como os aspectos referentes à sua aplicação, análise e perspectivas de investigação.

Desta forma, mesmo sendo um termo comum, utilizado hoje tanto pelos meios empresarial, acadêmico como jornalístico quando se aborda mais especificamente o tema, não se encontra um conceito único. Muito embora a produção acadêmica sobre o assunto seja relevante e densa, ao desenvolver uma revisão teórica observa-se a multiplicidade de autores propondo as mais variadas derivações e uso. Se isto aparentemente não acarreta problemas, para dirigentes de empresas e pesquisadores uma definição acerca do termo é um passo importante para o êxito das ações.

Abordar a respeito do tema “estratégia organizacional” abre o campo de discussão para concepções teóricas que vão desde as abordagens mais convencionais, tratando o tema como uma atividade lógica, racional e seqüencial (CHANDLER, 1962), até as mais dinâmicas, as quais percebem este processo enquanto um acontecimento social associado a

elementos culturais, de aprendizado, política e relações de poder (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000; WHITTINGTON, 2004).

Volberda (2004) ao analisar historicamente o estudo da gestão estratégica categorizou a área em três grandes perspectivas que, segundo o autor, em parte são concorrentes e em outras suplementares.

O quadro 1 a seguir explicita as perspectivas de Volberda (2004):

<i>Característica</i>	<i>Clássica</i>	<i>Moderna</i>	<i>Pós-Moderna</i>
Participação	Do topo para a base	Da base para o topo/do topo para a base	Multiagente
Base	Planejamento	Experimentação	Fazer sentido
Análise	Analítica	Incremental	Cognitiva
Racionalidade	Racionalidade perfeita	Racionalidade local	Racionalidade substantiva
Fonte de vantagem competitiva	Planos claros, processos de planejamentos superiores	Aprendizado organizacional e visão empreendedora	Visões de mercado diferenciadas e mapas mentais

*Quadro 1: Perspectivas em gestão estratégica.  
Fonte: Adaptado de Volberda (2004)*

A estratégia na *visão clássica* ainda se difunde na literatura e foi responsável pela fundação do próprio campo de estudo. Neste escopo, está associada a metas, posicionamento de mercado, alocação de recursos e, sobretudo, ao planejamento (VOLBERDA, 2004). Whittington (2002) resume as três características principais da perspectiva clássica: (a) o apego à análise racional, (b) o distanciamento entre concepção e execução e (c) o compromisso com a maximização do lucro.

Neste segmento, pode ser citada a definição clássica de Chandler (1962), enfatizando a estratégia como sendo a determinação de objetivos básicos de longo prazo de uma empresa e a adoção das ações adequadas e recursos para atingir estes objetivos. Foi Chandler (1962) que preconizou a máxima de que a “estratégia segue a estrutura”, sugerindo que mudanças deste caráter incorrem em alterações na estrutura formal da organização.

Na percepção de Andrews (2001) a estratégia é o padrão de objetivos, metas e principais políticas estabelecidas de forma a definir qual o negócio em que a empresa está e o tipo de empresa que é ou vai ser.

Os dois conceitos anteriores demonstram que os autores concordam que a estratégia compreende a definição de objetivos e o estabelecimento de meios de se atingir. Percebe-se, também, que os autores compartilham da visão de que os objetivos e a empresa são inseparáveis da definição de políticas e ações para a concretização.

Apesar de possuir enfoques diferentes, Ansoff (1983) e Porter (1992) reforçam no conceito de estratégia a questão do ambiente em que a organização opera.

Na percepção de Ansoff (1983), a estratégia é um conjunto de regras de tomada de decisão em condições de desconhecimento parcial. As decisões estratégicas dizem respeito à relação da organização com seu ecossistema.

Para Porter (1992), são ações ofensivas ou defensivas para criar uma posição defensável numa indústria, para enfrentar com sucesso as forças competitivas e, assim, obter um retorno maior sobre o investimento.

A estratégia, na visão de Porter (1999), está ligada intrinsecamente com o posicionamento no mercado e a construção de vantagens competitivas. Ela é escolhida para ser aplicada em um ambiente predominantemente econômico, concentrando seu foco no comportamento de indústrias no contexto da competição e não apenas em organizações individuais (PORTER, 1992).

O autor destaca cinco grandes forças competitivas que podem influenciar o potencial de lucro da empresa. São elas: entrantes potenciais, concorrentes existentes, produtos substitutos, compradores e fornecedores. Tendo em vista a existência destas forças e a fim de criar um posicionamento de defesa consistente, superando concorrentes, Porter (1992) expõe três abordagens estratégicas genéricas que podem ser utilizadas, sendo estas:

- *Liderança no custo total*: com esta estratégia a organização visa obter um baixo custo na indústria, através de políticas funcionais que visem este objetivo. A organização precisa dispor de instalações modernas e eficientes, controlar custos e despesas gerais, manter extensa linha de produtos relacionados, investir em equipamentos, efetuar fixação agressiva de preços e conseguir acesso favorável às matérias-primas;
- *Diferenciação*: visa o oferecimento de bens ou serviços únicos no âmbito de atuação da indústria. A idéia com esta estratégia é destacar-se no setor e conseguir o reconhecimento por tal superioridade, principalmente por parte dos consumidores, escapando assim da corrida dos preços e custos e enfatizando a lealdade dos clientes.
- *Enfoque*: neste tipo de estratégia a vantagem competitiva é focar determinado grupo de compradores, um mercado geográfico ou um segmento específico de linha de produtos. A organização pode concentrar-se na diferenciação de determinado produto ou serviço ou vendê-los a um preço acessível para um público específico.

No entanto, não basta definir a posição estratégica, pois para sustentá-la é importante exercer opções excludentes em relação às demais, ou seja, decidir entre alternativas conflitantes e, assim, se proteger dos concorrentes (PORTER, 1999). Estas opções excludentes resultam da incompatibilidade de certas atividades. Em outras palavras, uma organização que opera visando baixo custo, na visão de Porter (1999) não poderá atuar com a diferenciação, pois esta exige configurações de produto, equipamentos, habilidades e sistemas gerenciais diferentes. Em síntese “[...] a essência da estratégia é escolher o que não fazer [...]” (PORTER, 1999, p. 68).

Porter (1999) revela que muitas empresas não possuem estratégia, principalmente pelo fato de confundí-la com a eficácia operacional. Atraídas pela possibilidade de aumentar a produtividade, melhorar a qualidade e a velocidade de resposta em relação aos seus concorrentes, novas ferramentas e técnicas gerenciais são introduzidas constantemente no ambiente organizacional. Para o autor, tal fato desvirtua a atenção dos líderes na busca de posições competitivas viáveis, pois as ferramentas gerenciais, mesmo que de forma imperceptível, acabam tomando o lugar das estratégias. Na realidade, a organização persegue melhorias em todas as frentes, ao invés de se concentrar naquilo que realmente é importante e que lhe conceda vantagens competitivas (PORTER, 1999).

A eficácia operacional, assim como a estratégia, são vitais para as organizações, pois é através da eficácia operacional que as empresas irão desempenhar as atividades melhores do que seus rivais e alcançar rentabilidade superior, informa o autor. Porém, “[...] com base apenas na eficácia operacional, poucas empresas competem com êxito durante períodos mais prolongados, enfrentando dificuldades cada vez maiores em manter-se à frente dos rivais.” (PORTER, 1999, p. 51).

Em outras palavras, apesar da possibilidade de, em curto prazo, tais medidas renderem frutos positivos, sabe-se que tais vantagens não são sustentáveis em longo prazo (PORTER, 1999). Isto porque a proliferação de novas tecnologias, das práticas gerenciais, de melhorias nos recursos e nas formas de atender o cliente, são hoje de fácil acesso a todas as organizações. O próprio trabalho desempenhado pelas consultorias facilita a difusão das soluções mais usuais.

A principal consequência deste comportamento, na percepção de Porter (1999), é que a concorrência torna-se auto-destrutiva e acaba ocorrendo em termos de produtividade, elevando os padrões para todos os participantes e induzindo a reduções de custos e preços, capazes de comprometerem os investimentos da empresa a longo prazo. Outra observação

importante nesta sucessão de cópias é que as organizações tornam-se muito semelhantes e homogêneas, fazendo com todas sigam a mesma trajetória sem, no entanto, possuírem um “porto” definido.

Em suma, Volberda (2004, p. 34) informa que, de acordo com as teorias clássicas a estratégia

[...] é um processo de planejamento deliberado (formal), iniciado pela cúpula (hierárquico), baseado em uma análise industrial elaborada (racional) e focado no desenvolvimento de uma estratégia corporativa coesa e ambiciosa (consistente).

Percebe-se na literatura acadêmica, assim como nas práticas organizacionais, uma grande influência da visão clássica da estratégia. O planejamento estratégico como ferramenta para a formulação de estratégias separando o “pensamento” da “ação”, o enfoque econômico e a preocupação com as vantagens competitivas sustentáveis são alguns dos indícios desta linha.

Por outro lado, a *perspectiva moderna* em gestão estratégica, enfatiza uma abordagem descritiva, ao invés de prescritiva, e considera a estratégia enquanto um processo complexo, desordenado e desconexo onde se confrontam fatores concorrentes (VOLBERDA, 2004). Nesta perspectiva, as estratégias emergentes<sup>1</sup>, o processo incremental e o aprendizado organizacional ganham ênfase, sendo na opinião de Volberda (2004) as fontes potenciais de vantagem competitiva da visão moderna.

Como ícone desta perspectiva podem ser citados os autores Hamel e Prahalad (1997) que, numa abordagem menos racional e economicista, ressaltam que a competitividade empresarial é resultado da criação de competências distintivas e que a estratégia é fruto do pensamento coletivo. Assim, os autores voltam-se para o ambiente interno da organização apostando na capacidade de pensar “diferente” acerca do futuro.

Para Hamel e Prahalad (1997) a estratégia não deve ser percebida simplesmente como um jogo de posicionamento no mercado, pois tais posturas levam a uma corrida inútil que tem como resultado o alcance dos concorrentes que possuem uma percepção mais ampla, o que nem sempre garante a sustentabilidade da empresa. Ficar na sombra do líder, não leva a empresa a ser revolucionária e definidora de novos mercados, relatam Hamel e Prahalad (1997).

---

<sup>1</sup> Conforme Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) as estratégias emergentes consistem em ações não planejadas que vão surgindo ao longo percurso. Já as do tipo “deliberada” são aquelas descritas no plano prévio.

Vasconcelos e Cyrino (2000) ao analisarem a obra de Hamel e Prahalad (1997) informam que a proposição central dessa corrente é que a fonte da vantagem competitiva se encontra primariamente nos recursos e nas competências desenvolvidos e apenas secundariamente na estrutura das indústrias nas quais elas se posicionam. Isto privilegia a estratégia do tipo de “dentro para fora”.

Um dos pontos centrais das idéias de Hamel e Prahalad (1997) é a competência essencial, que pode ser compreendida como um conjunto de habilidades e tecnologias que permite oferecer um determinado benefício aos clientes. Uma outra característica presente na competência essencial é o fato de ser competitivamente única, ou seja, ela deve surgir de um diferencial perante aos concorrentes. Pode-se dizer que a competência essencial é basicamente uma fonte de vantagem competitiva, pois é competitivamente única e contribui para o valor percebido pelo cliente.

Percebe-se que as idéias de Hamel e Prahalad (1997) levam a ter uma concepção diferente da natureza da concorrência, pois ao invés de ocorrer entre produtos ou mercados, passa a ser uma disputa entre competências que, não sendo facilmente identificáveis pelos rivais, escondem-se por trás de fatores objetivamente mensuráveis do processo de produção. Como comprovam os próprios autores: “[...] a competição pelo futuro não é uma competição de produto *versus* produto ou negócio *versus* negócio, mas de empresa *versus* empresa [...]” (HAMEL E PRAHALAD, 1997, p. 37).

Hamel (2000), em sua obra “Liderando a Revolução”, também ratifica esse entendimento afirmando que a mudança atualmente ocorre de forma não-linear, fazendo com que a inovação seja o caminho do sucesso. Para o autor, a concorrência não se limita aos produtos e serviços, mas sim a conceitos de negócios diferenciados.

Isto quer dizer que a estrutura da indústria, tão enfaticamente analisada por Porter (1999), não é para Hamel e Prahalad (1997) o fator preponderante na determinação da concorrência e nos níveis de rentabilidade. Como relatam Vasconcelos e Cyrino (2000, p. 29), nesta escola, “[...] os recursos devem guiar a estratégia mais fortemente do que as restrições no ambiente externo (estrutura da indústria) [...]”.

Hamel e Prahalad (1997) acreditam que há uma percepção equivocada de que a introdução de um novo instrumento de transformação organizacional assegurará a liderança da empresa no mercado. Os efeitos desta corrida insensata pelo desempenho atual, podem se converter em prejuízos não somente para a própria organização, como também na destruição da estrutura do mercado, chegando a um nível inviável para todos os atuantes do mercado.

Isto coaduna com a opinião de Porter (1999) a respeito da cópia das melhores práticas entre as organizações.

Ainda considerando uma visão mais ampla e descritiva da estratégia que enfatiza a aprendizagem organizacional, surgem as idéias de Mintzberg (1987), que percebe a estratégia como uma força mediadora entre a organização e o seu meio envolvente, centrando-se nas decisões e ações que vão surgindo naturalmente. Para este autor, a formação da estratégia não se limita aos processos intencionais, mas podem surgir como um padrão de ações tomadas em um período que podem ou não ser formalizadas.

Desta forma, Mintzberg (1987) percebe a necessidade de uma visão de amplo escopo a respeito do conceito de estratégia, apresentando cinco definições básicas:

- *Plano*: a estratégia é um conjunto de ações elaboradas previamente visando o alcance de determinado objetivo. O autor destaca que, enquanto plano, a estratégia pode ser deliberada ou emergente. Estratégias deliberadas são aquelas descritas no plano prévio e as estratégias emergentes consistem em ações não planejadas que vão surgindo ao longo percurso.
- *Pretexto/Estrategema*: nesta visão, a estratégia é também percebida como plano, no entanto, engloba ações visando diminuir ou neutralizar as forças do seu concorrente ou opositor. O autor denomina também como pretexto, pois pode ser apenas uma manobra específica com a finalidade de “enganar” o competidor concorrente.
- *Padrão*: se enquanto plano a estratégia é formulada, enquanto padrão a estratégia é formada. Neste conceito, o autor considera que a estratégia pode resultar de um determinado comportamento da empresa ou de um fluxo de ações.
- *Posição*: diz respeito a localização que a empresa pretende estabelecer no seu ambiente externo. Por esta definição a estratégia se torna a força mediadora entre a organização e o ambiente, ou seja, entre os contextos internos e externos (MINTZBERG, 1987).
- *Perspectiva*: ao contrário da estratégia enquanto posição que volta-se para o meio externo, a estratégia enquanto perspectiva volta-se para o interior das organizações e diz respeito a maneira como a empresa percebe o seu meio externo e interno. A estratégia é a perspectiva compartilhada pelos membros da organização por intermédio de suas intenções ou de suas ações.

Na opinião de Mintzberg e Quinn (2001) muitas vezes se confunde estratégia com planejamento, o que limita o enfoque. No plano, há predominância de aspectos racionais e analíticos que impedem o conhecimento do todo. A construção da estratégia é algo metódico, seguindo etapas distintas e com tempo de ocorrência devidamente estipulado, predominando a noção de que o planejamento é confundido como sinônimo de pensamento estratégico.

Planejamento, para Mintzberg e Quinn (2001), diz respeito a análise e o desmembramento das metas em etapas formalizadas para a implementação. Já pensamento estratégico refere-se a síntese, envolvendo criatividade e intuição. Sob o enfoque do planejamento, continuam os autores, há uma dissociação entre o pensar e o agir, pois primeiro se estabelece uma ação para, em seguida, agir e obter a experiência, fazendo com que ocorra uma desconexão entre os formadores da estratégia e os verdadeiros implementadores.

A estratégia não pode surgir simplesmente em reuniões onde participam apenas a alta administração da empresa, tal como ocorre em muitas versões do planejamento estratégico nas organizações, pelo contrário, deve surgir de forma natural e “artesanal”, ou seja, deve emergir (MINTZBERG E QUINN, 2001).

É importante esclarecer que, apesar de Mintzberg (1987) defender a criação natural da estratégia, o mesmo não considera que a sua utilização pura leva ao êxito. Isto porque é preciso promover um equilíbrio entre estratégias deliberadas (plano) e emergente (padrão), pois estratégias puramente deliberadas impedem o aprendizado, assim como estratégias puramente emergentes são desprovidas de controle (MINTZBERG, 1987). Contudo, nota-se que o autor defende que o plano deve ser utilizado mais como um instrumento analítico para programação do que como um formador de estratégias.

A *terceira perspectiva* da gestão estratégica, a *pós-moderna*, tem como seu alicerce as teorias cognitivistas, sobre a complexidade e as referentes à interação simbólica. Partindo de que a realidade é socialmente definida, a estratégia será fruto de esquemas estratégicos ou por modelos de referência, permitindo que a organização e o ambiente sejam compreendidos por seus *stakeholders*, de tal forma que a preocupação essencial passe a ser o desenvolvimento de esquemas adequados que possibilitem que a organização crie ou se adapte às mudanças competitivas (VOLBERDA, 2004). Conforme explicita Volberda (2004, p. 35), a estratégia “[...] de acordo com esta abordagem, envolve a criação e a manutenção de sistemas de significados compartilhados que facilitam a ação organizada [...]”. A perspectiva pós-moderna é derivada, principalmente, de teorias cognitivistas, teorias da complexidade e de interação simbólica (VOLBERDA, 2004).

Esta breve exposição demonstrou as várias perspectivas do estudo em estratégia, a variedade de conceitos existentes, bem como a existência de particularidades em cada abordagem e de pontos convergentes e divergentes.

Tavares (2000) ressalta que, apesar de haver diversas definições de estratégias, seu delineamento vai depender da forma com o ambiente organizacional é percebido pela própria organização, como relata “[...] é um conjunto de escolhas que define a interface entre a organização e o seu ambiente.” (TAVARES, 2000, p. 327).

A demonstração destes conceitos a respeito da estratégia, embora seja plausível, parece deixar algumas perguntas sem respostas e, entre estas, qual a abordagem mais adequada a cada organização?

Segundo as idéias de Mintzberg (1987), o melhor conceito de estratégia para a empresa irá depender de seus aspectos contingenciais e será aquele que melhor servir os objetivos a serem atingidos. Isto leva a concordar com os pensamentos de Tavares (2000).

Percebe-se, assim, a necessidade de um ecletismo na definição da estratégia, pois uma abordagem excessivamente restrita pode conduzir a organização a usos contraditórios e indevidos do termo, podendo fazer com que não se perceba o surgimento de estratégias que se originam sob outras formas e se perca a oportunidade de administrar tais processos.

Esta seção demonstrou que desde da introdução da estratégia na teoria organizacional surgiram variados significados. Nos primórdios, ao que parece, a estratégia emergiu como uma forma de “vencer o adversário”, como se as organizações estivessem numa guerra. Dentro de sua linha de evolução, sob o prisma pós-moderno, as novas conceituações propostas por autores como Mintzberg (1987), Hamel e Prahalad (1997), Whittington (2002) e Volberda (2004) demonstram uma maior amplitude a respeito de seu processo, repercussões e atores organizacionais envolvidos.

O berço do nascimento da estratégia pode ser uma possível explicação para a compreensão de um conceito que ainda se apresenta predominante na teoria organizacional – o da visão clássica. A estratégia, sob a perspectiva de muitos autores (CHANDLER, 1962; ANDREWS, 2001; PORTER, 1992, 1999; ANSOFF, 1993), está intimamente relacionada com a construção de vantagens competitivas, o uso correto dos meios para atingir os fins de maneira estrategicamente favorável (CLEGG, CARTER E KORNBERGER, 2004), contribuindo para uma perspectiva de estudo restritiva que não considera a estratégia enquanto um fenômeno social (WHITTINGTON, 2004).

Entretanto, é importante comentar que os estudos em estratégia dentro de uma abordagem pós-moderna parecem caminhar em direção a um pluralismo no campo (VOLBERDA, 2004; WHITTINGTON, 2004), entendendo-a como uma prática social que media a relação da organização com o seu ambiente, enfatizando modelos cada vez mais além da economia e em direção à sociologia (WHITTINGTON, 2004).

### **2.1.2 Perspectivas teóricas sobre a formulação estratégica**

A existência da diversidade conceitual do assunto “estratégia” induz a uma reflexão a respeito dos diferentes modelos de concepções, afinal, pelas proposições teóricas apresentadas anteriormente os autores não pensam sobre estratégia do mesmo modo.

Conforme preceitua Mintzberg (1987), a formulação da estratégia não depende exclusivamente de processos deliberados, ou seja, independem de planejamento, podendo surgir de forma natural.

Há uma diversidade de pensadores e obras que buscam desvendar o processo de formulação estratégica. Como ponto de partida toma-se a obra de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) intitulada “Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento do estratégico”.

A premissa destes autores: “somos cegos e a formulação de estratégia é nosso elefante” é um convite para somar diferentes partes e conhecer de forma mais ampla o que vem se destacando na trajetória dos conceitos, definições e explicações referentes à formulação estratégica.

Tendo como objetivo demonstrar as diferentes percepções a respeito da formulação das estratégias, Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) apontam para a existência de dez diferentes escolas de pensamento de formação da estratégia, divididas em dois grandes grupos:

- (1) prescritivas – referindo-se às escolas em que a formulação da estratégia antecede a ação, sendo estas a do *design*, planejamento e posicionamento;
- (2) descritivas – referindo-se àquelas que se preocupam mais em como as estratégias são concebidas, incluindo-se nesta divisão as escolas empreendedora, cognitiva, aprendizado, poder, cultural e ambiental. A décima escola - a de

configuração é uma combinação dos diversos processos que as diferentes escolas propõem.

O quadro 2 expressa, resumidamente, as principais idéias das escolas de pensamento estratégico:

	<b>Escola do Pensamento Estratégico</b>	<b>Conceito de Estratégia</b>	<b>Agente Central</b>	<b>Mudança</b>	<b>Principais Influenciadores</b>
<b>P R E S C R I T I V A</b>	Design	Perspectiva planejada e única	Executivo principal como “arquitetos”	Ocasional, quântica	Selnick, 1957 K. R. Andrews, 1965
	Planejamento	Processo formal decomposto em subestratégias e programa	Planejadores	Periódica, incremental	Igor Ansoff, 1965
	Posicionamento	Processo analítico, posições genéricas planejadas	Analistas	Aos poucos e freqüente	Michael Porter, 1980
<b>D E S C R I T I V A</b>	Empreendedora	Processo visionário, perspectiva pessoal e única	Líder	Ocasional, oportunista e revolucionária	J. A. Schumpeter, 1950
	Cognitiva	Perspectiva mental (conceito individual)	Mente	Infreqüente	H. A. Simon 1947
	Aprendizado	Processo emergente – aprendido	Aprendizes – quem puder	Contínua, incremental, com critérios quânticos ocasionais	C.E. Lindblom - 1959 Prahalad e Hamel - 1990
	Poder	Processo de negociação – política	Qualquer um com poder (micro), organização inteira (macro)	Freqüente, pouco a pouco	G. T. Alisson, 1971 Pfeffer e Salancik, 1978
	Cultural	Processo coletivo – perpetuação	Coletividade	Infreqüente (enfrenta resistência ideológica)	E. Rhenman e R. Norman 1960
	Ambiental	Posições específicas, processo reativo	“Ambiental”	Rara e quântica (em ecologia popular), aos poucos (na teoria da contingência)	M. T. Hannan e J. Freeman, 1977
	Configuração	Processo de transformação – integração	Qualquer um, conforme o contexto em transformação	Ocasional e revolucionária, outras vezes incremental	A. D. Chandler - 1962 H. Mintzberg – 1970 D. Miller – 1970 Miles e Snow - 1978

Quadro 2: Síntese das escolas de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000)

Fonte: Adaptado de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000).

Interpretando as idéias dos autores, a obra aponta a necessidade de não permanecer cego ou alienado a esta ou aquela escola. O processo de geração de estratégia é um misto que pode misturar jogos de poder em busca de vantagem competitiva, socialização coletiva,

formalização, aprendizado, planejamento, mas cada um deve ser encontrado dentro do seu tempo e do seu próprio contexto (MINTZBERG, AHSLETRAND E LAMPEL, 2000).

No entendimento dos autores, cada escola possui suas peculiaridades, seus aspectos positivos e negativos, sendo possível uma combinação entre elas. É preciso entender o que há de diversidade de estratégia e dela extrair o que há de melhor para elaborar o próprio ecossistema da empresa, de forma que esta sobreviva em equilíbrio e harmonia com o seu ambiente.

Utilizando uma abordagem diferenciada, Whittington (2002), na tentativa de desvendar tópicos relacionados à administração estratégica, propõe quatro diferentes abordagens que vão desde as mais clássicas, estruturalistas até as mais evolucionárias, apresentando concepções diferentes sobre o que é estratégia e como desenvolvê-la.

Em seu estudo, Whittington (2002) aponta quatro abordagens genéricas sobre a estratégia, sendo estas: (a) clássica, (b) evolucionária; (c) processual e (d) sistêmica, que se diferenciam em duas dimensões: os *resultados* da estratégia e os *processos* pelos quais ela acontece (figura 1).

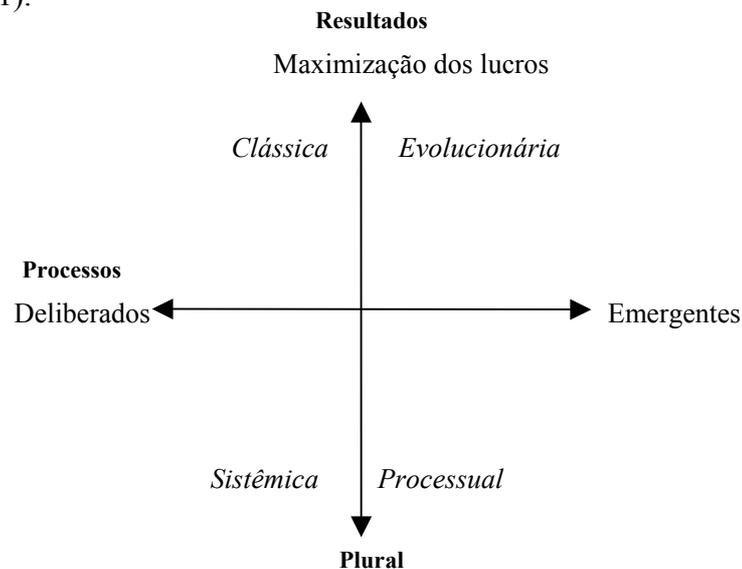


Figura 1: Perspectivas genéricas sobre estratégia.  
Fonte: Whittington (2002).

Observando a figura 1, no eixo vertical, o autor mede o grau dos resultados que a estratégia pode produzir, ou seja, pode variar num continuum que enfoca prioritariamente objetivos racionais, de cunho econômico ou atenda de forma plural inúmeros interesses organizacionais, como por exemplo: legitimidade social, aceitação pelos *stakeholders* e clientes. Já o eixo horizontal, indica o grau de participação dos envolvidos, medindo o quanto a estratégia é fruto de processos deliberados ou emergentes. De modo geral, a figura mede

para que serve a estratégia e como é constituída (WHITTINGTON, 2002). Percebe-se pela figura que as abordagens *sistêmica* e *processual* são mais pluralistas, enquanto a *clássica* e a *evolucionária* enfocam a maximização dos lucros. Quanto aos processos, as abordagens processual e evolucionária utilizam formas mais emergentes para a formulação da estratégia, enquanto que a sistêmica e a clássica predominam procedimentos deliberados.

A seguir apresentam-se as peculiaridades das abordagens propostas por Whittington (2004).

#### *Abordagem Clássica*

A abordagem clássica, representada pelos estudiosos, como Igor Ansoff, Michael Porter, Chandler, Sloan, trazem uma concepção de estratégia associada a processos racionais, utilitaristas, deliberados, tendo como objetivo principal a maximização dos lucros, de forma a aumentar as vantagens competitivas da empresa. Isto quer dizer que o sucesso ou fracasso da empresa são determinados internamente. Comparando com a classificação proposta por Volberda (2004), esta abordagem de Whittington (2002) se encaixa na perspectiva clássica da gestão estratégica.

Segundo Whittington (2002), as noções a respeito da formulação da estratégia na abordagem clássica derivam-se da economia da Escócia do século XVIII, enquanto que a implementação reporta-se ao modelo militar da Grécia Antiga.

Nesta abordagem predomina a noção do homem econômico racional, colocando-o como um empreendedor, “[...] agindo com perfeita racionalidade para maximizar ‘sua’ vantagem competitiva [...]” (WHITTINGTON, 2002, p. 17).

A formulação da estratégia emerge de planejamentos em longo prazo, sendo que os gerentes atuam como os grandes arquitetos estratégicos, havendo uma dissociação entre a concepção e a implementação. Tal abordagem é mais relevante em ambientes estáveis e relativamente previsíveis.

#### *Abordagem Evolucionária*

A segunda abordagem dos estudos de Whittington (2002) é a evolucionária e apresenta a idéia de que é o ambiente que seleciona a empresa, enfatizando a adaptação organizacional. Assim como na abordagem clássica, o objetivo principal continua sendo a maximização dos lucros.

Os teóricos desta linha são céticos em acreditar que as organizações são capazes de se adaptarem de modo deliberado e sustentável, tendo em vista a capacidade limitada de previsão e reação às inconstâncias ambientais.

Diante dos mercados competitivos, sob o ponto de vista dos evolucionistas, estratégias deliberadas não são suficientes para sustentar uma vantagem competitiva, sendo mais importante as iniciativas inovadoras das quais o ambiente possa selecionar a melhor (WHITTINGTON, 2002).

Na opinião do autor, em mercados imprevisíveis em que o nível de inovação e a concorrência são elevados esta abordagem parece ser condizente.

### *Abordagem Processual*

De forma análoga à perspectiva evolucionista, a abordagem processual também defende que a estratégia não se desenvolve de forma racional. Conforme Whittington (2002), dois temas são os princípios fundamentais do pensamento processualista: (a) os limites cognitivos à ação humana, defendendo que o homem possui uma capacidade racional limitada que o impede de analisar uma série de fatos concomitantemente, fazendo com que a interpretação do ambiente seja parcial; (b) e a micropolítica das organizações, reconhecendo que as organizações são coalizões de indivíduos, que possuem interesses próprios e barganham entre si para buscar uma solução convenientemente a todos.

A estratégia é um processo emergente que será descoberto durante a ação e atenderá interesses pluralistas e não apenas a maximização dos lucros, informa Whittington (2002).

Nesta concepção, a formulação estratégica não se deriva apenas do posicionamento da organização no seu mercado, mas na capacidade de criar e renovar recursos distintos. O desempenho superior sustentável, na percepção processual, volta-se para o âmbito interno, construindo as habilidades e competências essenciais.

Segundo Whittington (2002), a abordagem processual combina com burocracias protegidas, principalmente do setor público ou quase privado, pois muitas vezes o tamanho e a complexidade da organização exigem com que o processo de estratégia envolva vários fatores e atores sociais.

### *Abordagem Sistêmica*

A principal mensagem da abordagem sistêmica é que a estratégia deve ser vista do ponto de vista sociológico, enfatizando, portanto, o ambiente externo.

Os teóricos sistêmicos defendem que os tomadores de decisões não possuem interesses puramente econômicos e utilitaristas. Na verdade, todos os indivíduos fazem parte de um sistema social que exercem pressões para que as organizações se amoldem às formas locais de realidade (WHITTINGTON, 2002). A produção da estratégia nesta abordagem atende os interesses plurais das organizações.

Os objetivos e a forma como as estratégias serão concebidas e implementadas estarão relacionados com as características sociais dos estrategistas e do contexto social que estão inseridos, sendo que as regras da cultura da sociedade local exercerão grande influência (WHITTINGTON, 2002), o que se assemelha a perspectiva pós-moderna explicada por Volberda (2004) e citada na seção anterior.

O quadro 3 fornece um resumo das características das quatro perspectivas estratégicas:

	<i>Clássica</i>	<i>Processual</i>	<i>Evolucionária</i>	<i>Sistêmica</i>
Estratégia	Formal	Elaborada	Eficiente	Inserida
Justificativa	Maximização do lucro	Vaga	Sobrevivência	Local
Foco	Interna (planos)	Interna (política/cognições)	Externa (mercados)	Externa (sociedade)
Processos	Analítica	Negociações/aprendizagem	Darwiniana	Social
Influências-chaves	Economia/militarismo	Psicologia	Economia/biologia	Sociologia
Autores-chaves	Chandler, Ansoff, Porter	Cyert e March; Mintzberg; Pettigrew	Hannan e Freeman; Williamson	Granovetter; Whitley
Surgimento	Anos 1960	Anos 1970	Anos 1980	Anos 1990

*Quadro 3: As quatro perspectivas sobre estratégia*  
 Fonte: Whittington (2002).

Entre as quatro perspectivas, Whittington (2004) não assume de forma explícita a primazia de uma em relação à outra. O autor posiciona-se no sentido de que, em decorrência de determinadas características da organização e do seu próprio ambiente de atuação, haverá uma mais condizente. Conforme suas palavras: “[...] não há maneira melhor. A chave é adequar a estratégia ao mercado, aos ambientes organizacionais e sociais [...]” (WHITTINGTON, 2002, p. 142). As quatro perspectivas são diferentes entre si, sendo que a sensibilidade sistêmica é que irá ajudar a escolha correta, relata o autor.

## 2.2 Abordagens conceituais sobre ambiente organizacional

Tendo em vista que este estudo trata da compreensão da relação da organização com o seu ambiente de atuação, conceituá-lo passa a ser um fator fundamental para compreender a natureza destes relacionamentos. Como se refere Hall (1984, p. 156) “[...] os ambientes das organizações são fatores cruciais para compreender o que se passa nelas e com elas.”.

Apesar da visão contemporânea da administração atribuir grande importância ao ambiente organizacional, defini-lo e estabelecer fronteiras com a organização não é algo tão simples. Observa-se na literatura a existência de controvérsias entre o que é o ambiente organizacional, quais suas fronteiras com a organização e os elementos que o constituem. Estabelecer um limite de onde acaba a organização e onde começa o ambiente organizacional remete a inúmeras discussões, muitas vezes polêmicas.

De forma a enriquecer o estudo de caso proposto, a presente seção traz ao leitor o propósito de apresentar algumas perspectivas conceituais sobre o ambiente organizacional, o que será importante para a compreensão do processo de adaptação estratégica do caso em tela.

As organizações não são auto-suficientes, para sobreviverem e prosperarem precisam estar conectadas a diversos elementos ambientais. A noção da organização enquanto um sistema aberto que mantém múltiplas interfaces implica na existência de um ambiente organizacional. Apesar desta perspectiva parecer algo certo, tal noção nem sempre fez parte da teoria administrativa.

Retomando no tempo, no pensamento clássico da administração, que teve como um dos marcos as idéias de Frederick Wislow Taylor, as organizações eram percebidas como máquinas que precisavam alcançar a eficiência máxima tendo como bases a superespecialização, a separação entre concepção e execução das tarefas e o controle do trabalho do homem (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR E ROCHA, 2001).

O foco principal era o aperfeiçoamento de regras, tarefas e estruturas internas da organização (MOTTA e VASCONCELOS, 2002, BOWDITCH e BUONO, 2002) com a máxima de que sempre haveria o *one the best way* para dirigir uma organização (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000).

Conforme Motta e Vasconcellos (2002), a visão mecanicista considerava que o aperfeiçoamento das estruturas e otimização da produção eram suficientes por si só para resolver outros problemas, incluindo os referentes ao comportamento humano e a concorrência. A administração científica, sob uma ótica restrita, limitava o objetivo dos seus

estudos aos fatores do ambiente interno (CARVALHO E VIEIRA, 2003), negligenciando a relação da organização com o seu meio ambiente. A ênfase maior recaía sobre as características internas das organizações.

A importância do ambiente era subestimada, pouca atenção era dedicada aos processos de adaptação da organização ao ambiente (BOWDITCH E BUONO, 2002). Em suma, na teoria clássica, as organizações eram tratadas como sistemas fechados, tendo como foco principal os aspectos intra-organizacionais. Negligenciava-se a importância do relacionamento da organização com o seu ambiente.

Em contraponto à noção clássica de que há o *one the best way* para dirigir uma organização (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000), a teoria contingencial trouxe, em 1960, a percepção de que a estrutura e o comportamento organizacional irão depender de uma série de variáveis situacionais, entre estas o ambiente, a tecnologia e o tamanho da organização (TACHIZAWA, CRUZ JÚNIOR E ROCHA, 2001).

Utilizando a metáfora proposta por Morgan (1996), as organizações passaram a ser vistas como *organismos vivos*, que necessitam interagir com o meio externo para sobreviver, realizando trocas de entradas e saídas. Tal como os seres vivos as organizações dependem do relacionamento com o seu ambiente para subsistirem e se desenvolverem ao longo do tempo.

Partindo da teoria de sistemas, em um sentido geral, o ambiente pode ser considerado como tudo aquilo que é externo à organização que pode, potencialmente ou de forma relevante, exercer influência sobre ela.

Hall (1984, p. 23) entende o ambiente como sendo “[...] tudo aquilo está fora ou além das fronteiras de uma organização em particular.” Sob a perspectiva destes dois autores a organização e ambiente são duas classes distintas.

Embora tais definições sejam pertinentes para a teoria organizacional, observa-se que as conceituações anteriores não percebem as organizações dentro de um contexto mais amplo. Para Bauer (1999), esta é uma visão determinística que considera o ambiente como autônomo e como uma arena de ameaças e oportunidades.

Bowditch e Buono (1992), em uma visão mais ampla, ao definir o ambiente organizacional o dividem em duas categorias distintas (a) ambiente geral *versus* o específico; e (b) o ambiente real *versus* o percebido.

O ambiente geral reúne as forças mais abrangentes que atuam de forma geral sobre as organizações, sendo estas: tecnologias, fatores sociais, demografia, economia, estrutura legal, sistema ecológico, mercado e cultura (BOWDITCH E BUONO, 1992; HALL, 1984).

Por sua vez o ambiente específico inclui os fatores que afetam mais diretamente as organizações, tendo relevância imediata, incluindo fornecedores, sindicatos, autoridades regulamentares, grupos de interesse público, clientes e outros públicos relevantes para as organizações. A definição deste grupo depende das atividades centrais de uma organização (BOWDITCH e BUONO, 1992).

Analisando o conceito de ambiente específico percebe-se que o relacionamento da organização com os seus diversos grupos primários remete ao modelo dos interessados ou *stakeholders*, que, traduzido do inglês, é o conjunto de indivíduos ou grupos que podem afetar ou serem afetados pelas ações organizacionais (FREEMAN E REED, 1983).

A figura 2 demonstra a relação da organização com seus *stakeholders*.



Figura 2. Modelo dos interessados.  
Fonte: Adaptado de Bowditch e Buono (1992)

Tal abordagem faz com que a empresa pense proativamente a respeito da influência e das conseqüências de suas ações sobre os grupos imediatos, bem como antecipar ou prever possíveis reações dos seus *stakeholders*. Apesar da existência deste modelo, o ambiente geral não deve ser negligenciado, pois influencia não somente a organização, como também os membros do ambiente específico (BOWDITCH E BUONO, 1992).

A segunda classificação proposta por Bowditch e Buono (1992) refere-se à distinção entre o *ambiente real e percebido*. O *ambiente real* se refere ao que realmente ocorre no exterior da organização. O *ambiente percebido* é a interpretação dos membros da organização a respeito do ambiente real. Esta afirmação dos autores traz à tona a questão da subjetividade da interpretação da realidade, denominada por Child e Smith (1987) como a *arena cognitiva*, que pode ser definida como a percepção que os membros possuem do ambiente externo.

Considerando o conceito de Child e Smith (1987), o ambiente será uma construção mental que existe na medida em que é elaborado pelos seus membros, de acordo com suas crenças, valores e história de vida.

Observa-se que as conceituações de Bowditch e Buono (1992) e Child e Smith (1987) enfatizam a importância de considerar não apenas o ambiente objetivo ou determinístico da organização, mas também a interpretação que os administradores fazem do seu meio circundante, o que alude a uma perspectiva de caráter cognitivista.

Estudiosos como Machado-da-Silva, Fonseca e Fernandes (1998) também trazem em suas discussões os fatores de natureza cognitiva que influenciam os processos estratégicos, o que se correlaciona a arena cognitiva de Child e Smith (1987) e o ambiente percebido de Bowditch e Buono (1992). Os autores discorrem que a percepção do corpo diretivo e gerencial a respeito do ambiente concorrencial e a própria forma de interpretar a realidade são fatores influenciadores dos processos de mudança organizacional.

Motta e Vasconcelos (2002) confirmam que o processo cognitivo do ser humano apresenta limitações de capacidade de processamento de informações e também está sujeito a interferência de aspectos subjetivos, tais como as experiências anteriores e as crenças e valores.

Cabe neste momento destacar a contribuição de Herbert Simon. Este cientista político que ganhou o prêmio nobel da economia em 1978, popularizou através da “racionalidade limitada” a idéia de que o mundo é complexo e que a capacidade de processamento de informações pelo ser humano é limitada (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000). Desta forma, pelos estudos de Simon, o processo decisório não é totalmente racional (MINTZBERG, AHLSTRAND E LAMPEL, 2000), opondo-se assim a concepção racionalista que orientou grande parte da administração e afirmou que toda ação está subordinada à razão (CARVALHO E VIEIRA, 2003).

Bauer (1999), em seus estudos sobre a teoria do caos, corrobora que a realidade não existe independente da mente do observador. Para o autor, a singularidade subjetiva e valores são determinantes para a percepção da realidade. Entende-se que, partindo do princípio que um sistema realiza trocas com o seu meio, este intercâmbio não terá o mesmo significado para um observador externo e para a própria organização. Cada informação terá um significado singular que fará sentido para o próprio sistema.

A concepção do ambiente é diferenciada conforme a delimitação que a própria organização faz do seu campo de atuação, ou seja, o ambiente é, de certa forma, uma

elaboração cognitiva (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E FERNANDES, 1998). Como verbalizam os autores [...] as empresas decidem com quem concorrer, o rol de fornecedores, clientes, enfim, o domínio de atuação é uma opção organizacional regida pela concepção de mundo.” (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E FERNANDES, 1998, p. 12).

Na percepção de Bauer (1999) considerar fronteiras entre a organização e o seu meio é uma visão clássica de um sistema aberto, captador da realidade externa e produtora de representações do mundo. Bauer (1999, p. 70) discorre que a relação da organização com o seu ambiente não é apenas de “interdependência”, mas sim de “interconstituição”, verbalizando as idéias do autor:

[...] toda interação de um sistema com seu ambiente externo é, portanto, reflexo de sua própria organização, é parte de seu padrão circular de interações [...] em última análise não existem sistemas, existe um único sistema, sem começo, nem fim.

Para este autor, a organização deve se perceber como fazendo parte de um padrão circular de interações, que integram sistemas auto-referentes. O ambiente que é externo é, na verdade, parte da organização interna, pois integra o domínio circular de interações.

Assimilando as idéias de Bauer (1999), não são as organizações isoladamente que evoluem, mas sim o padrão de relacionamentos que integra com o seu meio fazendo com que, de maneira proposital ou não, elas também determinam a evolução de seus ambientes, pois estes, de algum modo, são negociáveis e não simplesmente realidades impostas unilateralmente.

Weick (1973), a respeito deste assunto, discorre que as organizações não respondem de maneira determinística às condições ambientais, ao invés disso, elas mesmas criam suas próprias circunstâncias de desenvolvimento tomando decisões referentes a mercados, produtos, tecnologias, operações, entre outros. Isto mantém relação com o voluntarismo ou escolha estratégica que será enfatizada na próxima seção.

Ao se considerar que o ambiente é definido pelas próprias organizações pode-se afirmar que cada organização atua com base nas suas interpretações particulares de uma realidade que é coletivamente definida. Conforme coaduna Bauer (1999, p. 201), ele é “[...] tanto escolhido como estruturado pelas organizações, por meio de um processo interpretativo, tornando-se uma extensão de sua cultura.”

Uma outra perspectiva conceitual do ambiente organizacional é apresentada pela abordagem institucional ou da chamada teoria institucional.

A teoria institucional teve como precursor Philip Selznick e parte da idéia de que o ambiente é uma realidade social construída, tendo como base a atividade cognitiva dos grupos organizacionais e suas formas de interpretação da realidade (MOTTA E VASCONCELOS, 2002).

A abordagem institucional permitiu um novo enfoque no estudo das organizações, distinguindo que elas não se preocupam simplesmente com o lado instrumental de suas ações, mas também com a sua institucionalização que, segundo Zucker (apud MOTTA E VASCONCELOS, 2002, p. 393) pode ser definida como “[...] o processo pelo qual os autores individuais transmitem o que é socialmente definido como real.”

Quando se indaga a respeito das organizações e seus múltiplos interesses, em um primeiro momento, pode-se levar à idéia de que as mesmas buscam uma coordenação harmônica e eficiente de todos os seus recursos, buscando o atingimento de suas finalidades instrumentais. Tal afirmação se encaixa dentro de uma perspectiva estruturalista do ambiente organizacional que considera que este era composto apenas por elementos de cunho técnico voltado aos negócios (CARVALHO E VIEIRA, 2003).

Carvalho e Vieira (2003) confirmam que a institucionalização mostra que as organizações não buscam simplesmente reduzir suas incertezas em âmbito técnico, mas também uma aprovação social. A concorrência e a disputa por recursos cedem lugar à busca para alcançar a legitimidade institucional e aceitação no ambiente.

Vieira e Misoczky (2003) também corroboram tal afirmação informando que os ambiente, na perspectiva da teoria institucional, não são apenas fontes de recursos de atividades organizacionais, mas um grupo de elementos que fornecem crenças que funcionam como “mitos racionais” que acabam sendo considerados como verdadeiros perante as outras organizações.

Para Fonseca (2001), nesta abordagem o ambiente organizacional é visualizado como um repertório de redes relacionais e de sistemas culturais composto por crenças e regras que se tornam referenciais apropriados de atuação.

Nesta teoria, para compreender as relações entre as organizações é preciso considerar as diferenças existentes entre o ambiente técnico e o ambiente institucional (TAKAHASHI E MACHADO-DA-SILVA, 2002).

O ambiente técnico é representado pelos recursos materiais, tecnologias e capital, neste âmbito o critério de avaliação é a eficiência organizacional (CARVALHO E VIEIRA, 2003). Neste entorno, a organização foca as relações de trocas de bens e serviços com

fornecedores, clientes, visando a eficiência do trabalho. No ambiente técnico a preocupação é com a habilidade técnica.

Por sua vez, o ambiente institucional, tem como foco principal a legitimidade, já que as exigências sociais é que irão preceder a ação organizacional. Esta legitimidade, conforme descrevem Takahashi e Machado-da-Silva (2002), está associada a aceitação cultural que a organização tem na sociedade. A idéia de um ambiente institucional chama a atenção para assuntos antes ignorados pelo paradigma racional-funcionalista, entre estes, a elaboração e difusão de regras e procedimentos que facultam o reconhecimento social e suporte às organizações (CARVALHO E VIEIRA, 2003).

Vieira e Misoczky (2003) relatam que os ambientes institucionais exercem controles estruturais e processuais sobre as organizações, influenciando a escolha dos procedimentos a serem adotados, a qualificação do *staff* e o tipo de instalações utilizados. Os autores ainda discorrem que os ambientes técnicos e institucionais não são mutuamente excludentes, pelo contrário, apesar de haver diferentes significados para a racionalidade os dois ambientes entrelaçam-se mutuamente visando a busca da legitimação organizacional.

Scott (apud VIEIRA E CARVALHO, 2003) entende que o ambiente institucional deve ser percebido de forma mais imediata e no nível mais geral. No aspecto amplo estão inseridas entendimentos e normas compartilhadas, já no nível mais próximo à organização incluem-se aspectos referentes às dependências, poder e política.

Considerando o processo de adaptação estratégica, o ambiente técnico exerce influencia nas mudanças organizacionais, entretanto, conforme Machado-da-Silva, Fonseca e Fernandes (1998), não deve ser considerado apenas sob o enfoque economicista e instrumental, tendo em vista que as normas e regras institucionais compartilhadas influenciam o processo de decisão estratégica, afirmam os autores.

Estes autores, ao estudarem o grau de importância do ambiente técnico e institucional, esclarecem que a natureza da atividade organizacional é que determina a maior ou menor relevância de cada um. Em uma indústria, por exemplo, pode haver uma tendência a uma modelagem pelo ambiente técnico, uma vez que o controle ambiental é exercido em termos de quantidade e qualidade dos produtos, já os hospitais precisam considerar as pressões sociais sobre as estruturas e práticas, havendo assim uma predominância do ambiente institucional, exemplificam os autores (MACHADO-DA-SILVA, FONSECA E FERNANDES, 1998).

Pela análise da literatura pesquisada percebe-se que, sob a perspectiva institucional, o ambiente não é constituído unicamente por recursos humanos, econômicos e tecnologia, tal como enfatizam as abordagens convencionais. O ambiente passa a ser marcado pela presença de elementos culturais como valores, símbolos, mitos, crenças e programas profissionais (VIEIRA e CARVALHO, 2003). Com o institucionalismo a cultura, bem como o contexto institucional, passam a ser valorizado no processo de formação das organizações. Estas são as idéias preconizadas pelo novo institucionalismo que surgiu a partir dos estudos de Meyer, Meyer e Rowan e Zuker (VIEIRA E CARVALHO, 2003).

Na noção de ambiente sob a ótica da abordagem institucional um importante conceito para a compreensão das relações intra e interorganizacionais é o do campo organizacional de DiMaggio e Powell (1983). Na definição dos autores, o campo organizacional é formado por um conjunto de atores sociais que compõem o ambiente significativo de uma organização e que compartilham normas e padrões, resultando em um sistema de significados semelhantes. Dito de outra maneira são todas as organizações que, de alguma forma, se relacionam entre si, influenciando-se mutuamente (JÓFILI, DIAS E CARVALHO, 2003).

Na percepção de Leão Jr. (2003), as organizações atuam em um espaço social em que ocorrem lutas de interesses e relações de dependência, onde os atores sociais empreendem ações criando formas de pressão determinantes na estruturação do campo organizacional. Sob a ótica do institucionalismo, pressões técnicas e institucionais influenciam o comportamento das organizações, sendo que as escolhas organizacionais irão buscar um ajustamento entre estas duas faces.

### **2.3 A relação da organização com o seu ambiente – a adaptação estratégica**

“A essência da administração é enfrentar mudanças [...]” esta simples frase de Chakravarthy (1982, p. 35) traz consigo algo de grande profundidade para compreender o panorama em que se inserem as organizações.

A adaptação estratégica, de modo geral, pode ser entendida como um processo de ajuste da organização ao seu ambiente (WEICK, 1973). Na busca bibliográfica sobre o tema, observou-se que o estudo desta relação tem gerado diversas perspectivas teóricas que buscam sob diferentes enfoques compreender a articulação *organização e ambiente* e, numa análise

em conjunto, trazem consigo uma questão já antiga: é o ambiente que determina as ações organizacionais ou são os membros organizacionais que escolhem as ações estratégicas conforme a interpretação e avaliação do ambiente? As opiniões são diversas e, muitas vezes, divergentes.

O fato é que a adaptação estratégica tem sido estudada por diversos autores que trazem como questionamento a ação do ambiente ou a escolha gerencial como responsáveis pelas mudanças organizacionais (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983).

Sob uma perspectiva determinística encontram-se os autores que defendem que são as pressões do ambiente que determinam a natureza das ações estratégicas (PFEFFER, 1981) e assim as adaptações dela decorrentes. Nesta orientação o foco não está diretamente nos membros organizacionais, mas sim na estrutura do contexto que irá determinar as ações necessárias para a sobrevivência e estabilidade organizacional (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983).

Por outro lado há também a perspectiva voluntarista ou da escolha estratégica (MILES E SNOW, 1978). Dentro desta linha (MILES E SNOW, 1978; CHILD, 1972), os autores defendem que as organizações são capazes de moldar o ambiente em que atuam, escolhendo as ações estratégicas conforme a interpretação e avaliação que os seus dirigentes fazem do ambiente. Na escolha estratégica os atores organizacionais são percebidos como membros autônomos e pró-ativos, tornando-se o principal foco da análise.

Numa tentativa de unir as duas abordagens encontram-se os estudos de Hrebiniak e Joyce (1985) argumentando que o voluntarismo e a escolha estratégica não são mutuamente excludentes, mas sim um *continuum* que pode existir conjuntamente.

Hrebiniak e Joyce (1985) discorrem que no estudo do comportamento organizacional, mais especificamente o da adaptação estratégica, há o predomínio por abordagens excludentes e confrontantes de causa e efeito, de modo que não existe uma integração multidisciplinar entre várias áreas. Na opinião dos autores o assunto demanda complexidade e interdependência, fato este que impede uma análise segmentada da economia ou da administração. Tanto a visão determinística, quanto a voluntarista são necessárias para entender a dinâmica e a complexidade das organizações, fato este que sugere uma justaposição das visões para estudar as interações e interdependências recíprocas através do tempo (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983).

Nas ciências sociais têm sido crescente o número de estudos que privilegiam o caráter pluralístico (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983; WHITTINGTON, 2004), o que é

reflexo do aumento do nível de complexidade das organizações, como também do maior refinamento dos interesses e preocupações dos teóricos do campo (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983).

Para Astley e Van de Ven (1983) o grande problema das diferentes perspectivas é a tentativa de enfatizar unicamente determinado assunto, usando diferentes conceitos e vocabulários. Os autores acreditam que uma integração é possível de forma a reorganizar diferentes perspectivas para explicar um mesmo fenômeno social sem invalidar ou anular uma ou outra teoria.

Whittington (2004) considera que numa perspectiva pós-moderna da estratégia é necessário que a pesquisa enfatize uma abordagem mais plural que enalteça modelos cada vez mais além da economia e em direção à sociologia. As pesquisas precisam transpor as barreiras teóricas entre as disciplinas privilegiando abordagens ecléticas que expliquem o comportamento organizacional, o que é válido também para o estudo em adaptação estratégica.

Fonseca (2001) discorre que a estratégia é um fenômeno único e organizacional que, embora esteja a cargo dos dirigentes organizacionais, é fruto de uma interação dinâmica entre agentes internos e externos que são envolvidos por circunstâncias de diferentes ordens, tais como a economia, a cultura e a história. Por tais motivos a autora compartilha a opinião de que não possível uma fragmentação analítica, pois a discussão da estratégia é ampla e complexa, tendo poderes para moldar e transformar as organizações.

Considerando as tendências discorridas anteriormente, o presente estudo adotará como conceito para a compreensão do processo de adaptação estratégica as idéias de Hrebiniak e Joyce (1985) por integrar o determinismo e o voluntarismo em um *continuum*.

Para tanto, visando o entendimento dos argumentos dos autores, as próximas seções apresentarão isoladamente modelos diferentes para o estudo em adaptação estratégica tanto do ponto vista determinístico, como voluntarista para, finalmente, apresentar o modelo escolhido.

### ***2.3.1 Determinismo: a ação condicionada externamente***

Dentro da linha determinística pode ser citada a teoria de Hannan e Freeman (1984) que propõe que é o ambiente quem controla e coage as organizações a se adaptarem de acordo com as suas imposições. Neste sentido, a ação externa é imperativa.

A *teoria da ecologia das populações*, tal como é designado o estudo destes autores, parte do princípio de que é o ambiente externo que irá selecionar as organizações com as características mais ideais para a sobrevivência, afetando tanto a escolha estratégica, quanto a estrutura organizacional (HANNAN E FREEMAN, 1984). Correlacionando com o conceito de ambiente organizacional discutido na seção anterior<sup>2</sup>, nesta teoria há uma predominância em considerá-lo como algo externo e imperativo às organizações, coadunando com os argumentos de Bauer (1999).

Lima (2003), ao interpretar a teoria de Hannan e Freeman (1984), afirma que tais autores não negam o fato das organizações mudarem, contudo, eles confirmam que elas estão sujeitas a duas poderosas forças inerciais sendo *a) forças de caráter interno* – relacionadas a capacidade de investimentos em infra-estrutura, pessoal, dinâmica das coalizões políticas, normas e cultura e *b) forças de caráter externo*, tais como as trocas com outras organizações e a necessidade de legitimidade pública.

Tendo em vista que a teoria da ecologia das populações analisa a diversidade organizacional a partir de um nível macrossociológico, tendo como unidade de análise uma população em um determinado ambiente, uma das críticas apontadas pela autora Lima (2003) é a de que o modelo é aplicável apenas às populações altamente competitivas.

Child e Smith (1987) ao opinarem a respeito da visão determinística informam que a mesma apresenta como paradigma dominante o da economia, indicando que as condições de sobrevivência são estabelecidas no nível do setor.

Astley e Van de Ven (1983) e Fonseca (2001) coadunam que o foco não é a análise singular das organizações, mas sim a estrutura e características de um conjunto de organizações de uma dada indústria, ou seja, o contexto no qual a ação é definida. A mudança organizacional é então explicada não com base nas ações gerenciais voluntárias, mas sim em termos do desenvolvimento ambiental como um todo (ASTLEY E VAN DE VEN, 1983), afluindo a visão de que os indivíduos reagem às pressões ambientais, tidas como fonte de estabilidade do funcionamento organizacional (FONSECA, 2002).

Em síntese, com base nos autores pesquisados, a *ecologia das populações* aplica uma análise biológica apoiando que há um caminho de sobrevivência, sendo que as regras para selecionar os sobreviventes emergem do setor como um todo, estabelecendo os limites para a variedade populacional.

---

<sup>2</sup> Vide pág 30

### 2.3.2 A escolha estratégica

Em contraposição a Hannan e Freeman (1984), os referenciais de Miles e Snow (1978) e Child (1972), Child e Smith (1987) descortinam uma abordagem mais voluntarista da organização sustentando que a adaptação organizacional é fruto das escolhas dos seus gestores, que, por sua vez, podem influenciar o ambiente em que atuam. Oliver (1988) argumenta que, nesta perspectiva, as organizações têm capacidade de tomar decisões a respeito de sua própria estrutura em respostas as contingências ambientais.

Enquanto que na ecologia das populações o foco está na análise de um setor específico (HANNAN E FREEMAN, 1984), na escolha estratégica são enfatizados o comportamento dos indivíduos e grupos organizacionais para explicação dos processos de adaptação, partindo-se do princípio que estes atores organizacionais percebem, interpretam e avaliam as condições ambientais.

Fonseca (2001) relata que a idéia da escolha estratégica surgiu a partir dos estudos que buscaram descobrir, em princípio, a relação entre a estratégia e estrutura organizacional e, posteriormente, a conexão existente entre dimensões estruturais e fatores situacionais, incluindo ambiente, tecnologia e tamanho. No primeiro bloco, segundo a autora, encontra-se como precursor o trabalho de Chandler (1962) e no segundo segmento os estudos de Child (1972) aparecem lançando o conceito de escolha estratégica.

Na percepção de Fonseca (2001, p. 33),

[...] o exercício da escolha estratégica caracteriza-se como processo no qual inicialmente os integrantes da coalizão dominante, de acordo com a sua ideologia, experiência e treinamento, avaliam a posição da organização, procurando descobrir as expectativas dos provedores externos de recursos, a tendência dos eventos ambientais, o desempenho recente da organização, a adequação da configuração interna aos anseios dos tomadores de decisão, entre outros fatores. A seguir, os objetivos organizacionais são selecionados, refletindo-se nas ações estratégicas.

A autora discorre que no âmbito externo as ações estratégicas podem estar voltadas a entrada ou saída em determinado mercado, atendendo assim a demanda aos produtos ou serviços ofertados. Já no campo de ação interna, as tentativas estão relacionadas à instituição de um quadro de pessoal, tecnologias e arranjo do trabalho consistentes e compatíveis com a escala e natureza das operações.

Child e Smith (1987) relatam que no processo de transformação organizacional devem ser considerados três aspectos relevantes. O primeiro deles trata-se das *condições objetivas do setor*. Para os autores tais condições podem criar pressões para que as organizações modifiquem seus comportamentos já que possui características identificáveis e

mensuráveis. Na denominação de Bowditch e Buono (1992) as condições objetivas integram o *ambiente real*.

A segunda condição é a *arena cognitiva*. Conforme já comentado na seção referente ao ambiente organizacional<sup>3</sup>, corresponde a interpretação subjetiva que a coalizão dominante possui do ambiente “real” e com a qual se identifica. Pode ser definida como um filtro das condições objetivas do setor, sendo adicionados ainda os valores, ideologias, crenças e percepções da coalizão dominante.

A *rede colaborativa* integra o terceiro aspecto relevante. Estes autores acreditam que as organizações não podem ser vistas apenas como “competidoras”, tendo a eficiência e o lucro como os únicos resultados desejáveis às coalizões dominantes. As organizações não atuam isoladas, mas formam uma rede social que compartilha informações, serviços/produtos, valores tendo como finalidade a cooperação entre si. A colaboração pode se manifestar tanto internamente, entre diretores, gerentes e colaboradores por meio de uma identidade compartilhada; assim como externamente entre fornecedores e, até mesmo, concorrentes.

Desta forma, sob a abordagem de Child e Smith (1987) não são apenas as condições do setor e as pressões do ambiente que irão ser responsáveis pelo processo de adaptação organizacional. Isto porque, como informam, tais processos de transformação envolvem debates de construções mentais e dependerão também das condições internas. É preciso ocorrer o que tais autores denominam de “*reconstrução cognitiva*”, que é a capacidade que os autores organizacionais possuem para se desapegarem às experiências anteriores, abrindo o caminho para um novo encadeamento com o ambiente e envolvendo uma nova combinação de atividades simbólicas e definição contextual.

Miles e Snow (1978) em seus estudos também fornecem explicações de como ocorrem os processos de adaptação estratégica das empresas para manter um alinhamento com o meio ambiente organizacional.

Os autores partem de três idéias principais. A primeira delas é que as organizações criam os seus próprios ambientes. De uma linha mecânica e racionalista que defendia a previsibilidade nas decisões empresariais, os autores acreditam que a compreensão do ambiente é um processo orgânico. Isto porque, para os autores, a percepção do ambiente é reflexo do que a alta administração percebe entre o relacionamento da organização e o seu meio, o que coaduna com a opinião de Child e Smith (1987).

---

<sup>3</sup> Vide página 32

Observa-se nos estudos de Miles e Snow (1978) a atribuição de uma grande responsabilidade pela definição ambiental aos tomadores de decisões. Dito de outra forma, tais autores sugerem que a adaptação organizacional efetiva depende da percepção da coalizão dominante das condições ambientais e as decisões que tomam representam como a organização compreendeu estas condições. A coalizão dominante é definida pelos autores como um grupo de tomadores de decisão que influencia a organização de forma acentuada, podendo fazer parte ou não de sua estrutura formal. Para Miles e Snow (1978) é a percepção da coalizão dominante que irá criar o ambiente relevante da organização.

A este respeito, Astley e Van de Ven (1983), também compartilham da mesma opinião informando que na perspectiva da escolha estratégica os membros organizacionais decidem conforme a interpretação que fazem do ambiente circundante.

Fonseca (2001), ao analisar a noção de indivíduo na abordagem da escolha estratégica, infere que este é percebido como um agente econômico, racional, autônomo e integrante da coalizão dominante que decide as ações estratégicas tendo como base uma leitura do ambiente, visando à maximização dos resultados. Nesta abordagem, a escolha dos dirigentes reflete uma negociação contínua de interesses internos e externos, a fim de manter e/ou reforçar a coalizão de poder, complementa a autora.

Analisando as idéias de Miles e Snow (1978) pode-se inferir que a adaptação estratégica também está relacionada aos conhecimentos dos que estão à frente dos processos decisórios, ou seja, da leitura que estas pessoas fazem do ambiente. Baseado nesta definição, o sucesso de uma estratégia concentra-se em apropriada interpretação das condições ambientais e a resposta organizacional para responder tais condições (BROWN E IVERSON, 2004).

A segunda idéia principal de Miles e Snow (1978) é a de que a estratégia molda a estrutura e os processos. A estrutura fornece o alicerce necessário para o desenvolvimento das ações e os processos, por sua vez, a sua operacionalização. Sem estes dois suportes a estratégia não se concretiza, informam Miles e Snow (1978).

A terceira idéia principal dos autores é na realidade uma oposição à segunda. Sabe-se que a estrutura e processo precisam estar em condizência com a estratégia. No entanto, tais fatores podem também atuar como barreiras para sua efetivação. Isto é constatado principalmente nas organizações que alcançaram êxito estratégico. Neste caso, o processo de adaptação estratégica se esbarra com a posição confortável e segura que a organização encontrou, tornando a mudança um processo lento e difícil.

Para compreender o processo de adaptação estratégica, Miles e Snow (1978) desenvolveram o “ciclo de adaptação” que fornece um modelo de análise dos principais elementos que devem ser considerados neste processo, sendo estes:

- a) *problema empreunerial ou empresarial*: atuação no mercado ou no caso das organizações sem fins lucrativos, conforme Brown e Iverson (2004) a comunidade ou segmento que atuam, os serviços/produtos que provêm e os seus parceiros;
- b) *Problema de engenharia*: tecnologias, comunicação e controle que são empregados. No âmbito do terceiro setor pode ser incluída ainda a forma como o serviço/produto será desenvolvido, seja por meio de trabalho voluntário ou não;
- c) *Problemas administrativo*: refere-se ao sistema para direcionar e monitorar as atividades atuais. Inclui a liderança e a racionalização, através da escolha de estruturas e processos.

Apesar de ser denominado como um ciclo, Miles e Snow (1978) esclarecem que a adaptação estratégica pode emergir em qualquer um dos problemas. Na prática, uma organização pode querer mudar o seu ramo de atuação (problema empresarial) ou introduzir uma nova tecnologia (problema de engenharia) ou alterar o comportamento dos funcionários (problema administrativo). Entretanto, como estão intrinsecamente relacionados, tais fatores devem ser considerados a fim de que se assegure o ajuste efetivo. Em outras palavras, interpretando as idéias dos autores, não basta resolver o problema adaptativo mais saliente, pois é justamente pelo fato de não considerar a totalidade deste ciclo que muitas organizações obtêm insucesso em seus processos de mudança.

Outro ponto relevante dos estudos de Miles e Snow (1978) diz respeito a identificação de determinados comportamentos organizacionais na adaptação estratégica. Apesar de afirmarem que a alta administração é a grande responsável pela definição do ambiente e que, por tal motivo, não existiriam duas estratégias iguais em empresas do mesmo ramo, Miles e Snow (1978) categorizaram comportamentos semelhantes.

Os autores estabeleceram quatro tipos de organizações que possuem uma maneira própria de responder ao ambiente e configurar a tecnologia, estrutura e processo, sendo estas:

- **Defenders**: operam em ambientes que apresentam poucas alterações, sendo que o objetivo principal é garantir a estabilidade da organização. Organizações desta

categoria acreditam que o ambiente pouco influencia as atividades da empresa. Por tais motivos os decisores se voltam para as operações internas, concedendo grande atenção para os aspectos tecnológicos e a qualidade de seus produtos, que são os fatores diferenciadores. Desta forma, pode-se dizer que as atenções dos Defenders estão voltadas para os “problemas de engenharia” do ciclo adaptativo. As organizações do tipo Defenders não são adequadas para ambientes que estão em constante mudança e requerem inovações e mudanças rápidas.

- **Prospectors:** são orientados para busca de novas oportunidades do mercado, atuando como pioneiras no segmento, criando mudanças e forçando as demais a se adaptarem. Seus domínios são amplos e a organização detém alta capacidade de inovação. No que se refere aos processos (engenharia) estas organizações utilizam tecnologias múltiplas e flexíveis. Atualmente, em determinados ambientes é preciso ter uma grande capacidade inovadora e os Prospectors com o estilo flexível, descentralizado e voltado para a descoberta de oportunidades parece adequar-se a estas novas contingências. No entanto, apesar destas características, os autores informam que este pioneirismo podem ocasionar fatores desfavoráveis, tais como: baixa lucratividade, devido aos altos investimentos realizados e ineficiência nas operações. Além disso, o fato de ser o primeiro nem sempre garante a sustentabilidade competitiva.

- **Analysers:** integram uma combinação dos tipos Defenders e Prospectors, com o intuito de minimizar riscos e maximizar as oportunidades de lucro. Quanto aos seus produtos e mercados, alguns se apresentam estáveis, em quanto outros em constantes mudanças. Devido a sua forma híbrida de mesclar a estabilidade e a flexibilidade, possibilita vantagens para atuar nos mais diversos ambientes, pois possui uma certa estabilidade, preocupando-se com os custos e a eficiência em seus processos e também é flexível para responder as mudanças do ambiente. No entanto, conseguir harmonizar este variado leque de ações e comportamentos em uma mesma organização não é simples, o que torna o desafio dos executivos deste tipo de organização ainda maior para se conseguir o equilíbrio em sua estrutura organizacional e, conseqüentemente, obter bons resultados para a organização.

- **Reactors:** se apresentam como um ajustamento ao ambiente que se encontrava inconsistente e instável. Isto pode ocorrer de três modos: falhas administrativas na articulação de uma estratégia organizacional viável; a estratégia é articulada, mas tecnologia, estrutura e processos não são combinados de maneira apropriada; administração consistente para relação estratégia-estrutura, não levando em conta a relevância das condições ambientais. De certa maneira, segundo os autores, as organizações intituladas como Reactors estão enquadradas em um dos três tipos anteriores, mas por uma certa circunstância ambiental, acabaram tendo que mudar o seu comportamento e a sua estratégia.

Dentro da ótica da escolha estratégica também pode ser citado o trabalho de Porter<sup>4</sup> (1990). Considerando um dos maiores expoentes do assunto (PUBLIFOLHA, 2002), o autor aplica a estratégia em um ambiente predominantemente econômico, elegendo a escolha estratégica com ponto de partida para a organização analisar o ramo de atividade em que opera e, na seqüência, determinar a posição desejada.

Chakravarthy (1982) ao estudar tema, considera que a adaptação organizacional é um estado de sobrevivência em relação às condições do meio, sendo que quanto mais alto o nível de complexidade que pode ser estabelecido pela organização as chances de sobrevivência em longo prazo serão melhores e maior o nível de adaptação.

A partir dos estudos de Simon a respeito dos modos que um sistema aberto enfrenta o seu meio, Chakravarthy (1982) propõe três níveis de estado de adaptação, sendo estes:

- **Estado instável:** neste estágio a organização tenta se proteger do meio externo, procurando descobrir formas de amortecer as influências ambientais. A organização ignora alguns eventos e demandas do meio externo. O estado instável integra as chamadas “defensoras” da tipologia de Miles e Snow (1978).

- **Estado estável:** ao invés de amortecer-se ao ambiente, a organização reage e consente as determinações do meio. Embora estabelece as mudanças posteriormente seu tempo de resposta é curto. São chamadas por Miles e Snow (1978) como “analysers” ou “analistas”.

---

<sup>4</sup> O modelo de Porter (1990) encontra-se detalhado na página 17.

▪ **Estado neutro:** denominados por Miles e Snow (1978) como “prospector”, as organizações neste estado de adaptação estão continuamente buscando oportunidades do seu meio, criando mudanças nas quais as outras precisam responder.

Segundo Chakravarthy (1982) este três estados encontram-se em uma hierarquia ascendente que inicia em um estado instável e prossegue até a situação neutra. A concentração em um determinado estado depende de dois fatores.

Um deles é a capacidade adaptativa que mede a habilidade e capacidade de processamento de informações. Na opinião de Chakravarthy (1982) quanto mais alta a complexidade do meio, maior será esta necessidade. Tal habilidade, explica o autor, dependerá do arranjo organizacional predominante. Um arranjo mecanicista se ajusta melhor com um ambiente estável, já que existe uma forte centralização e baixa participação dos demais atores organizacionais. Enquanto que em um arranjo orgânico a organização por ser mais aberta e estimular uma liderança participativa há, aparentemente, melhorada aptidão para processar uma maior variedade de informações do ambiente, o que se adequa mais ao estado instável.

Exista ainda entre a concepção mecanicista e orgânica, a burocracia. Neste segmento, a estratégia de reação é baseada em sistemas de planejamento formal, permitindo até certo ponto a participação dos subordinados. Os “analistas” de Miles e Snow (1978) se encaixam como tipo híbrido do arranjo mecânico e orgânico constituindo, portanto, um arranjo burocrático.

Outro fator que influi no estado de adaptação, explica Chakravarthy (1982), é a capacidade material, representada pelo conjunto de recursos humanos, materiais, tecnológicos disponíveis para uma organização, sugerindo que há uma relação entre a capacidade material e o processo de adaptação. Uma organização que tenha dificuldades com recursos estará preocupada em conservá-los e estabelecer estratégias defensivas. Ao passo que, em uma situação com abundância, haverá uma procura por uma postura proativa. Já uma organização que possui recursos, porém defronta-se com restrições de exploração, opta por estratégias reativas de caráter imitativo (CHAKRAVARTHY, 1982).

Whittington (2004), ao discutir as questões que conduzem exatamente à adaptação da organização ao seu ambiente, parece não concordar inteiramente com os pensamentos de

Chakravarthy (1982), pois para o autor, pelo menos aparentemente, os recursos e as opções estratégicas não são suficientes para a ocorrência da adaptação.

### ***2.3.3 A adaptação estratégica dependente do processo e da construção social***

A teoria institucional<sup>5</sup> também apresenta argumentos que fornecem explicações para o estudo da adaptação estratégica. Ao contrário da abordagem apresentada anteriormente que considera a vontade gerencial prevalecente sobre o ambiente, na perspectiva institucional a adaptação estratégica e, por consequência às mudanças organizacionais dela decorrentes, estarão condicionadas às normas e práticas compartilhadas pelo ambiente pondo em tela a questão das construções sociais repercutindo na prática estratégica organizacional.

Partindo da idéia que a realidade é socialmente construída e que as organizações importam dos seus ambientes as regras para a sua estrutura e funcionamento, procurando obter a legitimidade perante a sociedade (FONSECA, 2001), a teoria institucional enfatiza que as organizações mantêm-se em conformidade com a visão predominante no ambiente (LIMA, 2003). O ambiente organizacional<sup>6</sup>, nesta abordagem, é representado como um setor social que adentra a organização e irá estipular as regras de funcionamento e alcance da legitimidade ambiental.

Para Whittington (2004), uma das principais contribuições da teoria é a atenção que a legitimidade ocupa na vida organizacional. Considerando a percepção institucionalista, a eficácia da estratégia não reside unicamente em sua capacidade de determinar o futuro, mas sim no potencial de criar um rito organizacional que pode ser utilizado para impressionar os *stakeholders* e assim alcançar o reconhecimento desejado (WHITTINGTON, 2004).

Investigações efetuadas por Fonseca (2001) acerca da representação do indivíduo na abordagem institucional revelam que o comportamento individual é modelado por padrões criados e compartilhados na interação social, assumindo características esboçadas de acordo com as expectativas dos grupos internos e externos. No cotidiano organizacional o indivíduo atua como um ator social, fazendo escolhas, estabelecendo alternativas, resultados, interesses e objetivos com base em critérios estabelecidos e consolidados por estruturas e sistemas sociais do qual integra (FONSECA, 2001).

---

<sup>5</sup> Informações adicionais a respeito da teoria institucional encontram-se disponíveis na página 35

<sup>6</sup> Vide página 35

Em suma, enquanto que abordagem voluntarista ou da escolha estratégica o indivíduo é representado enquanto um ser econômico, racional que define as ações conforme avaliações exógenas visando maximizar resultados, a abordagem institucional remete a um conceito de indivíduo enquanto um ator social que desempenha um papel moldado por grupos externos. Portanto, a formulação estratégica na perspectiva institucionalista, tende a envolver múltiplas racionalidades que buscarão interpretações compartilhadas da realidade, formulando as ações com base nas regras institucionalizadas em seu campo social específico (FONSECA, 2001).

Na literatura institucionalista as organizações encontram-se imersas em um ambiente em que há o compartilhamento de normas, regras, valores e crenças que se consolidam devido as interações sociais. Isto pode ser uma possível explicação para o fato de muitas organizações adotarem soluções que não necessariamente terão ligação direta com a sua eficiência ou posicionamento estratégico adotado, mas principalmente pela possibilidade de obter reconhecimento e legitimidade perante os seus pares. Na opinião de Fonseca (2001), isto leva ao pensamento de que a lógica na teoria institucional é a adequação, pois com o seu uso contínuo e repetitivo valores e normas passam a ser considerados como adequados tornando-se uma obrigação ou um comportamento meramente governado.

Esta similaridade existente nas ações de um dado campo organizacional é denominada por DiMaggio e Powell (1983) como *isomorfismo* que pode ser traduzido como o compartilhamento dos mesmos princípios institucionais, tornando as práticas entre as organizações mais homogêneas de forma a reduzir a incerteza e a variabilidade. Hannan e Freeman (apud OLIVER, 1988) também tratam do isomorfismo, porém para os autores a homogeneidade das práticas ocorre em decorrência de forças competitivas que pressionam as organizações e não das inter-relações sociais, tal como prediz a teoria institucional.

Carvalho e Vieira (2003) explicam que tal ponto de vista se difere em relação ao modelo populacional ou da ecologia das populações, pois supõe que as organizações sofrem influências por pressões normativas do Estado e de outros órgãos reguladores. Conforme mencionam “[...] as organizações buscam então adaptar suas estruturas e procedimentos – serem isomórficas – às expectativas do contexto [...]” (CARVALHO E VIEIRA, 2003, p. 33).

DiMaggio e Powell (1983) consideram que o processo isomórfico ocorre por meio de três mecanismos que podem agir de forma simultânea. Um deles é o *coercitivo* e diz respeito às pressões formais e informais para a mudança exercida por outras organizações, tais como o Estado, o aparato legal-regulatório e também as expectativas culturais existentes na sociedade.

Tal fenômeno pode ocorrer na relação de uma filial com sua matriz, quando a primeira é forçada a adotar medidas estabelecidas pela segunda (CARVALHO E VIEIRA, 2003).

Há também o *efeito mimético* indicando uma postura que envolve a adoção de modelos já presentes no ambiente específico organizacional e que são considerados legítimos e eficientes. O mimetismo pode ser facilitado pelas empresas de consultoria que vão replicando as mesmas soluções em diversas organizações (CARVALHO E VIEIRA, 2003).

O *modelo normativo* é o terceiro mecanismo isomórfico e reporta-se a formas comuns de interpretação originadas pelas profissões e facilitadas pelo fato que elas recebem uma formação comum que leva ao compartilhamento de normas e conhecimentos com outros indivíduos, implicando assim em uma certa tendência isomórfica (CARVALHO E VIEIRA, 2003; LIMA, 2003).

A respeito do isomorfismo Rossetto e Rossetto (2000, p. 5) informam que a perspectiva institucional

[.....] concebe o desenho organizacional não como um processo racional e sim como um processo derivado das pressões tanto externas como internas que, com o tempo, levam às organizações em um campo a se parecerem uma com as outras. De acordo com esta perspectiva, as escolhas estratégicas ou as intenções de controle seriam originadas na ordem institucional na qual uma organização se vê imersa.

Para Fonseca (2001) o fato de reconhecer padrões isomórficos nas estratégias e estrutura organizacional não implica na possibilidade da organização adotar uma postura pró-ativa de forma a exercer um certo grau de autonomia e controle sobre as condições do ambiente. Porém, a autora esclarece que isto é mais comum particularmente em organizações poderosas e que sejam capazes de influenciar estrategicamente as redes relacionais.

Considerando a orientação da ação organizacional, ao procurar na literatura um enquadramento da abordagem institucionalista nas categorias “voluntarista e determinista” encontram-se opiniões divergentes.

Rossetto e Rossetto (2000) afirmam que o institucionalismo pode ser enquadrado na ótica determinística da adaptação estratégica, pois os imperativos ambientais, mais especificamente normas, valores e mitos, surgem como influenciadores das respostas das ações estratégicas. Neste ângulo, as ações estratégicas tendem a ser estabelecidas ou perpetuadas não por escolha, mas sim por conveniência, hábito, normas, regulamentos ou obrigações sociais, indicando uma postura passiva da organização frente às pressões externas

do ambiente organizacional, trazendo à tona a legitimidade como uma das condições principais para o alcance da sobrevivência e, até mesmo, do sucesso organizacional.

Fonseca (2001, p. 103), com uma linha de pensamento ampliada, prefere assumir que a abordagem institucional pode estar localizada em posições intermediárias entre os extremos do voluntarismo e determinismo, ou seja,

[...] embora o foco na conformidade como principal resposta organizacional às expectativas ambientais freqüentemente confirmam à abordagem institucional um caráter determinista na literatura especializada, o exame mais atento dos seus pressupostos sugere o emprego de uma orientação da ação localizada entre os dois extremos em estudo.

Isto porque, se por um lado os dirigentes organizacionais reagem às pressões ambientais, aderindo determinado conjunto de significados socialmente construídos e compartilhados, o que remete a uma visão mais determinística, por outro, há uma possibilidade de selecionar o sistema social com os quais a organização deve conectar-se para obter a legitimação e os recursos para implementar as estratégias (SCOTT apud FONSECA, 2001), argumentos estes que se aproximam de uma postura de escolha estratégica. Fonseca (2001) confirma que o indivíduo efetua uma escolha, porém a racionalidade é diferente, pois as alternativas e resultados esperados pelas ações ocorrerão conforme a interpretação de regras institucionalizadas na sociedade.

Diante das exposições anteriores, seguindo a opinião de Fonseca (2001), acredita-se que a adaptação estratégica no contexto institucional pode variar entre um eixo que se sustenta entre o determinismo e o voluntarismo, sendo que os dirigentes organizacionais tanto podem agir de maneira passiva, quanto proativa ao definirem estratégias, formularem e reformularem a ação com base na interpretação das exigências internas e externas.

#### ***2.3.4 O Modelo de Hrebiniak e Joyce (1985)***

Conforme apresentado nas seções anteriores, muitas perspectivas de estudo em adaptação estratégica fornecem uma visão de que este ou é um processo autônomo de escolha (MILES E SNOW, 1978; CHILD E SMITH, 1987) ou uma reação necessária às forças ambientais (HANNAN E FREEMAN, 1984).

Embora a teoria institucional também possa ser classificada dentro de uma posição intermediária entre o determinismo e o voluntarismo (FONSECA, 2001), analisando a literatura a respeito do tema, observou-se que este é um dos únicos modelos que explicita

mais claramente a possibilidade de uma orientação da ação organizacional localizada entre dois extremos.

Hrebiniak e Joyce (1985) consideram ser possível que a escolha organizacional e o determinismo ambiental se posicionem como variáveis independentes no processo de adaptação. Tendo em vista tal característica esta é a perspectiva adotada para a presente dissertação.

Na opinião de Hrebiniak e Joyce (1985) ao invés de se analisar uma incompatibilidade é preciso considerar que as duas abordagens são essenciais para uma descrição mais apurada da adaptação organizacional. A organização percebida enquanto um sistema aberto tende a buscar um equilíbrio dinâmico, de maneira que tanto a organização, quanto o seu meio podem afetar o processo de troca e transformação (HREBINIAK E JOYCE, 1985).

Os autores argumentam que mesmo que se assuma um alto determinismo ambiental a escolha ainda é possível, pois é necessário controlar, selecionar os meios com que os resultados devem ser alcançados. Tal afirmação coaduna com a idéia de Fonseca (2001) sobre a ação gerencial em condições determinísticas.

O processo de adaptação estratégica é conceituado pelos autores como a articulação das capacidades organizacionais com as contingências do ambiente, considerando-se tanto o comportamento organizacional pró-ativo, quanto o reativo. Em outras palavras, a adaptação estratégica pode ser definida como um processo de ajuste entre a organização e o seu ambiente visando a harmonização da estratégia com as novas exigências internas e externas.

Hrebiniak e Joyce (1985) desenvolveram uma tipologia de adaptação que considera um *continuum* entre a escolha organizacional e o determinismo ambiental, examinando o relacionamento da organização com o seu meio, analisando o poder do ambiente e o da própria organização no processo de adaptação estratégica.

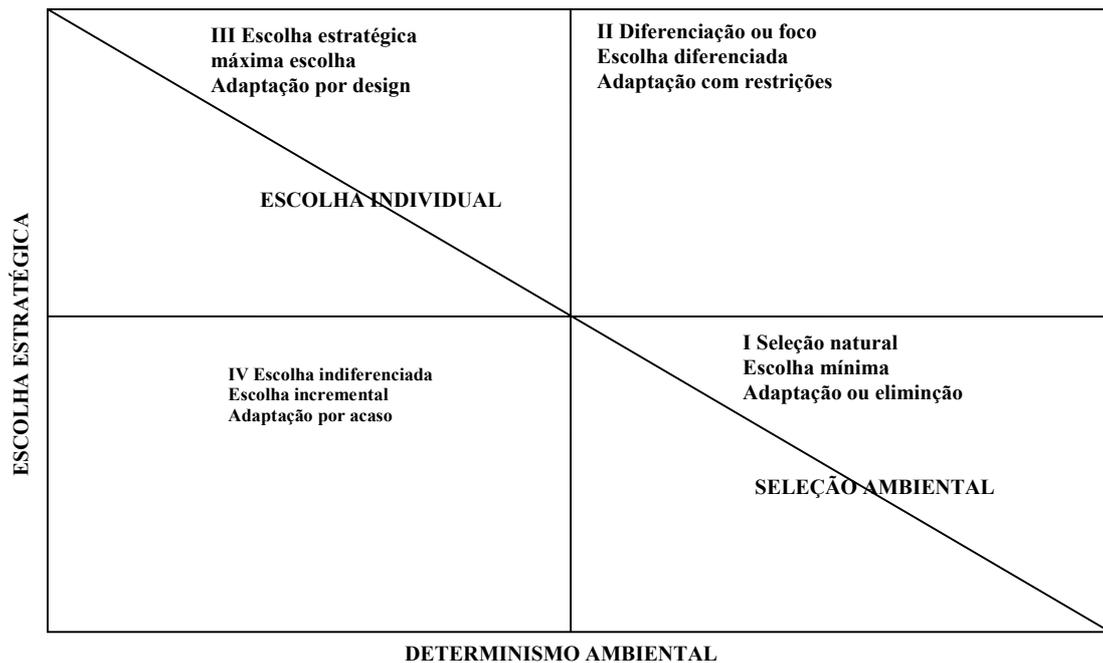


Figura 3: Continuum entre voluntarismo e determinismo  
 Fonte: Hrebiniak e Joyce (1985)

Conforme expressa a figura 3, o quadrante 1 demonstra o estado de organizações em estágio de adaptação “seleção natural” em que a escolha estratégica é baixa e o determinismo ambiental alto. Hrebiniak e Joyce (1985) esclarecem que neste ponto a ação gerencial é restrita, as opções estratégicas são baixas e as restrições externas delimitam a escolha. Contudo os atores sociais ainda podem exercer opções que visam reduzir as demandas essenciais do seu ambiente, sendo que as escolhas refletirão um maior controle sobre os meios. Os autores atentam para o fato de que as organizações neste quadrante não são inativas ou estão totalmente a mercê das influências externas, como preconiza a abordagem da ecologia populacional. Porém, a capacidade da ação gerencial é limitada pela falta de recursos e força da organização sobre o seu ambiente. As soluções estão mais direcionadas para problemas específicos, como por exemplo, custos, aumento da eficiência para competir ou sobreviver. Inovações tecnológicas empreendidas pela organização podem alterar a habilidade de competir no quadrante I e afetar positivamente a sua atuação no meio, discorrem os autores. Relacionando com as estratégias de Miles e Snow (1978) e Porter (1992), os defensores (*defensers*) e as estratégias de custos, respectivamente, são predominantes neste quadrante.

No quadrante II, encontra-se uma situação que, tanto o determinismo, quanto a escolha estratégica são altas, definindo um contexto turbulento para a adaptação. A

possibilidade de escolha é alta, porém seletiva ou diferenciada, pois coexiste com restrições geradas externamente. Apesar de haver fatores exógenos que afetam as decisões, a organização também apresenta liberdade para exercer escolha. A ênfase das decisões encontra-se tanto nos fins, quanto nos meios. Os conflitos organizacionais são em grande parte direcionados externamente, pois os fatores externos e os *stakeholders* exercem grande influência. Incluem-se neste segmento organizações que atuam em múltiplos nichos, multi-produtos ou multi-divisionais. Diferenciação e estratégia de foco (PORTER, 1992) estão propensas a ser aplicadas pelas organizações deste quadrante. Em relação ao comportamento estratégico no processo adaptativo (MILES E SNOW, 1978), os analistas (analysers) se ajustam neste quadrante.

Em seguida, no quadrante III, estão incluídas as organizações que atuam com uma alta escolha e um baixo determinismo do meio. A dependência de recursos não constitui um problema e tais organizações não enfrentam problemas com deslocamento de ambiente e, além disso, podem afetar o domínio e as condições nas quais deseja competir. Por tal motivo, um comportamento do tipo prospectador (MILES E SNOW, 1978) pode ser enquadrado neste quadrante (HREBINIAK E JOYCE, 1985). A inovação e o comportamento proativo são favoráveis neste ambiente. Neste âmbito, o conflito intraorganizacional provavelmente pode ser mais alto. Restrições externas reduzidas podem fazer com que a disputa interna por recursos seja ampliada. Há uma preocupação com os meios, porém a ênfase maior recai sobre a efetividade organizacional. O foco é maior nas metas e na definição de critérios para otimizar os resultados organizacionais. De forma semelhante ao quadrante anterior, as estratégias de diferenciação e enfoque (PORTER, 1992) também se manifestam.

O quadrante IV, por sua vez, exprime uma situação plácida marcada por uma baixa escolha estratégica e um baixo determinismo do meio. Embora tenham poucas restrições externas, as organizações que integram este quadrante tendem a ter pouca escolha estratégica, tendo em vista que, aparentemente, não possuem competências que são apropriadas às oportunidades e condições externas. O conflito interno tende a ser baixo já que é caracterizado por diferenças intraorganizacionais pouco claras. Devido as características deste quadrante, um comportamento do tipo reacto (MILES E SNOW, 1978) parece ser mais provável de aparecer. As opções estratégicas são baixas, mas não em favor das restrições externas, mas sim de problemas internos que inibem a tomada de decisão.

O processo de adaptação, sob o ponto de vista de Hrebiniak e Joyce (1985), é dinâmico, sendo possível uma organização mudar como resultados de escolhas estratégicas ou

mudanças no ambiente externo, conforme relatam: “[...] tanto a escolha estratégica quanto o determinismo provém impulsos para a mudança; cada um é causa e consequência do outro em um processo de adaptação.” (HREBINIAK E JOYCE, 1985, p. 347). Os autores ressaltam dois aspectos importantes: a) o controle sobre os recursos escassos é central em uma situação de determinismo e escolha e b) a escolha estratégica é possível em todos os quadrantes, sendo que é necessário considerar o contexto da organização e o seu ambiente.

Um fator importante presente no estudo proposto por Hrebiniak e Joyce (1985) é a questão do poder, que se manifesta tanto na relação da organização com o seu meio e vice-versa, assim como internamente.

No senso comum, muitas vezes o tema “poder” remete a uma conotação negativa, nas quais intrigas, disputas, manobras políticas, fazem parte de um palco de lutas entre vários atores sociais, onde cada um persegue seus interesses próprios. Entretanto, em uma concepção mais ampla “[...] toda relação social envolve poder [...]” (HALL, 1984).

Segundo Whittington (2004, p. 26),

[...] a compreensão da estratégia exige o comprometimento com o poder e com a política. Isso nos ajuda a compreender melhor as decisões tomadas (e por quê), como se opera a não tomada de decisão, isto é, por meio da manutenção de tópicos fora da agenda, e também os meios pelos quais as elites dominantes exercem com sucesso controles hegemônicos sobre a criação de estratégias.

Ao estudar a adaptação estratégica é preciso reconhecer a natureza coalizacional, o exercício da política, a luta pelo poder no contexto interno, assim como a integração com o seu ambiente, ou seja, a maneira pela qual ela responde às suas demandas, atendendo a uma coalizão em detrimento de outras, estabelecendo relacionamento com algumas e evitando outras.

## **2.4 Ciclo de vida organizacional**

Realizar um estudo em adaptação estratégica de caráter longitudinal, conforme o proposto neste trabalho, implica em desenvolver uma análise ao longo do tempo especificado procurando compreender os processos de desenvolvimento estratégico que a organização percorreu durante o período.

Neste sentido, conforme Scott, Poole e Van de Ven (*apud* VAN DE VEN, 1992) sugerem ao tratar do estudo de processos estratégicos, existem quatro grandes blocos de

teorias processuais que podem ser utilizados pelos pesquisadores para o entendimento da investigação empírica: a) teoria do ciclo de vida; b) teoria teleológica e c) teoria de processo dialética e d) teoria de processo de evolução.

O primeiro bloco de teoria processual é o do *ciclo de vida organizacional* e parte do princípio de que as organizações se configuram, operam e se desenvolvem na forma de um ciclo, tal como um ser vivo (VAN DE VEN, 1992). Os autores buscam identificar em cada fase de existência das organizações características específicas relacionadas com os estágios de seus desenvolvimentos. O objetivo é a análise das mudanças estruturais nas organizações ao longo do tempo (MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELO, 1998)

A *teoria teleológica* baseia-se na suposição de que o desenvolvimento das organizações é proposital e adaptativo, não presumindo uma necessária seqüência de eventos (VAN DE VEN, 1992). O terceiro bloco de teoria - *dialética do processo*, pressupõe que as mudanças ocorrem devido a uma pluralidade de eventos, forças e valores muitas vezes contraditórios os quais competem em si pela dominação e controle (VAN DE VEN, 1992). Já a teoria da *evolução do processo* encontra seus fundamentos no determinismo ambiental discorrendo que a mudança ocorre em um processo contínuo de variação, sendo que o ambiente é que irá escolher as formas que serão mais adequadas num nicho ambiental (VAN DE VEN, 1992).

Considerando o objetivo principal almejado com esta pesquisa que é o de analisar a adaptação estratégica durante os últimos 30 anos de existência do Hospital de Caridade, a teoria de processo escolhida será a do ciclo de vida organizacional, tal enfoque tem sido alvo de inúmeros estudos por parte de autores como, Greiner (1972), Quinn e Cameron (1983) e Miller e Friesen (1984) e Adizes (2002).

Adizes (2002), ao analisar o comportamento de cerca de 400 empresas, declarou que as organizações, de forma análoga aos organismos vivos, possuem ciclos de vida e enfrentam embates e dificuldades normais que existem em cada estágio do ciclo.

Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnelo (1998) informam que nos diferentes estágios de vida as organizações passam a apresentar atributos específicos e formas de agir distintas, o que resulta em alterações diferenciadas no que se refere ao nível de complexidade, formalização, tomada de decisão, estrutura organizacional e critérios de eficácia. Levando-se em conta as variações ocorridas na dinâmica organizacional durante o seu ciclo de vida, parece pertinente supor a ocorrência de comportamentos diferenciados na relação *organização e ambiente*, ou seja, no seu processo de adaptação estratégica.

Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) fazem uma analogia da escola de configuração e os ciclos de vida. A escola de configuração, na conceituação dos autores, descreve que a estratégia passa por um período de relativa estabilidade que é interrompida por saltos ocasionais que promovem a passagem para um outro estado. Esta transformação pode ocorrer por meio de um “salto quântico”, ou seja, uma mudança em muitos elementos ao mesmo tempo. Na opinião dos autores, os estados sucessivos de configuração e transformação podem se ordenar de forma padronizada e seqüencial descrevendo o ciclo de vida das organizações. As afirmações Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) coadunam com as proposições de Tushman e Romanelli (1985). Para Tushman e Romanelli (1985) as mudanças organizacionais se comportam dentro do *modelo de equilíbrio pontuado* em que há um período de mudanças contínuas e incrementais interrompidos por mudanças descontínuas e revolucionárias. As organizações progridem dentro de períodos convergentes que são intercalados por novas reorientações (TUSHMAN E ROMANELLI, 1985).

Desta forma, cada estágio do ciclo de vida é caracterizado pela predominância de um determinado comportamento que, sob o ponto de vista dos autores, é de certa forma defensivo e prevê a estabilidade, pois uma das chaves da administração estratégica não é mudar continuamente, mas sim sustentar a estabilidade e saber o momento certo de reconhecer a necessidade por uma nova transformação. A estratégia é então uma forma “afrouxar” a configuração, a fim de que se possa efetuar a transição para um novo estágio, declaram Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000).

A teoria do ciclo de vida nas organizações assume que a mudança é algo certo e que o desenvolvimento organizacional ocorre dentro de uma lógica subjacente que regula o processo de mudança em movimentos de um ponto de partida para um fim subsequente que é estabelecido no presente (VAN DE VEN, 1992). Conforme citam Quinn e Cameron (1983, p. 33), “[...] um grande número de escritores têm sugerido que o delineamento, o desenvolvimento e o comportamento da organizações seguem um padrão previsível que pode ser caracterizado por estágios de desenvolvimento.”

A idéia da utilização do ciclo de vida organizacional passa um estilo teórico prescritivo, visto tem-se a possibilidade de prever as mudanças culturais organizacionais e descrever o porquê de sua ocorrência (ADIZES, 1996).

Interpretando as idéias de Van de Ven (1992), o ciclo de vida organizacional estabelece uma lógica evolutiva e cumulativa de fases de tal forma que cada uma delas contém um precursor para as fases sucessivas.

Ao se analisar os estudos já apontados nesta área, encontra-se como um dos clássicos o apresentado pelo autor Larry Greiner em 1972 na *Havard Business Review*. O autor parte do princípio de que, assim como os seres humanos, as organizações desde seu nascimento até sua idade adulta se desenvolvem por meio de um ciclo que é marcado por períodos de relativa calma e estabilidade que são intercalados por momentos de crise, conduzindo então a um novo patamar de crescimento.

Para o estudo de desenvolvimento das organizações, Greiner (1972) considera importante a analisar (a) *idade da organização*; (b) *tamanho*; (c) *períodos de evolução*, que é um termo utilizado pelo autor para referenciar períodos prolongados de crescimento onde não acontecem grandes transformações nas práticas organizacionais; (d) *períodos de revolução* em que há ocorrência de grandes crises e mudanças estruturais e (e) *média de desenvolvimento da indústria*.

O estudo do ciclo evolutivo de Greiner (1972) atribui grande importância às forças históricas da organização, na identidade que a empresa possui, pois na opinião do autor são estas correntes que moldam o crescimento futuro.

Greiner (1972) faz uma crítica à gestão organizacional enfatizando que muitas vezes as decisões se concentram em fatos passados, ao invés de aterem-se às dinâmicas do ambiente e as forças do presente. As respostas para atingir o sucesso organizacional estão no seu próprio interior e não no ambiente externo, pois não é olhar fixo para o ambiente e para o futuro que proverão uma identidade organizacional nova, explica Greiner (1972).

O modelo de Greiner (1972) aponta a existência de cinco fases de desenvolvimento para as organizações que fazem parte do setor privado, sendo que cada nova fase é fortemente influenciada pelas decisões tomadas nas etapas anteriores, fazendo com que o ciclo seja constituído por períodos de *evolução* (crescimento linear) intercalado por *revoluções* (período turbulento).

O autor conclui em seu modelo que as organizações, inicialmente, passam por uma fase de empreendedorismo e criatividade (fase 1), resultando em uma *crise de liderança* onde os fundadores/empreendedores precisam assumir maiores responsabilidades, abdicando-se muitas vezes de seus poderes de decisão e introduzindo novas técnicas de gestão.

Passada a crise de liderança entra-se então na *fase 2 – direção*, onde a organização dá seus passos rumo a uma estruturação funcional centralizada, o que acaba gerando uma *crise de autonomia*.

Em decorrência da crise instaurada, na *fase 3 – delegação*, os níveis mais baixos da organização ganham maiores responsabilidades e poderes, fazendo com que os gerentes de nível médio possam ter autonomia para desbravar novos mercados e responder com maior eficiência as solicitações advindas dos clientes resultando em uma *crise do controle*.

Na *fase 4*, a organização não volta ao estilo centralizado de gestão, porém são criados sistemas formais administrados pelos líderes do topo e que visam alcançar maior coordenação e controle entre todos os setores é o estágio dedicado à *coordenação* que acaba instaurando uma *crise da burocracia*.

Por final, a *fase 5 – colaboração*, privilegia uma administração mais espontânea e flexível, baseada nas competências pessoais, no trabalho em equipe, na multidisciplinaridade e no provimento imediato e eficiente de soluções. Nesta fase, Greiner (1972) fornece indícios de que o fator que irá deflagrar a crise será a “*saturação psicológica*” dos empregados como consequência da pressão, da cobrança por resultados e intensidade da carga de trabalho.

O quadro 4 sintetiza as principais idéias das cinco fases:

<i>Fator</i>	<i>Estágio de Desenvolvimento</i>				
	<i>Criatividade</i>	<i>Direção</i>	<i>Delegação</i>	<i>Coordenação</i>	<i>Colaboração</i>
<b>Objetivo</b>	Vendas/criação do produto/serviço	Eficiência nas operações	Maior abrangência no mercado	Consolidar a organização	Resolução de problemas e inovação
<b>Sistema de controle</b>	Informal e com base nos resultados alcançados	Baseados nas funções	Relatórios	Planos e/ou centros de custos	Baseados nos objetivos definidos pela equipe e também é focado nas operações diárias
<b>Estrutura Organizacional</b>	Informal	Centralizada e funcional	Descentralizada e geográfica	Grupos de produção e linha/staff	Baseada em equipes
<b>Estilo de gestão do topo</b>	Centralizado e individual	Diretiva	Delegativa	Vigilante	Participativa
<b>Forma de recompensa</b>	Possessão/próprio	Salário e recompensas	Bônus e recompensas	Partilha dos lucros e opções de <i>stock</i>	Bônus de equipe

Quadro 4: Práticas organizacionais das cinco fases de crescimento  
Fonte: Greiner (1972, 1998)

Analisando a lógica das idéias de Greiner (1972), percebe-se que cada período evolutivo cria na verdade sua própria revolução, ou seja, cada crise de crescimento dispara um novo salto revolucionário. Pode-se dizer que o período de revolução é desencadeado por uma estagnação no modelo de administração anterior.

Em uma republicação do artigo original em 1998 na *Havard Business Rewiew*, Greiner (1998) ainda acrescentou a este modelo uma sexta fase que consistiria na preocupação dos dirigentes em criar um *design* extra-organizacional. Desta forma, a organização sai à procura de uma solução externa, através do estabelecimento de parcerias, formação de redes e alianças que auxiliariam na criação de oportunidades de crescimento.

Além do ambiente de atuação influenciar o tempo de duração de cada fase, Greiner (1998) informa que uma das grandes resistências para a ocorrência das mudanças é o próprio corpo diretivo e gerencial, pois a *revolução* geralmente implica em alterações ou eliminação de cargos de direção ou em práticas já arraigadas há anos, o que explica o recrutamento ou saída de líderes formais.

Refletindo sobre a validade do modelo de Greiner (1972, 1998), o questionamento que surge neste momento é se, na prática, tais fases podem ser realmente identificadas de forma tão pontuais.

Van de Ven (1992) ao analisar a proposta de Greiner (1972, 1998) indica que, apesar do autor citar que as crises são iminentes a cada fase evolutiva, o mesmo não fornece evidências de como estas forças convergem ou colidem para estabelecer uma próxima fase.

Além disso, complementando à crítica ao modelo, Van de Ven (1992) informa que os eventos vivenciados em cada etapa não necessariamente ocorrerão em uma ordem temporal fixa. A criatividade, por exemplo, não é característica registrada apenas da fase de empreendedorismo ou nascimento do negócio, ela pode ser decorrente em qualquer ponto da história da organizacional. Isto pode ocorrer também com a delegação, com a centralização e com os demais fatores analisados por Greiner (1972).

Partindo dentro de uma ótica que faz um paralelo entre mudança organizacional e o controle e flexibilidade, Adizes (1996) desenvolveu um modelo de dez diferentes etapas ressaltando que o crescimento e o envelhecimento das organizações manifestam-se primordialmente na inter-relação entre estes dois fatores. Para o autor, as organizações quando jovem são flexíveis, porém nem sempre controláveis. Em contraposição, quando em idade madura a controlabilidade aumenta em detrimento da flexibilidade. A busca do equilíbrio destas duas variáveis é o que Adizes denomina “estágio de plenitude”, quando a organização é ao mesmo tempo flexível e controlável (ADIZES, 1996).

O ciclo de vida organizacional, na descrição de Adizes (1996), possui as etapas do namoro, da infância, do toca-toca, da adolescência, da plenitude, da estabilidade, da aristocracia, da burocracia incipiente da burocracia e da morte. Não necessariamente as

organizações passarão por todos os momentos, mas necessariamente experimentarão alguns deles, se não chegarem à morte. O autor ainda afirma que é possível definir um estilo gerencial que reconheça cada fase organizacional e sua perspectiva evolução. Ao analisar o modelo de Adizes, Quinn e Cameron (1983) anunciam que este modelo é um dos únicos que considera os estágios de maturação e declínio.

O autor Kimberly (apud QUINN E CAMERON, 1983) propõe um modelo em que o primeiro estágio do ciclo ocorre antes mesmo da organização ter sido criada formalmente, quando o empreendedor ou idealizador reúne seus esforços na construção de uma ideologia e na captação de recursos. As etapas seguintes passam a ser a formação de um *staff*, criação de uma identidade organizacional e no quarto estágio ocorre a institucionalização, quando políticas e regras e a estrutura estão mais rígidas e formalizadas, indicando um comportamento mais previsível frente às pressões externas (apud QUINN E CAMERON, 1983).

Scott (apud QUINN E CAMERON, 1983) desenvolveu um modelo de ciclo de vida baseado no trabalho de Chandler (1962), sugerindo que as organizações progridem de uma estrutura informal para burocracias formalizadas e finalmente para conglomerados diversificados.

Miller e Friesen (1984), por sua vez, propõem um modelo contendo cinco fases: nascimento, crescimento, maturidade, renascimento e declínio. Em cada fase os autores acreditam que há diferentes configurações das variáveis ambientais, estratégia, estrutura organizacional e o processo de tomada de decisão. Em termos de estratégia, Miller e Friesen (1984) concluíram que há uma tendência por uma postura mais inovadora nas fases iniciais do ciclo (nascimento, crescimento e renascimento), enquanto que nos períodos de renascimento e declínio a maior ênfase é na capitalização e eficiência produtiva indicando uma predominância por estratégias voltadas à redução de custos, imitação e *lobbying*.

Analisando as novas formas organizacionais, Tröger e Oliveira (1999), desenvolveram uma modelagem específica às empresas virtuais subdividindo os estágios evolutivos em: pré-fase, identificação da oportunidade, procura de parceiros, negociação entre parceiros, comprometimento, implementação, execução, avaliação, rearranjo ou término.

Os modelos apresentados anteriormente configuram-se demonstrações distintas de se explicar um mesmo fenômeno. Utilizar a metáfora de que as organizações são seres vivos e como tais nascem, crescem, desenvolvem e morrem pode facilitar o entendimento de determinados comportamentos organizacionais, todavia é preciso estar ciente que, como um

sistema social formado por diversos atores e muitas vezes com múltiplos interesses, o desenvolvimento organizacional nem sempre acontece de forma tão linear ou previsível tal como sugerem determinadas literaturas. Além disso, Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnelo (1998) atentam para a hipótese de ser considerada a possibilidade de estágios híbridos durante o processo de mudança de um estágio para outro, indicando que o desenvolvimento organizacional não pode ser examinado de forma tão pontual e previsível como muitas teorias sugerem (GREINER, 1972).

A este respeito, Miller e Friesen (1984), advertem para o fato de que muitos modelos de ciclo de vida, de forma geral, estabelecem uma seqüência de fases progressivas, indicando uma evolução pré-determinada. Entretanto, conforme estudo realizados pelos autores em 36 organizações há um grande número de casos em que há uma passagem de uma etapa para uma outra não-subseqüente. Na prática, uma organização pode estar na fase de *maturidade* e após vivenciar o *declínio*, sendo que pela ordem cronológica do modelo dos autores a próxima etapa deveria ser o *renascimento*. Outro caso observado por Miller e Friesen (1984) foi de organizações que estavam no período de *nascimento* e tiveram como fase subseqüente o *declínio* ao invés do *crescimento*. Estes fatos empíricos indicam que, o ciclo de vida, não deve ser analisado de forma tão determinística tal como propõe autores com Adizes (1996) e Greiner (1972).

Um outro estudo modelo de ciclo de vida encontrado na literatura é o dos autores Quinn e Cameron (1983) que, dentro de uma perspectiva mais aprofundada, analisaram e compilaram nove modelos que se baseiam em diferentes focos de análise (estrutura, estilo gerencial, problemas funcionais, por exemplo), porém com características similares entre si. Devido a esta característica o ciclo de vida de Quinn e Cameron (1983) será adotado para análise do processo de adaptação estratégica.

Quinn e Cameron (1983) concluíram que as estruturas e atividades organizacionais são diferenciadas de um estágio para outro e em cada fase, há um critério de eficácia predominante. Outro ponto observado pelos autores na análise dos diferentes modelos, é o fato de não haver um limite de tempo para permanência em cada estágio. Isto sugere que as organizações podem passar toda a sua história em uma única etapa ou mesmo não vivenciar determinado estágio. Tal afirmação também é compartilhada por Miller e Friesen (1984). Para eles, as organizações que não crescem ou não diversificam suas atividades, simplesmente envelhecem sem passar por outros estágios de desenvolvimento.

A análise de nove diferentes modelos de ciclo de vida permitiu que Quinn e Cameron (1983) reconhecessem entre os trabalhos examinados a existência de estágios de vida similares, sendo que cada fase é tipificada por um conjunto de características particulares.

O trabalho dos autores resultou em uma proposta de ciclo de vida baseada em quatro estágios:

- 1) **Empreendedor** – representa o nascimento da organização;
- 2) **Coletividade** – fase de alto comprometimento entre os membros;
- 3) **Formalização e Controle** – há um maior preocupação dos processos internos do que os externos;
- 4) **Elaboração de Estrutura** – enfatiza a expansão e a descentralização da organização.

O primeiro estágio - *Empreendedor* caracteriza-se por ser a fase de criação da organização quando a figura do empreendedor é fundamental. Neste período, as atenções estão mais voltadas para o bem ou serviço a ser oferecido, criação de um nicho de mercado e captação de recursos. Neste período, o domínio do empreendedor nas atividades organizacionais é elevado (MILLER E FRIESEN, 1984), há uma grande capacidade inovativa, a estrutura organizacional é fluida e os controles não são muito claros, pois o planejamento e a coordenação são incipientes (MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELO, 1998). As regras e procedimentos são personalizados, ou seja, dependentes da figura do empreendedor. O sucesso da organização tende a estar associada ao crescimento, busca de recursos e desenvolvimento de suporte externo (QUINN E CAMERON, 1983).

Correlacionando com o processo de adaptação estratégica, tal estágio sugere uma postura de caráter pró-ativo, pois, como informam Quinn e Cameron (1983), as adversidades do ambiente interno e externo não são de pleno domínio, o que acarreta uma postura mais fluida com relação às pressões ambientais. Já na opinião de Miller e Friesen (1984), devido ao tamanho da organização e a baixa reputação no ambiente de atuação, as organizações evitam o confronto direto com grandes concorrentes. A respeito deste ponto Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnelo (1998, p. 97) discorrem que

[.....] ao enfrentar o ambiente externo pode-se inferir que a organização utilize sua capacidade seletiva em escolher poucas situações excepcionais para confrontar-se e, através do seu pouco conhecimento da realidade, necessite de pesquisa não-analisável para a solução de possíveis problemas.

O *estágio de coletividade* caracteriza-se por ser um período em que as atividades organizacionais aumentam exigindo um maior número de pessoas atuantes. A fluidez estrutural e os sistemas de comunicação são informais. Há um senso de cooperação entre os membros, um alto grau de comprometimento e uma liderança personalizada.

O terceiro estágio, denominado *formalização*, é tipificado por haver uma maior busca da organização por estabilidade, definição de regras e procedimentos e preocupação com a eficiência na produção (QUINN E CAMERON, 1983; LUCENA E VIEIRA, 1997; MILLER E FRIESEN, 1984). O planejamento, a coordenação e o controle tornam-se sistemáticos. A estrutura organizacional e a hierarquia de autoridade passam a ser definidos formalmente, o que na explicação de Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnello (1998), pode ser considerado como uma tentativa de reduzir o caráter informal da organização e os componentes pessoais dos processos de controle. Com isso, há uma “domesticação” do poder já que este se torna mais facilmente transferível de uma pessoa para a outra à medida que ocorra a alternância dos ocupantes dos cargos na estrutura hierárquica (MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELLO, 1998).

As características do terceiro estágio sugerem que os esforços organizacionais estejam mais voltados para os seus aspectos internos, visando uma maior previsibilidade nos comportamentos (QUINN E CAMERON, 1983). Devido tal ênfase, a capacidade inovativa é baixa e o relacionamento com o ambiente externo tende a ser estável (MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELLO, 1998). As organizações que se encontram neste estágio, conforme Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnello (1998) tendem a enfrentar situações pouco excepcionais que estão baseadas em um certo domínio do ambiente interno e externo, isto leva a supor que a adaptação estratégica nesta fase tenderá para uma postura mais reativa. Miller e Friesen (1984) informam que as organizações nesta fase tendem a ser mais conservadoras.

O quarto estágio, denominado *elaboração de estrutura*, parece se distinguir pelo alcance da maturidade organizacional. Contrapondo-se a rigidez estrutural anterior é estabelecido um desenho organizacional mais descentralizado e flexível, dando ênfase à profissionalização da equipe e à formação de times de trabalho semi-autônomos (LUCENA E VIEIRA, 1997; MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELLO, 1998). A organização passa a investir na expansão dos domínios, inovação e renovação com alto risco planejado. Há uma diversificação de produtos e clientes (MILLER E FRIESEN, 1984), implicando em uma flexibilidade na linha de produção e investimentos em pesquisa e

desenvolvimento (MACHADO-DA-SILVA, VIEIRA E DELLAGNELLO, 1998). O crescimento organizacional nesta fase não é em função simplesmente do tamanho, mas sim da expansão dos produtos e serviços (MILLER E FRIESEN, 1984). O planejamento continua sistemático, porém voltado ao longo prazo. Um ponto característico desta fase é uma maior preocupação da organização em monitorar o seu ambiente para rever seu posicionamento ou expandir seus domínios (QUINN E CAMERON, 1983), sugerindo assim uma melhor capacidade adaptativa.

Quinn e Cameron (1983) sugerem que estes estágios são aplicados mais provavelmente no início do desenvolvimento organizacional, sendo que após a fase de “elaboração da estrutura” o desenvolvimento ocorra mais em termos morfológicos do que sequenciais (QUINN E CAMERON, 1983).

Para Miller e Friesen (1984) as organizações mais velhas tendem a apresentar maior complexidade do que as mais jovens, não apenas por uma questão de maturidade, mas principalmente pelas estratégias adotadas e o próprio processo de crescimento, isto pode levar a uma indicação que as adaptações estratégicas ocorridas contribuem para as mudanças de fase no ciclo de vida organizacional.

As peculiaridades de cada fase do modelo de Quinn e Cameron (1983) encontram-se consubstanciadas no quadro 5:

<i>Estágio de Desenvolvimento</i>			
<i>Estágio Empreendedor</i>	<i>Estágio Coletivo</i>	<i>Estágio da Formalização e Controle</i>	<i>Estágio da Elaboração de Estrutura</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Captação e disponibilização de recursos</li> <li>▪ Atividades de caráter empreendedor</li> <li>▪ Criação de uma ideologia</li> <li>▪ Ênfase na inovação e criatividade</li> <li>▪ Planejamento e coordenação informais</li> <li>▪ Formação de nichos</li> <li>▪ Poder centralizado no fundador/empreendedor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação e estrutura informal</li> <li>▪ Senso de coletividade</li> <li>▪ Longas horas de trabalho</li> <li>▪ Inovação Contínua</li> <li>▪ Comunicação e estruturas informais</li> <li>▪ Alto comprometimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formalização de regras</li> <li>▪ Formalização da estrutura</li> <li>▪ Eficiência e na manutenção dos recursos</li> <li>▪ Conservadorismo</li> <li>▪ Institucionalização de procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboração de estrutura</li> <li>▪ Descentralização</li> <li>▪ Relação adaptativa com o ambiente</li> <li>▪ Diversificação de domínios</li> </ul>

*Quadro 5: Características do ciclo de vida organizacional de Quinn e Cameron.*  
Fonte: Adaptado de Quinn e Cameron (1983)

## 2.5 Conhecendo o campo empírico: o terceiro setor

Conforme Wilson e Jarzabkowski (2004), a maior parte dos estudos em estratégias falham em não considerar as possíveis diferenciações da prática à luz da questão de propriedade e de setor.

Com o intuito de não cometer tal equívoco, a próxima seção traz ao leitor uma breve conceituação do campo escolhido para a pesquisa empírica – o terceiro setor, resgatando algumas categorias teóricas que permitam um melhor conhecimento das suas particularidades de gestão, bem como a questão da estratégia e adaptação estratégica neste segmento.

### 2.5.1 Conceituações e tipologias

Além do Estado, que se caracteriza como o primeiro setor e a iniciativa empresarial, que ocupa um segundo espaço, há um terceiro setor social que engloba organizações que desempenham a livre expressão da sociedade na luta pela melhoria de suas vidas.

Terceiro setor, organizações sem fins lucrativos, setor da sociedade civil, setor voluntário, Organizações Não-Governamentais (ONG's), diversas são as denominações utilizadas pelos autores para descrever um conjunto de instituições que não possuem fins lucrativos e que atuem em prol do bem público (SALAMON, 1997; THOMPSON, 1997).

No uso corrente, o termo é usado para se referir à ação social das empresas, ao trabalho voluntário de cidadãos, às organizações do poder público privatizadas na forma de fundações e “organizações sociais” (FALCONER, 1999).

O termo terceiro setor foi traduzido do inglês (*third sector*) e criado por John Rockefeller III em 1978 nos Estados Unidos para designar a atuação de organizações da sociedade civil, como igrejas, hospitais, bibliotecas, universidades e organizações sociais de diversos tipos (MONTAÑO, 2002; FERNANDES, 1997). A partir da década de 80 passou a ser empregado também pelos pesquisadores europeus (COELHO, 2002).

Nos Estados Unidos o termo costuma ser utilizado paralelamente para designar as *organizações sem fins lucrativos* e as *organizações voluntárias*. Na Europa, utiliza-se uma expressão mais antiga *charities* (caridade), que enfatiza o aspecto da doação. Já na Europa Ocidental o termo predominante é organizações não-governamentais, nomenclatura derivada do sistema de representações das Nações Unidas (FERNANDES, 1997).

No cenário brasileiro as discussões a respeito do terceiro setor começaram a ganhar maior visibilidade a partir da década de 90 (COELHO, 2002; REGO 2002). Apesar do recente interesse neste campo, o terceiro setor não é algo novo, na realidade organizações sem fins lucrativos sempre existiram desde as épocas mais remotas (COELHO, 2002). O que há de novo neste campo é a importância que este setor vem assumindo na sociedade. A implantação dos regimes democráticos no final do século XX fez com que a participação da sociedade civil ganhasse novos contornos e formas (FALCONER, 1999; REGO, 2002).

Na percepção de Rego (2002) este crescimento pode ser tomado como causa e consequência da implantação de regimes democráticos neste final de século XX e também como resposta da sociedade às incertezas e dificuldades dos Estados em atender: 1) às demandas por soluções aos problemas sociais e 2) às demandas por maior participação popular na resolução destes problemas. A gestão das ações de interesse público passa a ser objeto de maior apreciação popular e de interesse de agentes privados.

Falconer (1999), discorre que a emergência do terceiro setor no Brasil, em tese, representa uma mudança de orientação no que diz respeito ao papel do Estado e do Mercado e, em particular, a própria participação do cidadão na esfera pública. Tal movimento amplia a percepção do que é *público*, que já não está associado apenas ao que é referente ao Estado, explica o autor.

No entendimento de Falconer (1999) o crescente interesse no terceiro setor é reflexo de um conjunto de tendências complexas e inter-relacionadas e que são decorrentes da adoção do discurso de cidadania empresarial e responsabilidade social por parte das empresas privadas; dos programas de reforma do Estado, baseados na descentralização política e administrativa; da privatização de espaços reservados à esfera estatal e do próprio movimento de democratização da sociedade brasileira.

Apesar de parecer um conceito genérico e de simples entendimento, observa-se na literatura que há uma imprecisão conceitual em definir o terceiro setor (PANCERI, 2001). Coelho (2002) também compartilha deste argumento e informa que a diversidade a respeito das denominações e conceitos demonstra uma falta de precisão conceitual que, na sua opinião, ocorre muito mais em termos ideológicos do que científico.

O terceiro setor pode ser conceituado por um conjunto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas pela ênfase na participação voluntária em um ambiente não-governamental e que visam à produção de bens e serviços públicos (FERNANDES 1997,

1994). Dito de outra forma são organizações privadas, sem fins lucrativos e com objetivos voltados aos interesses coletivos.

Coelho (2002) explica que é preciso saber distinguir “coletivo” e “público”, pois nem todas as organizações do terceiro setor possuem fins voltados para o bem comum. Segundo estudos da autora grande parte do setor é composta por organizações com fins coletivos privados, ou seja, visam objetivos que atendem a própria organização. Outras, porém, realmente possuem fins públicos produzindo bens e serviços de interesse geral de toda a sociedade, esclarece a autora.

O terceiro setor na percepção de Fernandes (1997) enfatiza uma complementaridade que deve ou deveria existir entre as ações públicas e as privadas. Por meio de uma multiplicidade de iniciativas particulares atua no oferecimento de serviços públicos que complementam a ação governamental. Por outro lado, também faz contraponto às ações do mercado, fazendo com que a iniciativa individual contribua para os interesses coletivos. O mercado gera demandas que não consegue satisfazer e uma parte substancial das condições que viabilizam o segundo setor precisam ser atendidas por investimentos sem fins lucrativos (FERNANDES, 1997). Isto coaduna com a afirmação de Thompson (1997) sobre o papel funcional das organizações do terceiro setor para a economia, atuando muitas vezes no sentido de aliviar os problemas sociais decorrentes da ação do mercado.

Ao analisar a complementariedade existente em cada setor percebe-se que atualmente as fronteiras delimitadoras entre os setores sociais apresentam uma linha muito tênue (COELHO, 2002). O autor Fernandes (1994), na tentativa de delimitar fronteiras, esquematizou as delimitações entre os três setores, conforme demonstra o quadro 6.

<i>Agentes</i>	<i>Fins</i>	<i>Setor</i>
Privados	Privados	Mercado
Públicos	Públicos	Estado
Privados	Públicos	Terceiro Setor

*Quadro 6: Setorização dos agentes por finalidades*  
 Fonte: Adaptado de Fernandes (1994).

Entretanto, delimitar especificamente o que integra o terceiro setor, o que pertence ao segundo setor ou à esfera pública não se constitui uma tarefa fácil quando as mudanças nas políticas sociais, econômicas e globais vêm provocando alterações na identidade e no papel de cada setor social.

Tradicionalmente ao Estado caberia a absorção da vida pública, definindo e executando as políticas sociais. Entretanto, na medida em que se fortalece o neoliberalismo, o Estado redimensiona o seu papel, estimulando a participação da sociedade na esfera pública (FERNANDES, 1997). Surgem novas formas de conduzir as políticas públicas, causando implicações diversas para a própria cultura cívica do país (FERNANDES, 1997).

Diante do novo contexto político-econômico, percebe-se atualmente uma dificuldade em definir o que é o terceiro setor e qual o seu papel (COELHO, 2002; FERNANDES, 1997). A percepção de um terceiro setor formado por dois blocos preponderantes de instituições, sendo um histórico, tradicional e conservador, voltado para os serviços sociais e, outro, com as ONGs, voltadas para o desenvolvimento social sustentável, começa a ganhar novos entornos (THOMPSON, 1997).

Com o processo de abertura democrática as instituições do terceiro setor deparam-se com o desafio de estabelecer novas relações, parcerias e experiências com diversos tipos de organizações. O terceiro setor apresenta-se então de forma heterogênea, explorando novos diálogos e uma cultura de participação cidadã (THOMPSON, 1997).

Para Hudson (1999) algumas organizações são típicas de um setor específico, compartilham os seus valores, porém podem apresentar características afins com os setores público e privado. Por tal motivo, o autor sugere que o terceiro setor seja percebido como um núcleo de organizações típicas e secundárias que se sobrepõem aos setores privado e público, conforme expresso na figura a seguir:



Figura 4: Fronteiras entre os três setores.  
Fonte: Adaptado de Hudson (1999).

Para Salamon (1997), o terceiro setor apresenta três faces. A primeira delas percebe o setor como uma idéia, um conceito, um ideal. Para o autor, o que singulariza as

organizações que compõem o terceiro setor são os valores existentes. Verbalizando suas palavras “[...] o terceiro setor é, em primeiro lugar, um conjunto de instituições que encarnam os valores da solidariedade e os valores da iniciativa individual em prol do bem público.” (SALAMON, 1997, p. 92).

Hudson (1999) divide também a mesma opinião discorrendo que o traço comum que une estas organizações são os valores, o compartilhamento de crenças comuns entre pessoas que, voluntariamente, estão dispostas a melhorar alguma condição, procurando alterar o mundo em que vivem.

A *segunda* face trata o terceiro setor como uma realidade, uma grande força econômica voltada ao desenvolvimento de serviços humanos, mas que ainda permanece pouco visível. O autor atribui isto à complexidade conceitual existente no setor. De fato, ao analisar as obras de outros autores especialistas no assunto, tais como Hudson (1999), Fernandes (1997), Thompson, (1997) e o próprio Salamon (1997) observa-se muitas vezes diferentes classificações e caracterizações, tornando o campo de debate nebuloso. Contudo, a idéia que Salamon (1997) perpassa é que a falta de um conceito capaz de unificar as várias definições faz com que o todo pareça menor do que as partes constituintes.

A *terceira* face trata o setor como uma ideologia formada por quatro mitos. O primeiro deles é o mito da insignificância ou competência, ou seja, são percebidas como organizações amadoras com pouco impacto sobre os problemas sociais. O segundo mito é o do voluntarismo, a noção de que as organizações sem fins lucrativos devem apoiar-se unicamente na ação voluntária e na caridade privada. Conforme o autor, há de se considerar a relação entre o Terceiro Setor e o Estado, como forma de garantir outras fontes de financiamento. O terceiro mito é o da virtude pura, ou seja, a percepção de que sendo organizações voluntárias possuem estruturas flexíveis e são abertas aos processos democráticos. Entretanto, tais instituições não estão imunes a controle hierárquicos, burocracias e desvios de recursos para fins pessoais. O último mito é o da “imaculada conceição”. Para o autor o terceiro setor não pode ser tratado como invenção americana, tendo em vista que caridade, filantropia, voluntarismo já existem desde a antiguidade.

Observa-se assim que o terceiro setor é um universo que abriga diferentes interesses e amplitudes de ação, revelando uma grande diversidade de organizações que o compõem. Mesmo em frente a este caráter plural de atuações, Rodrigues (1998) apresenta cinco grandes segmentos que estão expressos no quadro a seguir:

<b>Tipo</b>	<b>Características</b>
Associações	Voltadas para os membros Multiplicidade de objetivos
Organizações filantrópicas, beneficentes e de caridade	Voltadas para o cliente Assistência social Serviços sociais nas áreas de saúde e educação Filantropia empresarial
Organizações não governamentais (ONGs)	Orientadas para terceiros Não pratica caridade Construção da cidadania
Fundações privadas	Categoria essencialmente jurídica
Organizações sociais	Absorver atividades publicizáveis

*Quadro 7: Principais categorias do terceiro setor*  
*Fonte: Rodrigues, 1998*

A expressão “ONG” é utilizada para designar um tipo de organização constituída para fins não econômicos, finalidade não lucrativa e pautada pelos valores de cidadania (MARTINS, 2005). O termo “ONG”, na realidade, se refere apenas uma parte ou subconjuntos de organizações do terceiro setor, especificamente aquelas mais modernas e voltadas para a defesa da cidadania (COELHO, 2002).

No ordenamento jurídico brasileiro não há uma lei específica que trate desse assunto (COELHO, 2002; MARTINS, 2005), sendo que são registradas como sociedades sem fins lucrativos (COELHO, 2002). Conforme explica Martins (2005, p. 1)

[...] são um fenômeno mundial onde a sociedade civil se organiza espontaneamente para a execução de certo tipo de atividade cujo cunho, o caráter, é de interesse público [...]. Não há no direito brasileiro qualquer designação de ONG, não há uma espécie de sociedade chamada ONG no Brasil, mas um reconhecimento supralegal, de cunho cultural, político e sociológico que está em vigor mundo afora.

Martins (2005) relata que, em termos jurídicos, uma das formas societárias mais comuns de ONG é a associação civil sem fins lucrativos.

As associações civis são formadas a partir da reunião de indivíduos, que se unem para um fim comum. Já as fundações privadas são pessoas jurídicas de direito privado que nascem do desejo de um instituidor que reserva certo patrimônio e o destina para a execução de determinado objetivo (MARTINS, 2005). Do momento em que é instituída, o doador (instituidor) perde o controle do patrimônio que, genericamente, passa a ser considerado como de toda a sociedade civil (MARTINS, 2005).

Considerando a organização escolhida para o estudo – um hospital filantrópico sem fins lucrativos, dentro da classificação proposta por Rodrigues (1998) enquadra-se no segmento “organizações filantrópicas, beneficentes e de caridade”.

Os hospitais filantrópicos no Brasil vêm ganhando cada vez mais importância para o provimento de soluções públicas na área da saúde (LIMA et al, 2004), contribuindo para um dever que, constitucionalmente, caberia ao Estado. De acordo com o Boletim de Indicadores do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde - PROAHSA (2004) os hospitais privados sem fins lucrativos em 2002 correspondiam a 26% do total de estabelecimentos de saúde com internações, contra 35% do Estado, caracterizando-se como um importante prestador de saúde, tanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto à saúde suplementar (LIMA et al, 2004).

### ***2.5.2 Entendendo a dinâmica de sua gestão***

Embora nos últimos anos tenha ocorrido significativo aumento no número de estudos voltados ao terceiro setor, percebe-se que ainda há uma carência por abordagens específicas adequadas as particularidades deste tipo de organizações (COELHO, 2002).

Até meados da década de 70 a administração não era uma palavra muito usual no terceiro setor, pois era vista como elemento do mundo dos negócios, não sendo adequada às organizações voltadas para valores mais substantivos (HUDSON,1999). Entretanto, a atual efervescência do setor vem alterando este ponto de vista.

Falconer (1999) relata que nas décadas de setenta e oitenta os maiores desafios das organizações do terceiro setor eram a sobrevivência em um ambiente político hostil e a conquista de reconhecimento público para suas causas, como o ambientalismo e a defesa de direitos. Entretanto, a partir dos anos noventa, a legitimidade do setor parece advir da sua competência em agir de forma eficiente e eficaz na prestação de serviços (FALCONER, 1999).

Na opinião de Salamon (1998) as instituições do terceiro setor são também organizações que enfrentam desafios no âmbito da administração e do controle institucional, necessitando mostrar sua capacidade e competência.

Conforme cita o autor (SALAMON, 1998, p. 11):

[...] gestores das organizações do Terceiro Setor terão de dar mais atenção ao treinamento e à assistência técnica e aqueles que contribuem com essas organizações deverão ir além da filantropia apenas para sentir bem consigo

mesmo (feel-good philanthropy) e do financiamento de projetos de curto prazo, para o suporte institucional de longo prazo. O Terceiro setor claramente atingiu a maturidade no cenário global, mas agora deve encontrar formas de fortalecer sua capacidade institucional e contribuir mais significativamente para a solução de problemas maiores – sem perder sua base popular e capacidade de mudança.

Assim, as organizações sem fins lucrativos, mesmo em meio às razões substantivas (valores) de existência que determinam um modo específico de ser e agir, se deparam com o desafio de se auto-sustentarem e se desenvolverem. Além disso, a eficácia e a eficiência destas organizações pode ser encarada como uma forma de legitimar a ação do terceiro setor perante a sociedade.

A questão da eficiência e eficácia de resultados como o principal desafio das organizações da sociedade civil é fundamentalmente diferente do passado recente, quando a simples existência de uma organização ou a validade da causa defendida eram suficientes para justificar uma doação de recursos, sem maiores exigências quanto os resultados produzidos (FALCONER, 1999). Porém, no cenário atual, a administração adquire maior importância com a adoção do discurso empresarial de resultados, o que segundo Falconer (1999) é uma manifestação visível de um processo gradual de transformação pela qual vêm passando os atores organizacionais do campo do desenvolvimento social em todo o mundo - ONGs, fundações, entidades multilaterais de desenvolvimento e mesmo o Estado.

O autor chama atenção para o fato de que a Administração seja percebida como um “elixir milagroso” para todas as dificuldades que afligem o campo do terceiro setor. Na opinião de Falconer (1999), a Administração pode oferecer auxílios importantes no que concerne à eficiência dos recursos organizacionais e eficácia nos resultados. Contudo, há problemas em níveis macro, tais como políticas públicas e os problemas sociais pelos quais as organizações existem que exigem uma dinâmica diversa do mundo empresarial.

Para Costa Júnior (1998) administrar uma organização sem fins lucrativos é diferente de uma empresa privada ou uma empresa pública, pois se trata de uma forma de gestão particular, sendo importante o melhor entendimento sobre o Terceiro Setor e as diferenças entre ele e os dois outros setores da sociedade.

Há diferenças importantes entre a iniciativa empresarial e o terceiro setor que impedem que as práticas administrativas sejam simplesmente transpostas. As diferentes naturezas que permeiam estas organizações precisam ser compreendidas, adotando-se teorias adequadas às suas necessidades (HUDSON, 1999). Chama-se atenção para dois pontos.

O *primeiro* deles se refere à necessidade de ter clareza das especificidades de gestão existentes entre a ambiente dos negócios e as organizações sem fins lucrativos. O *segundo* aspecto diz respeito a compreensão de que a atuação no setor sem fim lucrativos também exige resultados efetivos, a fim de que a ação se torne realmente transformadora das condições sociais (LIMA, 2003).

Outro aspecto que cabe ressaltar diz respeito as suas fontes de financiamento. Embora não possuam fins lucrativos isto não exime a responsabilidade destas organizações buscarem recursos para financiar suas atividades. Além disso, devido ao grande crescimento do setor nas últimas décadas a competição por recurso tem sido acirrada influenciando na profissionalização do setor (SALAMON, 1998).

Na percepção de Salamon (1998) atualmente este é um dos grandes desafios para as organizações que compõem o terceiro setor, pois é preciso vencer o desafio da eficiência, mostrando-se a capacidade e competência da organização (SALAMON, 1998). Na visão de Tenório (1997) isto acarreta impactos na estrutura organizacional e formas de controle.

Entre as fontes de recursos principais das organizações do terceiro setor estão os fundos públicos, a geração de receita própria através da venda de produtos e serviços, taxas (mensalidades) de seus associados e doações de empresas ou indivíduos (FALCONER E VILELA 2001; HUDSON 1999).

Hudson (1999) associa que, dependendo do tipo de fonte principal de financiamento, a organização terá maior ou menor liberdade estratégica para decidir onde aplicar os seus recursos, quais projetos investir, para qual público, entre outros. O autor exemplifica que em uma organização que sobrevive por doações há maior abertura para definir as atividades que se deseja exercer. Em contrapartida, uma organização dependente de subsídios de empresas, do governo ou financiada por contratos, pode sofrer maiores restrições na aplicação dos recursos. Isto porque a coalizão dominante destas instituições pode influenciar as decisões organizacionais, predeterminando a alocação de seus recursos, explica o autor.

Em um ensaio teórico a respeito do terceiro setor, Falconer (1999) elencou quatro principais necessidades de desenvolvimento de gestão que podem ser generalizadas para todo o setor. Uma delas diz respeito à capacidade de transparência na gestão e na apresentação de resultados aos seus financiadores - a *stakeholder accountability*. No Brasil, nem todas as organizações cultivavam tal valor (FALCONER, 1999), pois havia muita corrupção na obtenção e aplicação dos recursos (FERNANDES, 1997). Entretanto, na disputa por recursos públicos e privados, a capacidade de demonstrar posições claras e resultados concretos será o

destaque destas organizações. Na opinião de Fernandes (1997), a transparência nas finanças e nas realizações é um dos elementos que dá um caráter diferente às organizações da sociedade civil e sobre a qual é preciso afirmar-se e desenvolver-se.

A sustentabilidade, definida pelo autor como a capacidade de obter recursos financeiros, humanos e materiais, é um outro desafio para a gestão do terceiro setor, o que coaduna com a opinião de outros especialistas da área, tais como Salamon (1998) e Coelho (2002).

A qualidade dos serviços constitui um terceiro desafio para o setor (FALCONER, 1999). No passado, o caráter assistencial das organizações filantrópicas sustentou um longo período de resistências às práticas gerenciais. Entretanto, com cidadãos cada vez mais conscientes dos seus direitos, foi introduzida a necessidade do uso eficiente dos recursos e a avaliação adequada do que deve ser priorizado em função do que o público precisa e dos recursos disponíveis (FALCONER, 1999).

Como quarto desafio, Falconer (1999) cita a capacidade de articulação. As organizações do terceiro não podem atuar de forma desarticulada se pretendem contribuir para o solucionamento dos problemas sociais e isto se concretiza por meio da formação de alianças, de parcerias, de redes e coalizões (FALCONER, 1999).

Para o autor, as quatro dimensões - *stakeholder accountability*, sustentabilidade, qualidade dos serviços e a capacidade de articulação são essenciais para o desenvolvimento de um terceiro setor capaz de relacionar com a sociedade civil e com outras instituições, promovendo os valores efetivos à sociedade e assim fazer frente aos problemas públicos.

### ***2.5.3 Estratégia e adaptação estratégica no terceiro setor***

A estratégia, devido a sua origem e sua primeira aplicação em organizações com fins lucrativos carrega consigo uma certa instrumentalidade. Afinal, embora estejam surgindo correntes de estudo de caráter mais sociológico, a abordagem econômica ainda parece estar fortemente presente no estudo da estratégia (WHITTINGTON, 2004).

Tal fato pode trazer a percepção de que este assunto não se aplica às organizações que integram o setor sem fins lucrativos. Entretanto, é preciso considerar que o terceiro setor também enfrenta desafios em termos de gestão (SALAMON, 1997). Diferentemente de décadas anteriores, as organizações sem fins lucrativos já não desfrutam de condições tão estáveis no que se refere, principalmente, a captação de recursos.

De acordo com Gonh (1998) estas organizações, devido as transformações no cenário mundial, vêm experimentando sucessivos ajustes organizacionais. Esta autora comenta que, tendo em vista a preocupação de garantir a sobrevivência, tais organizações passaram a ter como foco a sustentabilidade financeira e a busca por resultados mensuráveis, o que as levou a inserção no ambiente de mercado.

Fernandes (1997) acrescenta que a qualidade dos serviços, as relações custo-eficiência-efetividade, a profissionalização dos recursos humanos e o foco às necessidades dos clientes também constituem-se desafios destas organizações. O autor continua informando que, com o desenvolvimento do terceiro setor, tais organizações se depararão com inúmeras possibilidades, como por exemplo: disputas por recursos com outras entidades, tanto públicas, quanto privadas; atuação em outros nichos sociais inovadores, formação de alianças com órgãos públicos e privados.

Pezzullo (2003) também confirma que, com a expansão do terceiro setor está ocorrendo uma profissionalização, a fim de que possam ter uma gestão eficiente, confiável e sustentável capaz de cumprir a missão a que se propõe e ampliar os seus benefícios na sociedade. Percebe-se assim que as mudanças ocorridas no mundo exigiram a profissionalização deste tipo de organização (SALAMON, 1998), por meio da adoção de práticas administrativas.

Drucker (1994, p. XIV) demonstra-se favorável a este tipo de postura, comentando que:

[.....] as próprias instituições sem fins lucrativos sabem que necessitam ser gerenciadas exatamente porque não têm lucro convencional. Elas sabem que precisam aprender como utilizar a gerência como ferramenta para que esta questão não as domine. Elas sabem que necessitam de gerência para que possam concentrar em sua missão. Na verdade, está ocorrendo um “crescimento gerencial” entre as instituições sem fins lucrativos, tanto grandes, quanto pequenas.

Tenório (1997) critica tal postura, pelo fato de haver diferenças entre gestão social e gestão estratégica. Na percepção do autor, enquanto a gestão social exige um gerenciamento mais participativo, dialogado e com o processo decisório exercido por vários atores sociais, a gestão estratégica apresenta um caráter utilitarista, instrumental, fundamentado no cálculo de meios e fins e implementada por meio da interação de poucas pessoas, baseadas na autoridade formal. Isto traz, na percepção do autor, um desvirtuamento do caráter original deste tipo de organização, tornando-as mais funcionais e provocando um distanciamento de suas referências ideológicas.

O fato é que grande parte dos trabalhos publicados a respeito de estratégia são orientados para empresas com finalidades lucrativas, dificultando a aplicação em organizações que não possuem os mesmos objetivos e condições de atuação. Entretanto, muitas das premissas válidas para o mundo dos negócios não se aplicam para organizações que tem como base a gestão social.

Moore (2000) salienta que o assunto estratégia tanto se aplica às organizações com finalidades de lucro, assim como também é pertinente na área pública e nas instituições sociais, isto porque, todos os três setores precisam de estratégias para se manter efetivos. Na afirmação do autor: todas as organizações se beneficiam em desenvolver uma estratégia (MOORE, 2000).

Motta (1979) cita alguns fatores a respeito da aplicação da estratégia no campo das organizações não-lucrativas:

- *Ambiente Competitivo:* a competitividade existente no ambiente das organizações com fins lucrativos faz com que a corrida mercadológica seja a base para o crescimento organizacional. Entretanto, as estratégias de crescimento para as organizações sem fins lucrativos não se baseiam na competição e sim na concretização de objetivos sociais. Conforme Motta (1979, p. 7) neste tipo de organização “[...] a sobrevivência e a ação independem dos mecanismos de mercado ou da existência de lucro ou superávit.”
- *A racionalidade do processo:* organizações que visam lucro podem definir estratégia como num processo racional de análise de oportunidades e ameaças, possibilitando um conhecimento mais aprofundado da organização sobre o seu ambiente podendo servir de subsídio para um maior domínio gerencial da empresa. Já nas organizações do terceiro setor, o processo decisório não possui a mesma racionalidade, as escolhas não se baseiam-se apenas na autonomia gerencial, pois podem sofrer influências de mantenedores, comunidades e beneficiários.
- *Capacidade de adaptação:* tendo em vista as freqüentes transformações ambientais, a eficácia das organizações depende de sua capacidade de

adaptação e resposta rápida às novas demandas. A estratégia exige visão de futuro, conhecimento da ambiência externa, capacidade adaptativa, flexibilidade estrutural e habilidade em conviver com ambigüidades e mudanças rápidas. A dificuldade está no fato de que as organizações sem fins lucrativos, pela sua própria natureza, têm dificuldade de justificar mudanças repentinas devendo, normalmente, transparecer consistência, coerência e estabilidade. Conforme discorre Motta (1979, p. 11):

[...] essas entidades devem, em princípio, articular, agregar e processar eqüitativamente os interesses e preferências de sua clientela. Ambigüidades e prioridades facilmente aceitas na empresa privada, tornam-se inaceitáveis nas organizações públicas, pois poderiam implicar possíveis preferências a grupos específicos.

Motta (1979) discorre que a aplicação da estratégia no âmbito do terceiro setor pode responder às necessidades práticas destas organizações, entre estas: a competição por recursos, a inovação dos bens e serviços e o desenvolvimento de novas formas de atuação. O autor informa que a pressão externa sobre este tipo de organização, acontece mais no sentido de repressão da ambigüidade e manutenção da consistência de ações externamente, do que na convivência com dualidades e ambigüidades inerentes ao meio, tal como ocorre no segundo setor.

A pressão externa comentada por Motta (1979) pode estar associada ao fato de que, na maioria dos casos, tais organizações são sustentadas por terceiros podendo fazer com que a autonomia gerencial seja baixa, o que pode implicar em estratégias que nem sempre correspondem ao que o corpo técnico e/ou gerencial desejam. O mesmo fato pode ocorrer com a adaptação estratégica.

Assim, a aplicação da estratégia em organizações sem fins lucrativos é, na visão de Motta (1979), uma prática possível, mas que deve considerar as dificuldades e peculiaridades gerenciais do processo. O autor discorre que é preciso considerar alguns aspectos, um deles é a aceitação das dimensões de *irracionalidades do processo decisório*. Motta (1979) explica que em organizações sem fins lucrativos processos racionais de análise cedem lugar a fatores de pressão política, relações de poder. O meio organizacional é descontínuo e complexo.

Outro ponto é o *poder gerencial comparativamente mais baixo*. Tendo em vista as finalidades destas organizações, é importante incorporar e aprofundar as dimensões sociais e políticas na formulação da estratégia. A estratégia pode se caracterizar por ser uma função

política, baseada num processo contínuo de tomada de decisões que está submetido às relações de poder.

Baptista (2000) relata que a estratégia no terceiro setor não se limita aos aspectos técnicos-operativos, pois é preciso que além do conteúdo tradicional da leitura da realidade, alie-se à apreensão das condições objetivas o conhecimento e a captura das condições subjetivas do ambiente que ela ocorre. Em outras palavras, é importante considerar o jogo de vontades políticas dos grupos envolvidos, a correlação de forças, a articulação desses grupos e as alianças ou incompatibilidades existentes entre os diversos segmentos.

Para Baptista (2000) a inter-relação entre o técnico e o político não é algo fácil de ser estabelecido. Entretanto, é função específica do técnico o equacionamento e a operacionalização das opções assumidas pelo centro decisório, informa o autor. Considerando o ajuste da organização ao ambiente isto afeta diretamente a adaptação estratégica.

Moore (2000) discorre que no setor com fins lucrativos a estratégia geralmente está associada a objetivos financeiros e melhoria da competitividade dos negócios no mercado, ou seja, fatores de caráter mais instrumentais. Já no terceiro setor, a estratégia é normalmente associada a sua missão e as atividades particulares que empreende para atingi-la, salienta o autor. A perspectiva clássica da estratégia<sup>7</sup> (VOLBERDA, 2004) parece assim inadequada para o estudo no âmbito do terceiro setor.

Outro ponto considerado por Moore (2000) como um diferenciador para o estudo da estratégia no setor lucrativo e no terceiro setor são as fontes financiadoras destas organizações.

O autor explica que nas organizações com finalidades lucrativas as atenções voltam-se para atender os desejos dos seus clientes e o valor principal esperado são os resultados financeiros positivos, ou seja, o lucro e a satisfação dos acionistas e investidores. Já no terceiro setor, tendo em vista que muitas destas organizações provêm seus recursos de doadores, organizações privadas e governamentais, as estratégias e o processo de adaptações poderão ser responsivos às expectativas e demandas destes diferentes grupos e, além disso, seu valor principal estará no alcance de seus propósitos sociais e na satisfação dos seus financiadores. Isto faz com que o mercado que as organizações tenham que “competir” não seja somente pela busca de clientes/beneficiários, mas sim os dos doadores ou mantenedores, pois precisam obter recursos para atingir suas metas (MOORE, 2000).

---

<sup>7</sup> A perspectiva clássica da estratégia está comentada na página 16.

Wright, Kroll e Parnell (2000) declaram que um maior número de *stakeholders* pode resultar em uma autonomia administrativa menor em comparação com a dos administradores de organizações com fins lucrativos. A consideração da existência de múltiplos *stakeholders* (BROWN E IVERSON, 2004) pode fazer com que os objetivos organizacionais e os processos de adaptações estratégicas sejam afetados por um maior número de agentes sociais, como exemplos: conselhos, representantes da comunidade, mantenedores, órgãos reguladores, beneficiários, entre outros. Para estes autores um dos fatores que exercem influências sobre as escolhas estratégicas é a presença de maiores restrições políticas.

Tais peculiaridades exercem influência inclusive na própria concepção de ambiente organizacional. Enquanto o setor com fins lucrativos se preocupa com a satisfação de clientes, desenvolvimento de produtos e serviços, posicionamento no mercado e concorrentes, as organizações do terceiro setor precisam levar em conta um grande número de stakeholders (MOORE, 2000). A preocupação em alcançar a legitimidade apresenta-se forte neste tipo de organização.

Referente ao comportamento estratégico, Ansoff (1983), ao tratar especificamente das organizações sem fins lucrativos, informa que, nestes casos, o comportamento estratégico é afetado principalmente por coalizões externas, tendo em vista que atuam em um campo complexo. A estratégia passa a ser fruto muito mais de um processo de correlação de forças, articulação do que uma formulação deliberada pelas autoridades legítimas. Isto nem sempre resultará na estratégia excelente ou em uma adaptação estratégica coerente com seu ambiente de atuação, pois poderá condizer com os jogos de interesses manifestos, muitas vezes concorrentes entre si.

De forma sucinta e tendo como base os autores citados anteriormente, a aplicação do conceito da estratégia e o processo de adaptação estratégica no âmbito do terceiro setor precisam levar em consideração três aspectos principais:

- as razões sociais de existência, demonstrando uma aparente tendência para privilegiar aspectos de caráter substantivo, alterando assim a racionalidade do processo decisório;
- a existência de múltiplos *stakeholders* (comunidade, financiadores, beneficiários, governo, órgãos reguladores, entre outros), fazendo com que o processo decisório seja exercido e influenciado por vários atores sociais;
- a possibilidade de haver uma restrita autonomia gerencial.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A ciência social, assim como as demais, precisa estar pautada em um método sistemático e estruturado de observação capaz de conferir a rigorosidade necessária ao pensamento científico (CASTRO, 1978).

A metodologia de pesquisa pode ser entendida como o caminho que segue o pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, ou seja, um conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade (MINAYO et al, 1994; GIL, 1994).

Para Minayo *et al* (1994, p. 35) “[...] o método científico permite que a realidade social seja reconstruída enquanto um objeto do conhecimento, através de um processo de categorização (possuidor de características específicas) que unem dialeticamente o teórico e o empírico.” Assim, entende-se que é através dos métodos de pesquisa que o pesquisador irá trilhar os caminhos que levarão a discussão de suas indagações.

Este tópico será dedicado para a apresentação dos aspectos metodológicos que serão empregados para o desenvolvimento teórico-prático da pesquisa.

#### 3.1 Perguntas de Pesquisa

Tendo em vista os objetivos definidos para a realização deste estudo, as seguintes perguntas nortearão a execução da pesquisa:

1. Que adaptações estratégicas ocorreram no Hospital de Caridade de 1974 a 2004?
2. Que *stakeholders* estiveram envolvidos no processo de adaptação estratégica?
3. Quais foram, na percepção da coalizão dominante, os fatores de ordem interna e externa considerados para a ocorrência do processo de adaptação estratégica?
4. Quais foram a(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional vivenciadas pelo Hospital de Caridade de 1974 a 2004?
5. Quais foram as mudanças ocorridas no(s) estágio(s) do ciclo de vida no período de 1974 a 2004?
6. Como se inter-relaciona o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade e a(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional no período de 1974 a 2004?

### 3.2 Caracterização da pesquisa

Segundo Godoy (1995b) e Richardson (1989) uma pesquisa pode recorrer a duas abordagens – a qualitativa e a quantitativa.

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por responder questões particulares e trabalha com um nível de realidade que não pode ser totalmente quantificado, tais como motivos, crenças, valores, comportamentos e percepções individuais (MINAYO et al, 1994).

A abordagem qualitativa de um problema, segundo Richardson (1989, p. 38) “[...] justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social [...]”, o que nem sempre é possível por meio dos métodos quantitativos.

Bogdan e Biklen (1998) apresentam como principais características deste tipo de pesquisa:

- A compreensão do fenômeno a partir do ambiente natural dos participantes: a pesquisa qualitativa valoriza o contato prolongado do pesquisador com o ambiente a ser investigado. O pesquisador é o principal instrumento;
- O entendimento do fenômeno como um todo e em sua complexidade: a pesquisa qualitativa observa o ambiente e os seus participantes de maneira integrada. Não é possível compreender o comportamento humano sem entender o quadro no qual os indivíduos interpretam seus pensamentos e ações (GODOY, 1995b);
- A preocupação do significado que as pessoas dão às coisas e a sua vida: a pesquisa qualitativa tenta compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir das perspectivas das pessoas;
- A utilização do enfoque indutivo: a priori, os pesquisadores qualitativos não partem de hipóteses estabelecidas. No início o enfoque é amplo e vai estreitando-se no decorrer da investigação.

A comunidade acadêmica aponta necessidade de mudanças no delineamento das pesquisas em estratégias (WHITTINGTON, 2004; PETTIGREW, WOODMAN E CAMERON, 2001; CLEGG, CARTER E KORNBERGER, 2004; WILSON E JARZABOKOWSKI, 2004), a fim de adequá-la a um contexto de novos pensamentos.

Whittington (2004) sugere que o pesquisador durante a sua prática não se limite à análise de uma abordagem quantitativa. Isto porque, sendo a estratégia uma prática social é preciso desenvolver um relacionamento muito mais íntimo com o seu objeto de estudo (WHITTINGTON, 2004).

Confrontando as peculiaridades da abordagem qualitativa e os propósitos da pesquisadora considerou-se este tipo de pesquisa oportuna já que se intencionou o entendimento do fenômeno de forma aprofundada; a compreensão do contexto partindo dos seus participantes e a identificação de diferentes fontes de informação, obtendo pontos de vistas variados.

Quanto aos seus objetivos a pesquisa caracterizou-se como descritiva, pois visou a compreensão de um fenômeno em sua totalidade, mais especificamente a compreensão do processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade a partir da leitura do seu ciclo de vida organizacional.

Os estudos desta natureza propõem-se a investigar o que é, descobrindo as características dos fenômenos tais como são (RICHARDSON, 1989). Este tipo de pesquisa tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis, exigindo do pesquisador uma série de informações (GIL, 1994; TRIVIÑOS, 1987).

Existem diferentes formas de conduzir a pesquisa qualitativa, Godoy (1995a) cita três opções: a pesquisa documental, a etnografia e o estudo de caso. A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de estudo de caso, pois teve o objetivo de aprofundar a descrição de determinada realidade, analisando profundamente uma unidade (TRIVIÑOS, 1987; GODOY, 1995a; GIL, 1994).

Como informa Yin (1989, p. 23) o estudo de caso:

[...] é uma forma de se fazer pesquisa empírica que investiga fenômenos contemporâneos dentro do seu contexto de vida real, em situações que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não estão claramente estabelecidas, onde se utiliza múltiplas evidências.

Lüdke e André (1986) citam as características ou princípios frequentemente associados ao estudo de caso:

- visam à descoberta;
- enfatizam a “interpretação do contexto”;
- buscam retratar a realidade de forma completa e profunda;
- usam uma variedade de fontes de informação;

- revelam experiência vicária e permitem generalizações;
- procuram representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social;
- utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa.

Segundo Van de Ven (1992) e Pettigrew, Woodman e Cameron (2001) há uma grande necessidade por pesquisa longitudinal sistemática para os estudos dos processos estratégicos. Miller e Friesen (1984) também compartilham tal opinião ao comentarem que para uma melhor compreensão do ciclo de vida organizacional e do comportamento de suas diferentes características a opção mais adequada são os estudos longitudinais.

Considerando que um dos propósitos desta pesquisa foi o de analisar o ciclo de vida organizacional e suas diferentes fases considerou-se relevante desenvolver um estudo de caso de caráter longitudinal abrangendo o período de 1974 a 2004.

### **3.3 Definição de categorias de análise e operacionalização**

Tendo como base o problema de pesquisa estabelecido para o presente projeto o *ciclo de vida organizacional* e a *adaptação estratégica* são consideradas como principais categorias de análise.

Do ponto de vista constitutivo, a adaptação estratégica será analisada tomando-se por base o conceito de Hrebiniak e Joyce (1985), entendendo-a como sendo a articulação das capacidades organizacionais com as contingências do ambiente, considerando-se tanto o comportamento organizacional pró-ativo, quanto o reativo.

O ciclo de vida organizacional será compreendido como períodos ou fases vivenciadas pela organização durante a sua existência (GREINER, 1972; ADIZES, 1996), sendo que operacionalmente utilizará os referenciais de Quinn e Cameron (1983), pelo fato destes autores apresentarem um modelo de ciclo de vida mais abrangente resultante da análise de nove diferentes teorias a respeito do tema.

Operacionalmente a pesquisa ocorreu em três grandes etapas:

*Etapa 1 – Identificação das adaptações estratégicas ocorridas no período de 1974 a 2004*, através: (a) da identificação das mudanças ocorridas no período; (b) levantamento dos *stakeholders* envolvidos e (c) identificação dos fatores internos e externos que deflagraram o processo de mudança. A fim de facilitar a compreensão, todo o processo adaptativo foi subdivido em *períodos estratégicos* delimitados por apresentarem um padrão de comportamento estratégico característico (CUNHA, 1996). Assim, para cada período foi analisado o tipo de comportamento estratégico predominante, seguindo o modelo proposto de Hrebiniak e Joyce (1985). A passagem de um período para outro foi identificada com base nos eventos críticos apontados pelos pesquisados. A delimitação dos eventos ocorreu com base nos depoimentos dos entrevistados e utilizou os seguintes critérios principais: a) ênfase concedida ao assunto; b) tempo dedicado ao tema; c) percepções a respeito dos eventos e d) a importância destes no processo de adaptação estratégica. A estratégia adotada para o superar o evento crítico foi analisada quanto ao seu processo de formulação e seus objetivos seguindo o modelo proposto por Whittington<sup>8</sup> (2002).

*Etapa 2 – Identificação da(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional*: foram coletadas informações tendo como objetivo classificar a(s) fase(s) vivenciada(s) pelo Hospital de Caridade nos últimos 30 anos (1974-2004) utilizando como referencial o modelo proposto por Quinn e Cameron (1983). Para a identificação dos estágios do ciclo de vida foram considerados as seguintes dimensões e indicadores operacionais:

- Estrutura organizacional: níveis hierárquicos, divisão do trabalho, existência de organograma, forma que ocorre os processos de tomada de decisão;
- Políticas, regras e procedimentos: existência de normas e regulamentos, grau de formalização;
- Planejamento e coordenação: grau em que as atividades são planejadas, utilização de planejamento estratégico, forma que ocorre a coordenação de atividades, utilização de indicadores para acompanhamento das metas;
- Poder: centralização ou descentralização do poder;

---

<sup>8</sup> O modelo do autor encontra-se descrito na página 26.

- Sistema de controle: utilização de relatórios formais, grau de padronização das atividades;
- Relacionamento com o ambiente externo: expansão de domínios, conquista de novos espaços no ambiente;
- Objetivos: foco de atuação da organização;
- Captação de recursos.

*Etapa 3 – Inter-relação entre o processo de adaptação estratégica e o ciclo de vida organizacional:* esta etapa da pesquisa representa a análise propriamente dita. Os períodos estratégicos vivenciados foram subdivididos conforme o ciclo de vida organizacional, procurando evidências empíricas da existência de possíveis inter-relações entre o processo de adaptação estratégica e as peculiaridades da(s) respectiva(s) fase(s) do ciclo. Tendo em vista que no ciclo de vida a passagem de um estágio para outro ocorre por meio de uma crise ou revolução (GREINER, 1972), foram identificados os eventos críticos que desencadearam a mudança no(s) estágio(s).

A figura 5 demonstra, resumidamente, as etapas da operacionalização:

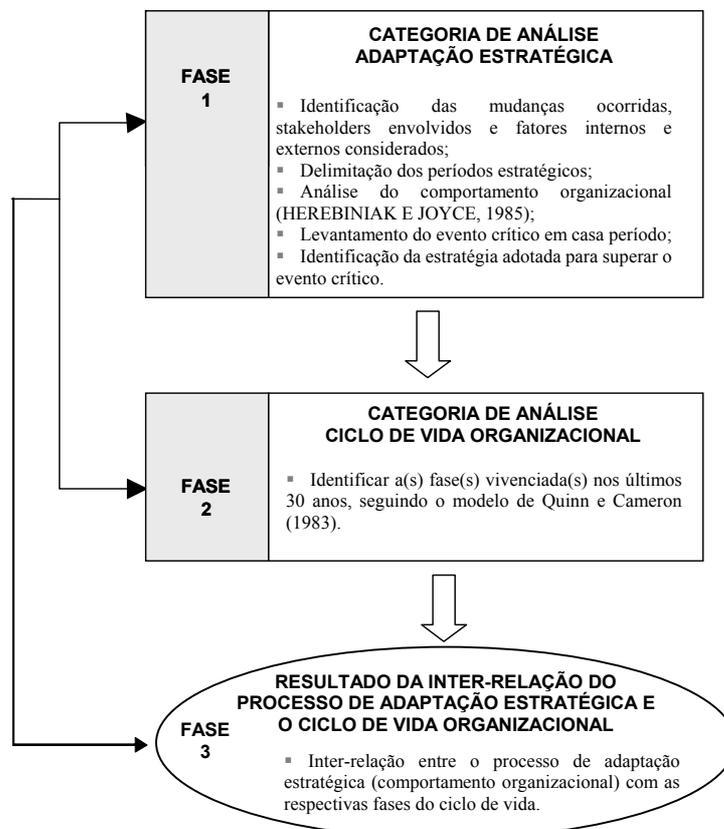


Figura 5: Operacionalização da pesquisa.  
Fonte: Dados primários

Ressalta-se que a apresentação sequencial das etapas é por uma questão de ordenação das informações para facilitar o entendimento da operacionalização da pesquisa. Na prática, as fases 1 e 2 ocorreram de forma concomitante.

### **3.4 Objeto e sujeitos de pesquisa**

O objeto de análise foi o Hospital de Caridade, uma organização do setor hospitalar integrante do terceiro setor e atuante em Florianópolis, Estado de Santa Catarina.

Quanto a seleção de sujeitos para a pesquisa, tendo em vista se tratar de uma abordagem qualitativa não havendo assim uma preocupação com os aspectos quantitativos para assegurar sua representatividade (MINAYO ET AL, 1994), utilizou-se como critério as pessoas que tiverem uma vinculação significativa com o problema a ser investigado.

Tendo em vista que a estratégia é uma prática social (WHITTINGTON, 2004) é preciso considerar as pessoas nela envolvidas, descrevendo os fatos conforme a interpretação de seus atores sociais.

A seleção dos sujeitos também se classificou como sendo intencional, tendo em vista que a pesquisadora se dirigiu intencionalmente às pessoas que compõem a coalizão dominante da organização (MARCONI E LAKATOS, 1982; GIL, 1994).

Na prática, o contato ocorreu com membros da atual administração do Hospital de Caridade e que compõem a atual coalizão dominante, funcionários e pessoas que já fizeram parte da organização em épocas passadas. Isto foi necessário, pois este trabalho teve caráter longitudinal e requereu o resgate de acontecimentos que fizeram parte da história de vida da organizacional.

### **3.5 Coleta de dados**

Os dados coletados foram de origem primária e secundária. Os de natureza primária referem-se àqueles que foram coletados pela primeira vez pelo pesquisador (GIL, 1994). Os secundários, por sua vez, dizem respeito aos dados já existentes em outras fontes e que neste estudo auxiliaram numa melhor estruturação das idéias (GIL, 1994).

Para a coleta de dados de ordem primária foi utilizada a entrevista semi-estruturada aplicada com um total de 12 pessoas, entre estes: membros da atual administração (Mesa Administrativa e Diretoria Executiva), funcionários e pessoas que atualmente não fazem parte do Hospital, porém atuaram em períodos passados. A entrevista semi-estruturada foi aplicada por ser uma das mais utilizadas pelas ciências sociais (GIL, 1994; MINAYO ET AL, 1994) e pela propriedade com que penetra na complexidade de um problema (RICHARDSON, 1989), facilitando a obtenção de dados em profundidade a respeito do comportamento organizacional (GIL, 1994).

Para a realização da entrevista, inicialmente foi realizado um contato prévio com a organização com o intuito de obter dados preliminares referente ao histórico, a estrutura de funcionamento e identificar os possíveis membros da coalizão dominante que poderiam fornecer depoimentos referentes a investigação proposta. As entrevistas foram pré-agendas por telefone e realizadas durante os meses de março e abril. A grande maioria ocorreu no próprio Hospital de Caridade, outras aconteceram fora do ambiente da organização pelo fato das pessoas não mais integrarem a administração do Hospital. O contato com os pesquisados, além de permitir a coleta de dados também foi importante para se ter o acesso a outras pessoas que, na percepção destes entrevistados, poderiam fornecer algum tipo de contribuição para a explicação do problema. Desta forma, o número de entrevistas estabelecido no projeto de pesquisa foi excedido, o que facilitou a descrição do problema e confirmação de informações já obtidas anteriormente.

Para a realização da entrevista foi utilizado um roteiro prévio com possíveis perguntas a serem discutidas e, à medida que o pesquisado fazia suas declarações outros questionamentos foram surgindo, ocorrendo a situação apontada por Richardson (1989, p. 165)

[...] o pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista. As perguntas dependem do entrevistador, e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador.

O roteiro de entrevista, que se encontra disponível no Anexo, serviu apenas como um norteador das principais perguntas, pois no momento da entrevista outras questões foram surgindo e, como este estudo foi uma análise do processo de adaptação estratégica, houve a necessidade de se conhecer os contextos que levaram as mudanças, o conteúdo destas e stakeholders envolvidos, isto só foi delimitado a partir da percepção dos entrevistados, valoração e ênfase concedida ao assunto. Assim, a cada contato com os entrevistados novas

perguntas específicas eram inseridas no roteiro como forma de confirmar o mesmo dado com outros pesquisados e/ou obter novas informações.

Como havia muitas informações a serem coletadas, houve a preocupação de obter um maior número de depoimentos sobre um mesmo item. Entretanto, nem todas perguntas foram respondidas por todos os entrevistados, pelo fato do mesmo não ter conhecimento sobre o item em pauta. Nestes casos, optou-se em enfatizar o assunto de maior domínio do pesquisado.

Todas as entrevistadas foram gravadas com o consentimento do entrevistados e transcritas pela pesquisadora. Em algumas situações, após a transcrição, houve a necessidade de se confirmar informações, requerendo um novo contato. Como forma de proteger e não identificar as opiniões de cada pesquisado, na descrição e a análise dos dados quando ocorre referência a algum comentário específico, optou-se por atribuir um número aleatório a cada pessoa entrevistada e que está de posse da pesquisadora.

Além das entrevistas, outra fonte de dados utilizada para a concretização do trabalho foi a pesquisa documental. Como o Hospital de Caridade é uma organização antiga e com um número elevado de informações históricas, tal técnica foi útil para novas e/ou interpretações complementares de entrevistas. Foram levantados relatórios, documentos legais, leis, regimentos, estatutos, atas, planos, publicações internas visando o levantamento de informações que pudessem enriquecer o estudo.

### **3.6 Análise de dados**

Tendo em vista que esta pesquisa tem uma abordagem de cunho qualitativo, os dados obtidos foram examinados através da análise de conteúdo que é uma técnica utilizada para obter respostas diretamente relacionadas ao material analisado, coletando, classificando as informações (RICHARDSON, 1989). Na pesquisa realizada isto se concretizou por meio da análise de entrevistas e documentos buscando categorizar os conteúdos dentro do tema que se está analisando. Com isto foi possível identificar a ausência ou presença de um conteúdo específico, a frequência e a inter-relação entre determinadas variáveis (RICHARDSON, 1989).

Com os dados transcritos foram observadas as informações que se referiam a cada categoria analisada e, na seqüência, reuniu-se todos os depoimentos levantados. Isto permitiu

uma análise de todas as opiniões manifestadas nas entrevistas a respeito de uma determinada dimensão, possibilitando descrever e interpretar a realidade, tendo como base a percepção das pessoas entrevistadas e dados secundários obtidos.

Cabe ainda esclarecer que a fase de coleta e análise de dados não foi um processo estanque. Conforme Godoy (1995a) o pesquisador, em um estudo de caso, deve estar aberto às descobertas. Triviños (1994) discorre que as informações que se recolhem, geralmente, são interpretadas e podem exigir a busca de novos dados ou referenciais teóricos. O trabalho iniciou-se a partir de um esquema teórico, porém se esteve alerta aos novos elementos ou dimensões que foram surgindo em seu decorrer.

### **3.7 Limitações da pesquisa**

A pesquisa se concretizou como um caminho para a descrição de uma determinada realidade do Hospital de Caridade, porém, apesar de todos os cuidados que foram tomados para a efetivação, é preciso ressaltar algumas limitações referentes aos métodos adotados.

Uma delas refere-se a incapacidade de generalização dos resultados alcançados. Gil (1994) escreve que o método de estudo de caso apresenta limitações, sendo que a mais grave delas refere-se à dificuldade de extensão dos resultados obtidos às organizações similares. Isto porque o estudo analisa profundamente apenas uma unidade – no caso o Hospital de Caridade, não sendo possível considerar que as manifestações encontradas possam se repetir em outras organizações de características semelhantes, pois dizem respeito à contingência do caso em estudo. Contudo, tendo em vista os objetivos pretendidos, tal limitação não acarretará a invalidação da pesquisa.

Quanto a amostragem, foi utilizado método não-probabilístico, sendo que não houve a mesma chance de todos os envolvidos participarem da pesquisa. Entretanto, com base em Triviños (1994, p. 132) “[...] a pesquisa qualitativa, de fundamentação teórica, fenomenológica, pode usar recursos aleatórios para fixar a amostra [...]”. Recorrendo-se a Minayo et al (1994, p. 43), “[...] a amostra boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.” A preocupação da pesquisa qualitativa não é a quantificação dos dados para a amostra. A aleatoriedade cede lugar à representatividade dos sujeitos de pesquisa para o esclarecimento do assunto em foco.

Outra limitação diz respeito ao fato do estudo possuir uma concepção histórica que analisou diferentes etapas da vida organizacional da unidade estudada. Pettigrew, Woodman e Cameron (2001), ao proporem sugestões para a pesquisa em estratégia, enfatizam que a questão do tempo no estudo da adaptação não é apenas algo cronológico, mas também uma construção social. Para estes autores, a história não é apenas uma série de eventos cronológicos dispostos em várias fases. O passado está vivo no presente e pode estar moldando o futuro, isto faz com que os estudantes percebam a trajetória das mudanças como incertas por causas dos contextos variáveis e as complexidades resultantes das ambigüidades da ação humana, informam os autores (PETTIGREW, WOODMAN E CAMERON, 2001).

Apesar destas limitações, não há motivos suficientes que possam afetar a credibilidade ou desvalorizar os resultados que foram obtidos com a pesquisa. Isto reflete a necessidade de novas pesquisas sobre o mesmo enfoque teórico-metodológico.

## 4 DESCRIÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo apresenta os resultados da investigação empírica realizada no Hospital de Caridade tendo como enfoque as adaptações estratégicas ocorridas no período de 1974 a 2004, com base na análise do ciclo de vida organizacional. Constitui-se assim parte fundamental para responder ao problema de pesquisa delimitado e os objetivos pretendidos, intencionando como resultado final a compreensão do processo de adaptação estratégica na organização em estudo por meio da identificação a(s) fase(s) do ciclo de vida organizacional, levantamento das mudanças ocorridas, identificação dos fatores internos e externos que levaram às adaptações e os *stakeholders* envolvidos no processo.

Como ponto de partida, apresenta-se em linhas gerais, um breve panorama da saúde pública no Brasil e aspectos referentes à gestão hospitalar, como forma de entender o ambiente de atuação do Hospital de Caridade.

Na seqüência, se tratando de um estudo longitudinal que percorreu 30 anos de história, realizou-se uma retrospectiva histórica do Hospital de Caridade para resgatar o passado e trazer o leitor até o momento presente. Entende-se que tal iniciativa ajudará na compreensão da situação atual da organização, procurando situar os motivos que levaram a sua criação, a linha evolutiva do seu desenvolvimento e o valores que permeiam a ação do Hospital.

Com base nas entrevistas realizadas e dados secundários coletados serão apresentadas as adaptações estratégicas do Hospital de Caridade e o estudo do ciclo de vida organizacional dos últimos 30 anos, especificando cada indicador definido na metodologia e por fim ocorrerá a apresentação do inter-relacionamento entre o processo de adaptação e o ciclo de vida organizacional.

### 4.1 Aspectos históricos da saúde no Brasil

Ao estudar e analisar a saúde é preciso considerá-la um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2000) que diz em seu artigo 196 que a

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000, p. 161).

Entretanto, apesar da importância que o tema possui no cenário nacional e internacional, as políticas públicas voltadas para esse tema muitas vezes deixam lacunas, seja pelo desconhecimento dos gestores, pela falta de recursos, pela falta de interação entre as esferas públicas e a sociedade em geral e, principalmente, pela falta de profissionalização dos mais variados agentes que atuam nesse complexo setor.

Para entender a saúde pública no Brasil, é necessário remontar alguns episódios e esclarecer algumas questões que fazem parte da história do país.

Em comparação com os países mais desenvolvidos, o Brasil teve um grande atraso na organização de suas políticas públicas de saúde. A criação do Ministério da Saúde, por exemplo, somente ocorreu no ano de 1953, regulamentada pela Lei nº 1.920 de 25 de julho de 1953 (BRASIL, 2005).

Até esta data, a Saúde estava vinculada ao Ministério da Educação e a atenção era voltada basicamente à prevenção e promoção, a saúde curativa foi deixada a cargo dos Institutos de Aposentadoria (IAP's) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros) que tinham como objetivo prestar atendimento ambulatorial e hospitalar a todos os seus associados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano de 1967, devido a complexidade do sistema de Institutos de Aposentadorias (IAP's), criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, através da fusão dos IAP's. O Sistema dos IAP's ficou muito complexo e custoso para a realização dos atendimentos, pois necessitava da construção de grandes unidades hospitalares e ambulatoriais, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Já no ano de 1970, o INPS foi dividido em três áreas de atuação:

1. INPS: relacionado a previdência,
2. INAMPS: relacionado à saúde curativa do trabalhador, e
3. IAPAS: relacionado à aposentadoria.

Entretanto, o Sistema de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) era envolvido somente com a saúde dos trabalhadores que possuíam carteira assinada e profissão regulamentada, deixando uma grande camada da

população brasileira sem a assistência com a qualidade necessária, tendo que recorrer aos serviços públicos que não possuíam recursos e instalações adequadas.

Com a crise no financiamento do sistema previdenciário e com a mobilização dos trabalhadores no Movimento de Reforma Sanitária, no final da década de 80, o INAMPS decide acabar com a obrigatoriedade da apresentação da Carteira de Segurado para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Essa decisão provocou a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), através de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Com essa decisão a saúde passa a ter um aspecto universal, onde todos os cidadãos passam a ter direito ao atendimento oferecido pelo sistema de saúde vigente na época (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano 1990, pouco antes da criação efetiva do Sistema Único de Saúde – SUS, o INAMPS passa da responsabilidade da Previdência para o Ministério da Saúde, passo inicial para a criação de um sistema de saúde que visasse o bem estar de toda as camadas da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Finalmente em novembro de 1990, promulga-se a Lei que irá extinguir definitivamente o INAMPS, deixando a área da saúde pública brasileira a cargo do SUS.

As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 15)

Com a preservação da lógica de financiamento e alocação de recursos o SUS inicia suas atividades com base em uma instituição que delimitava a parcela da população que iria assistir e fornecer seus serviços de saúde. As transformações ocorridas nas décadas de 80 a 90 culminaram no primeiro princípio doutrinário que norteia o SUS, a universalidade de seu atendimento, característica esta que o diferencia de outros sistemas de saúde existentes no mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Seguindo estes preceitos todos os cidadãos possuem os mesmos direitos havendo garantia de atendimento, sem distinção de raça, credo ou classe social. Além disso, é garantida a participação da comunidade, a descentralização político administrativa (com direção única em cada esfera do governo), regionalização e hierarquização da rede de serviços da saúde e a integralidade de assistência.

No Brasil, o atendimento hospitalar é oferecido à população através de convênios particulares e com o SUS. A atuação do Sistema Único de Saúde transcende as instalações públicas, garantindo o atendimento aos pacientes por meio de convênios firmados com os

hospitais privados e/ou filantrópicos. Esta foi uma forma encontrada para garantir o atendimento, uma vez que a estrutura de saúde pública não suporta a demanda de serviços, por não possuir as quantidades necessárias de hospitais, equipamentos, recursos humanos e materiais.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2002) no Estado de Santa Catarina existem 346 hospitais, sendo que nem todos estão vinculados ao Sistema Único de Saúde. Desses hospitais, 08 são estaduais, 126 são filantrópicos, 14 são municipais, 190 são privados e 08 são universitários.

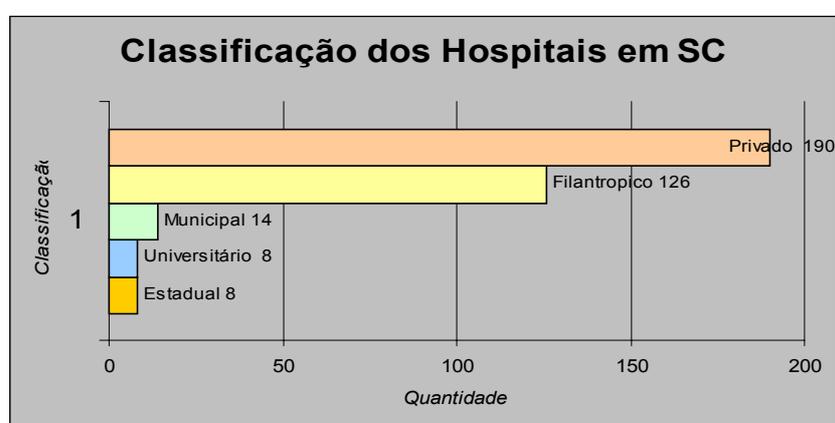


Figura 6: Classificação dos hospitais em Santa Catarina  
Fonte: Ministério da Saúde (1999)

Pela leitura da figura 6 é possível perceber que de toda capacidade hospitalar instalada no Estado de Santa Catarina o segmento filantrópico abrange 36,40% do total de hospitais. Isso é explicado pela preocupação, muitas vezes de igrejas e irmandades, com a saúde da população, caso que será apreciado com o estudo do Hospital de Caridade.

#### 4.1.1 A administração no setor hospitalar

A história dos hospitais e do atendimento aos doentes remonta desde as épocas mais remotas da civilização, porém neste período os hospitais possuíam finalidades diferentes dos tempos contemporâneos.

Antes do século XVIII os hospitais não eram propriamente um espaço para tratamento dos doentes, mas sim de assistência ao pobre e também de separação ou exclusão dos indivíduos considerados perigosos para a saúde da população (BORESTEIN, 2000).

Assim, primeiramente a finalidade dos hospitais era a de isolar os doentes da sociedade, evitando que a enfermidade se alastrasse para as demais pessoas da sociedade. Nessa época a manutenção desses locais era baseada na caridade e a medicina atuava somente para diminuir o sofrimento do doente.

Trevisan (1988) expõe que na época que antecedeu a era cristã, e depois do cristianismo, a prática médica e a religiosa se confundiam a ponto de ser determinada pelas seitas religiosas a construção de hospitais ao lado de igrejas e mesquitas. A autora complementa que o hospital se destinava à manutenção da ordem social, ao mesmo tempo que atendia os doentes e necessitados. Isto explica o fato de no Brasil os primeiros hospitais surgidos terem sido de iniciativas da Igreja e se caracterizarem por ser instituições de caridade e/ou hospedarias, onde os necessitados (pobres, velhos, feridos, doentes e ociosos em geral) recebiam o cuidado de Ordem Religiosa e leigas (BORESTEIN, 2000).

Somente a partir da segunda metade do século XIX o hospital passou a ser visto não mais como um local de isolamento, mas sim um local de cuidado efetivo do doente. Essa mudança de visão ocorreu devido às descobertas de Pasteur e, principalmente com a atuação de Florence Nightingale, enfermeira que se dedicou às causas hospitalares de maneira decisiva e que foi pioneira em aplicar as funções administrativas nas organizações hospitalares (TREVISAN, 1988).

Os progressos na medicina científica, o surgimento de funções de cuidado médico e de enfermagem mais complexas, a diferenciação das especialidades médicas, o crescimento dos planos médicos particulares, a maior atenção pública à qualidade do serviço hospitalar e o papel mais proeminente do governo em relação à saúde foram fatores que contribuíram para o desenvolvimento do setor hospitalar e a introdução da administração no campo hospitalar (TREVISAN, 1988).

O Hospital, em uma concepção moderna, não pode ser visto como uma “oficina reparadora” do corpo humano, mas sim como um local em que os consumidores dos serviços de saúde procurarão o atendimento de suas necessidades e desejos (SCARPI, 2004). Estes desejos envolvem acessibilidade, resolutividade, alta tecnologia e excelência na prestação de serviços, trazendo novas demandas à administração no campo hospitalar, confirma Scarpi (2004).

Um ponto em comum nas organizações de saúde que vem conseguindo bons resultados é a profissionalização de suas administrações (PADUAN, 2004). Entretanto, Paduan (2004) afirma que este assunto só ganhou importância no país atualmente, pois o setor

de saúde tem como característica primária colocar o melhor profissional de medicina como gestor do hospital. Na opinião de Scarpi (2004) os cursos de graduação em Medicina dão pouca ênfase ao ensino de técnicas e modelos de administração de negócios em saúde, o que, segundo seu ponto de vista, reflete diretamente em uma gestão inadequada deste tipo de organização.

## 4.2 Conhecendo o Hospital de Caridade

### 4.2.1 *Um pouco de história*

Para o autor Greiner (1998) a história de vida de uma organização pode fornecer muitas respostas para o entendimento da situação presente. Considerando que tal pesquisa trata da relação da organização com seu ambiente baseado no ciclo de vida organizacional isto adquire um caráter ainda mais relevante.

O Hospital de Caridade (HC), localizado no Centro de Florianópolis, Capital de Santa Catarina, situado a rua Menino Deus, é uma instituição filantrópica, de caráter assistencialista-religiosa, sem fins lucrativos mantida e administrada voluntariamente pela Irmandade do Senhor Jesus dos Passos (ISJP). Tais características do hospital permite enquadrá-lo como uma organização pertencente ao terceiro setor, pois seguindo os conceitos de Fernandes (1994, 1997) e Coelho (2002) é privado, não apresenta finalidades lucrativas, está voltado aos interesses coletivos e é administrado voluntariamente

A ISJP é uma associação beneficente católica cristã que foi instituída por lideranças locais de Desterro<sup>9</sup>, no ano de 1765, reunindo pessoas ou os chamados “irmãos” que apresentavam como objetivo principal a prática de obras de misericórdia<sup>10</sup> (PEREIRA, 1997) e o culto ao Jesus dos Passos (HOSPITAL DE CARIDADE, 2005).

---

<sup>9</sup> Em 1765 o município de Florianópolis era denominado “Nossa Senhora do Desterro” e não havia ainda sido elevado à categoria de cidade, pois tratava-se de uma vila.

<sup>10</sup> Conforme Pereira (1997), as Obras de Misericórdia são uma tradição católica portuguesa e sua prática foi trazida para o Brasil no processo de colonização. Na época elas representavam o ideal de vida cristã e aplicava-se às instituições que assumiam a criação de pessoas abandonadas, tratamento de enfermos, sustento dos pobres e demais atos de caridade. É um elenco de quatorze obras de caridade divididas em dois grandes grupos: *as espirituais* (catequisar, consolar, rezar, sofrer com paciência) e *as corporais* (visitar os presos, curar os enfermos, dar comida aos famintos, dar pouso aos peregrinos e cobrir os mortos). No princípio, as obras de misericórdia eram praticadas pelas “confrarias” ou “irmandades” que integravam religiosos (freiras, sacerdotes, irmãos). Posteriormente, surgiram também as confrarias de leigos, formadas por pessoas de posse econômicas elevadas que doavam parte de sua riqueza e poder ao serviço das misericórdias (PEREIRA, 1997).

Na época, os integrantes da Irmandade eram pessoas de posse, católicas, religiosas e desenvolviam obras assistenciais com compromissos espirituais e de prestar cuidados corporais (BORENSTEIN, 2000). Cabe à Irmandade a administração, manutenção e zelo pelo Hospital de Caridade e às demais atividades religiosas (PERUCHI, 2000). No total, atualmente são mais de 2000 associados ou “irmãos” e “irmãs” que fazem parte da Irmandade<sup>11</sup>.

A história do Hospital está intimamente ligada a da Irmandade e tem como marco inicial o ano de 1782. Neste período a ISJP iniciou a prática de Obras de Misericórdia prestando assistência aos doentes pobres, com alimentação e cuidados médicos, através de seu irmão Antônio da Silva Gomes, que prestava gratuitamente seus serviços. Porém, com o desenvolvimento dos trabalhos, a capacidade do asilo já se demonstrava insuficiente para tratar um número grande de doentes e assim surgiu a iniciativa para a construção do primeiro hospital de Santa Catarina e da terceira Casa de Misericórdia do Brasil. A edificação do hospital foi resultado de um esforço conjunto da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, do Irmão Joaquim e do trabalho pioneiro da beata Joana de Gusmão.

No dia 1º de janeiro de 1789, o Hospital de Caridade<sup>12</sup>, nesta época denominado Jesus, Maria e José, foi oficialmente inaugurado iniciando suas atividades em uma pequena construção edificada ao lado da Capela Menino Deus.

A seguir, encontra-se descritos em ordem cronológica, os principais fatos históricos ocorridos com o Hospital de Caridade (HOSPITAL DE CARIDADE, 2005; PERUCHI, 2000):

1818 – o Governo de Nossa Senhora do Desterro arbitrariamente decreta que o HC passaria a ser considerado militar. Neste mesmo ano o hospital retornou aos cuidados da Irmandade.

1854 – passados meio século após a construção as instalações encontravam-se precárias e iniciou-se uma nova edificação. O Hospital passou a utilizar o título de “Imperial”.

---

<sup>11</sup> Há um determinado “perfil” para integrar a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, entre as características: gozar de bom conceito moral, assumir o compromisso de respeitar e cumprir com seus deveres perante a Irmandade e realizar o pagamento de anuidades (HOSPITAL DE CARIDADE, 2005).

<sup>12</sup> Segundo Boreinstein (2000) as Santas Casas, tal como o Hospital de Caridade, constituíram as primeiras instituições de assistência à saúde no Brasil e não eram administradas pelo governo, mas sim por instituições religiosas. O caráter da assistência prestada nesta época era muito mais voltado aos objetivos caritativos e de assistência espiritual aos pobres do que propriamente a cura de doenças ou tratamento terapêutico.

1906 – a Irmandade obteve ajuda para aumentar o hospital, pois a procura do público tornara-se maior que o suportado não havendo, portanto, espaço físico para os atendimentos assistenciais adequados. Além das atividades hospitalares e do culto, a Irmandade abrigava também crianças órfãs e sem condições financeiras, educando-as através do "Colégio da Igreja do Menino Deus".

1926 – inicia-se uma reestruturação do hospital através da ampliação de leitos, aquisição de equipamentos, inauguração de salas para a realização de pequenas cirurgias com alguns médicos prestando o serviço na área assistencial. Devido o aumento dos trabalhos na enfermarias as irmãs da Divina Providência também são chamadas para prestar assistência.

1949 – a área física do hospital continua progredindo e o HC amplia seus serviços oferecendo o atendimento de pediatria e ao adulto no ambulatório e nas internações. Este período também foi marcado pela busca de recursos para a manutenção da assistência hospitalar gratuita.

1962 – 1975: o Hospital assina um convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina e com isto ocorreram obras de ampliação de enfermarias. A Universidade, nesta época, não dispunha de hospital próprio e percebeu no HC o espaço ideal para a prática. Este fato foi importante para que a Irmandade continuasse viabilizando o atendimento gratuito, pois com a vinda dos recursos federais a manutenção do hospital estava garantida. Conforme Peruchi (2000) o hospital nesta época operava com recursos limitados e critério científico possível em laboratório de análises, farmácia, serviços de radiodiagnósticos, radioterapia, eletrocardiografia entre outras unidades complementares. No ano de 1975, o Hospital passa novamente por uma reforma executada pela própria Universidade, a fim de adaptá-los às exigências do ensino médico.

1980 – a Universidade Federal de Santa Catarina inaugura o seu próprio hospital cessando a transferência de recursos para o hospital.

1989 – o Hospital de Caridade completa 200 anos desde sua construção.

1994 – no dia 5 de abril ocorre o mais trágico evento da história do hospital. Um incêndio destruiu 70% da área construída. As portas do hospital foram novamente abertas no dia 22 de agosto, já com boa parte das instalações recuperadas.

1995 – ocorre a criação da Fundação Cultural Senhor dos Passos com a responsabilidade de inventariar, resgatar, conservar, guardar, restaurar e apresentar ao público o patrimônio histórico, cultural, arquitetônico, religioso, hospitalar e natural, pertencente à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos.

#### ***4.2.2 O Hospital de Caridade hoje***

O Hospital de Caridade é cadastrado pelo Ministério da Saúde como “CACON 1” com radioterapia e é regulamentado pela Portaria 3535 de 2 de setembro de 1998 do Ministério da Saúde (OLIVEIRA, 2002). Os CACON’s são unidades públicas e filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente câncer.

Devido a sua diversidade e complexidade de serviços, o HC é considerado um dos maiores do estado catarinense oferecendo os seguintes serviços: centro cirúrgico, emergência geral, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) geral e unidade coronariana, serviços de radioterapia e radiomoldagem, serviços de radiologia, serviços de fisioterapia e serviços de fonoaudiologia. Além disso, conta com a atuação de inúmeras clínicas que atuam como parceiros do Hospital, dentre elas encontram-se: a Belvedere (unidade de dependência química); Centro Catarinense de Medicina Nuclear; Centro Oncológico de Florianópolis (CEOF); Cineângio; Clínica de Olhos Dr. Henrique Packter; Clínica do Rim e Hipertensão Arterial; Gastroclínica; Instituto Diagnóstico de Anátomo Patológico (IDAP); Laboratório de Análises Clínicas Santa Luzia; Centro de Neurodiagnóstico; Proctologia e Uroclínica. Em termos de terceirização o único serviço que opera nesta linha é a administração do estacionamento e pátio do HC.

O custeio de suas atividades é mantido com recursos advindos de rendas provenientes de patrimônio imobiliário pertencente à Irmandade, doações, aluguel de espaços para clínicas, convênios com SUS e com planos de saúde e internações particulares, estas últimas se constituem a principal fonte de recursos. Segundo entrevistas realizadas, a

participação dos recursos públicos é baixa e ocorre de maneira mais pontual no financiamento de projetos de compras de equipamentos, medicamentos e materiais de enfermagem.

A capacidade atual de atendimentos do Hospital é de 226 leitos, o que representa em um ano a disponibilização de 78.041 leitos (HOSPITAL DE CARIDADE, 2005). No quadro 8, encontra-se um resumo estatístico com os principais resultados alcançados pelo Hospital em 2004.

<i>Indicador hospital</i>	<i>Resultado</i>
Nº de internações	8.521
Taxa de ocupação anual	88,84%
Total de pacientes/dia	70.129
Média permanência dos pacientes (em dias)	8,22
Nº de atendimentos/emergência	26.349
Nº de funcionários ativos	678

Quadro 8: Resumo de Estatística 2004

Fonte: Informativo Hospital de Caridade (HOSPITAL DE CARIDADE, 2005)

Do número total de leitos, 129 atendem os pacientes do SUS, sendo que há pretensões de até o mês de julho de 2005 ampliar este número para 146. Considerando o contingente total de pacientes atendidos isto representa mais de 60% de clientela proveniente do SUS. Cabe esclarecer que tal percentual é fixado pelo Ministério de Saúde como condição para recebimento e manutenção do “Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos”. Já os quartos classificados como “apartamentos” em que há apenas um paciente por unidade não são subsidiados pelo SUS e, por isso, são destinados para os pacientes de convênios ou internações particulares.

A operacionalização de todos estes atendimentos é realizada pela atuação de uma equipe composta por 678 funcionários distribuídos entre médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, escriturários, recepcionistas, auxiliares administrativos, pessoal de serviços de apoio entre outros profissionais (PERUCHI, 2000). A contratação dos funcionários passa por processos seletivos, mas há também um trabalho de valorização interna que procura dar oportunidades para aquelas pessoas que já integram o quadro pessoal do Hospital. Do corpo médico, 36 são empregados pelo próprio HC e 385 são médicos credenciados. O credenciamento segue um rigoroso procedimento que passa inicialmente pela análise da documentação, avaliação da

provedoria, análise do médico especialista e por fim há uma avaliação por parte de uma comissão que é integrada pelo diretor técnico, procurador do hospital, um representante da Mesa Administrativa e três médicos do corpo clínico. Em termos de treinamento e capacitação dos colaboradores, observa-se na fala dos entrevistados uma preocupação do HC pela atualização contínua dos seus profissionais. Porém, as necessidades de treinamento hoje são mais pontuais e contingenciais, enfocando determinado assunto conforme a ocorrência das situações.

Em termos de estrutura organizacional (vide anexo 2), a Irmandade possui como órgão máximo de decisões o Conselho Pleno que é presidido pelo Provedor (pessoa responsável pela coordenação dos trabalhos da Irmandade) e formado por 12 conselheiros, além dos ex-provedores que são considerados membros natos. Este conselho reúne-se duas a três vezes no ano e é o órgão normativo e deliberativo da última instância, tendo como função apreciar as decisões e atividades do Hospital em um contexto geral. Hierarquicamente abaixo, há o Conselho Consultivo que é um órgão de aconselhamento, o Conselho Fiscal, que atua como fiscalizador das finanças do HC e a Mesa Administrativa - órgão colegiado de decisão superior, responsável pelo planejamento, coordenação e controle normativo e deliberativo de primeira instância.

A Mesa Administrativa atua diariamente no HC e responde por sua administração central do HC sendo constituída pelo provedor, secretário geral, tesoureiro geral e procurador geral. As pessoas que integram os cargos da Mesa e que também compõem o Conselho Pleno não são remuneradas caracterizando assim um trabalho voluntário.

O provedor, além de ser a figura central da Irmandade, pode-se dizer também que é o diretor geral do Hospital. Antes esta função era de responsabilidade de um superintendente - um profissional com conhecimento técnico na área médica ou administrativa, contratado especificamente para administrar o hospital.

A designação dos componentes da Mesa ocorre por processo eletivo bianual, podendo haver reeleição por mais um mandato. Qualquer pessoa pode criar uma chapa e participar da eleição da Mesa, bastando apenas ter iniciativa para exercer o trabalho voluntário no Hospital e ser integrante da Irmandade. Entretanto, pelas entrevistas realizadas, foi identificado que existe um determinado “consenso” na formação das chapas. Não necessariamente há um perfil pré-determinado, indicando que nem sempre os membros da Mesa possuirão experiência direta no setor médico-hospitalar. Em geral, são pessoas com formação superior, que possuem conhecimentos em outras áreas ou setores ou foram

ocupantes de cargos públicos ou até mesmo possuem negócio próprio e que, de forma direta ou indireta, podem contribuir para a administração do hospital.

Após o encerramento da gestão, os ex-provedores integram o Conselho Pleno como integrantes nato. A limitação de tempo máximo de atuação da provedoria passou a ser adotada na gestão de 1995 de Aloísio Acácio Piazza. Na história do Hospital de Caridade verifica-se que muitos provedores permaneceram nos seus cargos por longos anos, o maior deles foi o do coronel Germano Wendhausen, que teve um mandato que começou em 01/07/1894 e encerrou-se em 26/05/1930 (PEREIRA, 1997). Charles Edgar Moritz foi o segundo maior provedor atuando no período de 1982 a 1995.

A diretoria executiva do Hospital é composta por diretoria técnica hospitalar, diretoria administrativa, diretoria financeira e diretoria clínica. Atualmente o cargo da diretoria administrativa não está ocupado. Ao contrário dos componentes da Mesa os profissionais que ocupam estes cargos são contratados e remunerados pelo HC. A contratação do Diretor Clínico é diferenciada e o seu ocupante é eleito pelo próprio corpo médico do Hospital, o tempo de mandato corresponde ao da Mesa, ou seja, dois anos. A diretoria técnica tem como papel principal resguardar o fiel cumprimento do código de ética médica, enfermagem e de outros profissionais ligados à área da saúde, fiscalizando o cumprimento de resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina (CRM), Ministério da Saúde (MS) e legislação sanitária. A diretoria técnica é um órgão obrigatório em qualquer hospital e sua existência é definida pelo CFM. A diretoria executiva do HC como um todo está subordinada diretamente à Mesa Administrativa e, de acordo com as entrevistas, têm acesso direto aos seus ocupantes para apresentar propostas, sugerir e subsidiar as decisões.

#### **4.3 O processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade de 1974 a 2004**

Esta seção apresentará a análise do processo de adaptação estratégica discorrendo as principais mudanças ocorridas, os *stakeholders* envolvidos e os fatores internos e externos que foram considerados pela coalizão dominante. Para tanto, foram identificados, com base na opinião da coalizão dominante, os eventos críticos vivenciados durante o decurso analisado e estes foram agrupados em períodos estratégicos que, na definição de Cunha (1996), é

caracterizado por um conjunto de decisões que cria um padrão de comportamento estratégico característico do período.

Para um melhor entendimento do processo adaptativo estratégico a divisão cronológica do primeiro período iniciará em 1962 antes do ano demarcado como ponto de partida do estudo (1974), pois determinados acontecimentos ocorridos anteriormente foram importantes para o entendimento do caso.

#### ***4.3.1 Período estratégico I – o hospital escola (1962-1980)***

O primeiro período estratégico caracteriza-se por ser uma etapa de relativa estabilidade do Hospital em relação ao seu ambiente externo. O Caridade configurava-se o único hospital geral da época, sendo referência para a população de todo o Estado. Os recursos do governo eram obtidos de forma mais fácil, pois na época existiam poucos hospitais públicos atuantes em Florianópolis, informa o entrevistado 11.

Dois eventos críticos marcam o período: a assinatura do convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina e a criação da superintendência para administração do Hospital.

No início da década de 60, a direção do Hospital de Caridade ainda estava a cargo da Mesa conjuntamente com as Irmãs, que na época cuidavam da supervisão geral do hospital, incluindo as unidades de enfermagem, consultório, salas cirúrgicas e farmácias (PEREIRA, 1997).

Um dos principais eventos críticos ocorridos nesta fase foi a assinatura do convênio com o curso de medicina da UFSC, em 1962. Como a Universidade não dispunha de instalações hospitalares próprias, gerou-se a necessidade de um hospital para o ensino clínico e o Caridade foi percebido como o local ideal.

O convênio com a UFSC representava a garantia do repasse mensal de um determinado volume de recursos financeiros para o Hospital de Caridade, que, de acordo com o depoimento de um dos entrevistados, eram substancioso e advinha não apenas do Ministério da Saúde, mas também do próprio Ministério da Educação. Segundo o entrevistado 11, outras fontes de renda eram provenientes de: (a) recursos de convênios estabelecidos com os antigos Institutos de Aposentadoria – IAP's de classes profissionais existentes na época (bancários, comerciários, industriários, dentre outros) até a advento do SUS em 1988 com a promulgação da Constituição Federal; (b) doações de políticos, religiosos e devotos; (c) apoio dos órgãos públicos em projetos.

É interessante esclarecer que neste período as pessoas que não possuíam carteira assinada eram consideradas “indigentes”. Tal público, conforme os entrevistados, era o principal motivo de atuação do hospital. Na época, o sistema de saúde era o INAMPS que tinha como foco a saúde dos trabalhadores registrados formalmente.

Apesar do repasse de recursos pelo Governo, o Hospital de Caridade já enfrentava dificuldades financeiras para manter suas operações.

Em termos de expansão de serviços e melhorias nas instalações físicas, a própria Universidade empreendeu alguns investimentos no Hospital. Para um melhor desempenho do ensino, em 1962 houve a ampliação das enfermarias e em 1975 foram realizadas outras adaptações, onde foi construído um anfiteatro para aulas doutrinárias, uma unidade ambulatorial com consultórios médicos, postos de enfermagem e sala de curativos.

Outra mudança ocorrida neste período foi a mudança na estrutura organizacional com a criação da superintendência no final de década de 60 e início de 70. A função de direção geral do hospital, antes uma atividade voluntária exercida pelo provedor, passaria a ser executada por um profissional contratado – o superintendente. Desta forma, ocorreu uma divisão das atribuições da provedoria e da Mesa Administrativa, que ficou com as atividades religiosas da Irmandade e a supervisão da gestão da superintendência, cabendo a esta última a administração geral do hospital.

Segundo depoimento do entrevistado 11, uma série de fatores levaram a Mesa a tomar esta decisão. Um deles foi a saída das Irmãs que trabalhavam nas enfermarias e auxiliavam na própria administração do hospital. As ordens e congregações religiosas não estavam autorizando o envio de novas Irmãs para o trabalho em asilos e hospitais, pois implicava em uma não renovação de freiras nos conventos. Assim, o Hospital de Caridade viu a necessidade de contratar profissionais para auxiliar na supervisão geral do hospital.

Outro fato que contribuiu para esta decisão foram as determinações legais do Ministério da Saúde, que passaram a exigir no quadro funções técnicas que requeriam determinado nível de escolaridade, como por exemplo, o cargo de Diretor Técnico que deveria ser ocupado por um profissional com formação em medicina e administração hospitalar.

Correlacionando com os preceitos da teoria institucional, percebe-se neste ponto a influência de práticas isomórficas normativas e coercitivas (DIMAGIO E POWEL, 1983) sobre o desenho organizacional do Hospital de Caridade, pois leis regulamentares e normas

profissionais de certa forma influenciaram de maneira determinística a decisão de mudança na estrutura.

O referencial de Miles e Snow (1978), mais especificamente o “ciclo de adaptação”, também pode ser utilizado para explicar o comportamento estratégico do Hospital no período. Os autores sugerem que a adaptação estratégica pode emergir de um problema *empresarial*, de *engenharia* ou *administrativo*. No caso do Hospital de Caridade, os problemas que parecem mais evidentes no período e que deflagaram o processo de adaptação foram o *empresarial* e o *administrativo*. O *empresarial* pelo fato de ter sido estabelecido o convênio com a UFSC, alterando os serviços oferecidos e a rotina de trabalho do Hospital. O *administrativo*, por sua vez, refere-se a necessidade de mudança na estrutura organizacional, concretizada com a criação do modelo superintendência.

Com relação ao modelo de Hrebiniak e Joyce (1985), conforme expressa a área hachurada da figura 7, infere-se que o Hospital de Caridade no período estratégico I encontrava-se nos quadrantes I e IV. No início, embora o determinismo não fosse tão alto, as mudanças foram de caráter incremental, sem grandes transformações na organização, configurando um comportamento passivo da ação gerencial. Pode-se dizer que o ambiente era relativamente plácido, ou seja, haviam poucos fatores externos ou internos intervenientes que representassem uma ameaça para a atuação do Hospital de Caridade. Contudo, a partir da década de 70, as condições ambientais (regulamentações do setor, dependência de recursos) tornaram-se mais fortes, resultando em um alto determinismo. A ação gerencial continua baixa, sem grandes mudanças na organização.

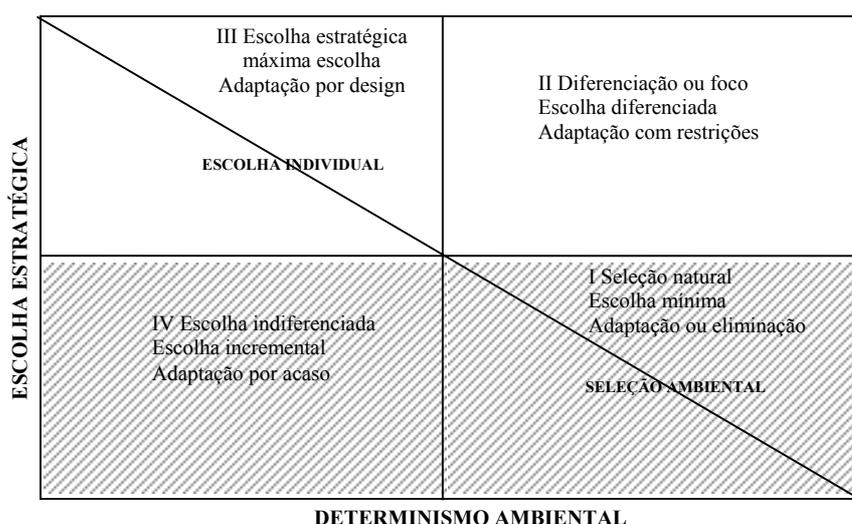


Figura 7: Comportamento estratégico no Período I  
Fonte: Dados primários

Embora exista a constatação de que a provedoria da Irmandade, mais especificamente a Mesa Administrativa e o Conselho Pleno foram os grupos centrais na definição das mudanças ocorridas no período I, outros atores – *stakeholders*, também influenciaram o processo de adaptação estratégica (vide figura 8).

Dois grupos de *stakeholders* refletem a influência do governamental no processo adaptativo. Um deles é o Ministério da Saúde, pois as regulamentações emanadas por este órgão influenciaram de forma direta as decisões tomadas pelo Caridade, mais especificamente a mudança na estrutura organizacional e o próprio processo de profissionalização do hospital. Outro órgão federal que de certa forma também influenciou a ação do Hospital de Caridade foi o próprio Ministério da Educação, pois com o estabelecimento do convênio com a UFSC mudanças e investimentos foram realizados para que fosse possível o ensino da medicina no Hospital.

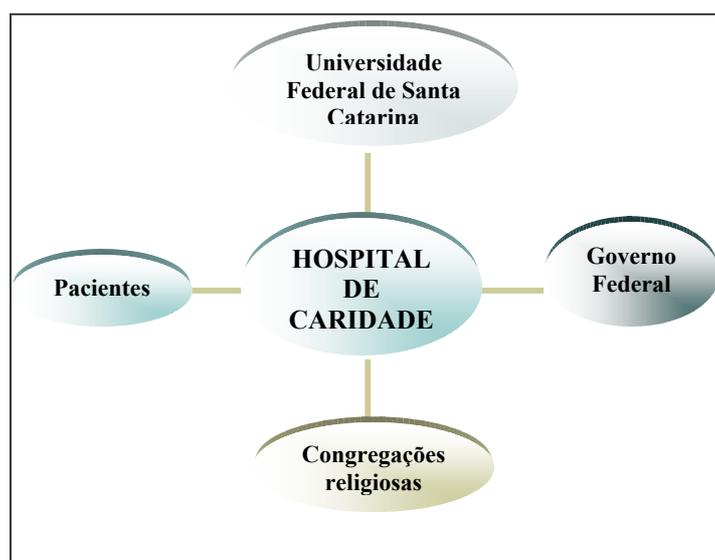


Figura 8: *Stakeholders* do período estratégico I  
Fonte: Dados primários

As congregações religiosas também contribuíram para o processo de adaptação estratégica. As irmãs executavam um papel de supervisão interna do hospital e com a sua saída a Irmandade se viu obrigada a substituição de pessoas para coordenação e atuação em diversas áreas do hospital.

A Universidade Federal também se destaca com um dos principais influenciadores sobre a ação do Hospital de Caridade. Com o ensino prático de medicina no próprio hospital adaptações foram efetuadas em termos de estrutura física, procedimentos hospitalares e

atuação de profissionais médicos e discentes. Além disso, com a assinatura do convênio os recursos financeiros para atuação do hospital foram garantidos por um período longo.

Por fim, é importante salientar como um dos *stakeholders* os próprios pacientes, pois o Hospital sempre procurou o atendimento igualitário a todas pessoas, principalmente aquelas com condições menos favorecidas, que é a razão de existência do hospital.

#### **4.3.2 Período estratégico II – crise financeira e estrutural (1980-1987)**

O evento que marca a passagem para o II período estratégico foi a transferência da faculdade de medicina para as instalações próprias do Hospital Universitário, findando o convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina. Embora ainda nesta época fossem mantidos outros tipos de convênios como, por exemplo, o estabelecido com o IPESC e determinados institutos profissionais, a extinção da parceria com a UFSC ocasionou impactos nas fontes de financiamento do hospital, influenciando na execução de suas atividades operacionais.

No início da década de 80, os recursos fáceis obtidos através do convênio não mais existiam, o que fez com que se agravassem ainda mais os problemas enfrentados pelo Caridade, entre estes: deficiências na estrutura física, fechamento de alas de internação, falta de equipamentos e medicamentos básicos. Houve uma inércia em termos de transformações no hospital, pois apesar dos problemas enfrentados até meados da década de 80 poucas mudanças significativas foram realizadas.

Entre as principais dificuldades enfrentadas, o fato que aparece com maior frequência é a escassez de recursos financeiros para a manutenção do hospital. As passagens das atas a seguir fornecem uma demonstração dos problemas enfrentados pelo Caridade (HOSPITAL DE CARIDADE, 1982, p. 120) nesta época:

- Na sessão ordinária da Mesa em 26 de agosto de 1982 o HC apresentava um *déficit* financeiro na época de 6.698.051,82 (seis milhões, seiscentos e noventa e oito mil, cinquenta e um cruzeiros e oitenta e dois centavos).
- Em 8 de dezembro de 1983 o tesoureiro fala da necessidade de um plano de trabalho mais consistente a fim de vencer a crise, em suas palavras: “[...] *embora o plano de*

*trabalho estabelecido no sentido de economia, este não é suficiente para equilibrarmos as funções do nosso Hospital [...]”.*

- No dia 21 de janeiro de 1985 a situação apresentava-se crítica. É feito um alerta à Mesa de que a folha de pagamento estava comprometendo 80% dos recursos. Faltavam medicamentos de urgência e, além disso, as instalações elétricas estavam precárias e colocavam em risco a segurança do Hospital.
  
- Em 21 de maio de 1985 um membro do corpo clínico, por meio de carta à Mesa Administrativa, expõe a falta de materiais para o atendimento de pacientes com patologia arterial. As condições de trabalho não eram suficientes para o atendimento ao paciente e não havia um estoque mínimo de materiais, informa o médico. “[...] a falta dos referidos materiais é motivo de angústia para o cirurgião que se depara com uma cirurgia de grande porte [...]” (HOSPITAL DE CARIDADE, 1982, p. 63).

O mais interessante é que, nesta época, as ações sugeridas para enfrentar os problemas financeiros geralmente não se referiam ao oferecimento de novos serviços ou diferenciação de especialidades. O enfoque maior era na redução de despesas, alienação de bens da Irmandade, busca de apoio público através do Governo Federal, Municipal ou Estadual e no desenvolvimento de campanhas para incentivar a comunidade na doação de recursos. Isto coaduna com as explicações de Chakravarthy (1982) a respeito da relação da capacidade material (materiais, humanos e financeiros) e a adaptação estratégica. Muitas organizações que enfrentam restrições de recursos ficam preocupadas em conservá-los e assim estabelecer estratégias defensivas.

Correlacionando com os estudos de Chakravarty (1982) o Hospital de Caridade neste período encontrava-se em um estado de adaptação do tipo *estável*, caracterizado pela busca da organização em amortecer as influências ambientais, ignorando determinados eventos, no caso, a necessidade de buscar uma solução consistente que garantisse a sobrevivência do hospital.

A baixa pró-atividade dos dirigentes organizacionais no Hospital de Caridade e o conseqüente incrementalismo no processo de mudança, indica novamente um período de relativa estabilidade do Hospital de Caridade em relação ao seu ambiente externo. Considerando os estudos de Hrebiniak e Joyce (1985), tal como ilustra a figura 9 a organização no segundo período estratégico permanece no quadrante I em que a escolha é

mínima e o determinismo é alto. Tal comportamento pode estar ligado ao fato do Hospital de Caridade ter vivenciado um período de grande escassez de recursos, fato este que, segundo Hrebiniak e Joyce (1985), é preponderante na definição de um comportamento estratégico mais ativo (escolha estratégica) ou reativo (determinismo).

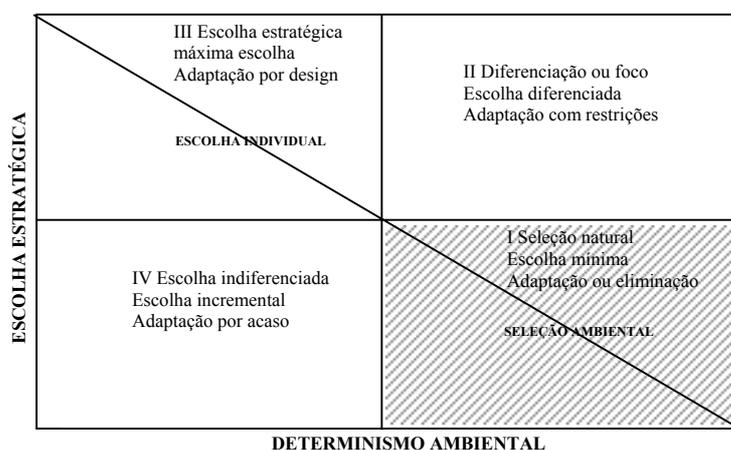


Figura 9: Comportamento estratégico no Período II

Fonte: Dados primários

#### 4.3.3 Período estratégico III – diversificação de serviços e o grande incêndio (1987-1994)

O terceiro período estratégico do estudo se caracteriza pela estruturação de medidas visando a sobrevivência e a superação da crise e pela percepção da Mesa Administrativa que os valores organizacionais do Hospital estavam sendo desvirtuados.

Um dos eventos críticos deste período foi a terceirização de serviços que começou a ocorrer com maior ênfase a partir de 1991. O Hospital de Caridade enfrentava uma deficiência em termos de equipamentos e atualização tecnológica na área hospitalar e era preciso manter-se em sintonia com as tendências, pois outros hospitais e clínicas já atuavam em Florianópolis e possuíam recursos avançados. A diversificação dos serviços era necessária, porém os recursos eram escassos. A saída encontrada pela superintendência foi introduzir serviços terceirizados por meio da atuação de clínicas e laboratórios, que eram de propriedade de médicos já atuantes no hospital. Com esta estratégia, novas especialidades foram disponibilizadas aos pacientes.

Na abordagem deste assunto junto aos entrevistados, percebeu-se um certo desconforto, principalmente pela forma como foram estabelecidos os contratos com as clínicas, que muitas vezes privilegiam as próprias clínicas do que o HC, enfatiza o pesquisado 4: “[...] sem dúvida esta parceria foi muito mais útil às clínicas do que para o Hospital de Caridade.”.

No relato do entrevistado 6 “[...] *antigamente eles diziam que o HC era ‘loteado’ porque foi a opção da Mesa da época que optaram pela hotelaria e deixaram a parte de clínicas terceirizadas, só que hotelaria não dá retorno.*”

Na percepção de alguns componentes da coalizão atual, a estratégia de implantar clínicas dentro do Hospital foi uma forma de beneficiar o próprio corpo médico (corporativismo) e também de não se preocupar em administrar a organização, já que os serviços estavam terceirizados.

Grande parte dos entrevistados percebe que a terceirização deveria funcionar como uma parceria saudável, porém na prática não acontece. Os contratos são diferenciados, em alguns, o Hospital de Caridade tem uma participação acionária. Em outros, as clínicas apenas têm que pagar pela ocupação dos espaços, ou seja, não há uma determinação que obrigue atender pacientes carentes que não tenham convênios ou condições de pagar pelos serviços particulares. Se o serviço oferecido pela clínica possuir cobertura do SUS o atendimento é procedido, caso contrário, dependendo da clínica, não poderá ser executado.

Na opinião do entrevistado 6, determinadas parcerias são importantes, pois o Hospital não têm condições disputar mercado com quem já é especialista no assunto e, além disso, os equipamentos de última geração possuem custos elevados, inviabilizando a compra pelo Caridade.

Percebe-se que já existe um movimento na Mesa Administrativa para reverter a situação das clínicas, entretanto, isto não pode acontecer repentinamente, tendo em vista que é preciso respeitar o prazo final de cada contrato. O entrevistado 12 expõe que hoje já é visível uma maior integração entre as clínicas e a Mesa Administrativa do HC: “[...] *por que as clínicas e os médicos estão entendendo que não podem ser só eles os beneficiados, o hospital também tem que se beneficiar.*”, informa.

A formulação da estratégia de diversificação de serviços pela superintendência, seguindo o modelo de Whittington (2002), parece se enquadrar dentro da *abordagem processual*, pois: a) ocorreu de forma mais emergente, levando em consideração a micropolítica da organização e os interesses próprios de coalizões de indivíduos e b) a estratégia tem caráter emergente que atendeu a interesses pluralistas (reconhecimento social, *status*) e não apenas a maximização de lucros.

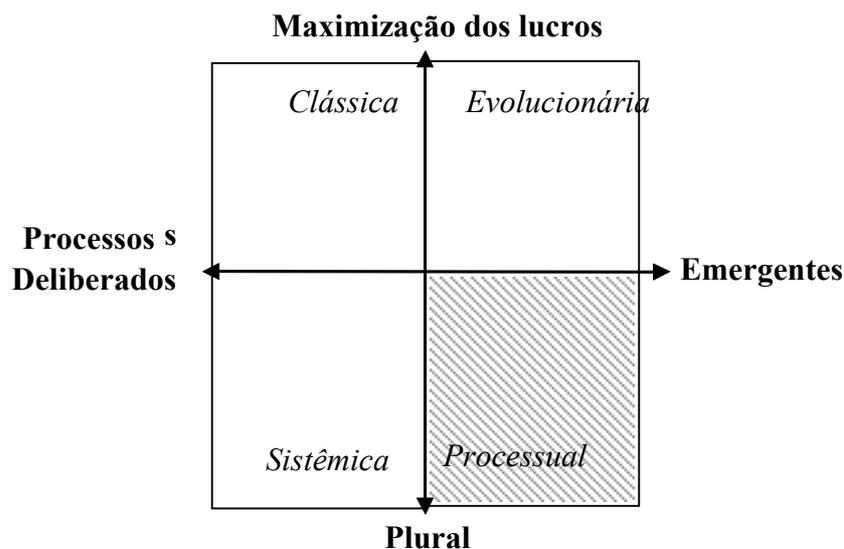


Figura 10: Perspectiva estratégica de Whittington (2002) no período III  
 Fonte: Whittington (2002)

Outros eventos importantes ocorreram no período, entre estes estão as modificações na forma de trabalho. O Hospital precisava ampliar o número de leitos e os médicos e enfermeiros ainda estavam habituados a manter o paciente durante longo períodos de internação. Isto não proporcionava a otimização das unidades e ainda ampliava os custos hospitalares. Com a transformação isto foi alterado e a ordem era manter o tempo suficiente para a cura do paciente. Outro fato importante foi o início do processo de informatização a partir de 1991, o que proporcionou a melhoria de determinados processos de trabalho, porém este movimento tornou-se mais forte a partir do ano de 1998.

Em meio a todo este processo de mudança, a Mesa Administrativa do Hospital de Caridade começou a perceber que os resultados das estratégias adotadas estavam distorcendo os princípios pelos quais a organização havia sido criada, que é o atendimento hospitalar à população mais carente.

Segundo um dos entrevistados, a Mesa sentiu que o sistema de participação médica criado pela superintendência estava privilegiando determinado grupo de pacientes (conveniados), em detrimento de outros que não possuíam plano de saúde particular (SUS). Para este entrevistado, “[...] (a mudança) começou a desvirtuar o princípio da Instituição com relação a sua casa de saúde, sua casa de caridade a ponto de chegarem a dizer que não era mais hospital de caridade e sim dos médicos, dos ricos.”

Percebeu-se neste ponto a influência dos valores da Irmandade na atuação do Hospital de Caridade, sendo que uma das referências ideológicas mais manifestadas nas entrevistas, até mesmo por aqueles que não integram a Irmandade, foi o atendimento

igualitário a todos os pacientes, independente de ser um conveniado particular ou do SUS. Segundo um dos entrevistados, a igualdade no tratamento é algo reforçado desde a ambientação do novo funcionário, nas suas palavras:

[ ] hoje nós exigimos que da mesma forma um particular está no suíte o carente está na enfermaria, nós damos a mesma roupa de cama, o mesmo tipo de cama, a mesma comida, o mesmo serviço, o tipo de bandeja, talher, tudo igual.

Em outro depoimento, um pesquisado faz uma mesma declaração a este respeito “A grande vantagem que o HC tem aqui em relação ao que oferece aos pacientes do SUS é o tratamento igualitário, porque a única coisa que difere aqui são os apartamentos, mas roupa de cama, hotelaria geral e comida, é tudo igual”.

Isto vai ao encontro do que o autor Moore (2000) discorre sobre as organizações do terceiro setor enfatizando que o valor principal está no alcance dos princípios sociais e na satisfação dos seus mantenedores ou criadores, diferentemente de uma organização com finalidades lucrativas em que o lucro e a satisfação dos investidores configuram-se como os valores principais esperados. Assim, embora o Hospital de Caridade estivesse se especializando e crescendo, isto não satisfazia os propósitos e princípios da Irmandade.

Um dos gerentes entrevistados confirma que nesta época os médicos que dirigiam o Hospital acabavam favorecendo eles mesmos, desconsiderando os valores e a missão do HC. “*Havia uma política clientelista e corporativista que conduzia o Hospital conforme interesses próprios*”, informa o entrevistado.

Apesar da Mesa Administrativa ser um forte grupo de poder durante toda a sua existência do Hospital, em meados da década de 80 e início de 90 sua participação foi menos atuante. A Mesa apenas apreciava a atuação da superintendência, porém isto não era feito *in loco*. Relatórios eram repassados, mas não havia uma atuação direta para comprovar os fatos relatados. O entrevistado 11 revela que os documentos transmitidos à Mesa eram pouco elaborados e estavam sempre atrasados. Em suma, o que se percebia era um desconhecimento por parte da Irmandade da real situação do HC.

A superintendência tinha total autonomia financeira e administrativa, tanto que no ano de 1991 foi dado poderes para que o gerente financeiro efetuasse as transações bancárias e pagamentos.

Entretanto, determinados problemas aos poucos foram aparecendo. Taxas básicas como água, luz e obrigações trabalhistas estavam atrasadas, além disso, haviam situações de aplicação indevida de recursos, compras de medicamentos desnecessários, desvios de

recursos. O Caridade nesta época passava por uma série de dificuldades, chegando a um ponto de que em alguns casos a própria família do paciente precisava comprar o remédio, pois este não havia no estoque.

Conforme depoimento de um dos entrevistados, nesta época, um conjunto de empresas (clínicas/laboratórios e fornecedores) acabavam influenciando as decisões do corpo clínico e da própria superintendência.

A Mesa Administrativa da Irmandade resolveu tomar uma posição e criou um grupo de trabalho denominado “*os quintaferinos*”, receberam tal denominação pelo fato de se reunirem todas as quintas-feira. A função desta força tarefa era verificar como estava a administração do hospital, levantando as possíveis irregularidades existentes. Os integrantes do grupo era os próprios componentes da Mesa e alguns do Conselho Pleno. Neste período, a Mesa voltou a estar mais presente no dia a dia do hospital.

Foi em decorrência destes fatores que a Mesa Administrativa chegou a conclusão de que a Irmandade deveria reassumir a direção do hospital e para isso foram efetuadas alterações no estatuto. A superintendência seria extinta e o gestor do hospital passaria a ser o provedor e a mesa administrativa. Entretanto, a ocorrência do incêndio em 6 de abril de 1994 fez com que a Irmandade adiasse por quase três anos a execução desta medida.

O grande incêndio de 1994 foi um dos eventos críticos mais comentados pelos entrevistados. Tal catástrofe teve grandes repercussões no hospital, houveram sete óbitos e a destruição chegou a comprometer mais de 70% das instalações físicas, ou seja, o hospital necessitaria ser reconstruído por completo, iniciando o trabalho praticamente da estaca zero. Equipamentos, estrutura administrativa e quase todas as alas de internações destinadas ao SUS foram queimadas. O incêndio de 1994 é um dos principais marcos divisores para o próximo período estratégico do Hospital de Caridade, que será discutido na seção seguinte.

Realizando uma análise teórica a respeito do terceiro período estratégico, percebe-se que a iniciativa da superintendência em diversificar as especialidades, através da instalação das clínicas e mudanças em modelos de trabalho arraigados há anos, foi uma forma de enfrentar as novas condições que o ambiente apresentava. A concorrência na área hospitalar estava crescendo e o hospital não possuía recursos para investir em novas tecnologias. A estratégia, considerando a classificação de Mintzberg (1987), foi emergente, ou seja, não houve um planejamento prévio formal, as decisões foram surgindo até que em um certo momento se tornaram um padrão de ação do período.

Fazendo uma correlação com as estratégias genéricas de Porter (1992), há evidências que a estratégia adotada pelo Hospital de Caridade foi a *diferenciação*, tendo em vista o oferecimento de novas especialidades.

Havia uma consciência por parte dos gestores que mudanças eram necessárias, pois o fato do Hospital de Caridade ser uma organização tradicional e de referência na área hospitalar não seria suficiente para mantê-lo em sintonia com um novo tempo que exigia atualização tecnológica contínua e profissionais capacitados. Além disso, era preciso garantir a sustentabilidade financeira, caso contrário, o atendimento ao público mais carente tornaria-se inviável, pois o repasse do SUS era insuficiente para cobertura dos custos.

Entretanto, verifica-se que as conseqüências das estratégias adotadas pela superintendência acabaram ferindo os valores e princípios organizacionais do Hospital de Caridade. Novas coalizões de poder foram delineadas, inclusive, tendo participação de grupos externos, como por exemplo, os fornecedores.

Motta (1979) salienta que o ambiente competitivo de organizações sem fins lucrativos faz com que a corrida mercadológica tenha uma conotação diferenciada, pois não se pode basear na competição e sim no atingimento dos objetivos sociais. Na prática do Hospital de Caridade tal fato foi constatado, pois com as mudanças efetuadas no período a Mesa começou a sentir uma inversão de valores por parte da Superintendência, além de problemas de toda as ordens (financeiros, jurídicos, trabalhistas, entre outros).

Percebe-se neste período estratégico a existência de múltiplas coalizões de poder, muitas vezes com interesses distintos e percepções diferenciadas a respeito do ambiente organizacional, o que coaduna com as indicações de Miles e Snow (1978) de que a definição das condições ambientais depende daqueles que efetivamente estão a frente do processo decisório. Por um lado, parece estar um grande grupo formado pela superintendência, o corpo clínico e fornecedores querendo atingir interesses de caráter mais instrumentais, enquanto por outro, encontrava-se a Irmandade procurando resgatar os valores substantivos de caráter caritativos que foram originadores da criação do Hospital de Caridade.

Utilizando-se da tipologia de Hrebiniak e Joyce (1985), diferentemente do período anterior, infere-se que o Hospital de Caridade encontrava-se de 1987 a 1994 no quadrante II (figura 11). Há um alto grau de determinismo em decorrência de fatores exógenos que afetam o processo decisório do hospital, principalmente normas regulamentares legais do setor hospitalar, porém a organização exerce escolhas (HREBINIAK E JOYCE, 1985), que pode ser comprovada com a estratégia de diversificação de serviços.

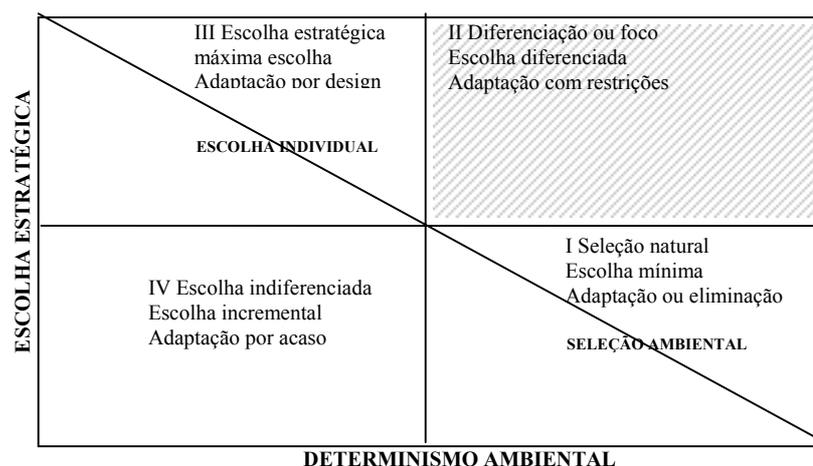


Figura 11: Comportamento estratégico no período III

Fonte: Dados primários

Neste período vários atores organizacionais influenciaram as decisões estratégicas do Hospital de Caridade (figura 12). Destacando-se os *concorrentes* que, de forma direta ou indireta, forçaram a organização à adoção de uma diversificação de serviços, pois a concorrência intensificava-se no campo hospitalar e a organização precisava adaptar-se aos novos ditames do seu ambiente de atuação.

Os clientes, por sua vez, influenciaram os objetivos organizacionais, pois a decisão de introduzir as novas especialidades médicas foi idealizada para abranger segmentos do mercado que até então não eram atendidos pelo Hospital. O foco foi direcionado para atrair clientes que procuravam o hospital não exclusivamente para internação, mas para a realização de consultas e exames laboratoriais, tornando-se um hospital de múltiplas especialidades.

Aparecem também como *stakeholders* os profissionais de saúde representando médicos entre outros especialistas da área e as próprias clínicas e laboratórios que passaram a atuar dentro do Hospital. Com a introdução dos serviços terceirizados, estes grupos influenciaram as decisões e a própria estrutura de funcionamento do hospital, repercutindo em mudanças na forma de trabalho.

Os fornecedores também exerceram neste período um certo grau de influência. Por um lado, havia aqueles que o Hospital de Caridade havia contraído grandes dívidas. Por outro, existia um segmento que se beneficiava com as decisões de compras efetuadas pela superintendência, repercutindo na atuação do Hospital de Caridade, principalmente no que se refere aos recursos financeiros e suprimentos médicos-hospitalares.

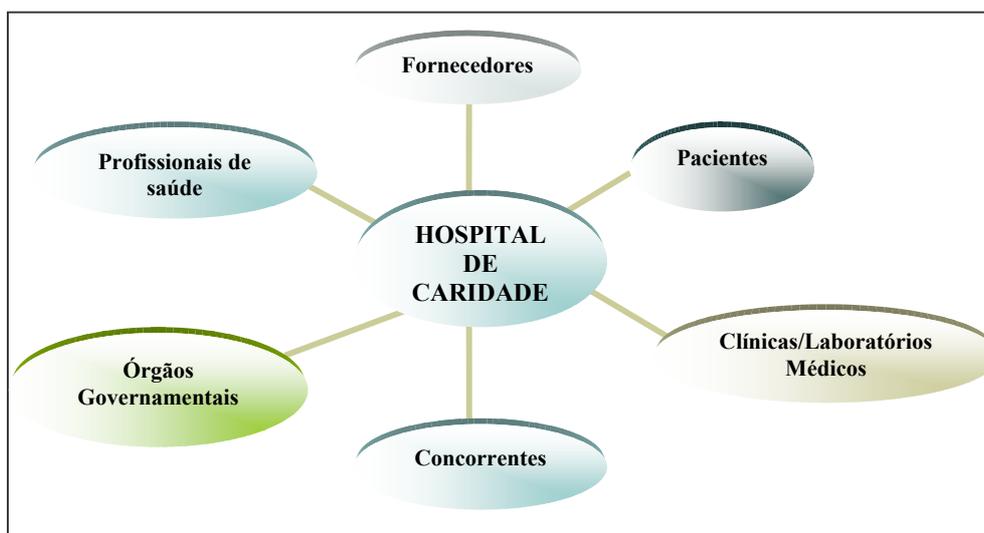


Figura 12: *Stakeholders* do período estratégico III  
Fonte: Dados primários

Os órgãos governamentais, representando as esferas federal, estadual e municipal, também mantiveram no período um certo grau de influência, tendo em vista que em decorrência de atrasos de obrigações trabalhistas e recolhimentos de outras obrigações pressões foram realizadas na organização para que a situação fosse regularizada.

#### **4.3.4 Período estratégico IV – a reconstrução (1994-1997)**

O período compreendido entre os anos de 1994 e 1997 assume relevância no processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade registrando uma fase de grandes mudanças, marcada por dois eventos críticos principais: a) o processo de reconstrução do Hospital e b) o retorno da Mesa Administrativa ao comando do Hospital de Caridade.

Para iniciar o processo de recuperação das instalações do HC, a Mesa Administrativa nomeou uma comissão com a responsabilidade de definir estratégias para a reedificação das áreas condenadas pelo incêndio. Pelos depoimentos dos entrevistados esta foi uma fase bastante difícil, pois a situação financeira do Hospital antes do ocorrido já não era

amistosa e, além disso, muitos equipamentos, materiais, documentos e informações foram perdidas, dificultando ainda mais o trabalho.

Conforme um dos pesquisados, uma das principais decisões tomadas por esta comissão foi não dispensar nenhum dos 540 empregados e médicos credenciados que integravam o quadro funcional. Por meio de uma parceria com o governo estadual, que auxiliou durante um período o pagamento de salários contribuindo com dois terços do valor total, cerca de 300 funcionários especializados foram transferidos para trabalhar em outros hospitais da rede pública, enquanto o Caridade era reerguido. Os demais funcionários do quadro foram elencados para auxiliar no grande mutirão de reconstrução. Os pacientes também foram transferidos para outros hospitais.

Conforme os relatos dos pesquisados, houve uma grande adesão de toda a sociedade no período de reconstrução. Em algumas entrevistas foi possível perceber uma certa emoção das pessoas ao tratar o assunto, nas palavras de um dos pesquisados: “[...] *foi uma lástima, porque morreram pessoas, poucas pessoas, mas a comunidade inteira se mobilizou para ajudar, isto foi muito bonito, comoveu.*”

Os recursos para a reestruturação foram provenientes de diversas fontes. Doações foram recebidas de fiéis, pessoas da comunidade, políticos, governo e empresas. Houve também a realização de campanhas para angariar recursos, como por exemplo, as contribuições em conta de água/luz e shows/festas beneficentes. Além disso, o HC aproveitou todos os materiais que poderiam ser reciclados para gerar receita.

Foram quatro meses de intensos trabalhos e no dia 15 de agosto de 1994 o HC reabria suas portas com 150 leitos recuperados, representando 65% do total de leitos disponíveis anteriormente ao incêndio.

É interessante destacar que, apesar do incêndio ter sido comentado pelos pesquisados como um evento trágico para o Hospital, foi algo que, conforme os depoimentos dos entrevistados, fez com que a Mesa Administrativa sentisse a necessidade de retomar efetivamente a administração do Hospital o quanto antes. Um dos depoimentos dos pesquisados representa a mudança desencadeada pelo incêndio:

O incêndio foi um fogo purificador, porque mudou, se não fosse o incêndio eu não sei teria havido esta mudança. Ele fez com a Irmandade acordasse e começasse a enfrentar o problema. E realmente estava uma situação de abandono, o hospital estava com pouquíssimos recursos, alas fechadas, [...], mas do jeito que estava indo não tinha como se recuperar. O incêndio motivou e então veio um grupo realmente assim com o ideal de reconstituir [...].

Além disso, como o Hospital de Caridade é considerado um patrimônio histórico, havia dificuldade em realizar reformas ou ampliações e com o processo de recuperação, alas, enfermarias, postos de serviços e salas de cirurgias foram reformadas conforme os padrões necessários.

A ocorrência do incêndio e todos os problemas que foram aparecendo confirmavam a necessidade da Mesa tornar-se mais atuante no Caridade. No ano de 1997, na época de eleição da Mesa, foi estabelecida uma alteração no Compromisso da Irmandade, determinando que o seu mandato passaria de quatro para dois anos, com possibilidade de reeleição por igual período. Anteriormente, as reeleições eram constantes e não havia alternância de poder, já que os provedores ocupavam o cargo e atuavam durante longos mandatos. Esta alteração previa também que cada ex-provedor tornaria-se automaticamente um membro nato do Conselho Pleno do Hospital de Caridade e, assim, apreciariam todas as ações executadas pelo novo provedor.

Com isso, finalmente foi implantada a modificação na estrutura organizacional prevista no período anterior, extinguindo a superintendência e tendo a Mesa Administrativa novamente como coordenadora geral do Hospital de Caridade. Porém, como informa o entrevistado 10, nos primeiros anos, mesmo extinta a superintendência, algumas pessoas que compunham a estrutura antiga ainda permaneciam, tendo em vista que em um primeiro momento não havia condições de todos os membros da Mesa assumirem integralmente as suas funções.

Com a decisão de retomada da administração do Hospital pela Mesa Administrativa vem à tona novamente a força dos valores e princípios organizacionais da Irmandade na atuação do hospital. Fica evidente também o distanciamento entre a percepção da superintendência e a Irmandade, no que se refere a missão e objetivos do Hospital de Caridade, confirmando as evidências de Miles e Snow (1978) e Astley e Van de Ven (1983) a respeito da noção de ambiente organizacional. No depoimento a respeito do retorno da Mesa Administrativa à administração do Hospital um dos pesquisados informou:

Eu acho isso muito bom porque as pessoas que estão sendo chamadas para colaborar ou contribuir são pessoas que têm um vínculo maior com a Instituição que não é só o emprego. Ele está embuído de valores e princípios que são aqueles norteadores da Irmandade. [...] Estas pessoas por pertencerem à Irmandade traduz-se ou presume-se que sejam pessoas que possam estar preocupadas e envolvidas com os destinos da Instituição.

Comparando as diferenças entre a superintendência e a Mesa Administrativa o entrevistado 11 declara, “[..]. *esse pessoal eles são profissionais, eles vão lá, são assalariados, não tem o amor que tem uma pessoa que vai lá por espontânea vontade. Pode ser até que exista, mas nós não tivemos a felicidade de encontrar estas pessoas.*”

Um outro depoimento demonstra a diferença de interesses entre a Mesa Administrativa e a superintendência:

A irmandade assumiu a mesa e começou a se dedicar mais ao hospital começou a evoluir, porque não tinha mais o interesse de cada um por trás, não foi investido realmente tudo dentro do hospital e tudo que se tem de lucro é revertido para o hospital.

Um dos pesquisados revelou que no Hospital de Caridade podem trabalhar pessoas de qualquer religião, mas há alguns princípios que devem ser seguidos, pois a Irmandade é a mantenedora do Hospital, que é de origem católica, tem princípios e estatutos que devem ser seguidos na íntegra.

Considerando o ciclo de adaptação estratégica de Miles e Snow (1978) dois aspectos parecem ser mais representativos na adaptação estratégica do período. O primeiro é o *problema empresarial* e está ligado diretamente com os serviços oferecidos pelo Hospital. A ocorrência do incêndio fez com que fosse promovida uma reconstrução do total das instalações físicas e, com isso, uma remodelação dos serviços oferecidos. O *problema administrativo* também se evidencia com a mudanças efetuadas na estrutura organizacional, marcada pelo retorno da Mesa à administração do Hospital de Caridade.

Foi possível perceber que de todos os eventos ocorridos no período de estudo a retomada da direção do hospital pela Mesa Administração foi indicada como um dos acontecimentos mais importantes ocorridos, tendo em vista as grandes melhorias efetuadas na gestão do Hospital de Caridade. No testemunho de um dos pesquisados:

A mudança mais marcante foi a administração pela Irmandade, porque quando eles estão aqui passam a ter conhecimento de tudo que acontecem, a interagir melhor com o corpo que aqui atua, porque o interesse dele é direcionado para o Hospital de Caridade em benefício da instituição como um todo, não em benefício próprio, mas da população. Apesar de eles não terem conhecimento não saber como é uma área médica ou de enfermagem, mas ao menos eles ouvem, aceitam a tua exposição, quando você justifica bem e eles participam desse teu cotidiano. Com eles não tem o interesse visando o benefício financeiro para eles, mas sim o crescimento da Instituição.

A diretoria executiva composta pelo diretores financeiro, administrativo, clínico e técnico manteve-se na estrutura organizacional, porém o órgão deliberativo voltou a ser a

Mesa Administrativa e o próprio Conselho Pleno, ou seja, houve deslocamento no poder que antes estava mais predominantemente concentrado na superintendência e diretorias do que na própria Mesa. A decisão não dependeria mais da figura do superintendente, mas sim de um grupo (Mesa Administrativa e Conselho Pleno) que deveria dialogar entre si e com a Diretoria Executiva e chegar a um consenso quanto a melhor decisão a ser tomada. Em suma, houve uma mudança na coalizão dominante da organização.

Em relação a estratégia da Mesa Administrativa de retomar a direção do Hospital, pode-se dizer que foi deliberada (MINZTBERG, 1987), pois já havia sido planejada antes da ocorrência do evento e envolveu a escolha intencional dos seus dirigentes.

Analisando a tipologia apresentada por Hrebiniak e Joyce (1985), neste período, a escolha organizacional praticada pelo Hospital de Caridade parece estar mais concentrada no quadrante I (figura 13). Frente aos eventos ocorridos, principalmente o incêndio, a possibilidade de escolha era baixa, pois havia inúmeras restrições financeiras e administrativas, além disso, o determinismo ambiental era alto.

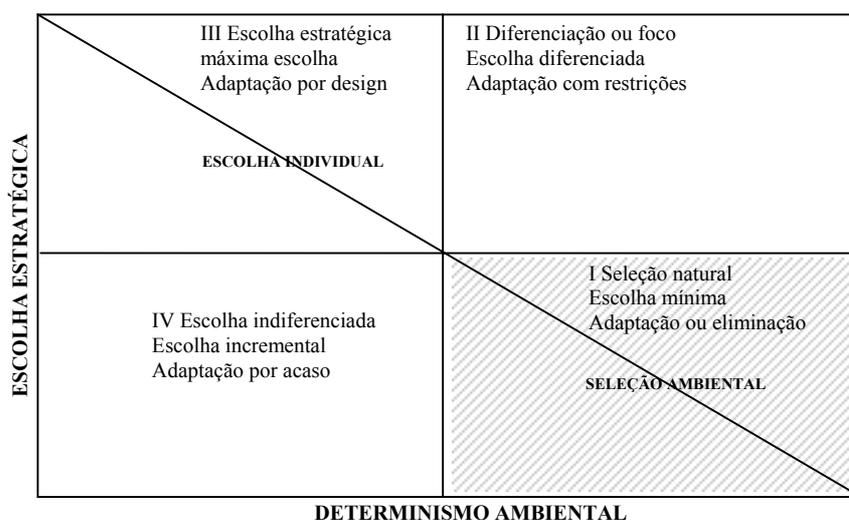


Figura 13: Comportamento estratégico do período estratégico IV.

Fonte: Dados primários

A partir do momento que a Mesa Administrativa reassume a direção do hospital são desencadeadas uma série de grandes mudanças que envolvem não somente remodelação de estrutura física, mas também modificações em termos de cultura organizacional, clima de trabalho, profissionalização da equipe de funcionários, informatização, melhoria nos controles, iniciando assim um novo período estratégico que será tratado na seção seguinte.

Partindo para a análise dos agentes (*stakeholders*) que exerceram um papel predominante na adaptação estratégica do Hospital de Caridade durante os anos de 1994 a 1997, percebe-se que muitos grupos influenciaram e foram influenciados pela adaptação estratégica do Hospital de Caridade (figura 14). A ocorrência do incêndio e o período de reconstrução ocasionou grandes repercussões e mobilizou não somente instituições governamentais, mas também a sociedade de uma forma geral.

A tragédia ocorrida em 1994 repercutiu no atendimento dos pacientes que já estavam internados no Hospital, assim como da comunidade que, durante um período, não pode contar com os serviços de um dos maiores hospitais do Estado.

Empresas, políticos, fiéis e demais pessoas da comunidade influenciaram a atuação do Hospital, tendo em vista que através de suas doações foi possível viabilizar recursos financeiros para a reconstrução.

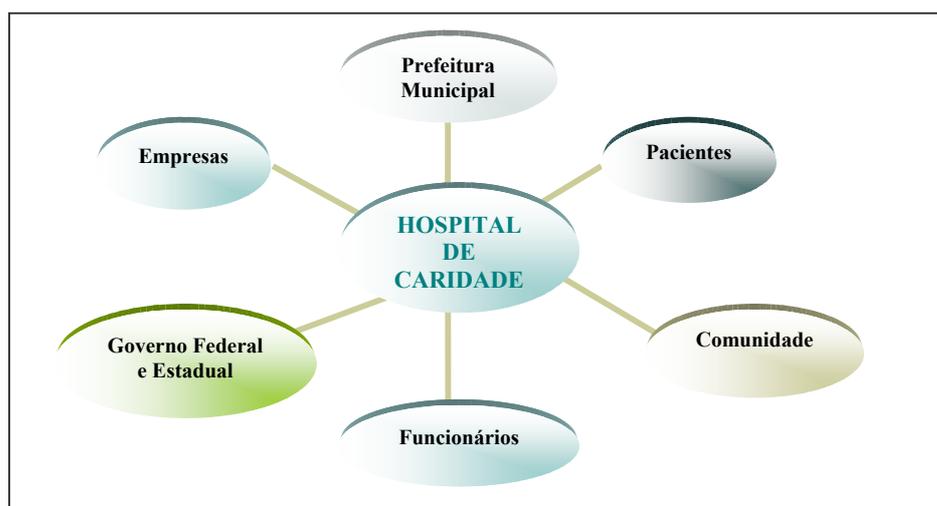


Figura 14: *Stakeholders* do período estratégico IV  
Fonte: Dados primários

O governo, em todas as suas instâncias, também teve um grau de influência relevante nas adaptações e mudanças do Hospital de Caridade, ao viabilizar políticas de financiamento, conceder abertura de créditos, realocar o quadro de pessoal do Hospital de Caridade na rede pública e transferir os pacientes internados para outros hospitais. Tais providências também foram fundamentais para viabilizar a reestruturação do Hospital de Caridade.

Os funcionários do Hospital de Caridade, por sua vez, constituíram-se um grupo de relevância no processo de adaptação, pois foram alvos de importantes decisões estratégicas

por parte da Mesa Administrativa entre estas: a manutenção de todos os funcionários do quadro pessoal e o respectivo cumprimento das obrigações trabalhistas. Além disso, um grande número de funcionários participaram da reconstrução do hospital, colaborando para a sua reabertura.

#### **4.3.5 Período estratégico V – a modernização das atividades (1997-2004)**

O último período estratégico do Hospital de Caridade é marcado por uma série de transformações na organização. Com a retomada da Mesa Administrativa inicia-se um processo de mudanças que gerou uma reestruturação das atividades do HC. Este período, conforme o depoimento de um dos pesquisados, “[...] *não foi uma mudança, foi uma revolução. [...] Foi uma mudança radical em todos os setores.*”

Foi possível perceber no depoimento da maioria dos pesquisados que esta fase foi caracterizada por mudanças em todos os aspectos, tanto em termos de melhorias e otimização da área física, quanto na qualidade dos serviços e na gestão administrativa do Hospital de Caridade.

Quando a Mesa Administrativa reassumiu a direção do HC, ano de 1997, o Hospital enfrentava uma série de dificuldades de ordens financeira e administrativa. Desta forma, os primeiros anos de administração pela Mesa foram dedicados para o saneamento de dívidas. A situação estava crítica, haviam pendências volumosas com fornecedores, títulos sendo protestados e atrasos nos pagamentos de taxas e impostos. Uma série de obrigações financeiras deixadas pela superintendência precisavam ser solvidas e a Mesa Administrativa iniciou um processo de reversão para sair do quadro de resultados negativos.

O V período estratégico também é marcado por mudanças de ordem administrativa. A nova Mesa Administrativa percebia que era preciso uma melhor coordenação entre as atividades de todos setores, bem como a definição padrão dos procedimentos de trabalhos, pois não existia uniformidade nas ações. Ao comentar a este respeito um dos pesquisados deu a seguinte declaração:

Não tinha uma coordenação, contas, departamento pessoal, não tinha nada. Não existia um organograma bem estruturado, nem fluxograma, cada um fazia como achava. [...] Nesta época antes do incêndio havia setor de recursos humanos, financeiro, mas não era estruturado. [...] O almoxarife exercia a função de compras, era tudo junto e não tinha uma visão. [...] Eu me lembro que quando cheguei aqui em uma sexta-feira e me disseram que tinha que comprar medicamentos para o final de semana para o paciente e por que não compraram? Porque não havia previsão.

Toda essa reestruturação efetuada pela Mesa Administrativa ocorreu de forma não planejada, ou seja, foi um processo emergente (MINTZBERG, 1987), em que as decisões foram tomadas à medida que a nova direção foi conhecendo a realidade do Hospital, ou seja, as mudanças efetuadas neste último período não foram estabelecidas em um plano devidamente pré-concebido (MINTZBERG, 1987).

Funcionários da diretoria executiva e integrantes da Mesa começaram a realizar levantamentos em todas as áreas para identificar os problemas existentes. Um diálogo mais aberto com os funcionários começou a ser mantido, a fim de conhecer as suas opiniões. Pesquisas em outros estabelecimentos de saúde também foram desenvolvidas com o intuito de conhecer novas práticas que pudessem ser aplicadas à gestão HC. As decisões, embora não estivessem definidas em um plano, foram tomadas de forma colegiada entre a Mesa Administrativa, Conselho Pleno e Diretoria Executiva, corroborando o que Tenório (1997) afirma sobre o processo decisório dialogado e participativo das organizações do terceiro setor.

Iniciou-se um processo de padronização de atividades. Manuais de procedimentos foram reformulados ou criados e com isso começa a ser enfatizada a uniformidade dos comportamentos dos funcionários, pois o trabalho não poderia ser executado apenas com base nos conhecimentos empíricos, mas sim nas definições estabelecidas. Os setores foram remodelados e passaram a ter uma especificação mais clara de suas tarefas e responsabilidades. O almoxarifado ficou desvinculado do setor de compras. Um setor de custos foi estruturado e o Caridade passou a ter uma melhor noção dos custos dos seus procedimentos. Os controles tornaram-se mais apurados.

Segundo dados de Peruchi (2000), uma das primeiras providências da Mesa quando reassumiu a direção do Hospital de Caridade, foi levar ao conhecimento de todos os funcionários o Regulamento Geral do Hospital de modo que todos conhecessem a estrutura e as normas de funcionamento de cada setor.

No ano de 1998, o Hospital de Caridade passou novamente por um processo de informatização, através da adoção de um *software* específico de gestão hospitalar que permite uma visão total das operações do HC, integrando custos, fluxo de caixa, controle de estoques, internações e prontuários. O setor de informática ganhou *status* de gerência.

Na opinião de um dos entrevistados, a informatização inovou a gestão do Hospital de Caridade, porque interligou os setores, alterando a rotina dos trabalhos, pois antes muitos procedimentos estavam sendo executados manualmente. Na área da farmácia, por exemplo, não havia a definição de estoques mínimos. Com a informatização, os controles foram

melhorados e os processos de compra, entradas e saídas de medicamentos tornaram-se mais transparentes. A respeito da resistência dos funcionários quanto a utilização do computador no dia a dia de trabalho, um dos pesquisados informou que no princípio houveram oposições por parte de algumas pessoas, porém aos poucos isto foi se tornando intrínseco à rotina de trabalho.

Ainda no ano de 1998, o Hospital de Caridade projetou um Programa de Qualidade Total, tendo como principais ações a implantação dos 5 S's, visando estimular nos funcionários uma mudança de hábitos frente ao ambiente de trabalho. Outra ação implantada com o programa de Qualidade foi a "Pesquisa da Qualidade dos Serviços", aplicada para medir o nível de satisfação dos pacientes com os serviços prestados pelo Caridade. Com base nestas informações o Hospital de Caridade avalia os seus serviços do ponto de vista dos seus usuários, bem como obtém sugestões para melhorias. Este instrumento foi bastante comentado pelos pesquisados, principalmente pelos retornos positivos dos pacientes frente ao tratamento executado pelo Hospital.

Diversas modificações na estrutura física foram executadas, entre estas:

- Modernização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade Coronariana (UNICOR) e central de esterilização de materiais;
- Reconstrução de alas de internação;
- Descentralização dos postos de enfermagens que passaram a ser alocados junto a cada ala, possibilitando um atendimento mais ágil e personalizado;
- Todas as alas e setores do prédio foram sinalizados e pintados, visando tornar as instalações mais agradáveis e a localização facilitada;
- Adaptação do estacionamento que passou a cobrar taxa de permanência. A receita se reverte totalmente em benefício do Hospital;
- Reestruturação da farmácia com adoção do sistema de código de barras, que serviu de modelo para outras unidades hospitalares do país;

Há um novo enfoque com relação a otimização das unidades cirúrgicas. O trabalho cirúrgico anteriormente era concentrado no período matutino, havendo certa ociosidade durante o restante do dia. Com a nova política, novos médicos são credenciados e as salas de cirurgia passaram a ter maior rotatividade. Uma das alas do HC foi aberta para funcionar

dentro do conceito de “hospital dia”, possibilitando o atendimento a um número maior de pacientes, já que neste caso os períodos de internação são curtos.

Percebe-se que neste período de transformação começa a haver também uma maior preocupação com a qualificação do corpo funcional. No ano 2000 foi implantado o Serviço de Educação Continuada, Seleção e Recrutamento de Profissionais (PERUCHI, 2000). A captação de novos profissionais, principalmente para a área técnica, ficou mais rigorosa e menos dependente da indicação e julgamento pessoal, pois para a admissão passou a ser necessária a realização de testes, visando a comprovação dos conhecimentos dos candidatos. A ambientação de novos entrantes foi também estabelecida e os novatos antes de assumirem suas funções conhecem a estrutura do hospital, o trabalho da Irmandade, a política de atuação e os valores e os princípios organizacionais.

Em 2002, o Hospital de Caridade passou a fazer parte do Programa Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar – PNHAH do Ministério da Saúde (HOSPITAL DE CARIDADE, 2003). O objetivo deste projeto é humanizar os serviços de saúde, valorizando o ser humano. Com isso, foi criado no Hospital de Caridade o GTH – Grupo de Humanização de Trabalho do Hospital de Caridade, com o intuito de desenvolver projetos e estabelecer ações visando o aprimoramento de relações entre os profissionais da saúde e pacientes.

No mesmo ano o Hospital de Caridade é considerado pelo Ministério da Saúde como “Hospital Estratégico” (HOSPITAL DE CARIDADE, 2003). Este título é concedido aos hospitais que prestam serviços ao SUS e preenchem determinados requisitos, entre estes o atendimento a pelo menos quatro grupos de serviços considerados pelo Ministério da Saúde como de alta complexidade, sendo que os grupos existentes são: grupo 1 – assistência cardiovascular ou cirurgia endovascular de alta complexidade; grupo 2 – oncologia; grupo 3 - assistência a queimados; grupo 4 – cirurgia bariátrica; grupo 5 – tratamento das lesões lábios palatais e implante codéar; grupo 6 – neurocirurgia; grupo 7 - ortopedia de alta complexidade e grupo 8 - transplante de órgãos. (BRASIL, 2005b).

Segundo o decreto 4.481, os hospitais enquadrados como estratégicos terão prioridade no estabelecimento de parcerias, contratos, convênios, acordos técnicos e operacionais, financiamentos e outras medidas ou atividades voltadas para o incremento ou o aperfeiçoamento da capacidade assistencial do SUS. Isto é percebido como importante para o Hospital de Caridade, principalmente pelo fato de tal titulação ser levada em consideração pelos órgãos públicos na solicitação de recursos para investimentos em equipamentos, compra de medicamentos e ampliação ou reformas.

Considerando os preceitos da teoria institucional para análise deste período estratégico, percebeu-se que o ambiente institucional (CARVALHO E VIEIRA, 2003), ou seja, os fatores culturais, símbolos e regulamentações profissionais, parecem ter adquirido uma influência ainda maior nas decisões do Hospital de Caridade. Há indícios de que normas regulamentares profissionais, programas do Ministério da Saúde, exerceu influência determinística nas ações da organização. A adesão ao PNHAH, por exemplo, não era uma obrigatoriedade para o Hospital de Caridade, entretanto, do ponto de vista do reconhecimento social, a implantação do programa se demonstrou importante. O mesmo se observou com a titulação de “Hospital Estratégico” que concedeu ao Caridade o reconhecimento por cumprir determinados requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. O recebimento deste título facilita os processos de captação de recursos pelo Hospital e ainda constitui-se um fator legitimador perante o ambiente.

Percebeu-se no discurso dos pesquisados e em outras fontes secundárias coletadas, tais como informativos e relatórios, uma certa ênfase em declarar o Hospital de Caridade como uma instituição de referência em termos de serviços médico-hospitalares. Isto coaduna com a visão de Carvalho e Vieira (2003) a respeito das organizações buscarem uma aprovação social. Uma possível explicação para este comportamento é o fato do Hospital de Caridade ser uma organização sem fins lucrativos, possuindo recursos limitados para manter e/ou expandir a sua operacionalização. O alcance da legitimidade perante a sociedade torna-se uma forma de demonstrar maior valor social das ações do HC e assim angariar recursos.

Outros eventos importantes ocorreram no V período estratégico, entre eles pode ser citado em 1999 a implantação da lavanderia com tecnologia de ozônio<sup>13</sup>. O Caridade é um dos únicos hospitais do Estado que possui tal sistema. Com tal inovação o número de infecções hospitalares é bastante baixo em relação ao definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A introdução do fracionamento de medicamentos na farmácia, também foi percebida pelos entrevistados como algo importante, tendo em vista que otimizou os recursos do Hospital e também reduziu os custos para os pacientes.

As mudanças estratégicas vivenciadas pelo Caridade neste período sofreram a influência de *stakeholders* (figura 15) que, de alguma maneira, contribuíram para que a organização decidisse pelos rumos adotados ou foram afetados pelas decisões tomadas. Destacam-se neste período: o governo federal e estadual, fornecedores, clientes, concorrentes e funcionários.

---

<sup>13</sup> Ozônio é um agente de desinfecção com elevado poder de oxidação e destruição de microorganismos.

Todas as modificações efetuadas nos setores, nas rotinas de trabalho, o processo de informatização, ajustes no quadro de pessoal, a introdução do Programa de Humanização, entre outras medidas, exerceram influência direta no dia a dia dos funcionários do HC. Na realidade, este último período estratégico revela uma grande mudança cultural na organização, passando a ter uma maior ênfase na profissionalização da equipe. Segundo depoimento do entrevistado 4 é possível perceber uma diferença de comportamento dos novos funcionários que entraram após este processo de mudança e aqueles que já integraram o quadro, revelando uma certa resistência por parte das pessoas que já integravam o quadro de funcional do Hospital de Caridade:

A questão do atendimento, do comportamento mudou muito e a gente vê isso nos atendentes [...] e que são pessoas antigas e ainda tem uma cultura arraigada e aqueles que entraram depois é diferente, tem um comprometimento entre os setores, tendo uma visão mais global e não limitada.

Os clientes também são *stakeholders* que merecem destaque. A introdução de melhorias nos serviços, a preocupação com o nível de qualidade e a própria implantação da “Pesquisa da Qualidade dos Serviços” visaram atender as novas necessidades e demandas dos clientes.

Os concorrentes, por sua vez, influenciaram as decisões do Hospital de Caridade, pois novos hospitais e clínicas foram surgindo na cidade, ampliando as opções de ofertas aos clientes e isto fez que com a Mesa Administrativa percebesse a necessidade de modernizar vários aspectos da gestão, a fim de manter sua competitividade e garantir a vinda de clientes provenientes de convênios particulares, um dos fatores que garante o equilíbrio de suas contas.

O governo federal e estadual, a exemplo de outros períodos, exerceram um papel relevante nas decisões estratégicas do Hospital de Caridade. Os programas do Ministério da Saúde, as normas regulamentares e titulações como a de “Hospital Estratégico” determinaram por parte do Hospital de Caridade um conjunto de novas ações na condução de suas operações.

Também neste período, os fornecedores tiveram uma influência considerável no Caridade, tendo em vista que o Hospital passava por um período de crise financeira e as dívidas com terceiros pressionaram a instituição a buscar o seu saneamento financeiro.

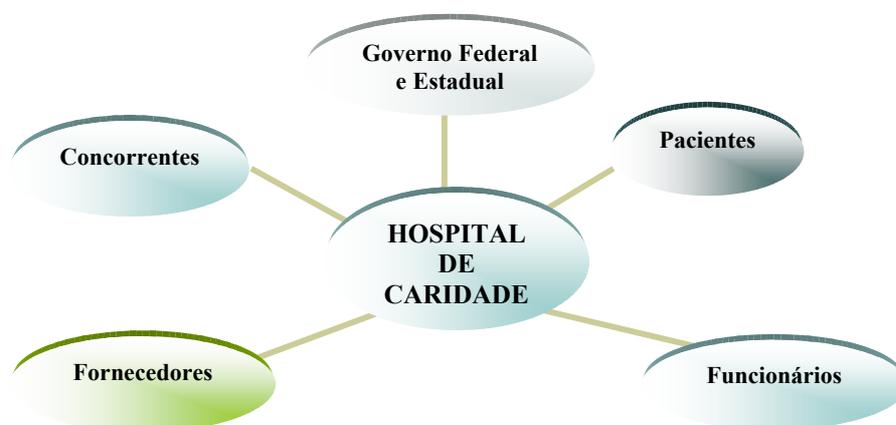


Figura 15: *Stakeholders* do período estratégico V

Fonte: Dados primários

A análise do V período estratégico permite inferir que as mudanças efetuadas pela Mesa Administrativa provocaram uma profunda reestruturação da organização visando múltiplos aspectos:

- Utilização racional de recursos;
- Transparência na aplicação dos recursos financeiros;
- Melhoria geral dos controles de custos, compras e entradas e saídas de materiais e equipamentos;
- Aperfeiçoamento dos processos de trabalhos;
- Profissionalização da equipe;
- Padronização de serviços e comportamentos;
- Otimização das instalações físicas.

Analisando as mudanças ocorridas e os discursos dos entrevistados, percebe-se que o enfoque das estratégias de atuação deste período estava mais voltado para o âmbito interno da organização, especificamente na busca por uma maior eficiência e modernização dos processos de trabalho, do que propriamente ao alcance de um novo posicionamento no seu setor de atuação. Isto mantém relação com o que Child e Smith (1987) abordam a respeito de que não são apenas as condições do setor e as pressões do ambiente que irão ser responsáveis pela adaptação organizacional.

O referencial de Miles e Snow (1978) também pode ser utilizado para explicar tal comportamento quando os autores tratam do “ciclo de adaptação”, sugerindo que a adaptação estratégica pode emergir de um problema *empresarial*, *engenharia* ou *administrativo*. No caso do Hospital de Caridade os três tipos deflagraram o processo de mudança.

O processo de informatização das atividades do HC ocorrido em 1998, objetivaram a superação de um *problema de engenharia* e foi um fator considerado pelos pesquisados como relevante para a melhoria da gestão do Hospital.

O *problema empresarial* também é percebido no ciclo de adaptação do HC, tendo em vista as melhorias efetuadas nos serviços e as reformas nas instalações físicas.

Entretanto, o problema que efetivamente representou o V período parece ser o *administrativo*, tendo em vista o foco do HC em remodelar os seus setores, reestruturar os seus processos de trabalho e otimizar suas instalações físicas, definindo um modelo organizacional voltado à eficiência de suas operações, otimização de recursos e satisfação dos clientes.

Outro ponto a ser considerado é a percepção da Mesa Administrativa a respeito do ambiente de atuação do HC. Com o retorno da Mesa na administração do hospital, os seus componentes perceberam que era preciso reestruturar todas as atividades para administrar o hospital, caso contrário, o Caridade não conseguiria sair da crise. Os primeiros anos deste período estratégico, nas palavras dos entrevistados, foram para “*arrumar a casa*”, pois não era possível pensar em crescimento e inovações em meio a dívidas e a uma gestão deficiente. As obrigações financeiras pendentes foram pouco a pouco negociadas e o hospital foi caminhando em direção a um equilíbrio de suas contas.

A Mesa Administrativa sempre esteve presente na vida do Hospital, porém foi neste momento que se tornou mais atuante e assumiu efetivamente a sua administração. Esta nova coalizão dominante teve uma leitura diferenciada das condições do ambiente, gerando a demanda por uma série de mudanças. Neste sentido, prepondera as concepções de Miles e Snow (1978) e Astley e Van de Ven (1983) a respeito de que o ambiente é construído a partir das percepções daqueles que integram a organização, ou seja, os seus membros decidem conforme a interpretação que fazem do meio circundante.

Pode-se considerar a Mesa Administrativa como um dos principais grupos internos que influenciou as escolhas efetuadas no período. A participação da diretoria executiva também foi importante, principalmente pelo fato de possuírem o respaldo técnico necessário para que a Mesa realizasse as deliberações.

De acordo com a tipologia de Hrebiniak e Joyce (1985), na análise do V período é possível identificar tipos de comportamentos variados. No início, tendo em vista os problemas financeiro e administrativo enfrentados, o Hospital de Caridade encontrava-se em uma situação de “seleção natural”, conforme figura 16, ou seja, há um alto grau de determinismo do seu ambiente, marcado pelas regulamentações do setor e a pressão dos fornecedores pelo pagamento de dívidas, o que dificultava a liberdade da ação gerencial fazendo com que a realização de escolhas no princípio fosse baixa. Com a amenização destes problemas, percebe-se, neste mesmo período, um movimento da Mesa Administrativa pela modernização da gestão do Hospital de Caridade. Desta forma, apesar de ainda existir um *alto grau de determinismo ambiental*, há também um *alto grau de escolha* indicando na tipologia de Hrebiniak e Joyce (1985) a “escolha diferenciada”, conforme expressa a figura a seguir.

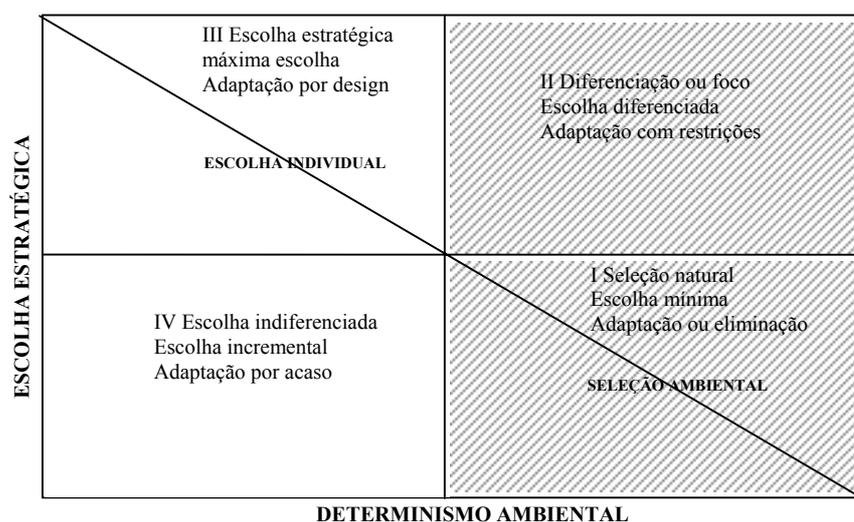


Figura 16: Comportamento estratégico no período V  
Fonte: Dados primários.

O fato que parece ser mais marcante neste período foi a profissionalização das atividades do Hospital de Caridade, principalmente no que se refere a sua gestão administrativa. Isto fez com que houvesse uma mudança cultural que repercutiu em todos os setores do Hospital. Com esta nova gestão, é possível perceber também uma revitalização dos valores da Irmandade nas atividades cotidianas do hospital, principalmente no que se refere: a) ao atendimento igualitário dos pacientes, independentes de ser um conveniado do sistema particular ou do SUS; b) o enfoque aos pacientes de maior carência e c) a transparência na gestão dos recursos do Hospital, o que mantém relação com o que Falconer (1999) explicita a respeito da capacidade de transparência ou *stakeholder accountability*.

Em relação ao processo de formulação estratégica do período estratégico V, considerando o modelo de Whittington (2004) novamente observa-se a predominância de uma *abordagem processualista*<sup>14</sup>, em que a estratégia é descoberta durante a ação e atende a interesses pluralistas e não apenas a maximização dos lucros.

A seguir, no Quadro 9, encontram-se consubstanciados todos os períodos estratégicos e os respectivos eventos críticos que integraram cada etapa.

<b>Período Estratégico</b>	<b>Evento Crítico</b>	<b>Ano</b>
<b>I</b> <b>O Hospital Escola</b> (1962-1980)	1.1 Estabelecimento de convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina	1962
	1.2 Criação da superintendência	1970
<b>II</b> <b>Crise Financeira e Estrutural</b> (1980-1987)	2.1 Fim do convênio com a UFSC	1980
	2.2 Crise financeira	1981
	2.3 Agravamento da situação financeira e crise estrutural	1987
<b>III</b> <b>Diversificação de serviços e o grande incêndio</b> (1987-1994)	3.1 Atuação das clínicas terceirizadas	1991
	3.2 Informatização	
	3.3 O grande incêndio	1994
<b>IV</b> <b>A reconstrução</b> (1994-1997)	4.1 Reconstrução do hospital	1994
	4.2 Obtenção de recursos	1994
	4.3 Mudança na estrutura organizacional	1997
<b>V</b> <b>A Modernização das Atividades</b> (1997-2004)	5.1 Crise financeira	1997
	5.2 Informatização das atividades	1998
	5.3 Implantação do Programa de Qualidade	1998
	5.4 Remodelação da estruturação organizacional	1998
	5.5 Criação da lavanderia à base ozônio	1999
	5.6 Padronização e normatização dos processos de trabalho	2000

Quadro 9: Períodos estratégicos de 1974 - 2004.

Fonte: Dados primários

<sup>14</sup> Vide figura 10.

Os fatores internos e externos que levaram as transformações no Caridade encontram-se sintetizados no Quadro 10:

<b>Período</b>	<b>Fatores Internos</b>	<b>Fatores Externos</b>
<b>I</b> 1962-1980	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saída das irmãs da direção do Hospital;</li> <li>▪ Administração mais profissional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convênio com a UFSC;</li> <li>▪ Regulamentações; legais do Ministério da Saúde e Educação.</li> </ul>
<b>II</b> 1980-1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificuldades financeiras;</li> <li>▪ Agravamento das dívidas;</li> <li>▪ Crise estrutural (fechamento de alas, falta de suprimentos e medicamentos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fim do convênio com a UFSC;</li> <li>▪ Repasse financeiro do governo</li> </ul>
<b>III</b> 1987-1994	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diversificação de serviços</li> <li>▪ Valores e objetivos organizacionais desvirtuados</li> <li>▪ Terceirização</li> <li>▪ Otimização das instalações</li> <li>▪ Incêndio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concorrência</li> <li>▪ Inovações do setor médico/hospitalar</li> <li>▪ Repasse do convênio com o INSS</li> </ul>
<b>IV</b> 1994-1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incêndio</li> <li>▪ Reestruturação física</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inovações tecnológicas</li> <li>▪ Concorrência</li> </ul>
<b>V</b> 1997-2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestruturação organizacional</li> <li>▪ Transparência nas decisões</li> <li>▪ Controle</li> <li>▪ Redução de Despesas</li> <li>▪ Saneamento de dívidas</li> <li>▪ Profissionalização e atualização contínua da equipe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concorrência</li> <li>▪ Regulamentações e programas do governo federal e estadual</li> <li>▪ Atualização tecnológica</li> </ul>

Quadro 10: Fatores internos e externos

Fonte: Dados primários.

O Quadro 11 demonstra os principais *stakeholders* que mais influenciaram as mudanças no Hospital de Caridade nos cinco períodos analisados.

<b>Período</b>	<b>Stakeholders</b>
<b>I</b> (1962-1980)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Universidade Federal de Santa Catarina</li> <li>▪ Pacientes</li> <li>▪ Governo federal</li> <li>▪ Congregações religiosas</li> </ul>
<b>III</b> (1987-1994)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fornecedores</li> <li>▪ Pacientes</li> <li>▪ Clínicas/laboratórios médicos</li> <li>▪ Concorrentes</li> <li>▪ Órgãos governamentais</li> <li>▪ Profissionais da saúde</li> </ul>
<b>IV</b> (1994-1997)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polícia militar</li> <li>▪ Pacientes</li> <li>▪ Comunidade</li> <li>▪ Funcionários</li> <li>▪ Governos federal e estadual</li> <li>▪ Empresas</li> </ul>
<b>V</b> (1997-2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Governo federal e estadual</li> <li>▪ Pacientes</li> <li>▪ Funcionários</li> <li>▪ Fornecedores</li> <li>▪ Concorrentes</li> </ul>

Quadro 11: Principais *stakeholders* dos períodos estratégicos

Fonte: Dados primários

Considerando a relação existente entre o poder ambiental e a ação pró-ativa organizacional (escolha estratégica), a figura 17 consolida todos os períodos estratégicos.

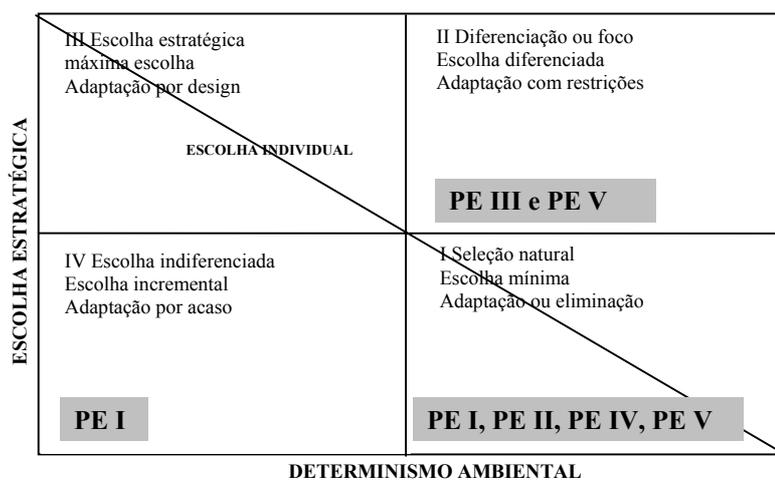


Figura 17: Voluntarismo e determinismo nos períodos estratégicos

Fonte: Dados primários

Em uma análise geral de todos períodos estratégicos percebeu-se que a ação gerencial é baixa e o determinismo ambiental é alto. Esta ação do ambiente no Hospital de Caridade se manifesta sobre dois aspectos principais. O primeiro deles diz respeito a um grande número de regulamentações, padrões dos serviços e condições de atendimento pré-determinados pelas legislações vigentes da área médico-hospitalar. A decisão de ofertar novos serviços, ampliar instalações e até mesmo a clientela atendida, se esbarram em uma série de normas estabelecidas pelos órgãos governamentais reguladores. O segundo deles diz respeito a dependência de recursos, pois o HC não possui fins lucrativos.

No início do período estratégico I, apesar de não haver condições determinísticas tão fortes, a organização manteve-se em uma situação plácida, sem grandes transformações no Hospital. Já nos demais períodos, o determinismo ambiental aumenta, porém é possível perceber uma atitude mais ativa dos seus administradores, especialmente nos períodos III e V.

Uma das constatações que se pode tirar do processo de adaptação do Hospital de Caridade é que, embora os fatores externos sejam limitantes ou desfavoráveis, quando há esforços internos provendo soluções existem possibilidades de tornar a conjuntura externa, em determinados aspectos, favoráveis à organização. Isto vai ao encontro das argumentações tecidas por Hrebiniak e Joyce (1985) de que o determinismo e o voluntarismo fazem parte de um processo dinâmico que se inter-relacionam e se justapõem, demonstrando que os dois elementos existem simultaneamente.

Também foi possível perceber que a arena cognitiva (CHILD E SMITH, 1987), ou seja, a interpretação subjetiva que os dirigentes organizacionais possuem a respeito do ambiente organizacional afeta as decisões de ações. Percebeu-se uma diferença de postura no processo de adaptação estratégico por parte da superintendência e da Mesa Administrativa, embora as condições objetivas do ambiente não tivessem sofrido alterações profundas, ou seja, a concorrência, a dependência de recursos, as regulamentações do setor não mudaram significativamente, porém foram percebidas de maneiras distintas.

Dentre os cinco períodos estratégicos identificou-se que, nos quatro primeiros as mudanças aconteceram mais incrementalmente enfatizando aspectos pontuais da gestão. Porém, no último período estratégico, ocorreu uma mudança revolucionária (TUSHMAN E ROMANELLI, 1985) que repercutiu em alterações na forma de trabalho, estrutura organizacional, cultura, controle e profissionalização do quadro funcional, remodelando a gestão do Hospital de Caridade e alterando positivamente os resultados organizacionais.

Analisando o tipo de estratégias utilizadas para enfrentar os eventos críticos que marcaram a passagem de um período estratégico para o outro, percebe-se em todos os períodos estratégicos que as medidas tomadas foram de caráter mais emergente do que deliberadas (MINTZBERG, 1987).

Em termos de formulação de estratégia, seguindo o modelo de Whittington (2004), observa-se que no Hospital de Caridade nos períodos de 1974 a 2004 conforme indica a figura destacada abaixo parece haver a predominância da *abordagem processual*, pois em geral a estratégia foi um processo emergente que surgiu durante a ação, atendendo interesses pluralistas (causa social, legitimação, equilíbrio econômico-financeiro).

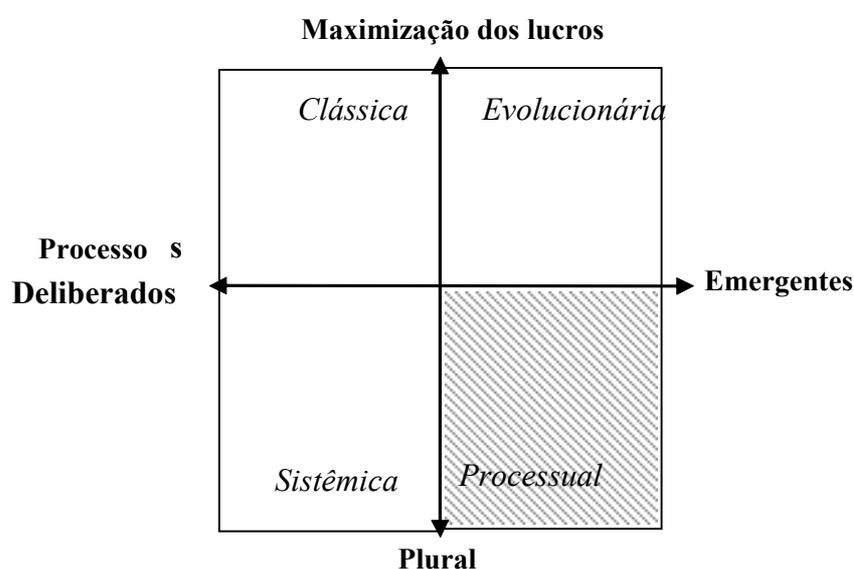


Figura 18: Perspectivas de formulação estratégica no Hospital de Caridade.

Fonte: Dados primários.

Além disso, analisando a formulação estratégica no Hospital de Caridade se confirma o que Tenório (1997) comenta a respeito da estratégia aplicada às organizações sem fins lucrativos que trata-se muito mais de um processo dialogado, participativo e com vários atores sociais, do que uma decisão fundamentada no cálculo de meios ou fins. No caso HC foi possível perceber que as decisões são tomadas de forma colegiada e tem influência de várias coalizões internas, entre estas a própria Mesa Administrativa, o Conselho Pleno, a diretoria executiva e o corpo clínico. Tal fato também se correlaciona com o referencial de Ansoff (1983) sobre o comportamento de organizações sem fins lucrativos, pois a estratégia passa a ser fruto de um processo de correlação de forças, do que propriamente uma articulação deliberada por parte das autoridades legítimas.

#### **4.4 O ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade de 1974 a 2004**

Considerando que a análise do ciclo de vida organizacional é uma das bases para o estudo da adaptação estratégica no HC e se configura como um dos objetivos específicos da pesquisa, a seguir, serão elucidados, isoladamente, os indicadores propostos para a identificação das fases do ciclo de vida, estudando sua evolução do ano de 1974 até 2004. Ao final da seção, será elucidada a identificação da(s) fase(s).

##### ***4.4.1 Estrutura Organizacional e Poder***

A estrutura organizacional é algo importante para o desempenho das organizações, sua configuração pode ser determinante para proporcionar maior flexibilidade ou morosidade nas respostas aos imperativos ambientais.

Considerando que a mudança é um dos preceitos que integra as relações organizacionais do mundo contemporâneo, as organizações buscam formatos mais apropriados para enfrentar a dinamicidade do meio (LUCENA E VIEIRA, 1997), tornando pertinente o seu estudo para a análise do ciclo de vida organizacional.

Esta seção também analisará conjuntamente as relações de poder no HC, pois entende-se que a estrutura organizacional revela a configuração predominante, principalmente do ponto de vista formal, em termos de atribuições e responsabilidades.

Apesar da dificuldade de encontrar documentos como organograma e regimento interno<sup>15</sup> do período inicial do estudo – ano de 1974, através dos relatos dos entrevistados e leitura do Livro de Atas da Irmandade há evidências de que neste ano o hospital já possuía uma estrutura com níveis hierárquicos com funções, atribuições e subordinações definidas.

A própria complexidade das organizações hospitalares, acaba exigindo uma variada expressão de serviços, o que reflete diretamente na existência de níveis hierárquicos e necessidade de controle e supervisão (FONTINELLI JÚNIOR, 2002) e se for considerar o tempo de atuação do Hospital de Caridade e o fato de nesta época ele já ser um dos maiores do Estado, considera-se que já possuía um certo nível de formalização de estrutura.

Na década de 70 o Caridade ainda operava como “hospital escola”, fase em que a Universidade Federal de Santa Catarina ainda não possuía instalações hospitalares própria e utilizava o HC para efetuar a parte prática da Faculdade de Medicina.

---

<sup>15</sup> Regimento Interno foi encontrado apenas um de 1996.

Segundo o entrevistado 3, em termos de serviços hospitalares, a estrutura do hospital nesta época era bem menos complexa do que a existente no momento atual, até mesmo porque nos últimos 30 anos houve uma grande evolução da medicina e das tecnologias em geral. O HC não dispunha dos recursos e das especialidades que se tem hoje, como exemplos: cirurgia por vídeo, cirurgia cardíaca e transplantes. Entretanto, o entrevistado 9, que atuou neste período, declara que em meados da década de 70 o HC já possuía clínica cirúrgica, unidade coronariana e UTI geral, sendo na sua opinião naquela época “[...] *o hospital mais completo no Estado em termos de especialidades clínicas e cirúrgicas.*”

Em relação à gestão administrativa, em 1974 o Hospital estava organizado pelo modelo de superintendência. Havia um superintendente que atuava como uma espécie de diretor geral do hospital e repassava as decisões à apreciação da Mesa Administrativa – que nesta época já existia. O superintendente se tratava de um profissional, geralmente um médico, contratado especificamente para cuidar da gestão do Hospital de Caridade.

A estrutura organizacional era composta até 1976, por diretor técnico, diretor de enfermagem, diretor clínico e diretor administrativo, sendo que estes eram subordinados à superintendência, especifica o pesquisado 9. O superintendente, por sua vez, se reportava à Mesa Administrativa. As decisões a respeito de investimentos, políticas de recursos humanos, compras, convênios, orçamento, regulamento do hospital eram deliberadas pela Mesa Administrativa, sendo que a superintendência apontava as necessidades. Ao ser indagado a respeito de como aconteciam o processo decisório da época o entrevistado 9 revela que as decisões eram tomadas de forma colegiada por meio de reuniões diárias.

A análise de um dos documentos da Irmandade – o Livro de Atas das sessões ordinárias da Mesa, fornece indícios do tipo de estrutura existente e de como acontecia o processo decisório na década de 70. Em uma das passagens da reunião de 01/07/1974, o superintendente solicitava à Mesa maior entrosamento entre administradores, médicos e a enfermagem, pois na sua opinião a decisão deveria ser um processo democrático. O superintendente apontava algumas preocupações que o hospital deveria ter: 1) melhor assistência ao paciente, pois estavam enfrentando sérias dificuldades estruturais e funcionais e 2) auto-suficiência para melhor aproveitamento e rentabilidade do patrimônio imobiliário do HC. Na reunião do dia 24/10/1974 um dos médicos do corpo clínico afirmava que a parte de hotelaria encontrava-se em degradação, sendo necessários determinados equipamentos para que fosse possível manter o nível de excelência alcançado. Foi encontrado também na sessão

ordinária do dia 12/01/1982, novamente um pedido da superintendência na agilidade na busca de soluções.

Observa-se pela leitura das atas uma morosidade no processo decisório. Além disso, pode-se dizer que, apesar da superintendência ser chamada para participar das sessões ordinárias, a Mesa Administrativa era atuante e quem detinha o poder. A estrutura já apresentava a configuração do tipo piramidal; com cargos, funções e papéis claramente definidos.

Entretanto, com passar dos anos parece ter ocorrido uma alternância com relação ao poder. Dados coletados nas entrevistas indicam que a Mesa Administrativa, em meados da década de 80 e início da 90, passou a estar menos presente no Hospital, fato este que só foi ser revertido após 1994.

Tal fato foi confirmado pela grande maioria dos pesquisados. Segundo o entrevistado 1, os superintendentes prestavam contas à Mesa nas assembléias e nas reuniões gerais. A Mesa, por sua vez, confiava nas decisões tomadas pela superintendência e não havia uma atuação em conjunto para verificação e acompanhamento dos trabalhos.

O entrevistado 6 revela que, em princípio, o superintendente teria que repassar as decisões à Mesa que, por sua vez, deveria exercer o controle e fiscalização dos atos. Porém, muitas tarefas passaram a ser delegadas e o acompanhamento tornou-se falho e omissivo. Interessante comentar que em determinados períodos até mesmo a dedicação dos atuantes da Mesa parecia ser diferente da existente hoje. O trabalho dos componentes era também voluntário, só que o tempo dedicado com atuação direta no Hospital era menor, tanto que nas entrevistas este foi um fato comentado.

O modelo de superintendência perdurou até o ano de 1997. A Mesa Administrativa resolveu assumir novamente a Direção, pois percebeu os graves problemas administrativos que o Hospital de Caridade enfrentava, tais como: falta de materiais, inúmeros processos trabalhistas, tomada de decisões que não beneficiava o Hospital, mas sim interesses próprios.

Nas palavras de um dos entrevistados:

Havia um monte de problemas, faltava remédios, faltava tudo, aliás, não era este hospital que está hoje aqui, hoje é um hospital de verdade, antigamente era um faz de conta de hospital, todo mundo se beneficiava disso aqui e ele não tinha uma estrutura de uma empresa, era bem diferente [...] a mesa administrativa sempre existiu, mas depois do incêndio a Irmandade passou a ser mais atuante e administrar diretamente o hospital.

Em outro relato, o entrevistado 3 revelou que no início da década de 90 a Mesa não sabia o que realmente estava acontecendo, quando então foram surpreendidos por problemas de toda a ordem: trabalhistas, financeiros, jurídicos e estruturais. Foi então no processo de reconstrução do hospital, após o incêndio ocorrido no ano de 1994, que foi percebido que não bastava apenas a recuperação física, mas sim uma total reestruturação administrativa, declara o pesquisado 6.

Na percepção do entrevistado 4, o processo decisório com o modelo de superintendência era bastante centralizado. Havia pouca participação dos setores e a superintendência não era muito acessível. O superintendente comandava também toda a parte administrativa e o diretor técnico não tinha muito poder.

Observa-se pelas declarações de alguns entrevistados que na década de 80 a superintendência detinha um grande poder, conforme relato de um dos pesquisados:

Naquela época a questão do poder era mais forte do que hoje por causa da superintendência. No momento que tinha a superintendência é como se o Hospital fosse deles e eles eram inacessíveis e sempre quando te chamavam é porque tinha algum problema, era muito de cima para baixo, imposto, como se estivesse numa 'roupa apertada' e tinha que te amoldar aquilo. Hoje não, é mais aberto. Na época, o superintendente era quem comandava mais.

Devido a todos os problemas ocasionados, houve uma grande mudança na estrutura organizacional do HC extinguindo o modelo de superintendência e a administração do Hospital passou a ser conduzida diretamente pela Mesa Administrativa da Irmandade. Percebe-se pelos relatos que houve uma reestruturação em termos de setores, funções e coordenação. Segundo o entrevistado 6 a intenção com estas mudanças foi montar uma estrutura profissional, mas com o controle efetivo da Irmandade.

Contudo, observa-se pelo organograma (vide anexo 1) estabelecido em 1996 e pelos depoimentos dos entrevistados que o modelo continua com um grande número de níveis hierárquicos e com processo de decisão centralizado só que desta vez na Mesa Administrativa, com predominância do estilo *top dow*.

Na exposição de um dos entrevistados:

A estrutura ficou um pouco mais flexível em relação a anterior que era muito amarrada, trancada, não permitia um fluxo de informação, comunicação, um serviço de forma adequada e esta facilitou. Mas o modelo administrativo continua sendo mais centralizado porque tem hierarquia bem definida, papéis. Se houvesse uma administração mais sistêmica seria muito melhor [...], só que o pessoal mais tradicional/conservador ainda permanece no modelo mais conservador/hierarquizado de cima para baixo.

Contudo, chama a atenção o apoio dos entrevistados em relação ao modelo de estruturação atual. Isto foi detectado principalmente nos depoimentos das pessoas que já fazem parte da organização há mais tempo e que participaram de todo o processo de transição.

Os funcionários têm mais facilidade de acesso aos dirigentes do Hospital e são chamados para auxiliar nas decisões, podendo apresentar propostas e opinar sobre os assuntos relativos a sua área. Até mesmo no processo de compras de materiais os técnicos opinam e fazem testes de qualidade antes de efetuar a aquisição, fato este que, conforme os pesquisados, antes não ocorria.

O provedor atual é percebido como uma pessoa bastante presente, que se envolve no dia a dia do Hospital. Mantém contato contínuo com o corpo clínico, enfermagem, funcionários e pacientes, procurando saber dos problemas, necessidades e tendências da área de médico hospitalar. Os diretores técnico, administrativo e clínico; gerentes de enfermagem e recursos humanos hoje estão subordinados diretamente à Provedoria, pois o cargo de diretor administrativo<sup>16</sup> encontra-se vago. Na opinião dos entrevistados, esta ligação direta com o provedor cria um clima de “*confiança mútua*”.

Decisões referentes às compras, investimentos, contratação de pessoal, reformas, aquisição de equipamentos ou medidas que possuem repercussões maiores são tomadas pela Mesa Administrativa, o provedor, tesoureiro e os setores competentes. Decisões que envolvem um volume financeiro grande ou causam grandes impactos são repassadas ao Conselho Pleno.

Embora tenha esta configuração, observou-se também que as decisões de cunho mais técnico ou que são obrigatórias pela legislação são tomadas diretamente pelas chefias ou diretores dos setores sem apreciação prévia à Mesa, ou seja, é *botton-up*. As decisões referentes a investimentos, inovações ou escolha de determinado material para a compra são dialogadas com os profissionais competentes. Tal atitude, além estimular a participação dos níveis subordinados é uma forma de ter acesso ao domínio técnico que muitas vezes falta à Mesa.

Para um dos entrevistados, do ponto de vista teórico/gerencial, o modelo de superintendência parecia ser o mais condizente, isto porque atualmente em algumas situações falta um conhecimento técnico mais apurado por parte da Mesa ou maior agilidade na busca de soluções. A Mesa delibera através de reuniões que, em geral, são realizadas semanalmente

---

<sup>16</sup> O entrevistado 5 comentou que o cargo não foi extinto e deverá ser ocupado quando a nova Mesa assumir o poder.

ou quando há necessidade. As decisões são dialogadas e participativas. Casos de emergência que envolvem, por exemplo, a saúde de um paciente, podem ser tomadas pelo provedor, sem necessidade de esperar pela reunião da Mesa.

Por outro lado, o mesmo entrevistado relata que o modelo de superintendência estava sendo inviável devido as inúmeras irregularidades e fraudes. A conclusão que o entrevistado chega é que, do ponto de vista prático/gerencial, a retomada do poder à Mesa Administrativa foi a forma mais condizente de reverter a situação em que se encontrava o HC. O entrevistado 6 também compartilha tal opinião.

Esta configuração confirma o que Tenório (1997) diz sobre as decisões em organizações do terceiro setor que geralmente são mais dialogadas, participativas e o processo decisório é exercido por vários atores sociais. Trazendo para a realidade do Hospital de Caridade, há uma diretoria executiva que é formada por profissionais contratados pela Irmandade. Entretanto, são os mantenedores do Hospital, ou seja, a própria Irmandade que realmente irá tomar as decisões mais importantes, o que nem sempre poderá conferir maior agilidade e acerto nas escolhas, embora exista um assessoramento técnico.

A profissionalização foi um fato bastante comentado nas entrevistas. Na área de enfermagem, por exemplo, antes de 1982 não havia a exigência de nível técnico, somente depois é que foi criada a regulamentação pelo Conselho Federal de Enfermagem. A ocorrência deste fato mudou a qualificação profissional da equipe influenciando todo o sistema hospitalar, esclarece o entrevistado 4. Isto denota a influência do ambiente institucional (TAKAHASHI E MACHADO-DA-SILVA, 2002; CARVALHO E VIEIRA, 2003), mais especificamente, das normas regulamentares na atuação do Hospital. Antes a este processo as pessoas eram contratadas sem um processo seletivo, muitas vezes eram conhecidos da Mesa ou exerciam em outras funções e tinham o desejo de atuar como enfermeiros, nas suas palavras: “[...] *por exemplo o pessoal da limpeza gostava da enfermagem e ia fazer o cursinho de atendente e começava a trabalhar na área*”.

O entrevistado 9 confirma que, na década de 70, o processo seletivo era simples, até mesmo porque havia uma carência por profissionais de saúde no mercado. A transmissão de conhecimentos ocorria empiricamente, pela observação da atuação de outros colegas mais experientes.

Atualmente a contratação não depende da indicação, pois é necessário passar por um processo seletivo. Apesar de nos depoimentos haver uma maior ênfase na profissionalização

da área médica e de enfermagem o entrevistado 4 percebe também que isto ocorre na área administrativa, pois atualmente há a procura de pessoas que tenham uma maior experiência.

Foi observado com a realização das entrevistas que os componentes da Mesa nem sempre possuem conhecimento técnico da área, seja no campo hospitalar ou administrativo. Contudo, houveram depoimentos dos entrevistados afirmando que hoje há uma preocupação de buscar entre os próprios membros da Irmandade pessoas que tenham o desejo de compor a Mesa e, ao mesmo tempo, possuem conhecimento técnico ou experiência compatível com o respectivo cargo. Assim, como exemplos: para o cargo de procurador será levado em consideração se existe algum “irmão” que é advogado, para ser provedor um médico ou administrador. Isto indica a preocupação da coalizão dominante do hospital em profissionalizar-se e confirma também o que Salamon (1997) referencia sobre o processo de profissionalização do terceiro setor. Além disso, no próprio processo decisório, a Mesa Administrativa procura sempre consultar as pessoas com conhecimento técnico. Entretanto, os entrevistados que não compõem a Mesa, percebem, de modo geral, que o fato destas pessoas muitas vezes não possuírem conhecimento técnico a respeito acaba dificultando o processo decisório do HC.

Com relação a definição de funções e atribuições de cada setor, percebe-se uma grande evolução nos últimos 30 anos, principalmente nos setores mais técnicos do hospital. Na área de enfermagem, por exemplo, antigamente era o enfermeiro no seu próprio posto que preparava os materiais para cirurgias/procedimentos e encaminhava para a central de esterilização. Hoje já se tem uma central de esterilização desvinculada do centro cirúrgico que prepara todos os materiais. No setor administrativo do hospital era o almoxarifado quem realizava as compras e, atualmente, as funções são desvinculadas. Outro fator percebido é que o formato funcional do HC mantém uma ligação direta com a questão da normatização dos processos de trabalho que será comentada na seção seguinte.

Em suma, embora não se tenha encontrado organograma do período anterior a 1996, pode-se dizer que desde o ano de 1974 o Hospital de Caridade já possuía uma estrutura formal, do tipo piramidal, com definição clara de hierarquia e delimitação de atividades. Pelas entrevistas realizadas nos anos de 1974 a 2004 a mudança mais significativa ocorrida na estrutura organizacional foi no ano de 1997, quando houve a retomada da administração pela Mesa e foi extinta a superintendência. Em 2001 houve também uma alteração, porém apenas em termos de configuração de setores. No período após 1997 houve uma grande ênfase na profissionalização da equipe, tanto na área técnica, quanto na administrativa. É importante

esclarecer que um hospital possui uma variada gama de serviços exigindo uma clara definição de papéis, funções e subordinações, tal fato acaba influenciando em uma estrutura de caráter funcional.

Pode-se dizer que os fatores que levaram as mudanças na estruturação do HC foram principalmente (a) o próprio processo de maturidade que o Hospital vivenciou nestes anos; (b) a complexidade do seu campo de atuação e (c) normas regulamentares do setor.

Pelos dados primários e secundários coletados, pode-se considerar a estrutura organizacional como sendo visivelmente hierarquizada com um processo decisório mais centralizador. Todavia, as informações obtidas expressam que nos últimos anos a gestão vem demonstrando indícios de uma administração mais participativa e aberta, o que é percebido positivamente pelos funcionários.

A centralização das decisões na Mesa Administrativa pode ser entendida também como uma das formas de evitar o desvio de recursos já ocasionado em período anterior, enfrentar a crise e garantir que a missão e os valores do HC sejam cumpridos. Um dos entrevistados revelou que a Mesa Administrativa, após montar uma estrutura administrativa devidamente profissionalizada, pretende atuar mais na área de controle e na definição de diretrizes organizacionais.

Analisando especificamente a questão do poder percebe-se, nos relatos das entrevistas e nos documentos analisados, que o a Mesa Administrativa, a Diretoria Executiva e o Conselho Pleno são os principais grupos de poder. O Conselho Pleno é composto, na realidade, por integrantes da Mesa e ex-provedores. A Diretoria Executiva (técnica, financeira, administrativa e clínica) constituem-se centros de influências nas decisões, principalmente pelo fato de possuírem conhecimentos técnicos. É interessante ressaltar que, de 1974 a 2004, embora em determinados períodos a Mesa tenha sido menos presente no cotidiano organizacional, o poder deste grupo sempre foi forte.

Em termos de influências externas, pelos dados coletados, não há indicativos da existência de coalizões fortes. As decisões do HC, devido as características de suas atividades, acabam sofrendo interferências externas, mas estão mais relacionadas às exigências legais, emanadas por órgãos como: o Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal da Saúde e os conselhos profissionais, tais como o de Medicina e o de Enfermagem. Pode-se dizer que o poder, nestes últimos 30 anos, esteve mais centralizado na Mesa Administrativa e Conselho Pleno, sendo que durante a existência da Superintendência havia uma grande concentração neste órgão e no próprio corpo clínico.

#### ***4.4.2 Planejamento e coordenação das atividades***

Considerando o presente indicador, os dados coletados apontam que o HC no período de pesquisa (1974-2004) em nenhum momento fez uso de um processo formal de planejamento estratégico ou metodologia similar que projetasse o futuro da organização em longo prazo. Desta forma, as estratégias não são deliberadas por meio de planejamento estratégico (MINTZBERG, AHLTRAND E LAMPEL, 2000).

A respeito das décadas 70 e meados de 80, o entrevistado 9, ao ser indagado sobre a questão, informa que naquela época a grande preocupação da Mesa Administrativa era saldar as dívidas existentes, indicando que os esforços estavam mais concentrados no âmbito interno do que o crescimento e expansão do hospital, pois não haviam condições financeiras na época.

Atualmente, parece existir algum movimento da gestão atual em desenvolver um planejamento estratégico, pois o entrevistado 5 confirmou que está sendo mantido contato com um consultor externo para auxiliar neste processo, entretanto, este não foi um comentário presente no discurso dos demais pesquisados.

Na opinião do entrevistado 2, o hospital precisa desenvolver e seguir um plano a longo prazo, definindo prioridades de investimentos e de áreas de atuação e os serviços em que realmente querem se tornar reconhecidos. Para o pesquisado, isto seria uma forma de pensar em longo prazo e definir uma expansão de domínios, aprimoramentos e modernização contínua da estrutura. O entrevistado 8 também compartilha da mesma opinião e declara que este é um dos aspectos que poderia ser melhorado, tendo em vista que os planos atualmente são mais contingenciais, faltando a definição de uma visão mais clara para o futuro.

A Mesa Administrativa possui metas a serem atingidas durante o seu mandato. O plano atual é aumentar o número de leitos na UTI, modernizar a UTI cardiológica e ampliar o centro cirúrgico. A respeito de haver uma possível descontinuidade na gestão quanto há mudança na Mesa, um dos entrevistados informou que cada nova Mesa estabelece uma proposta para o HC que é apreciada pela Irmandade. A chapa que está se candidatando para a próxima eleição tem como intenção em médio prazo a construção de um novo prédio para a emergência geral e cardíaca.

Apesar de um dos entrevistados informar que cada setor faz o planejamento anual da sua área, incluindo as metas que pretendem alcançar, projetos, inovações e orçamentos, não houve unanimidade de respostas quanto a existência desta prática por parte de todos os pesquisados. Observou-se com as entrevistas realizadas que o planejamento, na realidade,

trata-se mais de uma programação de recursos (orçamento) e atividades operacionais do que propriamente o estabelecimento de objetivos consistentes. Segundo o pesquisado 1, há um plano de ação anual do Hospital que é feito com o objetivo de apresentar as propostas de trabalho do ano, o que é uma exigência para garantir o certificado de filantropia e também obter recursos para investimentos. Nas décadas de 70 e 80, de acordo com o entrevistado 9, já era realizado esta programação anual. As metas eram definidas por setor e ocorriam avaliações trimestrais.

Pelos dados coletados, atualmente é estabelecida uma programação orçamentária anual e que, na opinião dos entrevistados 5 e 6, não é contemplada com rigidez, devido ao grande número de situações atípicas que acontecem no hospital e que são de difícil previsão de ocorrência, tais como: conserto de equipamentos e contratação de pessoal. Para resolver a deficiência, o entrevistado 5, profere que foi criada uma comissão com o objetivo de acompanhar mensalmente a oscilação do orçamento e diminuir as diferenças entre o orçado e o realizado.

Projetos e inovações parecem ser contemplados de uma maneira mais contingencial, pois o entrevistado 4 informou que é feito um plano de caráter mais operacional e que ao longo do ano vão se encaixando novos projetos, pois o fato de não ter sido previsto não quer dizer que deixará de ser realizado algo importante para o Hospital. As ações vão sendo definidas contingencialmente entre o setor competente e a Provedoria.

Quanto ao acompanhamento das metas e coordenação de esforços, observa-se que são utilizados indicadores para acompanhamento das metas de curto prazo e isto foi facilitado devido ao processo de informatização sofrido em 1998. Atualmente o HC possui um software que auxilia no gerenciamento fornecendo relatórios gerenciais a respeito da sua situação (contas pendentes, contas a pagar, ocupação, entre outros fatores). Este sistema foi alterado no início de 2005 e fornece uma visão integrada da gestão do Hospital (financeiro, fluxo de caixa, ocupação hospitalar, compras, estoques, receitas e despesas entre outras categorias). Há uma unanimidade na opinião dos pesquisados que com a informatização houve uma grande melhoria no sistema de acompanhamento das atividades do Hospital. Conforme relata um dos entrevistados “ [...] para se administrar uma empresa é preciso cobrar e isto só é possível através de controles e definição de indicadores”.

Sintetizando os dados, em relação ao planejamento e coordenação de atividades, percebe-se ao longo do período do estudo uma maior preocupação da Mesa atual em planejar as atividades e coordená-las de maneira eficaz. Percebe-se que a profissionalização da área

técnica e administrativa e a reestruturação organizacional possibilitaram a melhoria na coordenação das atividades. Contudo, não foram encontrados planos para um grande horizonte de tempo, estes parecem estar mais relacionados ao período de gestão da Mesa.

No contato com os integrantes da Mesa observou-se que existe uma definição de futuro para o Hospital, entretanto, as iniciativas parecem estar mais no discurso e na visão pessoal dos ocupantes da Mesa, do que propriamente uma decisão deliberada da Irmandade e de conhecimento de todos os funcionários. De modo geral, foi apontado por grande parte dos pesquisados uma falta de planejamento das decisões estratégicas. Um das possíveis explicações para a visão de curto prazo pode ser o fato de haver alternância de gestão e também de não existir por parte da Irmandade estudos dos planos para o HC dentro de um escopo de tempo mais amplo.

#### ***4.4.3 Políticas, regras e procedimentos formalizados***

A formalização refere-se ao grau em que os procedimentos/normas da organização estão documentados. A respeito deste indicador percebe-se que desde de 1974 o Hospital de Caridade já detinha relativo grau de formalização, até mesmo porque a própria atividade hospitalar requer tal característica. O atendimento em um hospital é contínuo e há trocas de equipes em cada turno, além disso, os procedimentos na área de saúde devem seguir um padrão específico visando proporcionar ao paciente o melhor tratamento em todas as fases de atendimento.

O Hospital de Caridade desde de 1974 já possuía Regulamento Geral do Hospital e o Compromisso<sup>17</sup> da Irmandade. Na época, todas as reuniões de deliberação da Mesa Administrativa eram registradas em Livros de Atas, prática que perdura até os dias atuais. Foi encontrado também um Regimento Interno de 1996.

A análise dos Livros de Atas permite apontar que, no ano de 1974, o Hospital de Caridade já elaborava formalmente orçamentos e relatórios anuais de gestão, pois tais documentos eram apresentados nas reuniões para serem apreciados e aprovados.

Foram encontradas referências de que havia no período inicial de estudo, regras e procedimentos formalizados a respeito dos processos de trabalho da área técnica (enfermaria, farmácia, centro cirúrgico). O entrevistado 9 confirma que na década de 70 já havia por parte da superintendência um trabalho visando a normalização e regulamentação das práticas e

---

<sup>17</sup> Designação do Estatuto da Irmandade.

rotinas do HC e isto ocorria por meio de treinamentos e capacitações onde eram formados “grupos de trabalho” para descrever os procedimentos do Hospital. Porém, nesta época as atividades eram mais rudimentares, não existiam as tecnologias disponíveis hoje, além disso, no período, a enfermagem e a medicina de um modo geral não eram tão evoluídas como atualmente, o que acaba influenciando o trabalho dos profissionais. Não existia o curso de técnico de enfermagem em Florianópolis, a faculdade, naquela época, recém estava começando, relata o pesquisado 9.

A este respeito a autora Trevisan (1988) descreve que somente a partir da década de 60 é que começou a haver no Brasil uma maior preocupação, por parte das autoridades que se dedicavam à administração hospitalar, em relação aos padrões mínimos de planejamento e organização destas organizações. Tal fato pode servir de explicação para o desenvolvimento da padronização no Hospital de Caridade.

Pelas entrevistas realizadas foi a partir de 1994 que as mudanças neste aspecto foram mais significativas, principalmente no que se refere à padronização dos processos de trabalho e do próprio comportamento dos funcionários. No início da década de 90, segundo informações dos entrevistados 4 e 8, já se percebia uma certa estruturação dos setores, porém o pesquisado 4 informa que na execução dos trabalhos ainda predominava o conhecimento empírico, ou seja, a experiência de cada colaborador.

No depoimento de um dos entrevistados:

Na época que cheguei aqui não tinha nada de rotinas, cada um trabalhava do jeito que aprendeu, que achava que era certo e hoje não, temos um manual que a gerente de enfermagem vai atualizando sempre e todo mundo trabalha igual. Acho importante todo mundo trabalhar com rotinas e acho que ajudou muito o crescimento de outras áreas. Porque se muda de setor é igual, tudo que tu vai fazer naquela mesma função vai fazer no outro setor. Não fica aquela insegurança.

Para o entrevistado 4:

Com relação a sistematização das áreas, antes cada um fazia o que queria [...], internação, cada um internava onde tinha leito [...]. Isto começou mesmo foi depois de 1994. Temos que pensar que não somos vitalícios que cada um pode assumir o nosso lugar. A pessoa tem que saber como dar continuidade ao trabalho que você começou e para ajudar todos os funcionários que entram. [...] Não é o que cada um acha o que tem que ser feito. Tem uma linha a seguir. [...] Não tem o ‘eu acho’ não, tem que ser! Assim é na internação, hotelaria, processo de lavanderia é tudo sistematizado.

Pode-se dizer que, no início da década de 70 já havia uma preocupação com a normatização dos processos de trabalho, mas isto começou a ter maior ênfase a partir do ano de 1994. Foram criados manuais para o setor de enfermagem, hotelaria, lavanderia, prontuário, internação, com definição de processos de trabalho e perfil do profissional (o que faz, formação necessária, comportamento esperado, responsabilidades), conforme indica o entrevistado 1: “[...] *hoje eu tenho um manual de rotinas para todo o hospital. Os trabalhos seguem um padrão [...], os atos de internação, serviços de manutenção, o funcionário novo recebe treinamento.*”

Verifica-se pelos depoimentos dos entrevistados, que apesar de existir antes de 1994 normas e rotinas e regulamento geral do Hospital, estes não eram cumpridos na íntegra ou levados em consideração na gestão do HC, sendo documentos de caráter mais figurativo do que propriamente um balizador para a tomada de decisões. “*O hospital não tinha nada escrito, apenas o regimento, o Compromisso da Irmandade e regimento do hospital e hoje estamos estruturando tudo*”, enfatiza um dos pesquisados.

Também não existia uma preocupação em repassar aos novos colaboradores os valores, as políticas de atuação do HC e as rotinas de trabalho de uma maneira formalizada. “*Antes o funcionário não tinha conhecimento a respeito da estrutura*”, declara o entrevistado 6. Percebe-se no período de estudo um progresso no processo de ambientação de novos integrantes do quadro funcional do HC, indicando o esforço da organização em padronizar o comportamento dos seus profissionais. Isto não era realizado formalmente antes de 1997.

Novos entrantes antes de assumirem o cargo participam de um treinamento onde conhecem os objetivos do HC, missão, a relação da Irmandade com o Hospital, a estrutura organizacional e o regulamento geral da Irmandade. Nas declarações dos entrevistados percebe-se uma preocupação em repassar aos funcionários contratados a importância de conceder a todos os pacientes um atendimento igualitário, independente de ser conveniado ou uma pessoa do SUS. Na ambientação, os funcionários também conhecem as rotinas do seu posto de trabalho e recebem treinamento prático.

Na avaliação do entrevistado 4 “[...] *isto ajuda bastante porque quando o funcionário entra também passa a ser orientado. Na minha área tem um manual que orienta, tanto técnica, quanto a questão de postura. Além disso também pode avaliar como está a unidade.*”

De forma geral, na avaliação deste aspecto pelos pesquisados, estas mudanças são percebidas como algo positivo, pois promove uma uniformidade nas ações e garante o nível

de qualidade dos serviços, além de facilitar o processo de avaliação de cada Unidade do Hospital.

#### **4.4.4 Sistema de Controle**

Pelos dados coletados observa-se uma evolução no sistema de controle do Hospital de Caridade atingindo atualmente um estado mais voltado à padronização das atividades. Nas décadas de 70 e 80, os controles eram simples e manuais, até mesmo porque naquela época ainda não existiam os recursos das tecnologias de informações disponíveis hoje e que facilitam a aferição de dados. Conforme depoimento do entrevistado 9, na década de 70 e 80 os controles eram feitos manualmente, baseados em quadros estatísticos e os sistemas de custos eram precários e rústicos.

A maior preocupação com a sistematização dos controles demonstra-se mais evidente a partir de 1997 quando a Irmandade reassumiu a administração do HC e deu início a um processo de informatização que facilitou a integração dos dados.

No depoimento dos pesquisados houve uma grande ênfase com relação aos controles de custos, o que pode estar associado as dificuldades financeiras que o HC enfrenta, bem como a preocupação com o uso mais eficiente dos recursos. A grande maioria dos entrevistados confirma em seus relatos que, anteriormente a este período, havia um desconhecimento dos custos dos serviços. Em um dos relatos: *“Custos? Não se tinha noção, não se imaginava o que era custos.”*

O pesquisado 2 ao ser questionado sobre o item em discussão informa que há cinco anos atrás não havia um setor voltado para a aferimento dos custos e com a criação do órgão foi possível detectar os procedimentos que ocasionavam prejuízos, as receitas provenientes de convênios médicos e das internações particulares. Na opinião desta pessoa, isto foi importante, pois o hospital passou a se concentrar em procedimentos médicos que tinham mais apelo em relação à população, que são: os serviços de UTI, cirurgias, cardiologia clínica e cirúrgica, transplantes, radiologia e radioterapia.

A respeito do controle mais rígido nos custos do Hospital o pesquisado 6 informa que:

Hoje já se sabe os custos dos serviços, já temos setor de custos. O controle talvez não seja 100%, mas estamos implantando um sistema de informática que nos possibilita termos com uma certa exatidão os custos do setor e procuramos aprimorar cada vez mais. Existem também controles de cada setor, isso tem que ter.

Em termos de compras, por exemplo, há uma comissão especial para fiscalizar todas as despesas efetuadas, conforme relata “[...] *é preciso administrar isso aqui com seriedade*”. Além do Conselho Fiscal que fiscaliza as contas do HC, existe também a contratação de uma comissão de auditores externos para apreciar os atos da administração.

Em relação aos níveis mais operacionais, o entrevistado 4 esclarece que cada setor possui sua planilha específica, informando gastos, entradas e saídas de materiais, tarefas a cumprir, entre outras informações que variam conforme a natureza do setor.

Hoje se sabe bem o que cada setor tem de custos e isto é importante para motivar os colaboradores a racionalizar o uso e conseguimos justificar os excessos de materiais, porque é tudo controlado.”, menciona um dos entrevistados.

Atualmente entradas e saídas de medicamentos e materiais de enfermagens são devidamente controlados, o que antes não ocorria. O entrevistado 6 informa, por exemplo, que hoje a farmácia consegue fazer uma programação de compras e tem definido um estoque mínimo de medicamentos/materiais e isso somente foi estruturado nos últimos anos. No ano de 2003 houve uma reestruturação da farmácia que passou a controlar seus estoques com um sistema de códigos de barras (HOSPITAL DE CARIDADE, 2003). De modo geral, os depoimentos apontam que os controles mais básicos de um hospital ou não existiam ou não estavam sistematizados da forma mais adequada antes do período de 1997.

A padronização dos serviços também se confirma na implantação em 1998 do Programa de Qualidade Total. A iniciativa tem como uma das ações os 5 S's<sup>18</sup> e a “pesquisa da qualidade dos serviços” aplicada com os clientes. Segundo os pesquisados isto tem possibilitado o controle da qualidade dos serviços prestados, permitindo a coleta de informações importantes para a execução de melhorias contínuas.

#### **4.4.5 Relacionamento com o ambiente externo**

Em relação ao presente tópico procurou-se investigar no período do estudo qual é a ênfase da organização no processo de expansão de domínios, serviços oferecidos e conquistas de novos espaços no ambiente de atuação.

Observou-se no discurso da grande maioria dos pesquisados que os mesmos percebem o Hospital de Caridade como uma organização que precisa se adaptar continuamente ao ambiente para manter o nível de excelência dos seus serviços. Expressões

---

<sup>18</sup> É programa de origem japonesa que visa uma padronização dos ambientes de trabalho por meio da prática de cinco sentidos.

como “*se comportar como empresa*”, “*concorrência*”, “*profissionalização*” são comuns nos discursos dos entrevistados, indicando uma consciência quanto as influências do meio externo na atuação do Hospital. O comentário do entrevistado 6 confirma esta percepção “*Porque hoje (o hospital) tem que competir no mercado. É filantrópico, mas nós temos que competir no mercado, porque o que garante a filantropia é o atendimento privado, é desse dinheiro.*”

Com referência aos serviços oferecidos de 1974 a 2004 ocorreram grandes avanços na atuação do Hospital. O entrevistado 2, ao ser questionado sobre esta evolução, enfatiza que nas décadas anteriores os serviços oferecidos eram bem menos complexos, até mesmo porque houve um grande desenvolvimento no setor, tanto em termos tecnológicos, como também na modernização da medicina como um todo. Utilizando suas palavras:

Antes não se dispunha dos recursos e dos números de especialistas, médicos, com todas as tecnologias que fez uma revolução da medicina. Hoje o hospital dispõe disso tudo praticamente e naquele tempo era mais simples, não se dispunha, por exemplo, de cirurgia de vídeo, cardíaca e transplante.

Outro fato que colaborou para a expansão dos serviços oferecidos pelo Hospital de Caridade foi a atuação de clínicas médicas e laboratórios de análises, que na realidade são empresas privadas que atuam dentro da estrutura física do Hospital de Caridade.

O processo de implantação de clínicas ocorreu gradativamente nas décadas de 80 e 90, porém o auge foi a partir de 1991. Conforme dados secundários obtidos, nesta época a superintendência optou pela terceirização como forma de oferecer aos pacientes serviços especializados e com tecnologias modernas, pois o Hospital não tinha condições de agregar novos serviços com recursos próprios.

Em termos de expansão de domínios, percebe-se que a atual Mesa Administrativa possui um plano de ampliação para a emergência geral (que hoje se encontra com sua capacidade esgotada) e a construção de uma emergência especializada em acidentes cardiovasculares, pois há um grande número de ocorrências.

Outro ponto que foi observado nas entrevistas é a necessidade do HC investir continuamente em tecnologia para se manter em sintonia com as tendências do mercado hospitalar.

Nós queremos investir justamente na alta tecnologia e nos procedimentos de alta complexidade e temos este objetivo porque hoje tem muito hospital filantrópico que abre uma enfermaria e atende, mas não faz uma cirurgia cardíaca, por exemplo, porque não tem como, não tem como pagar e nós estamos abrindo as portas para que a população carente possa ter acesso a esta tecnologia e aos procedimentos de alto custo.

Assim, na opinião do entrevistado 6 o Hospital de Caridade deve investir tecnologias de última geração, garantindo o acesso do público mais carente em determinadas especialidades que o SUS atende com precariedade. Na visão deste pesquisado isto também é importante para fazer com que o HC torne-se mais competitivo e enfrente uma nova ordem que vem se configurando no ambiente de atuação. Com a introdução do conceito de “*hospital dia*” muitas clínicas já realizam cirurgias de baixa complexidade nos próprios consultórios, e há um movimento para que isto cresça ainda mais. Tais cirurgias não exigem longos períodos de internação, porque atualmente os procedimentos estão mais modernos e também para evitar os riscos de infecção hospitalar.

A demanda por serviços simples ficará menor, prevê o entrevistado 6 e com isto o Caridade precisa se preparar porque o futuro do Hospital será este: “*especializar e investir em alta tecnologia*”, conclui o entrevistado.

Apesar da dificuldade de obter dados primários, principalmente em relação as décadas de 70 e 80, pelas pesquisas em materiais já existentes há indicações de que neste período a relação do Hospital do Caridade com o seu ambiente externo predominava comportamento de caráter mais reativo, ou seja, a organização apenas reagia conforme o aparecimento dos eventos, sem uma grande preocupação com a conquista de novos domínios.

Até 1980 o curso de Medicina da UFSC utilizava as instalações do Hospital e os recursos advinham de forma mais fácil, pois havia repasse de verbas federais para o HC. Os investimentos em reformas e ampliações, compras de materiais e equipamentos estavam, de certa forma, garantidos. Com a construção do Hospital Universitário todas as atividades do curso de medicina da UFSC foram para transferidas e o HC se viu obrigado a angariar os próprios recursos para manter os seus serviços.

Com base nos dados coletados há indicações que de 1974 até 1987 o Hospital mantinha-se em um período de relacionamento estável com o seu ambiente de atuação, tendo predominância de um comportamento de caráter reativo. Em 1991 iniciou-se um processo de mudança que repercutiu alterações na forma de trabalho dos médicos e funcionários; treinamento dos funcionários; tecnologias; na estrutura, processos de trabalho e na própria cultura organizacional. Apesar de nesta época ter ocorrido uma expansão dos serviços devido a entrada de novas clínicas, observou-se na análise dos dados que a maior ênfase é voltada ao âmbito interno, pois o Hospital possuía graves problemas estruturais, tecnológicos e financeiros. Conforme carta do tesoureiro Nereu do Vale Pereira apresentada à Mesa em 28 de junho de 1992 “[...] se não há receitas suficientes para financiar custeios do Hospital que

opera com déficits aproximados dos 12% ao mês, muito menos pensar em novos investimentos [...]” (PEREIRA, 1997), ressaltando a dificuldade da organização em fazer melhorias e inovações.

A ocorrência do incêndio em 1994 fez o Hospital ter um retrocesso em suas ações deflagrando um processo total de reconstrução, tanto física, quanto administrativa. Do período de 1997, quando houve a mudança na estrutura organizacional, até por volta de 2002 os esforços também parecem estar mais concentrados na eficiência operacional, no desempenho das tarefas e no controle dos comportamentos dos funcionários. É preciso também ressaltar que, paralelamente a este enfoque interno, algumas pessoas entrevistadas demonstram a existência de planos de expansão de domínios para os próximos anos e uma grande preocupação com a atualização tecnológica, como uma condição obrigatória para se manter em sintonia com o mercado, o que são sinais de um relacionamento com o ambiente externo mais adaptativo.

#### ***4.4.6 Captação e ordenação de recursos***

Salamon (1998) e Coelho (2002) informam que um dos grandes desafios para organizações que compõem o terceiro setor é a capacidade de sustentabilidade. Com o grande crescimento do setor nas últimas décadas a disputa por recursos torna-se mais acirrada, passando haver também uma maior preocupação com a eficiência operacional e profissionalização. A realidade do Hospital de Caridade não é diferente e, ainda se for considerar a natureza dos trabalhos realizados, isto se torna mais complexo, pois os custos dos serviços hospitalares, os equipamentos e a manutenção são elevados exigindo um gerenciamento eficiente dos recursos.

Pelo histórico do Hospital de Caridade infere-se que este nasceu dependendo de doações de pessoas da comunidade para sobreviver (PEREIRA, 1997). Muito antigamente, também era uma atitude comum dos “irmãos”, após o falecimento, repassarem todos os bens ao Hospital, prática hoje inexistente. Outra ação habitual, eram as doações espontâneas da população catarinense em prol do Hospital, porém a partir da década de 40 as pessoas passaram a repassar recursos apenas quando estava associado a determinado sorteio ou promoção (PEREIRA, 1997). Todos estes fatores contribuíram para mudar as estratégias de captação de recursos por parte da Irmandade.

Segundo dados do entrevistado 9, em meados de 70 e início da década de 80 o hospital sobrevivia do convênio com o INPS (Instituto Nacional da Previdência Social),

doações do governo estadual e de alguns deputados para atender os “indigentes”, pois naquela época as pessoas que não possuíam cadastro no antigo INPS eram assim denominadas e ficavam internadas em enfermarias com até 30 camas. Os convênios particulares eram poucos, atuava na época uma cooperativa de médicos denominada Medsan. Outros planos de saúde ainda não haviam aportado em Florianópolis no período.

Observa-se que a luta do Hospital de Caridade pela obtenção de recursos financeiros já é algo que vem de longa data. Pela análise do Livro de Atas, é possível perceber que, muito antes de 1974, havia uma preocupação constante da organização em buscar recursos para saldar dívidas, adquirir equipamentos e materiais.

Até o ano de 1980, período em que o Caridade funcionava como “Hospital Escola” do curso de Medicina da UFSC, alguns recursos advinham do poder público federal, o que facilitou por muito tempo o funcionamento do Hospital e também provocou uma certa passividade da organização em angariar recursos por outras vias.

A partir de 1987, o Hospital de Caridade começa a desenvolver outras ações visando atrair um maior número de pacientes. Neste ano, é firmado o convênio com a Unimed, uma das maiores cooperativas de médicos do Brasil (HOSPITAL DE CARIDADE, 1994.) Segundo o entrevistado 5, hoje são firmados convênios com inúmeros planos particulares, porém o da Unimed representa uma das principais fontes de receitas do Hospital de Caridade. “*O grande parceiro do Hospital de Caridade é a Unimed e em segundo lugar é o SUS.*”, informa o entrevistado. No volume total, os convênios representam 60% do volume total de receitas.

A respeito do repasse de subsídios do SUS, já que mais de 60% dos atendimentos do Hospital de Caridade são para segurados deste sistema, é notória nos depoimentos dos entrevistados a dificuldade deste recurso subsidiar os custos dos serviços. Nas palavras do entrevistado 5: “[...] *o valor repassado pelo SUS não cobre todas as despesas, isto realmente é um problema e não é só do Hospital de Caridade, mas todos os hospitais se queixam da remuneração paga pelo SUS.*” Desta forma, a Irmandade subsidia recursos para suprir os déficits pelo baixo pagamento correspondentes aos serviços prestados aos segurados do Sistema Único de Saúde (PEREIRA, 1997).

A atuação das clínicas nas instalações do Hospital no final da década de 80 também pode ser percebida como uma alternativa de angariar recursos, pois na maioria dos contratos há cobrança pela cessão de espaços. Além disso, os pacientes que necessitam de internação

utilizam os serviços do Hospital, havendo assim repasses de recursos das conveniadas para a organização.

Em síntese, considerando os fatos discorridos, pode-se dizer que, com a introdução do convênio com a Unimed em 1987, passou haver uma maior diversificação nas formas de financiamento. Já o período a partir de 1994, demonstra os esforços que a Mesa Administrativa vêm envidando a fim de obter um melhor uso e ordenamento dos recursos financeiros. O entrevistado 6 e 7 revelam que, em termos financeiros, os primeiros anos de gestão da atual Mesa foram dedicados para o pagamento de dívidas e nos dias de hoje o HC encontra-se em uma situação um pouco mais confortável.

Em suma, percebe-se que a dependência de recursos é um fator que influencia a administração do HC. O desenvolvimento nos sistemas de controles, a criação dos centros de custos, a instituição de uma comissão de compras, a necessidade de aproximar o orçado com o realizado, entre outros fatos já discorridos nas seções anteriores, são indícios de que vem ocorrendo um movimento da Mesa e Diretoria Executiva em traçar novas estratégias de captação e otimização de recursos.

#### **4.4.7 Identificação do(s) estágio(s) vivenciados de 1974 a 2004**

As seções anteriores discorreram a evolução de cada indicador isoladamente. Neste momento, será apresentada uma análise conjunta de todos os dados visando identificar a(s) fase(s) vivenciadas no período de 1974 a 2004, seguindo o modelo de Quinn e Cameron (1983).

De acordo com as teorias recorridas sobre o ciclo de vida, uma organização pode experimentar várias fases ao longo de sua existência ou simplesmente permanecer em um mesmo estágio durante todo o período de atuação (MILLER E FRIESEN, 1984; MACHADO-DASILVA, VIEIRA E DELLAGNELLO, 1998) e isto foi observado na pesquisa empírica.

O fato do HC ser uma organização bicentenária poderia levar ao pensamento de que se encontra em sua plena maturidade vivenciando o último estágio do ciclo de vida, porém os dados coletados apontam para a existência de um estágio híbrido composto por *formalização e controle e elaboração de estrutura*. O primeiro estágio é mais evidente durante todo o período pesquisado e o segundo há algumas características nas últimas décadas, indicando um período de possível transição.

Com base nas entrevistas realizadas e dados secundários obtidos pode-se afirmar que em 1974 o HC já possuía uma estrutura organizacional definida, sistema de controles e

relativo grau de formalização de políticas e procedimentos. Porém, a partir do momento que a Irmandade reassumiu a administração do Hospital em 1997 e percebeu os problemas estruturais que o HC enfrentava, houve uma grande ênfase no ambiente interno da organização, preocupando-se com a eficiência, produtividade dos recursos e a padronização de atividades e de comportamentos dos seus funcionários.

Pode-se afirmar que no período do estudo há indicativos que a organização esteja vivenciando a fase de *formalização e controle* (QUINN E CAMERON, 1983), pois determinadas características deste estágio encontram-se presentes no estudo de caso, principalmente no que se refere:

- Estrutura organizacional funcional;
- Institucionalização de políticas, regras e procedimentos;
- Relativa centralização de poder;
- Sistema de informações gerenciais estruturado.

Na coleta de dados também foi observado que algumas características apontam sinais de avanço para a fase de *elaboração de estrutura*, principalmente pela:

- Maior participação dos setores nas decisões do HC;
- Diversificação de serviços;
- Definição de estratégias de expansão de domínios.

Ainda referente as características observadas no estudo do ciclo de vida salienta-se a questão da captação e ordenação de recursos. Apesar da busca de recursos e a utilização mais eficiente não constar na literatura como uma característica da *fase de formalização e controle*, percebeu-se na coleta de dados uma grande preocupação do HC neste sentido.

Na literatura do ciclo de vida organizacional a ênfase na captação e ordenação de recursos é uma propriedade mais marcante na fase inicial de atuação denominada *estágio de empreendimento* (QUINN E CAMERON, 1983), porém tal característica aparentemente parece não se aplicar ao Hospital de Caridade.

Na fase inicial da vida de uma organização com finalidades lucrativas há uma grande preocupação em obter recursos, em realizar vendas de produtos ou serviços, fatos típicos da atividade empreendedora. Já em uma organização pertencente ao terceiro setor, nem sempre a ênfase na captação e ordenação de recurso poderá ser sentida na fase inicial do

seu ciclo. Isto dependerá do grau de formalização e estruturação que a organização já possuir inicialmente. Algumas são criadas com clara de definição de setores, atribuições, cargos, funções e objetivos, ou seja, com uma estrutura administrativa e gerencial já consolidada. Porém, cabe destacar que, dependendo da natureza da organização e o campo de atuação, a criação muitas vezes parte do simples desejo de uma pessoa ou grupo em ajudar o próximo ou lutar por uma causa não existindo uma ênfase nos aspectos mais instrumentais ligados à gestão, tal como enfatiza Salamon (1997) em seu trabalho. Neste caso, a estrutura, quando existe, é bastante simples e os recursos são escassos.

No caso do HC, a iniciativa de sua criação ocorreu pela necessidade que a Irmandade percebeu de fornecer um abrigo para os pobres e desvalidos. Os recursos para manutenção eram poucos e simples, geralmente provenientes de doações e pagamento de mensalidades pelos irmãos (PEREIRA, 1997).

O terceiro setor caracteriza-se por apresentar finalidades de cunho mais substantivo, no caso do Hospital é a assistência médico hospitalar à população, preferencialmente o público carente, assegurando o direito de acesso aos recursos terapêuticos. O eventual lucro existente tem que ser reinvestido em sua integridade na própria organização.

Conforme os autores pesquisados (SALAMON, 1997; MOORE, 2000) e a experiência vivenciada com a realização do estudo, para uma organização sem fins lucrativos uma das grandes dificuldades é garantir os subsídios para a manutenção de suas atividades. Pelos dados coletados a preocupação em obter recursos para o HC é uma constante e não algo particular dos últimos 30 anos.

Apesar do estudo não ter contemplado todo o período de existência do HC, há indícios de que a preocupação com a captação e ordenamento dos recursos é uma peculiaridade presente em todo o ciclo de vida organizacional e não somente uma característica mais marcante na fase de criação, tal como sugere a literatura do ciclo de vida organizacional.

Aparentemente, à medida que o Hospital de Caridade torna-se mais maduro e profissionalizado parece haver uma ênfase pela aplicação racional e controle dos recursos e uma maior criatividade na busca por novas fontes de financiamento, por meio do estabelecimento de estratégias diferenciadas. Este pode se configurar um dos indícios de que, conforme o seu processo de profissionalização, o Hospital de Caridade vem assemelhando suas práticas às organizações que compõem o setor empresarial, preocupando-se com a

eficiência dos recursos e aplicação de instrumentos de gestão que conduzam a melhores resultados organizacionais.

Com referência ao objetivo de identificar as etapas do ciclo organizacional de Quinn e Cameron (1983) vivenciadas pelo Hospital de Caridade nos últimos 30 anos, foi observado que de 1974 a 2004 o Hospital vem passando pela *fase de formalização e controle*, objetivando a eficiência, a produtividade, a formalização e a previsibilidade de comportamentos. Apesar do estudo não ter contemplado o período anterior à década de 1970, tudo indica que o Caridade vem vivenciando este estágio há muito tempo, o que confirma o comentário de Miller e Friesen (1984) a respeito de não existir um tempo de duração específico para cada etapa. Entretanto, devido a performance de algumas características percebe-se a vivência de um estágio híbrido com a *fase de elaboração de estrutura*, percebido pela (a) maior participação dos setores nas decisões organizacionais, indicando a existência de novos centros de influência de poder; (b) diversificação de serviços e (c) existência de plano de expansão a curto prazo. Tal fato passou a ficar mais nítido a partir da década de 90, quando houve a reestruturação física e administrativa.

Esta evolução do Hospital de Caridade no ciclo de vida organizacional pode ser atribuída também ao próprio progresso do seu setor de atuação. Conforme Smith (apud TREVISAN, 1988) os avanços na medicina científica resultaram na profissionalização da área e em um rápido aumento da demanda dos custos para estes serviços, fazendo surgir instituições mais complexas que demandaram maiores controles administrativos, de tal forma que a eficiência econômica e a racionalidade administrativa passaram a constituir interesses do hospital. Conforme o autor (SMITH apud TREVISAN, 1988, p. )

[...] o aumento da preocupação com custos e eficiência é, parcialmente, um reflexo, dos requisitos para sobrevivência financeira e, parcialmente, um reflexo dos valores econômicos que se tornaram centrais [...].

Tais argumentos podem servir como possíveis explicações para a nova postura da Mesa Administrativa frente à direção Caridade.

O quadro 12 demonstra um resumo os resultados coletados a respeito de cada variável pesquisada e o seu enquadramento no respectivo estágio do ciclo de vida:

<i>Variável</i>	<i>Estágio de Desenvolvimento</i>	
	<i>Estágio da Formalização e Controle</i>	<i>Estágio da Elaboração de Estrutura</i>
▪ Estrutura Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de organograma formal Definição clara de papéis e responsabilidades</li> <li>▪ Estrutura hierarquizada e do tipo piramidal</li> <li>▪ Organização dirigida pelos mantenedores e profissionais</li> </ul>	
▪ Poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relativamente centralizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A partir de 2003 há maior participação dos setores na tomada de decisões, havendo uma influência nos centros de poder.</li> </ul>
▪ Planejamento e coordenação de atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planos de curto prazo</li> <li>▪ Definição de metas e indicadores de desempenho</li> <li>▪ Não há existência de planejamento estratégico</li> </ul>	
▪ Políticas, regras e procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consolidação de normas e regulamentos formais</li> <li>▪ Políticas, regras e procedimentos institucionalizados</li> </ul>	
▪ Sistema de controle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de controles sistemáticos econômicos-financeiros e relativos à gestão hospitalar</li> <li>▪ Utilização de software específico de gestão</li> <li>▪ Presença de relatórios gerenciais que auxiliam nas decisões</li> </ul>	
▪ Relacionamento com o ambiente externo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De caráter estável, com predominância de comportamento reativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ênfase na diversificação de serviços, principalmente a partir de 1991</li> <li>▪ A partir de 2003 planos de expansão de serviços e atualização tecnológica constante</li> </ul>
▪ Captação e ordenação de recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diversificação nas fontes de financiamento</li> <li>▪ Ênfase na manutenção e eficiência dos recursos</li> </ul>	

Quadro 12: Característica do ciclo de vida organizacional.

Fonte: Dados primários.

#### **4.5 Abordagem inter-relacional entre o processo de adaptação estratégica e os estágios do ciclo de vida organizacional**

O objetivo desta seção é verificar a existência de possíveis relações entre o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade nos últimos 30 anos e as características dos estágios do ciclo de vida organizacional.

Pela descrição das mudanças ocorridas ao longo do período de estudo, percebe-se que as grandes transformações aconteceram a partir do momento em que a Mesa Administrativa reassumiu a direção do Hospital. As mudanças, principalmente nos estágios estratégicos de I a IV foram de caráter mais incremental (QUINN E VOYER, 2001) e reativas, ou seja, ocorreram ocasionalmente ao longo dos anos e com foco em aspectos pontuais. Já o V período estratégico, caracteriza-se por apresentar uma série de transformações que incluiu alterações na cultura, estrutura, sistemas de trabalho, pessoas, serviços, visão e valores organizacionais, configurando-se na abordagem de Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000) um salto quântico, ou seja, mudança revolucionária de muitos elementos ao mesmo tempo.

Na análise do ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade, as evidências apontaram que o Hospital de Caridade apresenta características do *estágio de formalização*, principalmente no que se refere a estrutura organizacional funcional, institucionalização de políticas, regras e procedimentos, relativa centralização de poder; sistemas de informações gerenciais estruturados. Porém apresenta também indicativos da fase de *elaboração de estrutura* por estar havendo uma maior participação dos setores na tomada de decisões, busca pela diversificação de serviços e definição de estratégias de expansão de domínios.

Conforme exterioriza o diagrama a seguir, a fase de formalização vem se estendendo desde 1962 até o ano de 2004. Entretanto, a consolidação efetiva do estágio parece ter acontecido a partir do período estratégico IV quando a Mesa Administrativa da Irmandade volta a ser mais atuante no HC, culminando em 1997 com a saída da superintendência e a efetiva retomada de poder pela Mesa.

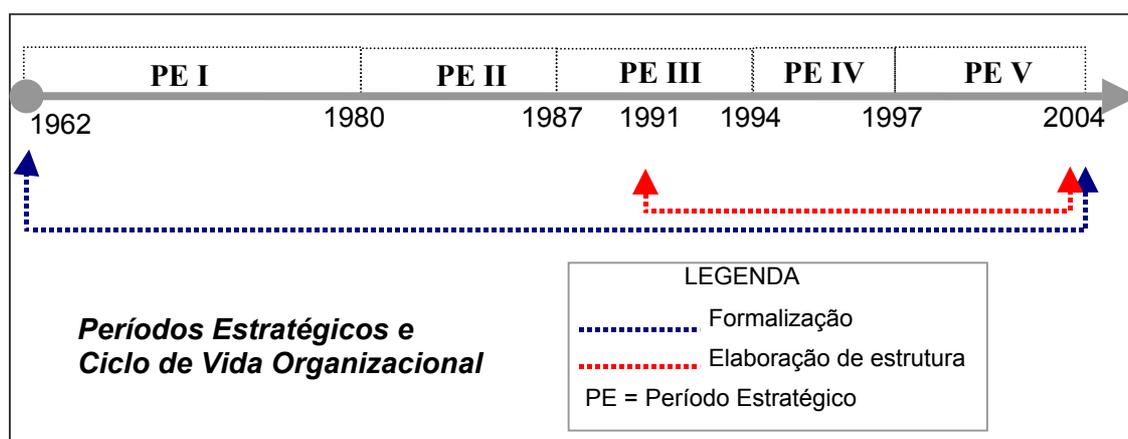


Figura 19: Períodos estratégicos e ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade

Fonte: Dados primários

As estratégias dos períodos IV e V parecem ter um enfoque maior pela eficiência das atividades do Hospital de Caridade, o que mantém relação com as peculiaridades da *fase de formalização*. Isto coaduna com as afirmações dos autores Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnello (1998), Quinn e Cameron (1983) e Miller e Friesen (1984) de que a organização no *estágio de formalização* busca maior estabilidade e eficiência, prevalecendo um relacionamento de caráter mais estável com o meio externo e um maior enfoque no âmbito interno.

Entretanto, algumas estratégias adotadas a partir do período de 1991, sugerem que a organização também está na busca pela expansão de domínios, fato que se manifesta: a) na diversificação dos serviços através da atuação de clínicas, b) existência de projetos de ampliação da emergência geral e criação de uma específica para acidentes cardiovasculares e c) ênfase no desenvolvimento tecnológico, a fim de implantar serviços de alta complexidade capazes de diferenciar o Hospital dos seus concorrentes.

Uma das possíveis explicações para o estágio híbrido no ciclo organizacional é o fato da nova administração do Hospital ao ter assumido a direção ter se deparado com uma série de fatores da *fase de formalização* que ainda não estavam totalmente consolidados na organização ou apresentavam falhas, entre estes: padronização das atividades, coordenação entre os setores, profissionalismo da equipe, sistemas de informações, controles e otimização da aplicação dos recursos. O modelo híbrido pode representar a preparação da organização para a passagem para o *estágio de formalização de estrutura*.

Percebe-se que há uma relação entre as características dos dirigentes organizacionais e o crescimento e desenvolvimento da organização, ocasionando assim repercussões nas etapas do ciclo de vida organizacional. A atuação direta da Mesa Administrativa no Hospital de Caridade veio como uma nova forma de intervenção sobre os fatores de sucesso do estágio do ciclo de vida. Com a atuação da superintendência os controles eram falhos, a coordenação entre os setores apresentava pontos de ruptura, havia uma baixa padronização de normas e procedimentos de trabalho. Nos dois últimos períodos estratégicos é possível perceber um novo estilo de liderança por parte da Mesa Administrativa, mais presente no dia a dia do Hospital, aberto a participação e enfatizando o controle, a otimização de recursos e o atingimento de resultados. Observa-se que tal característica condiz com o que Greiner (1972) aborda a respeito de que o corpo gerencial apresenta um papel decisivo na configuração de novas práticas que servirão de base para a gestão de um novo estágio do ciclo.

No que se refere ao ciclo de adaptação apresentado por Miles e Snow (1978) e que sugere que a organização no seu processo adaptativo deve buscar soluções integradas para os problemas de domínio (*empresarial*), tecnologia (*engenharia*) e racionalização de estruturas e processos (*administrativo*), foi possível identificar a presença destes fatores no período do estudo, conforme expressa as áreas coloridas no quadro a seguir.

Problema	PE I	PE II	PE III	PE IV	PE V
Empresarial					
Engenharia					
Administrativo					

Quadro 13: Ciclo de adaptação estratégica

Fonte: Dados primários

Entretanto, em determinados períodos estratégicos, mais especificamente os períodos I, II e IV, não foi possível perceber uma mudança em todos os três fatores, contrariando a indicação dos autores de que a adaptação exige um alinhamento consistente destas três categorias de decisões.

Apesar de haver uma manifestação de todos os problemas do ciclo adaptativo (MILES E SNOW, 1978), observa-se que o *administrativo* esteve presente em praticamente todos os períodos estratégicos, sendo que no dois últimos houve uma maior predominância. Isto pode ser a indicação de uma relação entre os fatores que levam a adaptação estratégica das organizações e as influências no ciclo de vida organizacional, ou seja, os problemas administrativos enfrentados pela Mesa podem ter levado a organização a uma ênfase na otimização e eficiência de suas operações, tornando a *fase de formalização* ainda mais evidente nos períodos estratégicos IV e V. Por outro lado, os problemas empresariais (domínio produto-mercado) também levaram a adaptação estratégica e, por consequência influenciaram o ciclo de vida. O Hospital de Caridade também apresenta características do estágio de “*formalização de estrutura*”, marcado, principalmente, pela diversificação dos seus serviços e projetos de expansão.

Com relação a capacidade de escolha estratégica (ação gerencial) e determinismo ambiental e o estágio do ciclo de vida organizacional não foram encontradas fortes evidências de relacionamento. Nos dois períodos iniciais do estudo, a escolha gerencial era baixa, nas

mudanças predominava um caráter mais reativo. A maior preocupação era com a manutenção das condições existentes, o que mantém relação com a estabilidade ambiental enfatizada pelos autores (MILLER E FRIESEN, 1984; QUINN E CAMERON, 1983) na *fase de elaboração*.

No período estratégico III, há uma reação por parte da organização. O IV período estratégico, devido a ocorrência do incêndio, a possibilidade de escolha gerencial cai novamente. O último período estratégico encerra com um alto determinismo influenciando a organização e também um comportamento mais ativo da Mesa Administrativa (escolha gerencial).

Hrebiniak e Joyce (1985) sugerem que organizações do quadrante I possuem um enfoque maior sobre o controle dos seus meios, enfatizando a otimização das operações, o que mantém certa concordância com a fase de formalização de Quinn e Cameron (1983), pois a preocupação neste estágio é com a eficiência.

## 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DE ESTUDOS

### 5.1 Conclusões

A realização da presente pesquisa partiu de uma inquietação em observar, à luz da literatura especializada, como ocorrem as adaptações estratégicas de uma organização sem fins lucrativos, mais especificamente um hospital filantrópico, considerando o seu ciclo de vida organizacional.

Na prática, o trabalho propôs-se a investigar, com base na opinião da coalizão dominante, como ocorreu o processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade, estudando o seu ciclo de vida organizacional do período de 1974 a 2004 e procurando compreender os fatores internos e externos que levaram às adaptações, as mudanças ocorridas, os *stakeholders* envolvidos e as possíveis correlações entre o estágio do ciclo de vida e o processo adaptativo.

Para facilitar a análise das mudanças ocorridas, com base na opinião da coalizão dominante, foram identificados os principais eventos críticos ocorridos no decurso e estes foram agrupados em períodos estratégicos, subdividindo-se em:

- Período Estratégico I (1962-1980): marcado principalmente pelo estabelecimento do convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina que transformou o Caridade em “Hospital Escola” com o objetivo de ensinar a prática médica para os estudantes de medicina e pela saída da Irmandade da direção do Hospital, passando a administração a ser executada por uma superintendência e apreciada pela Mesa Administrativa. Foi um período de relativa estabilidade do Hospital de Caridade em relação ao seu ambiente externo, não havendo a ocorrência de grandes transformações. O Hospital de Caridade era um dos poucos atuantes na época e os recursos eram mais facilmente obtidos.
  
- Período Estratégico II (1980-1987): ocorre o fim do convênio com a UFSC e com isso não há mais a garantia do subsídio governamental. A situação agrava-se, o hospital inicia um período de crise financeira e estrutural. A organização adota um estilo de adaptação do tipo estável (CHAKRAVARTY, 1982) em que a preocupação maior é amortecer as influências ambientais, procurando formas de reduzir suas despesas e angariar novos recursos por meio de alienação de bens e desenvolvimento de campanhas. A mesa administrativa passa a ser

menos atuante na administração do hospital e a superintendência adquire maior poder e autonomia financeira.

▪ Período Estratégico III (1987-1994): com a crise instalada no período anterior, a superintendência inicia um processo de mudança. A principal estratégia adotada é diversificação dos serviços por meio da introdução de clínicas e laboratórios médicos no espaço do Hospital de Caridade. Começa haver uma conscientização do corpo de funcionários da necessidade de otimizar o uso dos leitos, reduzindo o tempo de internação. Inicia-se um processo de informatização, alterando a rotina dos trabalhos. Em contraponto a estas mudanças, a Mesa Administrativa percebe que os resultados aferidos e as práticas executadas pela superintendência contrariam os princípios e valores da Irmandade. Uma mudança na estrutura organizacional é planejada para que a Mesa Administrativa retorne a direção, porém a ocorrência do grande incêndio de 1994 fez com que essa medida fosse executada somente após alguns anos.

▪ Período Estratégico IV (1994-1997): registra o início de grandes mudanças no Hospital de Caridade, marcada pela reconstrução do hospital após o incêndio e pelo retorno da Mesa Administrativa na coordenação geral do HC, extinguindo a superintendência. Em termos de adaptação estratégica os enfoques estavam voltados para o âmbito interno, principalmente a reestruturação física e saneamento de dívidas. Contudo, o retorno da Mesa Administrativa na administração fez com que fosse deflagrada uma transformação na organização, iniciando um novo período estratégico.

▪ Período Estratégico V (1997-2004): a retomada da Mesa Administrativa na direção do Hospital repercute em transformações organizacionais, marcada por mudanças que visaram múltiplos aspectos, entre estes: utilização racional de recursos e transparência em sua aplicação; aperfeiçoamento dos processos de trabalhos, padronização de serviços, otimização e modernização das instalações físicas, profissionalização da equipe e resgate dos valores e princípios da Irmandade frente a atuação do Hospital.

Em linhas gerais, a análise dos dados permitiu constatar que no processo de adaptação estratégica do Hospital de Caridade houve a predominância de um comportamento de caráter incremental (QUINN E VOYER, 2001), não-planejado, onde em grande parte do

período do estudo, a organização se manteve em uma postura reativa, enfocando aspectos pontuais. A postura passiva pode estar associada ao fato da mesma ter apresentado em determinados períodos estratégicos (I, II e IV) dificuldades de recursos financeiros, materiais e tecnológicos, o que segundo Chakravarthy (1982) influi no estado da adaptação, pois a tendência é o estabelecimento de estratégias defensivas para conservação da capacidade material. Entretanto, o V período estratégico, revela a ocorrência de uma mudança revolucionária (TUSHMAN E ROMANELLI, 1985) repercutindo em uma remodelação na gestão do Hospital de Caridade que trouxe resultados positivos à organização.

O estudo do processo de adaptação estratégico do Hospital de Caridade de 1974 a 2004 demonstrou que a organização passou por um processo de profissionalização, que gerou seus maiores impactos principalmente a partir do ano de 1997, quando houve o retorno da Mesa Administrativa à direção do Hospital.

Relacionando o processo adaptativo do Hospital de Caridade com o ciclo de adaptação de Miles e Snow (1978) foi possível perceber que os problemas de *domínio*, *tecnologia* e *administrativo* estiveram presentes na maioria dos períodos estratégicos, sendo que o de ordem administrativa apresentou maior ênfase. O que induz a considerar que não foram apenas as pressões externas que levaram o Hospital de Caridade a realizar mudanças, mas também as condições internas, coadunando com as afirmações de Child e Smith (1987).

É importante discorrer que nas análises dos períodos estratégicos houve uma preocupação em estudar o processo de adaptação estratégica sem partir de modelos apriorísticos, mas sim utilizar as abordagens teóricas que pudessem oferecer suporte para uma melhor compreensão dos eventos ocorridos, os fatores que levaram a sua ocorrência e as influências deste no processo de adaptação e no próprio ciclo de vida do Hospital de Caridade, pondo em prática orientações de autores como Fonseca (2001), Astley e Van de Ven (1983) e Whittington (2004) referentes a integração multidisciplinar entre várias áreas. Partiu-se do princípio de que a complexidade do mundo contemporâneo impede que o estudo em estratégia se desenvolva de uma forma fragmentada. A intenção não foi promover uma conciliação entre várias teorias, que muitas vezes são de origem e fundamentos distintos, mas sim possibilitar um diálogo entre conceitos e abordagens de forma a ampliar as bases para a explicação do comportamento organizacional, sem invalidar ou anular uma outra teoria.

Foi possível perceber que os preceitos da teoria institucional podem servir de explicação para o entendimento do processo de adaptação estratégica. O ambiente de atuação hospitalar é cercado por uma série de normas regulamentares e condutas profissionais que

parecem exercer uma pressão determinística sobre a ação organizacional. Muitas das mudanças efetuadas pelo Hospital de Caridade, tais como a profissionalização da equipe, alterações em procedimentos de trabalhos e na própria estrutura organizacional foram em decorrência de regras estabelecidas por órgãos governamentais e/ou conselhos profissionais, como, por exemplo, o de Medicina e o de Enfermagem, influenciando o processo de adaptação. Outro ponto que se evidenciou no discurso da coalizão dominante, foi a preocupação em legitimar a atuação do Hospital de Caridade no seu meio, confirmando o que os autores institucionalistas (CARVALHO E VIEIRA, 2003; DIMAGIO E POWELL, 1983) declaram a respeito de que os propósitos organizacionais não se limitam as razões instrumentais, mas também aspectos substantivos relacionados ao reconhecimento social e se tratando de uma organização sem fins lucrativos, que muitas vezes enfrenta limitações de ordem financeira, isto parece adquirir maior importância, pois demonstra o valor social podendo facilitar a obtenção de recursos.

A realização deste estudo também procurou ultrapassar as prerrogativas de que a ação gerencial e o determinismo ambiental são categorias excludentes em que há o entendimento de que ou a ação organizacional é que molda o ambiente (CHILD, 1972; CHILD E SMITH, 1987) ou, numa visão determinística, as condições do ambiente é que são imperativas sobre a organização. O referencial de Hrebiniak e Joyce (1985) demonstrou-se válido para apreender a complementariedade existente entre as duas abordagens. Do ponto de vista prático, conclui-se que o determinismo ambiental sobre o Hospital de Caridade é alto, principalmente pela existência de normas regulamentares de atuação das organizações hospitalares. Por sua vez, a iniciativa gerencial nos períodos estratégicos I, II e IV foi relativamente baixa, o que coaduna com postura reativa da organização neste período. Já nos períodos III e V a escolha estratégica foi alta, embora se mantivessem as mesmas condições determinísticas. Com este comportamento foi possível perceber que houve uma alteração na arena cognitiva (CHILD E SMITH, 1987) do Hospital de Caridade, pois comparando com a atuação da superintendência, com o retorno da Mesa Administrativa no comando diretivo do Hospital houve uma postura diferenciada em termos de interpretação das condições objetivas do ambiente, valores organizacionais, objetivos e, conseqüentemente, do próprio processo de adaptação estratégica.

Considerando a análise do ciclo de vida organizacional do Hospital de Caridade do período de 1974 a 2004, observou-se que a teoria é um instrumento analítico pertinente para a

compreensão do processo de transição que ocorre por meio de tomadas de decisões estratégicas em cada estágio do ciclo.

Apesar de algumas concepções apontarem o ciclo de vida como uma abordagem seqüencial e evolutiva (GREINER, 1972, 1998), foi possível perceber que uma organização pode manter-se durante um longo período em uma mesma fase e, até mesmo, vivenciar estágios híbridos confirmando os indicativos de Miller e Friesen (1984) e Machado-da-Silva, Vieira e Dellagnello (1998) ou retroceder determinados estágios. No Hospital de Caridade, há indicativos de que a organização esteja vivenciando desde 1974 até 2004 a *fase de formalização* (QUINN E CAMERON, 1983), conjuntamente com o estágio de *elaboração de estrutura* (QUINN E CAMERON, 19983), que apresenta características mais evidentes nas duas últimas décadas.

A *fase de formalização*, caracterizada pela estrutura organizacional funcional, institucionalização de políticas, regras e procedimentos, sistemas de informações gerenciais e relativa centralização de poder, parece ter consolidado efetivamente com a atuação dos novos dirigentes organizacionais, indicando um possível relacionamento entre as características dos líderes, os fatores críticos de sucesso considerados pela coalizão dominante e o desenvolvimento organizacional. Com isto a assertiva de Greiner (1972) que o corpo gerencial apresenta papel decisivo na configuração de novas práticas que servirão de base para a gestão de um novo estágio do ciclo foi percebida no estudo do caso. O estilo de liderança da Mesa Administrativa que parece predominar no último período estratégico é relativamente centralizador, porém é percebido positivamente pelos pesquisados, em função do desenvolvimento ocorrido nos últimos anos. Há uma ênfase no desenvolvimento de controles, padronização e sistematização de rotinas, otimização dos recursos e atingimento de resultados, características condizentes com a *fase de formalização*. Porém a organização também vem buscando uma maior participação dos setores nas decisões do Hospital de Caridade, diversificação de serviços e definição de estratégias de domínios, que são traços da *fase de elaboração de estrutura* (QUINN E CAMERON, 1983).

A indicação de vivência de um estágio híbrido das *fases de formalização e elaboração de estrutura* (QUINN E CAMERON, 1983) pode demonstrar um possível período de transição do Hospital de Caridade, como uma espécie de preparação para a próxima fase, pois quando a Mesa Administrativa retornou ao poder percebeu deficiências na maioria das práticas organizacionais.

Com o estudo do ciclo de vida organizacional no Hospital de Caridade foi possível perceber o que Miller e Friesen (1984) proferem sobre o desenvolvimento organizacional. Conforme os autores, à medida que as organizações evoluem no ciclo de vida, aumenta a complexidade do ambiente e das tarefas administrativas. No caso do Hospital de Caridade, a *fase de formalização* vem se estendendo por um longo período, porém no início da década de 70, conforme as entrevistas realizadas, o ambiente não era tão complexo, o conhecimento em medicina e os recursos tecnológicos disponíveis não eram tão avançados, as regras e normatizações profissionais existiam, porém eram em menor escala. Entretanto, a medida que a organização evoluiu novas variáveis apareceram no ambiente, o número de regulamentações sobre o setor tornou-se maior e a tecnologia passou a ser predominante na evolução da prática médico-hospitalar, enfim o meio de atuação do Hospital de Caridade tornou-se mais complexo, o que repercutiu também na alteração da dinâmica de sua gestão administrativa.

Desta forma, há indícios que conforme o campo de atuação do Hospital de Caridade e os serviços oferecidos foram se tornando mais complexos e com a nova percepção da Mesa Administrativa uma nova racionalidade administrativa passou a constar da agenda da mantenedora do HC – a Irmandade do Senhor dos Passos, como forma de assegurar a estabilidade financeira da organização, garantir a sobrevivência, o cumprimento da missão social e assegurar a qualidade dos serviços.

Um fato interessante constatado no estudo do ciclo de vida organizacional refere-se à questão da captação e ordenação de recursos. A literatura a respeito do ciclo de vida organizacional profere que tal preocupação está mais fortemente presente no estágio de empreendimento (QUINN E CAMERON, 1983), quando ocorre o nascimento da organização e não na *fase de formalização e elaboração de estrutura* (QUINN E CAMERON, 1983). Entretanto, o estudo empírico demonstrou que a ênfase pela busca de fontes de financiamento por parte do Hospital de Caridade é algo que permeia a ação organizacional do Hospital de Caridade em todo o estudo realizado e fica ainda mais evidente nos últimos períodos estratégicos. Com isso é possível constatar que a teoria do ciclo de vida organizacional aplicado ao terceiro setor, especificamente neste ponto, apresenta incompatibilidade, pois diferentemente de uma organização lucrativa, no nascimento de uma organização sem fins lucrativos os maiores esforços não necessariamente estarão voltados na captação e ordenação de recursos. Tal fato dependerá de sua estrutura, área de atuação, recursos disponíveis, mantenedores, profissionais e fundadores. Neste sentido, uma organização do terceiro setor pode ou não nascer com uma estrutura devidamente estabelecida e com esta preocupação

inicial de captar recursos. Em alguns casos, o que se observa, é que a criação de tais organizações parte do simples desejo de uma pessoa ou um grupo abraçar uma causa social, sendo que as preocupações mais instrumentais referentes à gestão vão surgindo à medida que o seu trabalho evolui.

O fato é que a prática no Hospital de Caridade parece indicar que, conforme uma organização do terceiro setor evolui e as demandas vão se tornando mais complexas, há uma maior preocupação em captar e utilizar racionalmente os recursos disponíveis. No caso do Hospital de Caridade percebeu-se uma evolução neste sentido, que se manifesta principalmente pela busca de fontes alternativas, elaboração de projetos e aplicação de práticas que lhe concedam maior visibilidade e legitimidade social. Em outras palavras, infere-se que, à medida que o Hospital de Caridade foi se profissionalizando, suas práticas passaram a ter maior semelhança com aquelas empregadas por organizações lucrativas, mais notadamente no que se refere a aplicação de instrumentos de gestão e a preocupação com a eficiência dos seus recursos.

Partindo para a correlação do processo de adaptação estratégica com a fase do ciclo de vida organizacional, observou-se que há algumas evidências empíricas entre o comportamento estratégico adotado e as características da teoria do ciclo de vida organizacional de Quinn e Cameron (1983). Isto pode ser mais facilmente observado pelo enfoque estratégico dos períodos analisados, pois estiveram mais voltados para o âmbito interno e enfatizaram, principalmente, a eficiência das atividades, a qualidade dos serviços, a otimização dos recursos e a padronização de serviços e comportamentos. Tais características são compatíveis com as informações de Quinn e Cameron (1983) e Machado-da-Silva e Dellagnello (1998) a respeito da *fase de formalização* (QUINN E CAMERON, 1983). No estudo do ciclo de adaptação de Miles e Snow (1978), apesar de se ter sido percebido que os três problemas de domínio a) *empresarial*, b) *tecnológico* e c) *administrativo* deflagaram o processo de adaptação estratégica durante o período analisado percebeu-se que houve maior predominância pelo *administrativo*, ou seja racionalização de estruturas e processos, o que mantém uma condizência com a *fase de formalização* de Quinn e Cameron (1983).

É importante salientar também que algumas características do Hospital de Caridade, mais notadamente o fato de não possuir fins lucrativos e ter razões de existência de cunho mais substantivo, também influenciaram o seu processo de adaptação estratégica.

Um deles diz respeito a questão da Mesa Administrativa ser composta por pessoas que trabalham voluntariamente e que, embora a organização venha buscando voluntários com

conhecimento profissional, não necessariamente, possuem embasamento técnico e/ou experiência a respeito da gestão hospitalar. As decisões são tomadas de forma colegiada e de maneira participativa entre a Mesa Administrativa, Conselho Pleno e Diretoria Executiva. Estes grupos são coalizões internas que podem fazer com que as estratégias sejam baseadas em uma função política e em um processo de tomada de decisões que está submetido às relações de poder e não necessariamente a uma análise racional de oportunidades e ameaças. Desta forma, o processo de adaptação estratégica pode ser mais lento, devido ao número de atores sociais que participam do processo e também pode não representar as melhores escolhas do ponto de vista técnico/gerencial, pois quem detém efetivamente o poder é a Mesa Administrativa e o Conselho Pleno.

Outro fator influenciador da dinâmica estratégica no Hospital de Caridade são os próprios valores e princípios da Irmandade – a mantenedora do hospital. A grande transformação ocorrida no Hospital de Caridade foi efetivada, pois a Mesa Administrativa percebeu que havia diferenças de interesses e percepções a respeito da atuação do Hospital entre a própria Mesa e a superintendência. Com a atuação da superintendência os princípios e ideologias de criação do Hospital estavam sendo transgredidos, o que fez com que a Mesa retomasse ao poder e assumisse novamente a direção do Hospital, tal como na década de 1960. Pelas entrevistas realizadas, observou-se que o culto e os valores religiosos, a prática de Caridade aos mais necessitados são princípios que influenciam a postura da Mesa Administrativa e, conseqüentemente, as decisões que afetam o Hospital de Caridade.

O fato do Hospital de Caridade não possuir fins lucrativos também se configura como um fator importante para o entendimento do processo de adaptação estratégica. No princípio, as fontes de financiamento para o Hospital eram mais facilmente obtidas: na década de 1960, por exemplo, haviam poucos hospitais públicos e particulares atuando em Florianópolis, eram comum as doações de fiéis e Irmãos e além disso, existia maior apoio governamental, ou seja, não era necessário uma postura mais empreendedora da organização. Contudo, observa-se que com a necessidade por fontes de financiamento, pois o repasse do INSS não é suficiente para a cobertura dos custos hospitalares, começa a haver um enfoque maior pela sustentabilidade financeira, eficiência, transparência na aplicação de recursos, alcance de resultados e qualidade dos serviços, confirmando o que os autores afirmam sobre a profissionalização da gestão de organizações sem fins lucrativos (GOHM, 1998; PEZZULO, 2003; SALAMON, 1998; FALCONER, 1999).

## 5.2 Recomendações de estudos

O presente trabalho trouxe à tona duas proposições principais: estudar a adaptação estratégica e o ciclo de vida organizacional no campo de uma organização hospitalar filantrópica. Frente as constatações percebidas com a execução da pesquisa, considera-se oportuno que sejam realizados estudos:

- a) em outras organizações hospitalares sem fins lucrativos e, até mesmo, em outros segmentos do terceiro setor, para se analisar o comportamento do ciclo de vida e verificar a existência de compatibilidades entre a adaptação estratégica e as características dos estágios do ciclo de vida. Sugere-se, inclusive, que tal estudo inclua todo o período de vida da organização, pois tal fato não pode ser concretizado no HC por se tratar de um hospital bicentenário, com um grande número de informações históricas, o que inviabilizaria a pesquisa. Propõe-se tal recomendação com o intuito de contribuir com a ampliação dos conhecimentos a respeito da adaptação estratégica com base no estudo do ciclo de vida organizacional;
- b) analisando a influência da dependência de recursos no processo estratégico. Sugere-se que este ponto seja motivo de inspiração para a realização de outros trabalhos, procurando pesquisar em organizações sem fins lucrativos como se comporta durante o seu ciclo de vida organizacional a dependência por recursos e a influência deste aspecto na gestão organizacional;
- c) estudando a(s) possíveis interferência(s) do(s) *stakeholder(s)* da organização no processo de adaptação estratégica;
- d) verificando as possíveis inter-relações entre o perfil gerencial, trabalho voluntário no terceiro setor, valores organizacionais e ciclo de vida;
- e) procurando entender as relações de poder nas organizações sem fins lucrativos e sua influência na adaptação estratégica;

- f) enfatizando a influência dos valores organizacionais das organizações do terceiro setor no processo de adaptação estratégica.

Este trabalho permitiu compreender o processo de mudança organizacional a partir da leitura do ciclo de vida, considerando o período de atuação do Hospital de Caridade de 1974 a 2004. A metodologia do ciclo de vida permite a identificação de dificuldades inerentes a cada estágio do ciclo e que são necessárias serem transpostas para que se possa vivenciar uma nova fase.

Considera-se também oportuno ressaltar que o Hospital de Caridade vem buscando melhorar sua eficiência interna, otimizando recursos, adquirindo novas tecnologias e modernizando seus processos de trabalho o que vem proporcionando à organização uma modernização de sua gestão, especialmente do período de 1997 em diante quando a Mesa Administrativa reassumiu o poder. O enfoque da organização neste período parece estar mais voltado ao âmbito interno. Conforme os preceitos teóricos, a transição para a próxima fase do ciclo de vida organizacional requer uma gestão menos centralizada e flexível, facilitando a busca pela ampliação de seus domínios, diversificação de seus serviços e clientes. Além disso, um dos pontos que foi percebido pelas entrevistas foi a necessidade de metas a longo prazo consistentes, capazes de conduzir a organização como um todo a uma expansão de domínios e a auto-sustentação necessária para o cumprimento de sua missão social.

## REFERÊNCIAS

ADIZES, I. **Os ciclos de vida das organizações** : como e porque as empresas crescem e morrem e o que fazer a respeito. São Paulo: Pioneira, 1996.

AKTOUF, O. Governança e pensamento estratégico : uma crítica a Michael Porter. **Revista de Administração de Empresas**. v. 42, n. 3, jul/set 2002.

AMOROSO, R. Lidando com o pensamento estratégico. In: COSTA, B. K.; ALMEIDA, M. I. R. (coord.). **Estratégia: perspectivas e aplicações**. São Paulo : Atlas, 2002.

ANDREWS, K. R. **O conceito de estratégia empresarial**. In : MINTZBERG, H, QUINN, J.M. O processo de estratégia. 3 ed. Porto Alegre : Bookman, 2001.

ANSOFF, H. I; DECLERK, R. P.; HAYES, R. L. **Do planejamento à administração estratégica**. São Paulo : Atlas, 1981.

\_\_\_\_\_, H. Igor. **Administração estratégica**. São Paulo : Atlas, 1983.

ASTLEY, W. G.; VAN DE VEN, A. H. Central perspectives and debates in organization theory. **Administrative Science Quarterly**, v. 28, p. 245-273, june, 1983.

BAPTISTA, M. V. **Planejamento social** : intencionalidade e instrumentação. São Paulo : Veras Ed., 2000.

BAUER, R. **Gestão da mudança** : caos e complexidade nas organizações. São Paulo : Atlas, 1999.

BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. Qualitative research in education : an introduction to theory and methods. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

BORENSTEIN, M. S. O cotidiano da enfermagem no hospital de caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BOWDITCH, J. L.; BUONO, A. F. **Elementos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 2002.

BRASIL. **Constituição federal 1988**. Brasília : Senado Federal, gabinete do 4º secretário, 2000.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. O sistema público de saúde no Brasil. Seminário Internacional : Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 4.481, de 22 de novembro de 2002. Dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4481.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4481.htm)> Acesso em 15 de março de 2005.

\_\_\_\_\_. Lei n. 1920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em < <http://www.mec.gov.br/organiza/ftp/Lei1920.doc> > Acesso em 21 de abril de 2005.

BROW, W. A.; IVERSON, J. O. Exploring strategy and board structure in nonprofit organizations. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, v. 33, n. 3, 377-400, sep. 2004.

CABALLERO, A. J. A. **Adaptação organizacional estratégica e evolução financeira no setor elétrico** : o caso das Centrais Elétricas de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMERON, K. S.; WHETTEN, D. A. Perceptions of organizational effectiveness over organizational life cycles. **Administrative Science Quarterly**. v. 26, p. 525-544, dez, 1981.

CAPRA, F. **A teia da vida**. São Paulo : Editora Cultrix, 1996.

CARVALHO, C. A. P.; VIEIRA, M. M. F.; LOPES, F. D.. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. In: XXIII ENANPAD, **Anais...**CD-ROM, 1999.

\_\_\_\_\_, C. A.; VIEIRA, M. M. F.. Contribuições da Perspectiva institucional para a análise das organizações : possibilidades teóricas, empíricas e de aplicação. In: Carvalho, C.A., VIEIRA, M. M. F. (org.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional**. Recife, Editora UFPE, 2003.

CASTRO. C. M. **A prática da pesquisa**. São Paulo : McGraw Hill do Brasil, 1978.

CHAKRAVARTHY, BALAJI S. Adaptation: a promising metaphor for strategic management. **Academy of Management Review**, v 7, n 1, p 34-44, 1982.

CHANDLER, A. **Strategy and structure**. Cambridge. Ma : Mit Press, 1962.

CHILD, J. Organizational structure, environment and performance: the role of strategic choice. In: CHILD, J. **Sociology**, v. 6, p. 2-22, 1972.

\_\_\_\_\_, J.; SMITH, C. The context and process of organizational transformation - cadbury limited in its sector. **Journal of Management Studies**, v 24, n 6, nov 1987.

CLEGG, S.; CARTER, C., KORNBERGER, M. A “máquina estratégica”: fundamentos epistemológicos e desenvolvimentos em curso. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 21-31, 2004.

COELHO, S. C. T. **Terceiro setor: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos**. 2 ed. São Paulo : Editora Senac São Paulo, 2002.

COSTA JÚNIOR, L. C. **Cadernos do III Setor - Terceiro Setor e Economia Social**. São Paulo : FGV, n 2, abr 1998.

CUNHA, Cristiano J. C. A. **Adaptação estratégica em ambiente turbulento..** Tese para concurso de professor titular – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

DEGEUS, A. A empresa viva. In: **Harvard Business Review**. Estratégias para o crescimento. Rio de Janeiro : Campus, 2000.

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

DRUCKER, P. F.. **Administração de organizações sem fins lucrativos:** princípios e práticas. São Paulo : Pioneira, 1994.

FALCONER, A. P. **A promessa do Terceiro Setor** : um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

\_\_\_\_\_, A. P.; VILELA, R.. **Recursos Privados para fins Públicos** : As Grantmakers Brasileiras. São Paulo : Peirópolis, 2001.

FERNANDES, R. C. **Privado porém público.** O terceiro setor na América Latina. 2ªed. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_, R. C. O que é terceiro setor? In : **3º Setor. Desenvolvimento social sustentado.** 2ªed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1997.

FONSECA, V. S. **Além da escolha racional: exame do conceito de estratégia organizacional a partir de três perspectivas contemporâneas.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

FONTINELLI JÚNIOR, K. **Administração hospitalar.** Goiânia : AB, 2002.

FREEMAN, R.E. **Strategic Management: A Stakeholder Approach**. Boston: Pitman, 1984.

\_\_\_\_\_, R. E.; REED, D. L. Stockholders and stakeholders : a new perspective on corporate governance. **California Management Review**, v. 25, n. 3, p. 88-106, springer 1983

GIFE. Dados do terceiro setor. Disponível em: <<http://www.gige.org.br>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2005

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo : Atlas, 1994.

GODOY, A. S.. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. v 35, n. 2, p. 57-63, mar.-abr. 1995a.

\_\_\_\_\_, A. S.. Pesquisa qualitativa : tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v 35, n. 3, p. 20-29, maio-jun. 1995b.

GOHM, M. G.. O novo associativismo e o terceiro setor. **Serviço Social & Sociedade**, n. 58, ano XIX. São Paulo : Ed. Cortez, 1998.

GREINER, L. Evolution and revolution as organization grow. **Havard Business Scholl**, jul-aug, 1972

\_\_\_\_\_, L. Evolution and revolution as organization grow. **Havard Business Scholl**, may-jun, 1998.

HALL, R.H. **Organizações: estrutura e processos**. 3 ed., Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

HAMEL, G. **Liderando a revolução**. Rio de Janeiro : Campus, 2000.

\_\_\_\_\_, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro** : estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã. 13 ed. Rio de Janeiro : Campus, 1997.

HANNAN, M. T., FREEMAN, J. Structural inertia and organizational change. **American Sociological Review**, 49: 149-164, 1984.

\_\_\_\_\_, M.T., FREEMAN, J. **Organizational ecology**. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1989.

**HOSPITAL DE CARIDADE**. Livro de registro de atas nº 24 (1972 a 1974). Florianópolis, 1974.

\_\_\_\_\_. Livro de registro de atas nº 28 (1981 a 1994). Florianópolis, 1994.

\_\_\_\_\_. Informativo nº 1. Florianópolis, 2003.

\_\_\_\_\_. Informativo nº 2. Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. Informativo nº 3. Florianópolis, 2005.

\_\_\_\_\_. Irmandade: como participar. Disponível em: <<http://www.hospitaldecaridade.com.br>>. Acesso em: 15 de março de 2005

HREBINIAK, L. G. & JOYCE, W. F. Organizational adaptation: strategic choice and environmental determinism. **Administrative Science Quarterly**, n.30, p.336-349, Sep, 1985.

HUDSON, M. **Administrando organizações do terceiro setor: o desafio de administrar sem receita**. São Paulo : Makron Books, 1999.

JÓFILI, R.; DIAS, T. F.; CARVALHO, C. A.. Paixão de Cristo em Fazenda Nova: de referências locais a referências globais. In: Carvalho, C.A., VIEIRA, M. M .F. (org.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional**. Recife : Editora UFPE, 2003.

KRAFT, K. L.; JAUCH, L. R.; BOATWRIGHT, E. W. Assessing Organizational Effectiveness in the service sector. **Journal of Professional Services Marketing**. v. 14, n. 1, p. 101-117; 1996.

LEÃO JR, F. P. S.. Museus da região metropolitana do Recife: das heranças do passado à construção do futuro. In: Carvalho, C.A., VIEIRA, M. M. F. (org.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local : a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional**. Recife : Editora UFPE, 2003.

LIMA, M. V.. **Mudança organizacional: teoria e gestão**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2003.

LIMA, S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. p. 1249-1261. n. 20, v. 5, set/out 2004

LUCENA, E.; VIEIRA, M. M. F. Estrutura e ciclo de vida organizacionais: um estudo empírico nas malharias do estado de Pernambuco. **Organizações e Sociedade**. v. 4, n. 10, set/dez. 1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação : abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 1986.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; VIEIRA, M. M. F.; DELLAGNELLO, E. H. L. Ciclo de vida, controle e tecnologia: um modelo para análise das organizações. **Organizações e Sociedade**, v. 5, n. 11, jan-abr 1998.

\_\_\_\_\_, C. L.; FONSECA, V. S.; FERNANDES, B. H. R. Mudança e estratégia nas organizações. Perspectivas cognitiva e institucional. XXII ENANPAD, **Anais....CD-ROM**, 1998.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

MARTINS, P.H. **Institutos, Fundações, ONGs, OSCIPs e Filantrópicas (ou os Nomes e os Fatos)**. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2005.

MILES, R. H. **Macro Organizational Behavior**. Glenview, Illinois: Scott Foresman and Company, 1980.

MILES, R.; SNOW, C. C. **Organizational Strategy, Structure and Process**. McGraw-Hill, 1978.

MILLER, D.; FRIESEN, P. H. A longitudinal study of the corporate life cycle. **Management Science**, v. 30, n. 10, p. 1161-1183, 1984.

MINAYO, M. C et al. **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINTZBERG, H. The strategy concept I: five P's for strategy. **California Management Review**, Fall, p. 11-24, 1987.

\_\_\_\_\_, H. An emerging strategy of “direct” research. **Administrative Science**, v. 24, n. 9, p. 582-589, 1997.

\_\_\_\_\_, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre : Bookman, 2000.

\_\_\_\_\_, H.; QUINN, J. J. **O processo da estratégia**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

MONTAÑO, C.. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2002.

MOORE, M. H. Managing for value: organizational strategy in for-profit, nonprofit, and governmental organizations. **Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly**, v. 29, n. 1, p. 183-204, 2000.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo : Atlas, 1996.

MOTTA, F. C. P.; VASCONCELOS, I. F. G.. **Teoria geral da administração**. São Paulo : Thomson Learning, 2002.

MOTTA, P. R.. Planejamento estratégico em organizações sem fins lucrativos: considerações sobre dificuldades gerenciais. **Revista de Administração Pública**. p 7-21, n. 13, jul-set 1979.

\_\_\_\_\_, P. R.. **A ciência e a arte de ser dirigente**. 6 ed. Rio de Janeiro : Record, 1995.

NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In: **Ministério da Saúde**. Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. v 2, n 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

OLIVER, C. The collective strategy framework: an application to competing predictions of isomorphism. **Administrative Science Quarterly**, v. 33, p. 543-561, dez, 1988.

PADUAN, R. Quem ganha dinheiro com saúde. **Exame**. n. 25, p. 52-55, dez, 2004.

PANCERI, R. **Terceiro setor**: a identificação das competências essenciais dos gestores de uma organização sem fins lucrativos. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

PANKAJ, P. et al. **A estratégia e o cenário dos negócios: texto e casos**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

PEREIRA, N. V. (org.). **Memorial histórico da irmandade do senhor Jesus dos passos**. v 2. Florianópolis: ministério da cultura, 1997.

PEREIRA, M. F.. **A construção do processo do planejamento estratégico a partir da coalizão dominante**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

\_\_\_\_\_, M. F.. A gestão organizacional em busca de um comportamento holístico. In: ANGELONI, M. T. **Organizações do conhecimento**: infra-estrutura, pessoas e tecnologias. São Paulo: Saraiva, 2002.

PERUCHI, R. **Sinopse da história da irmandade do senhor Jesus dos passos e hospital de caridade**. Florianópolis, 2000.

PETTIGREW, A. M.; WOODMAN, R. W.; CAMERON, K.. Studying organizational change and development: challenges for future research. **Academy of Management Journal**. v. 44, n. 4, aug, 2001.

PEZZULO, S.. **Desenvolvendo sua organização** : um guia de sustentabilidade para ONGs. São Paulo: Ed. São Paulo, 2003.

PFEFFER, J. **Power in Organizations**. Massachusetts : Ballinger Publishing Company, 1981.

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

\_\_\_\_\_, M.. O que é estratégia. In: PORTER, M. **Competição = on competition**: estratégias competitivas essenciais. Rio de Janeiro : Campus, 1999.

**PROAHSA**. Indicadores Proahsa. n. 33, jan-mar, 2004.

**PUBLIFOLHA**. Estratégia e planejamento : autores e conceitos imprescindíveis. São Paulo: Publifolha, 2002.

QUINN, R.; CAMERON, K. Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: some preliminary evidence. **Management science**. v. 29. n. 1, jan, 1983.

QUINN, J. B.; VOYER, J. Incrementação lógica: administrando a formação da estratégia. In: MINTZBERG, H.; QUINN, J. J. **O processo da estratégia**. Porto Alegre. Bookman, 2001.

REGO, M. L. **A responsabilidade social como resposta do Sistema S ao ambiente institucional brasileiro pós-década de 1990: o caso do SESC. 2002.** Dissertação (Mestrado em Administração Pública e de Empresas) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Rio de Janeiro, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social : métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES, M.C. Demandas sociais versus crise de financiamento: o papel do terceiro setor no Brasil. In: **Revista de administração pública.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, vol.32, n°5, set./out. 1998.

RODRIGUES FILHO, J.. Um estudo da produção acadêmica em administração estratégica no Brasil na terminologia de Habermas. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 2, jul/dez 2004.

ROSSETTO, C. R.; ROSSETTO, A. M. As perspectivas institucionais e da dependência de recursos no estudo do processo de adaptação estratégica organizacional. XXIV ENANPAD, **Anais...**CD-ROM, 2000.

\_\_\_\_\_, C. R.; ROSSETTO, A. M. Comportamento estratégico segundo a teoria de miles e snow em empresas familiares de edificações na construção civil: um estudo de caso. In: COSTA, B. K; ALMEIDA, M. I. R. **Estratégia: perspectivas e aplicações.** São Paulo : Atlas, 2002.

SALAMON, L. Estratégias para o Fortalecimento do Terceiro Setor. in: IOSCHPE, Evelyn Berg (org.). **3º Setor – Desenvolvimento Social Sustentado.** São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_, L. A emergência do terceiro setor: uma revolução associativa global. **Revista de Administração.** São Paulo, v. 33, n. 1, p. 5-11, jan/mar 1998.

SAUSEN, J. O. **Adaptação estratégica organizacional**: o caso da Kepler Weber S/A. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

SCARPI, M. J. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v 6, n 22, p. 3-5, jan-mar 2004. Entrevista.

STACEY, R. **Pensamento estratégico e gestão da mudança**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.

STONE, M. M.; BIGELOW, B.; CRITTENDEN, W.. Research on strategic management in nonprofit organizations. **Administration & Society**, v. 31, n. 3, jul 1999, p. 378-423

TACHIZAWA, J.; CRUZ JÚNIOR, J. B.; ROCHA, J. A. O. **Gestão de negócios**: visões e dimensões empresariais da organização. São Paulo : Atlas, 2001.

TAKAHASHI, A. R. W., MACHADO-DA-SILVA, C. L. Ambiente, Interpretação e Estratégia: Estudo Comparativo de Casos em duas Organizações Escolares. XXVI ENANPAD, **Anais....CD-ROM**, 2002.

TAVARES, M. C.. **A opção entre o fracasso e o sucesso empresarial**. São Paulo : Ed. Harbra, 2000.

TEIVE, L. H. G. **Adaptação estratégica no setor supermercadista**: o caso da rede Angeloni no período de 1986 a 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

TENÓRIO, F. G.. **Gestão de ONGs**: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro : Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

THOMPSON, A. Do compromisso à eficiência? Os caminhos do terceiro setor na América Latina. In: : IOSCHPE, Evelyn Berg (org.) **3º. Setor. Desenvolvimento social sustentado**. 2ªed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1997.

TREVISAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia**. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo : Atlas, 1987.

TRÖGER, A.; OLIVEIRA, J. P. M. Um modelo de ciclo de vida para as organizações virtuais. In: XXII Encontro Anual da Anpad. **Anais**. Foz do Iguaçu: ANPAD. CD room, 1999.

TUSHMAN, M. L.; ROMANELLI, E. Organizational evolution : a metamorphosis model of convergence and reorientation. In: STAW, B. M.; CUMMINGS, L. L. (Eds.). **Research in organizational behavior**. Greenwich, CT: JAI Press, 1985.

VAN DE VEN, A. H. Suggestions for studying strategy process: a research note. **Strategic Management Journal**, v. 13, n. 8, p. 169-189, summer, 1992.

VASCONCELO, F. C.; CYRINO, A. B. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v. 40, n. 4, p. 20-37, out/dez 2000.

VERGARA, S. e BRANCO, P. Empresa humanizada: a organização necessária e possível. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 20-30.

VIEIRA, M. M. F., MISOCZKY, M.C.A. Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais. In : Carvalho, C.A., VIEIRA, M. M. F. (org.). **Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional**. Recife, Editora UFPE, 2003.

VOLBERDA, H. W. Crise em estratégia: fragmentação, integração ou síntese. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 32-43, 2004.

WEICK, K. E. **A psicologia social da organização**. São Paulo: Edgard Blücher, 1973.

WHITTINGTON, R. **O que é estratégia**. São Paulo : Pioneira Thomson Learning, 2002.

\_\_\_\_\_, R. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 44-53, 2004.

WILSON, D.; JARZABKOWSKI, P.. Pensando e agindo estrategicamente: novos desafios para a análise estratégica. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 21-31, 2004.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo : Atlas, 2000.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. Newbury Park. CA: Sage Publications, 1989.

## ANEXOS

### Roteiro de entrevista

- **Nome do Entrevistado:**
- **Cargo:**
- **Ano que iniciou as atividades no Hospital de Caridade:**
- **Data da Entrevista:**

1. Como ocorreu a criação do Hospital de Caridade?
2. Atualmente quem são os clientes do Hospital de Caridade? Como é decidido o nº de pessoas atendidas pelo SUS, convênio e particulares? Qual a proporção público *versus* particular? Quem fixa este número?
3. Na sua opinião, que mudanças ocorreram no Hospital de Caridade desde 1974 a 2004? Estas mudanças ocorreram de forma radical ou foram incrementais? Quais foram os principais fatores que levaram a estas mudanças? Quais foram os grupos (*stakeholders*) envolvidos nestas mudanças? Qual o grau de influências destas pessoas nas mudanças ocorridas?
4. Dentre as mudanças ocorridas no período, quais você considera mais relevante(s)?]
5. Como você percebe o ambiente de atuação do Hospital de Caridade atualmente? O Hospital de Caridade possui concorrentes? Quem são? Que fatores mais influenciam atualmente? Nestes últimos 30 anos como vc considera o comportamento do hospital frente as mudanças?
6. Quais são as prioridades para o Hospital de Caridade atualmente? Ocorreu alguma mudança neste pensamento nos últimos 30 anos?
7. Qual o grau de influência/colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, Sec. Estado da Saúde e do Ministério da Saúde no Hospital de Caridade?

## **8. Poder**

- 8.1. Quem toma as decisões do Hospital atualmente? Como funciona a Mesa Administrativa? Qual é o grau de intervenção dos médicos? Eles participam da mesa administrativa?
- 8.2. A quem cabe as decisões finais sobre política de investimentos, volume de investimentos, alocação de recursos, pessoal, serviços entre outras coisas?
- 8.3. Nos últimos 30 anos que mudanças você percebe quanto à forma que as decisões são tomadas? Por que ocorreram?

## **9. Planejamento e coordenação de atividades:**

- 9.1. Como é realizado o planejamento do hospital atualmente? Existe um plano formal?
- 9.2. Como o atingimento das metas é acompanhado? São utilizados indicadores? Quem acompanha as metas?
- 9.3. Nos últimos 30 anos que mudanças você percebe na forma de planejamento das atividades? Quem participa do planejamento? Qual o grau de influência destas pessoas? Por que estas mudanças ocorreram?
- 9.4. Que mudanças você percebe nos últimos 30 anos no acompanhamento das metas, até os dias atuais? Por que estas mudanças ocorreram?

## **10. Objetivos/relacionamento com o ambiente externo**

- 10.1. Nos últimos 30 anos que mudanças ocorreram no foco de atuação e objetivos do Hospital de Caridade? Por que ocorreram?
- 10.2. Em relação aos serviços oferecidos (ambulatorial, emergência, internação, cirurgia, novas especialidades), que mudanças ocorreram nos últimos 30 anos?
- 10.3. Quais são os principais focos de atuação atualmente?
- 10.4. O Hospital de Caridade possui serviços terceirizados?

## **11. Captação de Recursos**

- 11.1. Como são obtidos os recursos para o Hospital de Caridade exercer suas atividades? Qual a participação de cada um destes recursos?
- 11.2. O governo fixa normas/leitos que tem que ser gratuitos? Nestes últimos 30 anos já aconteceu alguma fixação?

- 11.3. Qual a dependência que o hospital tem do Estado (nas três esferas)? Como isso tem se alterado nos últimos 30 anos?
- 11.4. Desde da criação do Hospital de Caridade até os dias atuais ocorreu alguma mudança referente a forma de obtenção de recursos? Por quê?
- 11.5. Quais são os critérios para a instalação de clínicas particulares? Eles pagam aluguel?

## **12. Estrutura Organizacional:**

- 12.1. Nestes últimos 30 anos que mudanças ocorreram na forma como hospital está estruturado? Definição de cargos, órgão/setores, divisões de tarefas? Por que estas mudanças ocorreram? Como é realizada a coordenação das atividades entre os setores? Houve alguma mudança nos últimos 30 anos?

## **13. Políticas, regras e procedimentos:**

- 13.1. As políticas, regras e procedimentos do Hospital de Caridade são formalizadas?
- 13.2. Como que os colaboradores do Hospital tomam conhecimento das regras e procedimentos?
- 13.3. Nos últimos 30 anos que mudanças você percebe nas políticas, regras e procedimentos do Hospital? Por que estas mudanças ocorreram?

## **14. Sistema de Controle**

- 14.1. O hospital possui um sistema de controle definido?
- 14.2. Nestes últimos 30 anos que mudanças você percebe nos controles do Hospital? Por que ocorreram?
- 14.3. Há algum controle externo quanto a qualidade dos serviços prestados, quanto a limpeza, higiene por parte de algum órgão?

