

Biblioteca Universitária
UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

MUDANÇA ESTRATÉGICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS

MAURÍCIO FERNANDES PEREIRA



UFSC-BU



FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL

1996

MAURÍCIO FERNANDES PEREIRA

**MUDANÇA ESTRATÉGICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina
para obtenção do grau de Mestre em Engenharia.**

104201

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL

1996

MAURÍCIO FERNANDES PEREIRA

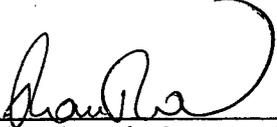
**MUDANÇA ESTRATÉGICA EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR:
UM ESTUDO DE CASO DOS ÚLTIMOS 20 ANOS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”,
Especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final
pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

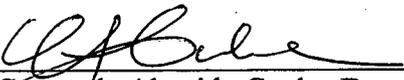


Prof. Ricardo Miranda Barcia, PhD.
Coordenador

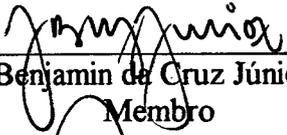
Banca Examinadora:



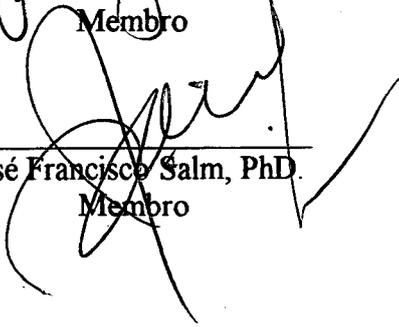
Edvaldo Alves de Santana, Dr.
Orientador



Cristiano José Castro de Almeida Cunha, Dr. rer. pol.
Membro



João Benjamin de Cruz Júnior, PhD.
Membro



José Francisco Salm, PhD.
Membro

Dedico este trabalho à

CRISTIANE, minha Princesa

EDGAR, meu pai

BETINHA, minha mãe

RODRIGO, meu irmão

LUCIANA, minha irmã

ALMERINDA, minha vó,

pois, sem a compreensão e ajuda destes,
esse sonho seria impossível de se tornar
realidade.

Aquele que tem força de vontade e uma meta a seguir, não encontra obstáculos que não consiga superar. Não há barreiras no caminho que seja difícil para aquele que sabe o que quer e em que momento. Assim, quando as dificuldades aparecem são encaradas apenas como sendo um fator para consolidar ainda mais os louros do sucesso e da vitória. (Maurício Fernandes Pereira, 27/06/96).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas conquistas que venho obtendo;
A meu pai e minha mãe pois a eles devo minha educação;
Aos meus irmãos, Rodrigo e Luciana, a quem devo muito, pois nesse um ano e três meses de mestrado, foram verdadeiros amigos em todos os momentos;
À minha vó, suas orações foram importantíssimas;
À minha namorada, a quem dedico parte desse trabalho através da sigla criada para especificar o hospital estudado, CBS, pois são as iniciais de seu nome;
Ao Prof. Edvaldo Alves de Santana, que se dispôs a orientar-me e acabou se transformando num grande amigo e incentivador de minha caminhada em direção à academia;
Ao Prof. José Francisco Salm, que me acompanha acerca de 4 anos, pelo seu estímulo;
Ao Prof. Cristiano José Castro de Almeida Cunha, a quem devo por ter me despertado para os temas relacionados nesta dissertação;
Ao Prof. João Benjamin Cruz Júnior, pela sua colaboração nesta etapa de minha vida.
Ao Prof. Luis Salgado Klaes, verdadeiro companheiro e co-participante de minha batalha no curso de mestrado, pois muito gentilmente cedeu sua sala para que eu pudesse me dedicar totalmente aos estudos;
Ao Ricardo Rossetto e a Myriam Cunha pela revisão e considerações feitas à dissertação;
Ao Prof. Raimundo, por ser um amigo em todos os momentos;
Ao Prof. Sinésio, Aldo, e demais professores do Departamento de Administração, que sempre me apoiaram;
Aos servidores do CAD, que sofreram junto comigo;
Aos meus verdadeiros amigos que fiz no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, em especial a Myriam e a Dione;
À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade ímpar;
À CAPES pelo apoio financeiro, sem o qual seria impossível concluir a dissertação;
Ao Hospital CBS, que abriu as portas para minha pesquisa;
A todos aqueles que de uma forma ou de outra estiveram ao meu lado, enfileirados na torcida pró-Maurício,

OS MEUS MAIS PROFUNDOS SENTIMENTOS DE GRATIDÃO!

RESUMO

O objetivo central desta pesquisa consiste em verificar como ocorreu o processo de mudança estratégica em uma organização hospitalar. Nesse sentido, a presente dissertação analisa de forma empírica as mudanças estratégicas ocorridas nos últimos 20 anos (1975 - 1995), a partir dos estudos de Child (1972) e Child e Smith (1987). A pesquisa se caracteriza como sendo um estudo de caso único (Yin, 1989), onde as variáveis são analisadas de forma intensa. Três são os tipos de variáveis: a independente (ambiente real); a interveniente (arena cognitiva); e a dependente (mudança estratégica). Para tanto, são identificadas as condições objetivas do setor - ambiente real, a arena cognitiva - ambiente percebido e a rede de colaboradores que dão suporte às atividades do Hospital. É construído um referencial teórico sobre o assunto, destacando-se o estudo das perspectivas que explicam o processo de mudança e adaptação, como: a ecologia das populações; a institucional; a dependência de recursos; e a escolha estratégica. Esta último, consiste na formulação teórica adotada nesse estudo. Em termos práticos, observou-se como o Hospital faz suas escolhas à luz das condições ambientais e quais suas preocupações estratégicas. Identificou-se que as maiores transformações no Hospital ocorreram de 1991 a 1995, sendo as principais: a mudança na cultura do hospital; na filosofia de trabalho dos médicos e funcionários; na forma de treinamento dos funcionários; na estrutura do Hospital; nos seus processos e na tecnologia. O estudo detectou que a coalizão dominante (Child, 1972) do Hospital sofre apenas influência externa em razão das mudanças tecnológicas e que internamente o corpo clínico tem alguma influência sobre as decisões, porém somente aquelas no âmbito das inovações tecnológicas. Verificou-se que a palavra final é sempre a da Mesa Administrativa e do Conselho Pleno da Irmandade que mantêm o Hospital.

ABSTRACT

The aim of this research is to verify how occurred the strategic change process at a hospital organization. In this sense, the current dissertation analyzes in an empirical form the strategic changes happened in the last 20 years (1975 - 1995), from Child's (1972) and Child and Smith's (1987) studies. The characteristic of this research is an single case (Yin, 1989), where the variable are analysed in an intensive way. There are three sorts of variables: the independent (real environment); the intervening (cognitive arena); and the dependent (strategic changes). Therefore, it is identified the sector objective conditions - real environment, the cognitive arena - realized environment and the collaborators net that give the support to the Hospital. It is built up a theoretical referential about the subject, and it is emphasized the perspective studies that explain the change and adaptation process as a perspective of population ecology; the institutional; the resource dependence and the perspective of strategic choice. This last one consists in a theoretical formulation embodied in this study. In a practical way, it was observed that the Hospital makes its own choice according to the environment conditions and strategic preoccupation. It was identified that the biggest transformations at the Hospital happened in 1991 and 1995, such as: cultural changes at the Hospital; the work philosophy of physicians and employees; on employees trainings ways; the Hospital structure; in its processes and technology. The study found out that the Hospital dominant coalition (Child, 1972) has only a external influence due to the technological changes and that internally the clinical body has some influence about the decisions, however, only those at technological invocations. It was verified that the final word always comes from an Administrative Board and Brotherhood Counsel that support the Hospital.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Tema e Problema de Pesquisa	01
1.2 Objetivos da Pesquisa	08
1.2.1 Objetivo Geral	08
1.2.2 Objetivos Específicos	09
1.3 Justificativa	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	11
2.1 A Mudança e a Adaptação Estratégica	11
2.2 Perspectivas que Explicam o Processo de Mudança e Adaptação	23
2.2.1 A Ecologia das Populações	24
2.2.2 A Perspectiva Institucional	29
2.2.3 A Dependência de Recursos	32
2.2.4 A Escolha Estratégica	36
2.3 Mudança Estratégica Organizacional: uma <i>framework</i>	40

3 METODOLOGIA	55
3.1 Especificação do Problema	56
3.1.1 Perguntas de Pesquisa	57
3.2 Delimitação da Pesquisa	57
3.2.1 <i>Design</i> e Perspectiva da Pesquisa	58
3.2.2 População	59
3.3 Identificação das Variáveis	60
3.3.1 Definição Constitutiva e Operacional de Termos e Variáveis	61
3.3.1.1 Definição Constitutiva de Termos e Variáveis	62
3.3.1.2 Definição Operacional das Variáveis	64
3.4 Coleta e Análise dos Dados	64
3.4.1 Tipos de Dados	64
3.4.2 Técnica de Coleta dos Dados	65
3.4.3 Tratamento dos Dados	66
3.5 Limitações da Pesquisa	67
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	69
4.1 Condições Objetivas do Setor	69
4.2 Arena Cognitiva	82
4.3 Rede Colaborativa	93
4.4 As Transformações e Mudanças Estratégicas no Hospital CBS	102

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
5.1 Conclusões	121
5.2 Recomendações	128
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
7 ANEXOS	150
7.1 Roteiro de Entrevistas	150

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema e Problema de Pesquisa

Antigamente, com o advento da Administração Clássica (sistemas fechados), a questão da adaptação organizacional e das mudanças do ambiente externo não eram levados em conta. Entretanto, as organizações contemporâneas, entendidas como sistemas abertos (Katz & Kahn, 1987), têm que se adaptar às condições mutantes do ambiente externo para continuar a existir e lograr sucesso (Bowditch & Buono, 1992; Brown & Moberg, 1980).

Na atualidade, as mudanças nos panoramas político, econômico, social, tecnológico, cultural, demográfico e ecológico (Oliveira, 1995; Hall, 1984) têm inspirado grandes transformações nas estratégias empresariais das organizações. Para enfrentar tal conjuntura, as novas formas organizacionais devem ser flexíveis, adaptativas e responsivas às necessidades dos clientes e dos requisitos do mercado (Cravens, Shipp & Cravens, 1994), haja vista que as organizações também estão em contínuas mudanças (Evered, 1980).

Deste modo, como afirmam Mintzberg (1994) e Theobald (1994), vive-se tempos turbulentos, onde mudanças ambientais estão ocorrendo por toda parte. Mudanças tecnológicas afetando o tecido social provocam transformações de âmbito

social que, por sua vez, influenciam o comportamento do indivíduo, seja na sociedade ou no contexto organizacional, promovendo, até mesmo, mudanças culturais. Em suma, as organizações não têm escolha, ou seja, também atuam em ambientes turbulentos, apresentando constantes ameaças ao seu crescimento e a sua sobrevivência (Smart & Vertinsky, 1984). Por turbulência, esses dois autores entendem como sendo a dimensão ou tamanho da mudança que ocorre nos fatores ou componentes do ambiente organizacional.

Principalmente no caso brasileiro, deve-se colocar no rol das dimensões ambientais, as políticas governamentais e o Estado¹ como um todo pois, como afirma Austin (1990), é em países de terceiro mundo que a influência governamental exerce um papel considerável para o contexto organizacional. Não diferentemente das demais organizações, os hospitais são alvos dessas mudanças e transformações que estão ocorrendo no seio da sociedade de forma global.

Joshi (1991) admite que a mudança é um tema fundamental para a vida humana, além de ser um fator importante também para a vida organizacional, podendo ocorrer a qualquer tempo (Singh, House & Tucker, 1986). Na atual situação, a sobrevivência das organizações não dependem apenas de simples mudanças frente às pressões do ambiente, mas da capacidade que elas têm de antecipar os eventos e as respostas às ameaças e oportunidades que o ambiente impõe, a fim de que cresçam e sobrevivam em meio a mudanças (Brown & Moberg, 1980; Kelly & Amburgey, 1991).

¹ "... é conhecida a sua influência na formação e moldagem das características ambientais em que as organizações individuais desenvolvem as suas ações". (Cunha, 1993, p.43). Cunha (1993, p.45) continua sua análise observando que "... ao nível da ação política no campo organizacional, (...) a intervenção governamental nos cenários competitivos empresariais se revela um dado corrente e capaz de introduzir alterações significativas nos próprios mercados".

Como argumentam Dunphy e Stace (1988), tempos radicais podem requerer remédios radicais, ou seja, em momentos de crise a organização deve mudar e se adaptar rapidamente. No entanto, Pettigrew (1985b) lembra que é clara a associação entre distúrbios ambientais e períodos de importantes mudanças. Não é apropriado inferir simplesmente uma relação entre crise nos negócios e uma mudança estratégica. Contudo, não se deve esquecer que geralmente uma crise pode acelerar o processo de mudança (Gladstein & Quinn, 1985). Entretanto, mudanças radicais não são as ideais, pois uma organização muito grande não consegue alterar suas estratégias e estrutura no momento exato em que ocorrem as pressões e instabilidades ambientais (Hannah & Freeman apud Peters, 1993). As mudanças no ambiente competitivo são rápidas demais e a capacidade de resposta das organizações é muito lenta (Reynierse, 1994). Assim, a maioria das organizações conseguem apenas fazer pequenas mudanças que não garantem a sobrevivência no ambiente (Hannah & Freeman apud Peters, 1993).

Para sanar esses problemas, Robbins (1990) advoga que as organizações têm que efetuar constantes ajustes em resposta às mudanças ambientais, uma vez que, quando a turbulência, a incerteza e a instabilidade “chegam”, elas “vêm” de forma rápida e drástica, o que significa dizer que sem ajustes contínuos o desastre é muito maior.

Por isso, tanto flexibilidade quanto objetividade são essenciais para o êxito de um processo de mudança (Judson, 1980) e adaptação estratégica, a fim de que ao término do curso possa haver um aumento de produtividade (Kirkpatrick, 1988) e uma melhora nos níveis de performance (Gronhaug & Falkenberg, 1989). Nesse contexto, a mudança é um processo natural e inevitável (Margulies & Wallace, 1988).

Enquanto algumas dimensões ambientais estão sempre mudando, outras mantêm-se mais estáveis (Mintzberg, 1994). No entanto, cada vez mais o meio ambiente organizacional será instável, mudando rapidamente, fazendo com que as organizações busquem formas de adaptarem-se às circunstâncias da mudança e da transformação (Shepard, 1972). Uma das formas que a organização tem de lidar com o ambiente é tentando criar o seu próprio ambiente (Hall, 1984).

O processo de mudança é caracterizado por uma série de fatores, entre os quais, alterações nos espaços organizacionais, nos níveis de responsabilidade e autoridade, nas relações de trabalho, bem como nos níveis de decisão e nas relações de poder (Dutra, 1990).

Mudança organizacional é um processo multinível e interativo, tendo seus resultados moldados por interesses e compromissos, tanto ao nível do indivíduo como ao nível dos grupos de dentro da organização. Ela resulta da escolha e do determinismo, e da interação de várias forças políticas e econômicas (Hrebiniak & Joyce, 1985).

A mudança move a organização de um velho estado de equilíbrio para um novo estado (Benjamin & Levinson, 1993). Porém, é bom lembrar que nem toda mudança pode levar a um resultado satisfatório. Há que se ter cuidado também com o custo de qualquer transformação à luz de seus benefícios (Bernhard, 1990).

O entendimento da mudança estratégica não é fácil, pois é uma construção multidimensional e multifacetada. Assim, para a sua compreensão, precisa-se de uma estrutura integrada e multidisciplinar (Javidan, Murray & Reschenthaler, 1990).

As mudanças são tão intensas que alguns estudiosos classificam a presente era como a da mudança da mudança (Ferguson, 1980). Theobald (1994) e Drucker (1995) afirmam que nenhum século da história da humanidade passou por tantas transformações radicais quanto este. A mudança é um processo pelo qual invade a vida das pessoas (Toffler, 1970), bem como o contexto das organizações. O conceito de “Choque do Futuro” introduzido na década de 70 por Toffler (1970) para descrever a tensão e a grande desorientação sofridas pelas pessoas quando sujeitas a uma carga de mudança muito grande num espaço de tempo curto, serve muito bem para explicar o momento de angústia que a maioria das organizações passam hoje em dia.

As organizações não possuem o controle das condições necessárias para sua própria sobrevivência pois elas importam recursos externos. Logo, dependem do ambiente. Por ambiente entende-se os elementos que a organização não pode controlar, embora ela possa ser capaz de influenciar o seu ambiente local de algum modo (Robins, 1985). Assim, a sobrevivência organizacional depende não apenas de ajustes internos, mas principalmente, de ajustes e lutas com o ambiente externo (Pfeffer & Salancik, 1978). A mudança se origina com a identificação de um problema ou uma oportunidade, que podem aparecer tanto no âmbito interno quanto externo à organização ou em ambos (Brown & Moberg, 1980; Lippitt, Langseth & Mossop, 1989).

Um conceito para a questão de mudança pode ser encontrado em Hage (apud Hall, 1984) ao considerá-la como sendo qualquer alteração e transformação da forma organizacional, de modo que a empresa possa sobreviver ao meio ambiente. Partindo mais da perspectiva do indivíduo, Buckley e Perkins (1988) introduzem a mudança como sendo a modificação das crenças, dos comportamentos e atitudes das pessoas.

Com relação à questão da adaptação estratégica, Miles e Snow (apud Hrebiniak & Joyce, 1985) a definem como simplesmente o caminho percorrido em direção à mudança, incluindo tanto o comportamento proativo quanto o reativo. Uma organização adaptativa precisa (1) ser flexível e capaz de rápida recuperação; (2) ser aberta a idéias, com atenção tanto no presente quanto nas mudanças ambientais do futuro; (3) aprender através de experiências; (4) ser rápida nas respostas. Contudo, a organização adaptativa num ambiente turbulento precisa ter uma avançada capacidade de (1) antecipar as reconfigurações organizacionais e ambientais; (2) solucionar problemas; (3) administrar dificuldades e crises (De Greene, 1982). Porém, como lembra Chakravarty (1991), adaptação em ambientes turbulentos é um processo difícil de ser conduzido.

A natureza do ambiente em que a organização está inserida é quase sempre conceitualizada como algo a ser adaptado ou controlado (Greenwood & Hinings, 1988). Assim, a organização pode adaptar sua estrutura, seu sistema de informações, seus modelos administrativos e de relações humanas, sua tecnologia, seus produtos, seus valores e normas ou pode ainda, adaptar sua definição de ambiente (Pfeffer & Salancik, 1978).

Nessa linha, as organizações para serem competitivas e lucrativas (Hall, 1984) precisam ser permeáveis ao meio ambiente, ou seja, devem manter-se atenta às alterações do ambiente não deixando perder de vista o referencial ambiental como principal tópico do processo de mudança e adaptação estratégica. Todavia, atualmente há um problema peculiar à adaptação organizacional: a rapidez com que as mudanças ocorrem e a dificuldade de se ter uma exata predição do futuro, no correto e preciso instante que elas irão ocorrer, a fim de se conseguir reduzir o efeito negativo ao máximo (Dunphy, 1981). Na verdade, a estratégia das organizações para os anos 90 está em ganhar as necessárias *core competencies* em um mercado competitivo global com complexas e rápidas transformações (Cravens, Shipp & Cravens, 1994).

Assim sendo, o referencial teórico utilizado para operacionalizar a presente pesquisa - sobre as mudanças estratégicas organizacionais ocorridas no Hospital CBS² ao longo dos últimos 20 anos -, fundamenta-se em Child (1972), essencialmente, no modelo *Firm-in-Sector* (condições objetivas, arena cognitiva e rede colaborativa) explicado por Child e Smith (1987). Segundo este modelo, o ambiente real da organização denominado por eles como sendo as condições objetivas do setor; a arena cognitiva, ou seja, a percepção do ambiente pelos tomadores de decisão; e o relacionamento colaborativo (rede colaborativa) onde são trocados recursos, como tecnologia e informação, são os elementos que determinam a direção das transformações das organizações. Sob a égide deste modelo é que se desenvolveu a presente pesquisa.

² Este nome é fictício, respeitando a decisão da Diretoria Executiva do Hospital de não revelar o nome original.

Para tanto, deseja-se investigar, através de um caso real, o seguinte problema de pesquisa:

Como se deu processo de mudança estratégica no Hospital CBS nos últimos 20 anos?

Destaque-se porém, que os resultados desta pesquisa estão limitados a estudos de adaptação e mudanças estratégicas específicas da organização hospitalar em questão e não a gestão hospitalar das organizações. Nesse sentido, as recomendações constantes neste trabalho não devem ser generalizadas.

1.2 Objetivos da Pesquisa

1.2.1 Objetivo Geral

Interpretar o processo de mudança estratégica de uma organização hospitalar nos últimos 20 anos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever quais eram as condições objetivas do setor no período estudado.
- Explicar como os tomadores de decisão do Hospital percebem as transformações do setor hospitalar.
- Conhecer a rede de colaboradores.
- Apontar as principais mudanças estratégicas que ocorreram no Hospital nos últimos 20 anos.
- Explicar por que motivo o Hospital implementou mudanças estratégicas.

1.3 Justificativa

A presente dissertação se justifica porque, além de contribuir para a discussão teórico-empírica da mudança e adaptação estratégica, haja vista que a literatura não é muito rica nesse particular³, utiliza um modelo para estudar mudança ainda muito incipiente em pesquisas realizadas no Brasil. Assim sendo, o trabalho é relevante por utilizar o modelo *Firm-in-Sector* que se consubstancia em três elementos: as condições objetivas; a arena cognitiva; e a rede colaborativa.

³ Ver os comentários de Javidan, Murray e Reschenthaler, 1990.

Outro ponto importante é que o referencial teórico, ao adotar o modelo em tela, acolhe a escolha estratégica como a perspectiva utilizada para estudar a mudança e adaptação estratégica, ou seja, o ambiente não é um elemento determinístico e imutável, assim como a organização não é um ente inerte às mudanças.

Empiricamente, este estudo longitudinal se justifica como importante pois, além de discutir as condições específicas do setor saúde no país, mormente o hospitalar, que há muito tempo vem passando por sérios problemas de toda ordem, também estuda um caso real de um hospital que serve de referência em todo o Estado de Santa Catarina.

Deste modo, a contribuição do trabalho se faz importante na medida em que as organizações hospitalares sofrem crescentes influências de fatores do ambiente externo, tendo que implementar mudanças estratégicas no sentido de adaptarem-se às novas condições ambientais, visando sobreviver num contexto ambiental cada vez mais hostil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Para uma maior compreensão e desenvolvimento do problema de pesquisa, a partir deste momento será discutido de forma mais aprofundada as questões relativas a mudança e adaptação estratégica. Especificamente, serão apresentadas as técnicas e os modelos para o estudo da mudança e da adaptação à luz de uma série de estudos do tema. Além disso, é apresentada a *framework* proposta para o estudo do processo de mudança e adaptação estratégica da organização em análise.

2.1 A Mudança e a Adaptação Estratégica

Partindo-se do princípio de que todas as organizações estão continuamente em mudanças (March, 1981), bem como seus ambientes (Taylor, 1985) podendo elas próprias redefinir, mudar e influenciar seu ambiente (Brown & Moberg, 1980) em causa própria⁴, então, o processo de mudança é como se fosse um processo de aprendizagem (Beer, Eisenstat & Spector, 1990; Ferguson, 1980; Weisbord apud O'Connor, 1995), onde a organização está ininterruptamente reavaliando seus processos para detectar os pontos de acertos e aqueles pontos onde foram cometidos desvios.

⁴ Fica claro que a postura adotada pelo autor desta dissertação é a da perspectiva da Escolha Estratégica.

O entendimento e a implementação de mudanças são matérias complexas e geralmente não-lineares (Rockart & Hofman, 1992). A maioria das mudanças organizacionais refletem simplesmente as respostas a forças demográficas, econômicas, sociais e políticas (March, 1981)⁵. A esse respeito, Miller (1994) observa que há muita confusão sobre quais fatores determinam a mudança. Existem pesquisadores que falam em dimensões do meio ambiente ou condições ambientais ou fontes de mudança ou categorias de causas da mudança. Para elucidar o assunto, abaixo estão listados alguns autores e os respectivos elementos que devem ser estudados em um processo de mudança e adaptação.

Stonich, 1990	Cultura, Estrutura, Sistemas, Configurações do Trabalho.
Rockart e Hofman, 1992	Estrutura Organizacional, Tecnologia, Estratégia Corporativa, Processos Administrativos, os Indivíduos e seus Papéis.
Benjamin e Levinson, 1993	Estratégia, Estrutura, Tecnologia, Papéis Individuais, Cultura, Processos Administrativos.
Miller, 1994	Liderança, Estratégia, Estrutura, Meio Ambiente.
Leavitt, 1972	Estrutura, Tecnologia, Pessoas (Atores).

⁵ Assim mesmo, Carroll et. al. (1993) comprovaram através de um estudo empírico que as mesmas forças ambientais algumas vezes produzem diferentes efeitos.

Hall, 1984	Ambientes Tecnológico, Legal, Político, Econômico, Demográfico e Ecológico, Cultura.
Foguel e Souza, 1980	Estrutura, Tecnologia, Comportamento, Teleologia, Ambiente [⊗] , Mudança [⊘]
Fahey e Narayanan [⊕] , 1989	Meio Ambiente, Objetivos, Estratégia, Forças
Brown e Moberg, 1980	Tecnologia, Estrutura, Processo Administrativo, Processo Decisório.
Clement, 1994	Cultura, Liderança, Poder.
Brown, 1980	Cultura, Estrutura, Tecnologia.
Mueller, 1994	Cultura, Ambientes Econômico e Social.

⊗ Concorrentes; Legislação; Governo; Ecologia; Sociedade entre outras.

⊘ Mudança social; Mudança nas concepções de trabalho; Mudança na natureza das organizações.

⊕ Meio Ambiente: Macroambiente - político, tecnológico, econômico, greve e "regulação".

Indústria - crescimento e estrutura (competidores, fornecedores, distribuidores e clientes).

Objetivos: Primário - vendas e lucros; Secundário - custo e preço; Terciário - características do produto.

Estratégia: Desenvolvimento de Produto; Manufatura; *Marketing*; Pesquisa e Desenvolvimento; Financeira.

Forças: Liderança Tecnológica e Reputação.

Um processo de mudança é algo muito mais amplo do que o puro entendimento das dimensões ambientais listadas acima. A mudança estratégica é antes de tudo um processo político que implica na modificação da distribuição de recursos e de poder pelos vários níveis ou unidades organizacionais (Hutt, Walker & Frankwick, 1995). A mudança deve ancorar-se em estratégias consistentes, senão sérios problemas podem ocorrer (Kotter & Schlesinger, 1979), pois estratégias desse tipo são ferramentas complexas e poderosíssimas para enfrentar as transformações que envolvem as organizações de hoje (Ansoff, 1984).

Para entender a conjuntura atual, Theobald (1994) alerta que se vive um novo tipo de turbulência ambiental, resultante da combinação de uma série de fatores - social, político, técnico, mudanças de mercado, entre outros - que é diferente de qualquer experiência anterior na história da humanidade. Com isso, as organizações adaptativas vislumbram as turbulências ambientais como uma oportunidade para inovação e criatividade. Admitindo-se, assim, que as organizações podem frequentemente mudar em resposta às condições ambientais (Delacroix & Swaminathan, 1991). Portanto, quase todas as organizações introduzem pelo menos pequenas mudanças adaptativas, uma vez que se desejam sobreviver às turbulências, elas têm que se adaptar às mudanças do meio ambiente (Robbins, 1990)⁶. A turbulência ambiental externa pode produzir mudanças nas organizações que não são desejadas ou ainda mudanças que são desconhecidas da administração da organização (De Greene, 1982). Por isso, para as organizações sobreviverem em um ambiente turbulento elas têm que

⁶ Boeker e Goodstein (1991), observam que embora a literatura de mudança e adaptação organizacional, geralmente assumem que a mudança ambiental resulta em mudança organizacional, a assertiva não recebe atenção em grande parte dos estudos empíricos.

procurar controlar e tirar proveito para si das mudanças que ocorrem (Smart & Vertinsky, 1984).

No mesmo foco de análise de Robbins (1990), Alexander (1991) considera que a primeira ou talvez a mais importante suposição no estudo das organizações é que a organização pode adaptar as suas práticas para se ajustar às principais mudanças que ocorrem no ambiente em que atua. O autor conclui afirmando que a mudança adaptativa ocorre em resposta ao estado de mudança ambiental, porém, essas mudanças podem não ser forte o bastante para alterar as formas e as características básicas da organização.

Schreuder (1993) vai mais além, admitindo que todas as organizações tentam se adaptar às circunstâncias da mudança, visto que as organizações não são completamente inertes. Deste modo, seguramente um bom controle do meio ambiente no sentido de manter a sensibilidade a mudanças ambientais é crucial para o desempenho organizacional (Lorange, 1985).

Conforme McKinlay e Starkey (1988), defrontadas com turbulências ambientais, o interesse da organização se volta em obter formas organizacionais as quais permitem rapidez e flexibilidade nas respostas ao meio e às mudanças. Justamente flexibilidade e antecipação às crises, são dois dos fatores básicos considerados por Hegarty (1993) para o sucesso organizacional. Sob essa ótica, Robbins (1990) concorda com McKinlay e Starkey (1988) e com Hegarty (1993) destacando que os processos de mudança exigem além de flexibilidade e inovação, respostas rápidas.

Todas as organizações expressam a necessidade por alta qualidade e sistemas flexíveis que possam ser mudados rapidamente para o desenvolvimento da organização (Rockart & Hofman, 1992). No entanto, deve-se dizer que processos de mudanças podem ser difíceis (Delacroix & Swaminathan, 1991; Haveman, 1992); mesmo assim seus efeitos são benéficos (Delacroix & Swaminathan, 1991). De qualquer modo, organizações flexíveis e adaptativas apreciarão uma considerável vantagem competitiva em detrimento àquelas mais rígidas e estáticas (Spector, 1989; McKinlay & Starkey, 1988).

O processo de adaptação contínua às mudanças do meio ambiente da organização é chamado de Administração Estratégica (Shendel & Hoper apud Chakravarthy, 1982). A idéia básica por detrás dela é a de que uma firma precisa unir suas capacidades na direção das constantes mudanças ambientais, se a firma quiser obter uma melhor performance (Teece, 1985; Gronhaug & Falkenberg, 1989). A Administração Estratégica é necessária não apenas para enfrentar mudanças do ambiente externo mas, também, aquelas mudanças provenientes do ambiente interno (Scott e Greiner apud Chakravarthy, 1982).

Essa capacidade da organização em perceber as mudanças oriundas tanto de fora quanto de dentro da organização é chamada por Gibson, Ivancevich e Donnelly (1988) de adaptabilidade. Do ponto de vista de Carney (1987), o envolvimento com experiências internas à indústria e a união com organizações externas, completando as habilidades e os recursos, são a receita para o sucesso da adaptação. Em resumo, o que permite ou obriga a adaptação são as forças internas e externas que combinadas, influenciam a direção da mudança estratégica (Child, 1972; Schwenk, 1989; Laughin,

1991; Kikulis, Slack & Hinings, 1995), bem como estabelecem as necessidades para mudança (Lippitt, Langseth & Massop, 1989).

Para caracterizar o ambiente organizacional, ou melhor, o ambiente externo, Bowditch e Buono (1992) utilizam duas perspectivas analíticas: o Ambiente Geral *versus* o Ambiente Específico e o Ambiente Real *versus* o Ambiente Percebido.

O Ambiente Geral são as condições que potencialmente podem afetar a organização: condições tecnológicas, culturais e econômicas; fatores sociais, demográficos e de mercado; interações políticas; estrutura legal; sistema ecológico dentre outros. O Ambiente Específico são fatores e condições externas que têm relevância para a organização: clientes; fornecedores; sindicatos; autoridades reguladoras; grupos de interesse; associações de classe, bem como outros elementos relevantes para uma determinada organização.

O Ambiente Real ou Objetivo consiste geralmente daqueles fatores do Ambiente Geral e Específico da organização. Logo, um conjunto de objetos e condições que podem causar certas pressões para a transformação de uma organização (Child & Smith, 1987). O Ambiente Real ou Objetivo é mensurável e externo à organização e, como cada organização tem características e elementos próprios, faz com que cada organização possa vir a ter um Ambiente Real ou Objetivo diferente da outra. Enquanto isso, Ambiente Percebido ou Subjetivo é constituído pela percepção subjetiva da organização - líder/gerente/*staff*/coalizão dominante. Por esta forma, uma percepção errada do ambiente pode causar vários problemas à organização.

Assim, é interessante conhecer as teorias ou técnicas de mudança ou ainda as abordagens ou modelos para estudar os processos de mudança e adaptação organizacional, como mostra o quadro abaixo. Tentou-se esquematizar um quadro que abrangesse o maior número de informações possíveis para se ter uma compreensão global. Portanto, faz parte do quadro também alguns tipos de mudança e estratégias para mudança. É mostrado também, essencialmente, através de Brown e Moberg, 1980; e Lippitt, Langseth e Mossop, 1989, o local de onde parte a mudança.

Levy (apud	Mudança ^β de 1ª ordem	
Dunphy e	M. de 2ª ordem	
Stace, 1986)		
Dunphy e	M. Incremental	M. Evolucionária
Stace, 1988	M. Transformacional	M. Revolucionária
Pettigrew (apud	Evoluções (baixos níveis de atividade da M.)	
Dunphy e	Revoluções (altos níveis de atividade da M.)	
Stace, 1986)		
Miller (apud	Evolucionária, M. Incremental	
Dunphy e	M. Revolucionária	M. <i>Quantum</i>
Stace, 1986)		

^β Doravante a Mudança será entendida apenas como sendo, M.

<p>Fiol e Lyles, aprendizagem organizacional (apud Dunphy e Stace, 1986)</p>	<p>M. Incremental e “aprendizagem constante” em todos os níveis organizacionais M. Transformacional e “aprendizagem periódica” ocorrendo principalmente nos altos níveis organizacionais</p>	
<p>Miller e Frisen (apud Dunphy e Stace, 1986)</p>	<p>Incremental, M. Fragmentada Multifacetada, M. Ajustada</p>	
<p>Greiner - modelo do ciclo de organizacional vida organizacional (apud Dunphy e Stace, 1986)</p>	<p>Evoluções, em tempos de estabilidade Revoluções, em diferentes estágios do crescimento</p>	
<p>Tushman, Newman e Romanelli, 1986</p>	<p>Convergência M. Evolucionária Revolta</p>	<p>Incrementalismo M. Abrupta M. Transformacional</p>
<p>Mintzberg, 1981</p>	<p>Evolução</p>	<p>Revolução</p>

Brown e	M. Planejada (Kurt Lewin)	
Moberg, 1980	M. (<i>top-down; middle-outward; botton-up^a</i>)	
Robbins, 1990	Estratégia Interna ^b	M. Planejada
	Estratégia Externa ^c	M. Estrutural
Brown, 1980	M. Planejada	Desenvolvimento Organizacional
Dunphy, 1981	Sistema Sócio-Técnico	M. Estrutural
	Democracia Industrial	Desenvolvimento Organizacional
	M. através do melhoramento das Relações Humanas	
	M. através da adaptação tecnológica	
Kikulis, Slack e	Desenho Organizacional ^e	
Hinings, 1995		

^a De onde pode partir a M.

^b Estratégia para lidar com a M. e a adaptação.

^c Idem nota anterior

^e Esta abordagem envolve conceitos como, convergência, reorientação, recriação, evolução, revolução, ímpeto e equilíbrio.

Haeckel, 1995	Modelo <i>The sense-and-respond</i> ^f	
Michael, 1981	Modificação do Comportamento Organizacional	
	Administração por Objetivos	
	Desenvolvimento Administrativo	
	Desenvolvimento Organizacional	
	Controle do Ciclo	
	<i>Management Auditing</i>	
Hersey e	Análise do Campo de Forças (Kurt Lewin)	
Blanchard, 1986	Ciclos de M. Organizacional ^d	
Stoner, 1985	M. Planejada	Desenvolvimento Organizacional
Buckley e Perkins, 1988	M. Transformativa	
Luthans, Maciag e Rosenkrantz, 1988	Modificação do Comportamento Organizacional	

^f É um modelo de adaptação que oferece às organizações uma nova ferramenta administrativa para obter vantagem competitiva em tempos de constantes M. (Haeckel, 1995)

^d Níveis de M.: de conhecimento e de comportamento individual, em grupos ou organizações.
Ciclos de M.: diretiva e participativa.

Lippitt, Langseth	M. Proativa (<i>top-down</i>) ^η
e Mossop, 1989	M. Reativa (<i>botton-up</i>) ^μ
	M. Interativa (<i>middle-outward</i>)
Ginsberg e	M. Radical
Abrahamson, 1991	M. Incremental
Van De Ven, 1992 ^g	Teoria do Ciclo de Vida do Processo
	Teoria Teleológica do Processo
	Teoria Dialética do Processo
	Teoria da Evolução do Processo
Guest, Hersey e	Análise do Campo de Forças (Kurt Lewin)
Blanchard, 1980	Ciclos de M. Participativa
Taylor, 1985	M. Participativa
	M. Autoritária

^η Ela é uma M. Planejada, pois é pensada antes de acorrer o problema.

^μ Não é uma M. Planejada, é feita depois que o problema aparece.

^g Van De Ven (1992) identificou cerca de 20 teorias diferentes de desenvolvimento ou de mudança, todas elas podem ser classificadas nestas quatro famílias básicas de teoria.

Laughlin, 1991 ^h	M. de 1 ^a ordem (<i>Morphostasis</i>)
	M. de 2 ^a ordem (<i>Morphogenesis</i>)
Lundberg, 1990	Ajustes Organizacionais
(tipos de M.)	Alinhamentos Externos
	Antecipação do Futuro
McKinlay e	Estratégia Interna
Starkey, 1988 ⁱ	Estratégia Externa

2.2 Perspectivas que Explicam o Processo de Mudança e Adaptação

Como se pôde observar nas discussões anteriores, os processos que envolvem a mudança e a adaptação organizacional são normalmente muito complexos, abrangendo vários elementos e fatores, assim como uma infinidade de decisões e comportamentos em todos os níveis organizacionais.

^h Laughlin (1991) apresenta ainda modelos alternativos: M. de 1^a ordem - “refutação” ou “reorientação” e M. de 2^a ordem - “colonialização” ou “evolução”.

ⁱ Estratégias para lidar com a M. e adaptação.

Uma grande parte da literatura e dos pesquisadores se dedicam a entender o processo de mudança e adaptação organizacional. Por ser um conceito muito vasto, os pesquisadores se direcionam à algumas perspectivas de estudo (Kelly & Amburgey, 1991). Assim sendo, existe na literatura algumas perspectivas que procuram explicar o processo de adaptação das organizações, podendo subdividi-las em dois grupos:

1) aquela que concebe as organizações como sendo extremamente coagidas e controladas. São perspectivas determinísticas⁷, sendo que duas se sobressaem: a ecologia das populações e a institucional; e

2) aquela que concebe as organizações como emergindo dos valores dos atores organizacionais; são as perspectivas da dependência de recursos e da escolha estratégica, perspectivas consideradas voluntaristas⁸.

2.2.1 A Ecologia das Populações

A perspectiva da ecologia das populações ou ecologia da população ou população da organização, seleção natural, ou ainda, ecologia organizacional⁹, está

⁷ Para maiores detalhes sobre a dicotomia determinismo - voluntarismo ver Whittington (1988).

⁸ Idem nota anterior.

⁹ “A ausência de consenso e acordo quanto à terminologia e aos conceitos estende-se ainda, sintomaticamente, à própria designação a atribuir ao campo de estudos da Ecologia das Organizações. Se Hannan e Freeman a caracterizavam em 1977 como Ecologia das Populações Organizacionais, em 1989 falam simplesmente de Ecologia Organizacional” (Cunha, 1993, p.38).

associada, principalmente, aos trabalhos de Hannah e Freeman, Aldrich e Pfeffer, Kasarda e Bidwell, e McKelvey (Hall, 1990). A ecologia organizacional é a principal perspectiva sociológica no estudo das organizações. Ela se dirige para questionamentos sobre como e por que as populações organizacionais evoluem ou se desenvolvem (Hannah & Freeman apud Carroll et. al., 1993).

Antes de se iniciar qualquer discussão, é interessante conhecer o conceito de populações. À vista disso, populações pode ser entendida como sendo todas as organizações dentro de uma fronteira particular (Hannah & Freeman apud Boone & Witteloostuijn, 1995), ou seja, o conjunto de todas as organizações dentro de um espaço determinado para a ação organizacional (Carroll apud Boeker, 1991).

Com efeito, a perspectiva da ecologia das populações não trata com unidades organizacionais em particular, e sim, com as populações de organizações. As organizações que têm a adequação apropriada ao ambiente são selecionadas em detrimento daquelas que não observam tal adequação ou que se adequam de maneira não muito apropriada. Em resumo, o enfoque proposto, é o de que os fatores ambientais selecionam aquelas características organizacionais que melhor se adequam ao ambiente (Aldrich & Pfeffer apud Hall, 1990), não havendo espaço para a atuação dos atores organizacionais. Na ponderação de Cunha (1993, p.35) há uma clara evidência destes aspectos:

“Tomando como unidade de análise as populações de organizações e não as organizações individuais, a teoria ecológica adota uma perspectiva dinâmica e contextualizada de análise dos fenômenos de nascimento,

crescimento e morte organizacionais. Assumindo a manifesta dificuldade de as organizações responderem rapidamente às alterações do ambiente (dada a existência de pressões de inércia estrutural de origem interna e externa), Hannah e Freeman conceitualizam a mudança e a variabilidade organizacionais como resultantes de processos competitivos do tipo draconiano. Ao enfatizar a seleção natural e ao negar às organizações um potencial de adaptação razoável, Hannah e Freeman postulam, todavia, um determinismo ambiental”.

A perspectiva baseia-se no darwinismo social (Miles, 1982), isto é, o processo de seleção natural determina quais organizações vão sobreviver (as mais fortes) e quais vão padecer (as mais fracas). O sucesso das organizações é determinado pelo ambiente, assim os administradores possuem pouca influência no processo, sendo seu sucesso adquirido por acaso (Miles & Snow, 1978). Uma outra característica do modelo é que ele está alheio à questão dos objetivos, ou seja, é uma perspectiva que ignora os objetivos (Cunha, 1993). Significa que a perspectiva da seleção natural ignora o processo pelo qual as organizações se adaptam às mudanças do ambiente (Miles, 1982).

Os defensores da perspectiva da seleção natural argumentam que as organizações não podem se adaptar e que as mudanças no ambiente, não na organização, determinam a eficácia organizacional¹⁰. Não é porque a ecologia organizacional assume

¹⁰ Frequentemente a ecologia da população vem sendo criticada por causa de seu determinismo (Robbins, 1990; Daft apud Bowditch & Buono, 1992; Boone & Witteloostuijn, 1995) e de negligenciar a liberdade dos administradores (Boone & Witteloostuijn, 1995).

a seleção natural que os administradores não possam fazer escolhas¹¹, mudanças estratégicas e tentativas de adaptar suas organizações às condições de mudança ambiental. Nesse sentido, Hannah e Freeman no livro *Ecologia Organizacional* consideram que o determinismo não é uma oposição ao voluntarismo (Boone & Witteloostuijn, 1995).

A tentativa de Hannah e Freeman (apud Pfeffer, 1981) de enfatizar a importância da seleção como um mecanismo de mudança foi baseado, em parte, nos argumentos de que a organização possui uma enorme porção de inércia. Para alguns, a organização é vista como nitidamente inerte (Schreuder, 1993). Inércia estrutural ou simplesmente inércia, significa as organizações responderem de forma relativamente lenta às ocorrências de ameaças e oportunidades de seus ambientes (Singh, House & Tucker, 1986; Hannah & Freeman apud Zucker, 1987; Hannah & Freeman apud Schreuder, 1993; Hannah & Freeman apud Kelly & Amburgey, 1991). Em outros termos, é quando o ambiente está mudando mais rápido do que as organizações (Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992). Os fatores inerciais podem ser internos como custos ou externos como questões legais (Hannah & Freeman apud Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992).

Deste modo, a perspectiva ecológica coloca a forte pressão inercial como um fator limitante à mudança organizacional (Hannah & Freeman apud Haveman, 1992). Por isso, é consenso a questão das organizações estarem sujeitas a um grande número de forças inerciais e é ponto central da ecologia organizacional (Haveman, 1992). Nesse

¹¹ Na Seleção Natural, há baixa escolha e adaptação e alto determinismo ambiental (Hrebiniak & Joyce, 1985).

sentido, o conceito de ambiente no contexto ecológico apresentado por Cunha (1993, p.40) é bastante elucidativo:

“... um conjunto de forças externas, dinâmicas e mutáveis, com conseqüências diretas sobre as organizações e o seu funcionamento. As organizações não se mostram capacitadas para reagir a esse dinamismo, dadas as pressões de inércia estrutural. Nesta perspectiva, o ambiente organizacional poderá ser entendido como uma arena onde as organizações competem¹² pelos recursos numa luta de vida ou de morte. Do sucesso nessa competição depende a própria sobrevivência da organização. Assim, a longo prazo, será o ambiente com a sua ‘racionalidade’ que determinará quais são as organizações mais adaptadas às características externas”.

Cunha (1993) apresenta um excelente resumo das principais características dessa perspectiva. Segundo ele: 1) ela se baseia no nível de análise populacional; 2) incentiva a realização de estudos longitudinais e alerta do perigo quando da análise transversal; 3) o ambiente é algo exógeno, mutável e não manipulável pela organização; e 4) desconsidera a possibilidade de acesso privilegiado a recursos escassos pelos atores organizacionais, minimizando assim, os papéis da estratégia.

Em último lugar, deve-se acrescentar que a perspectiva da ecologia da população é um modelo complicado de ser adotado nos dias de hoje para o estudo dos processos de mudança e adaptação. O modelo deixa a desejar, na medida em que segue o

¹² Sobre o papel da competição no ambiente ecológico ver Boeker (1991).

rumo de que as organizações não podem adaptar-se a seus ambientes, devido a sua inércia. Entretanto é constatado que existem organizações flexíveis que possuem a capacidade de se adaptar às mudanças de seus ambientes.

2.2.2 A Perspectiva Institucional

Grande parte da investigação desta perspectiva tem sido desenvolvida a partir de organizações sem fins lucrativos (Hall, 1990). Os trabalhos de Zucker (1987), feito em organizações hospitalares e os de DiMaggio e Powell, são um dos pilares para o entendimento da perspectiva institucional¹³.

Os estudiosos dessa perspectiva sugerem que as mudanças características da estrutura formal das organizações são frequentemente introduzidas para fazer as organizações mais alinhadas com a mudança institucional de ambiente (Singh, House & Tucker, 1986). Assim, são as normas do ambiente que determinam e legitimam as mudanças estratégicas organizacionais.

Pode-se ter duas linhas que teorizam esta perspectiva: (1) “ambiente enquanto instituição” - enfocando o papel do ambiente na mudança. Os processos institucionais são vistos como invariavelmente externos à organização. A mudança se caracteriza como sendo forçada e sistemática, inclui, entre outros elementos, os

¹³ Uma discussão muito interessante, mais ao nível sociológico, pode ser encontrada em Reed (1996).

problemas políticos; as novas legislações, restringindo a prática organizacional e recessões econômicas, diminuindo as vendas; (2) “organização enquanto instituição” - realça o papel dos processos internos da organização na mudança, compreende os processos institucionais como negociados e emergentes. É raro ser sistematicamente controlado (Zucker, 1987).

Grandes mudanças no “ambiente institucional” freqüentemente conduzem a processos de seleção organizacional. Assim, a provável sobrevivência de alguns tipos de organização aumenta, enquanto diminui para outros tipos ou “formas”. Em outros termos, se o ambiente controla a mudança, se ele tende a aumentar a probabilidade de mortalidade das organizações mas, se a mudança aumenta a competição, este tipo de mudança institucional também aplica-se ao estágio, não obstante, da seleção natural: tipos de organizações são diferentemente afetadas, assim algumas padecem mais rapidamente do que outras e mudam completamente a composição da população organizacional (Zucker, 1987).

A perspectiva institucional concebe o desenho organizacional não como um processo racional, mas sim resultado de pressões externas e internas que com o tempo levam as organizações em um “campo”¹⁴ a assemelharem-se (Hall, 1990). Nesse mesmo sentido, Scott (apud D’Aunno, Sutton & Price, 1991) aponta para o importante papel desenvolvido pelos atores do ambiente institucional influenciando diretamente as organizações.

¹⁴ As organizações existem em “campos” formados por outras organizações que são similares. O conceito de campo organizacional, refere-se àquelas organizações que constituem uma área reconhecida da vida institucional: fornecedores-chaves, clientes, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços e produtos similares (DiMaggio & Powell apud Hall, 1990).

A questão central gira em torno do conceito de isomorfismo¹⁵ (D'Aunno, Sutton & Price, 1991). As mudanças entre organizações tendem a convergir, produzindo um isomorfismo institucional. O isomorfismo pode ser limitado ao simples campo ou setor ou ser difundido pelo setores (Zucker, 1987). DiMaggio e Powell (apud Hall, 1990) argumentam que o isomorfismo institucional é a razão dominante pela qual as organizações assumem as formas que têm.

DiMaggio e Powell (apud Hall, 1990) apresentam três razões que explicam o isomorfismo das organizações dentro de um mesmo campo organizacional. Em primeiro lugar, as forças coercitivas do ambiente, tal como as regulações governamentais e as questões culturais que são capazes de impor a uniformidade às organizações. Nesse sentido, Meyer e Rowan (apud Hall, 1990) têm observado que as organizações adotam formas que são institucionalizadas e legitimadas pelo Estado. Uma segunda razão é devido às organizações se imitarem, situação em que elas tentam buscar as respostas dos problemas dentro do próprio campo organizacional, estudando elementos similares. A última força do isomorfismo institucional provém das pressões normativas que se originam na progressiva profissionalização da força de trabalho, especificamente dos gerentes.

Além disso tudo, utilizando-se a abordagem institucional, o processo de mudança serve-se de três aspectos: (1) controle da mudança através do ambiente institucional; (2) mudança normal ou de risco no processo de inovação; (3) efeitos da mudança na performance e sobrevivência organizacional (Zucker, 1987).

¹⁵ Tenta explicar a igualdade.

Por todas essas características, a perspectiva institucional vem crescendo muito rapidamente como um dos modelos para se compreender o processo de mudança e adaptação, assim como, contribuindo para o estudo e o entendimento dos fenômenos organizacionais.

2.2.3 A Dependência de Recursos

Na perspectiva da dependência de recursos, as organizações são vistas como dependentes dos recursos ambientais para sua sobrevivência, com um certo grau de incerteza quanto à obtenção ou não deles. Assim, os atores organizacionais são agentes ativos no processo de construção de seu ambiente, tentando minimizar a incerteza, logo, a dependência (Dunford, 1987; Singh, House & Tucker, 1986). Nesse sentido, um elemento chave na dependência de recursos é a escolha estratégica.

Dependência pode ser definida como o produto de importância para um dado *input* ou *output* para a organização e o grau pelo qual ela é controlada por relativamente poucas organizações. A dependência mede o potencial das organizações ou grupos externos em um determinado ambiente organizacional. O conceito de dependência é proveitoso no entendimento de como o tomador de decisão organizacional é forçado pelo ambiente e sugere que as organizações são particularmente dirigidas pelos elementos de seu meio ambiente. A sobrevivência organizacional se dá

quando a organização se ajusta e enfrenta com sucesso seus ambientes externos e não apenas quando ela efetua ajustes internos eficientes. Assim, um recurso que não é importante para a organização não pode criar uma situação de dependência (Pfeffer & Salancik, 1978).

Na dependência de recursos "... o ambiente seria algo como um enorme mas limitado depósito de recursos (materiais, humanos, financeiros, informações), cujo acesso se revela condicionado. Na defesa do seu próprio interesse, as organizações deverão controlar a posse dos recursos de que necessitam, ou minimizar, tanto quanto possível, a sua dependência face aos detentores desses mesmos recursos" (Cunha, 1993, p.40).

A premissa básica do modelo da dependência de recursos é a de que as decisões são tomadas dentro das organizações, mais precisamente, dentro do contexto político interno da organização.

A perspectiva parte da suposição de que nenhuma organização é capaz de gerar todos os recursos de que necessita e nem todas as atividades de que precisa e que podem ser realizadas dentro dela própria. Tais condições implicam em serem dependentes do ambiente para obter os recursos necessários¹⁶, com a ressalva de que grandes corporações poderão ter como base de seu sucesso justamente o seu acesso privilegiado aos recursos, bem como no seu poder político e econômico¹⁷. Por esta

¹⁶ Recursos necessários podem ser: matéria-prima, recursos humanos, inovações tecnológicas, recursos financeiros ou serviços e operações produtivas que a organização possa ou não fazer, por si mesma (Hall, 1990).

¹⁷ Quanto as grandes corporações D'Aunno, Sutton e Price, 1991 fazem um importante constatação. Eles dizem que implementar mudanças substanciais em grandes organizações é uma tarefa difícil,

forma, as organizações são participantes ativas em suas relações com o ambiente (Hall, 1990). Destarte, as organizações se engajam em trocas e transações com outros grupos ou organizações. As trocas podem envolver recursos monetários ou físicos, informações ou legitimidade social. Isso ocorre porque as organizações não são autocontidas e auto-suficientes, ou seja, não são entes auto-sustentados de recursos (Pfeffer & Salancik, 1978).

À luz disso, pode-se afirmar que os princípios fundamentais da dependência de recursos são: 1) para as organizações sobreviverem precisam de recursos; e 2) quase sempre, as organizações não têm esses recursos, mostrando-se dependentes e tendo que interagir com outras organizações que lhes permita acessá-los (Cunha, 1993).

As organizações não só dependem do ambiente como também de outras organizações, uma vez que elas dependem de recursos que são oferecidos por outras organizações. Assim, de acordo com Hall (1990) este modelo se caracteriza como um modelo interorganizacional de dependência de recursos. Pfeffer e Salancik (1978) chamam a isso de interdependência¹⁸. Eles observam, também, que todos os resultados organizacionais são baseados em causas e agentes interdependentes. Objetivamente, nenhuma organização tem recursos suficientes para operar sozinha (Hall, 1990).

Uma outra característica, é que a dependência de recursos não inclui os objetivos como parte do processo de tomada de decisão (Hall, 1990):

porque elas desenvolvem complexos conjuntos de rotinas que acabam sendo institucionalizadas pela própria organização com o passar dos anos, fazendo como que haja um resistência a mudança.

¹⁸ Qualquer evento que depende de mais do que um único agente causal.

“Note-se (...) que a premência da aquisição de recursos por parte das organizações e o caráter essencial desta atividade no quadro do processo organizacional global, acabam por diminuir até tornar irrelevante o papel dos objetivos organizacionais. Assim, se o papel da definição de objetivos assume uma importância central no quadro de algumas abordagens do trabalho e das organizações, esse é simplesmente esvaziado de qualquer sentido no âmbito da perspectiva da dependência dos recursos (Cunha, 1993, p.39).

Como características básicas da dependência de recursos, Cunha (1993) enumera algumas: 1) ela incide sobre as ações das organizações individuais e particularmente da suas respostas aos constrangimentos do meio; 2) seus estudos são desenvolvidos a partir de observações não muito prolongadas; 3) as transformações do ambiente são resultantes, em parte, de ações dos tomadores de decisões. Esses procuram aproximar as características do ambiente aos interesses específicos das organizações a qual fazem parte; e 4) ela garante instrumentos de racionalidade e de escolha intencional superiores àqueles da ecologia organizacional.

2.2.4 A Escolha Estratégica

Child (1972) argumenta que a análise da organização e do ambiente deve reconhecer o exercício da escolha pelos tomadores de decisão, tendo eles a possibilidade de ter determinado poder para definir seus ambientes organizacionais.

Nessa perspectiva contextual, as escolhas estratégicas são feitas embasadas na “racionalidade vinculada” de Herbert Simon, ou seja, as escolhas não são, obrigatoriamente, as escolhas ótimas, ao contrário, são aquelas que se apresentam como ótimas em decorrência das decisões tomadas (Hall, 1984).

O conceito de escolha estratégica implica em qual decisão é adotada dentre um conjunto de alternativas com relação à estratégia que a organização emprega em suas interações com o ambiente. A suposição é que o ambiente não coloca a organização numa situação em que as escolhas não são possíveis. Assim, a organização encara um conjunto de possibilidades alternativas ao tratar com o seu ambiente (Hall, 1990).

Nesse sentido, as organizações procuram interagir ativamente com o ambiente, procurando manipulá-lo em benefício próprio. No que diz respeito a isso, Zammuto (1988) enfatiza que os estudos da escolha estratégica pressupõem que as organizações ordenam e manipulam seus ambientes. Por esta forma, a capacidade daqueles que tomam decisões não é apenas examinar os sinais ambientais, mas também de redefinir o ambiente (Child, 1972). Assim, ao invés das organizações serem receptoras

passíveis das forças ambientais, como na perspectiva da ecologia da população, elas tomam decisões para se adaptar ao ambiente (Hall, 1990).

A escolha estratégica tipicamente não inclui somente o estabelecimento de formas estruturais, mas também a manipulação de características ambientais e a escolha de padrões de performance relevantes (Child, 1972). A perspectiva da escolha estratégica sustenta que a ligação entre o perfil da estratégia da organização e seu contexto externo, tem implicações significativas para a sua performance (Tan & Litschert, 1994). Como consequência, o modelo sugere que as organizações são, ou pelo menos tentam ser, ativas a fim de influenciar seus ambientes (Hall, 1990).

Na perspectiva da escolha estratégica há uma alta escolha organizacional e um baixo determinismo ambiental. A escolha estratégica determina o domínio organizacional, assim sendo, há autonomia e controle do meio ambiente. As organizações não enfrentam problemas quanto ao deslocamento de ambientes - há um pluralismo ambiental, a falta de recursos não é considerado um fator problemático e poucas são as restrições políticas, além de que as organizações podem afetar seu domínio e as condições na qual deseja competir (Hrebiniak & Joyce, 1985).

O poder é um fator chave da escolha estratégica, uma vez que é aquele que detém o poder que decidirá o que será ou não feito. É utilizado na literatura a expressão coalizão dominante para definir os arranjos organizacionais (Hall, 1984). Por coalizão dominante, Pennings e Goodman (apud Hall, 1984, p.52) entendem como "... uma 'representação' direta e indireta ou um cruzamento dos constituintes horizontais (ou seja, subunidades) e dos constituintes verticais (tais como os empregados, a gerência, os

proprietários ou os acionistas) com expectativas diferentes e possivelmente conflitantes”. É a coalizão dominante que decide os rumos da organização. Constituindo-se, assim, na questão central da escolha estratégica e sendo o centro de poder na organização. E, é justamente o centro de poder ou a coalizão dominante, os responsáveis pelas escolhas estratégicas.

Enfatizando ainda mais, Child (1972) considera que toda a organização tem uma coalizão dominante, esta por sua vez tem autonomia para tomar decisões. A coalizão dominante cria o meio ambiente para a organização à luz de sua percepção do ambiente. Assim, as decisões estratégicas acerca do ambiente, podem ser feitas com base em percepções individuais, portanto avaliadas de forma diferente por diferentes pessoas¹⁹. As decisões da coalizão dominante são limitadas pela história, estratégia, estrutura e performance organizacional. Desse modo, a escolha estratégica enfatiza as relações internas de poder na determinação das escolhas adotadas (Hall, 1990).

Por isso que a escolha estratégica propõe que a estratégia, a estrutura e o processo têm de estar em *fit* com as circunstâncias ambientais e que essas condições podem mudar a qualquer tempo (Tan & Litschert, 1994)

Resumindo, pode-se dizer que o modelo da escolha estratégica observa ser a política interna das organizações aquela que estabelece as formas estruturais, a manipulação das características do meio ambiente, assim como a escolha dos padrões de

¹⁹ Aquele que faz a escolha ancora-se em suas crenças, valores, história e cultura. Portanto, dependendo do grau de homogeneidade que há entre os membros da organização, ou melhor dizendo, coalizão dominante, as escolhas estratégicas podem ou não serem tomadas por diferentes gerentes/líderes/coalizão dominante numa mesma linha de pensamento.

desempenho que são selecionados pelas organizações, todavia a política interna é determinada pelas relações de poder na organização (Child, 1972; Hall, 1984).

A perspectiva enfatiza o papel da aprendizagem e da escolha do processo de adaptação organizacional, e observa não apenas que as organizações complexas têm a capacidade de alterar a si própria para se adaptarem às contingências - ameaças e oportunidades - impostas pelo seu ambiente, como também podem exercer considerável influência nos ambientes as quais operam (Miles, 1982).

A ênfase da escolha estratégica é colocada na capacidade dos gerentes/líderes/coalizão dominante perceberem o ambiente externo, a fim de iniciar um processo de mudança estratégica (Child, 1972; Schreuder, 1993). Eles atuam como filtros entre a organização e o ambiente (Schreuder, 1993). Desse modo, assim como, o líder é uma figura central nos estudos de Pettigrew (1987; 1990a; 1985a; 1985b; 1990b), Miles (1982) afirma também que o papel da liderança é fundamental, pois permite à organização minimizar as restrições da adaptação e alcançar domínios mais prósperos em recursos e oportunidades.

A escolha estratégica em ambientes competitivos é crucial para a sobrevivência e o sucesso das organizações (Gronhaug & Falkenberg, 1989), do mesmo modo, o modelo pode explicar a complexidade e a dinâmica dos cenários de mudança, reconhecendo a importância da legitimidade da análise organizacional (Withane, 1988).

Posto isso, parece ser uma perspectiva apropriada para estudar as organizações hospitalares. Portanto, a postura assumida no trabalho para estudar as

mudanças estratégicas no Hospital CBS é a da escolha estratégica. Logo, o estudo de caso visualiza como o Hospital efetua suas escolhas e como procura obter vantagens da percepção de sua coalizão dominante à luz da interação meio ambiente - organização. A ponderação também é importante devido ao fato de que estas discussões servem para dar consistência à adoção do modelo de Child e Smith (1987) para o estudo da mudança estratégica organizacional no Hospital CBS²⁰. Tema que será debatido no tópico seguinte, sob o título de “Mudança Estratégica Organizacional: uma *framework*”.

2.3 Mudança Estratégica Organizacional: uma *framework*:

Os dois modelos que comumente são aplicados no estudo da mudança organizacional (Contingencial e Desenvolvimento Organizacional) vêm sendo fortemente questionados por alguns autores pelas suas debilidades como, por exemplo, a não atenção às percepções e às questões subjetivas que envolvem as organizações. São visões que pouco explicam os processos e, até mesmo, esquecem de tratar o contexto político da organização, que é um importante elemento no entendimento das mudanças estratégicas organizacionais. São modelos que frequentemente se preocupam com pequenas mudanças ao invés de analisarem as mudanças de forma dinâmica e holística (Pettigrew, 1990).

²⁰ Nesta pesquisa são admitidas algumas contribuições dos estudos sobre mudança e adaptação estratégica que vêm sendo encabeçadas por Pettigrew.

Os modelos contingenciais são inadequados para o estudo dos processos de mudança, por falharem em não dar a atenção devida aos agentes de mudança, que são, supostamente, aqueles que têm o poder de dirigir a organização (Child, 1972). São ainda, modelos estáticos, descrevendo estados desejáveis (Child & Smith, 1987). O Desenvolvimento Organizacional é incompleto para estudar a mudança organizacional (Dunphy & Stace, 1988), pois é limitado pelas suas características autobiográficas (Pettigrew, 1985a).

Dito isto e visto que as organizações são instituições sociais com culturas e histórias, a mudança está sujeita a tensões contínuas (Child & Smith, 1987). Em consonância com esses elementos e para enfatizar a discussão, Greenwood e Hinings (1988) evocam Pettigrew para afirmar que as possibilidades e as limitações da mudança em qualquer organização são influenciadas pela história, pelas atitudes e pelos relacionamentos entre os grupos de interesse e pela mobilização para a mudança dentro da estrutura de poder em qualquer tempo. Sendo que o real problema da mudança estratégica está ancorado, principalmente, nos novos conceitos da realidade e nas novas questões e idéias que requerem atenção (Pettigrew, 1985b) e que perpassam as organizações e seus ambientes.

É comprovado através dos estudos de Child (1972) e Goodstein e Boecker (1991) que as organizações podem de fato responder as mudanças em seu ambiente pela iniciativa de processos de mudança estratégica.

Deste modo, a energia para a mudança estratégica é baseada no reconhecimento da pressão ambiental e no prematuro senso de disparidade entre a

organização do presente e seus desejos futuros de relacionamento com seus ambientes competitivo, social, político e econômico (Pettigrew, 1985b), ou seja, seu contexto externo.

Quando no passado o ritmo das transformações seguia um curso lento, podia-se tomar as experiências de hoje e do passado para se ter uma perspectiva no futuro. Porém, atualmente, as mudanças acontecem cada vez mais rápidas devido às turbulências ambientais, e as organizações constituídas como sistemas complexos, têm de aceitar que a premissa de épocas passadas já não valem mais para o presente e nem mesmo podem compor referências consistentes e confiáveis para o futuro. As organizações complexas não necessariamente se comportarão no futuro, nem se comportam no presente, como se comportavam no passado. Contudo, se isso acontecer, a sobrevivência organizacional ficará comprometida e muito provavelmente as organizações padecerão.

Discordando com a visão determinística de alguns autores, Pettigrew (1990b) adverte que as organizações, mesmo sofrendo pressões do meio, têm a possibilidade objetiva de fazer escolhas quanto a ações e estratégias, mesmo que limitadas pelas mudanças do contexto dos negócios. Entretanto, muitas das pesquisas em mudança organizacional são ahistórica, aprocessual e acontextual (Pettigrew, 1985a; 1985b; 1990a; Pettigrew, McKee & Ferlie, 1988; Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992).

No entanto, a perspectiva aqui adotada é completamente o inverso. Assim, consiste num estudo histórico²¹, processual e contextual, baseando-se fundamentalmente nos estudos de Child (1972), e Child e Smith (1987), com algumas contribuições de Pettigrew (1985a; 1985b; 1987; 1990a), Pettigrew, McKee e Ferlie (1988), e Pettigrew, Ferlie e McKee (1992).

Os estudos de Child e Smith (1987) tendem a focalizar a organização como a unidade de análise, dispensando maior ênfase na capacidade da administração em analisar o ambiente competitivo. Nos estudos de Pettigrew (1987; 1990a), Pettigrew, McKee e Ferlie (1988) e Pettigrew, Ferlie e McKee (1992) é enfatizado o papel das políticas no contexto organizacional, observando a tomada de decisão e a mudança como um processo contínuo. Desse modo, pode-se dizer que os trabalhos encabeçados por Child e os trabalhos encabeçados por Pettigrew procuram demonstrar a justaposição de fatores racionais, ideológicos, políticos e de mercado, determinando a direção e o processo da mudança (Webb & Dawson, 1991).

Logo, a questão da mudança estratégica é proposta menos em termos de como o projeto ou a proposta de mudança pode ser levada adiante ou empurrada pelos meandros do sistema e mais em termos de (1) como os processos podem ser acelerados, (2) como as condições que determinam as interpretações que as pessoas fazem das situações podem ser alteradas e (3) como os contextos podem ser mobilizados a fim de obter ou alcançar efeitos práticos para mudar a organização (Pettigrew, 1985b).

²¹ Estudo sobre mudança organizacional requerem uma perspectiva histórica (Kelly & Amburgey, 1991).

Em suma, estudos recentes, mormente os encetados por Child e por Pettigrew, tentam demonstrar uma nova visão, mais realista, para pensar o processo de mudança. Nesta nova ótica, a mudança estratégica é vista "...como um processo humano complexo em que todos desempenham sua parte: a percepção diferenciada, as buscas por eficiência e poder, as habilidades de liderança visionária, a duração das mudanças e processos sutis que gradativamente preparam o momento de apoio para mudança e, então, a implementação vigorosa da mudança" (Pettigrew, 1990b, p.145). Não menosprezando, obviamente, a questão da coalizão dominante tão laureada por Child (1972) e por Child e Smith (1987).

A importância no modelo de pesquisa contextual de Pettigrew (1985a) está em desenvolver uma interação contínua entre os conceitos de processo da mudança, contexto da mudança e conteúdo da mudança. Igualmente, Child e Smith (1987) apresentam uma estrutura teórica parecida, utilizando a relação contextual para formular um modelo que analisa os processos de transformação da organização. O modelo desses dois autores constitui-se em analisar três elementos dentro do setor no qual a organização pertence: arena cognitiva²², rede colaborativa e as condições objetivas.

No modelo - contexto, conteúdo e processo - para o estudo da mudança, é importante considerar que Pettigrew (1985b) parte do pressuposto de que as decisões estratégicas e as mudanças estratégicas são vistas como fluxos de atividades envolvendo grupos e indivíduos, que acontece principalmente, mas não somente, como uma consequência da mudança ambiental e que pode induzir a alterações no foco do produto-

²² Dutton e Dukerich (1991) fazem referência aos estudos de Child e Smith (1987) ao discutirem o que eles chamam de "mapas cognitivos".

mercado, na estrutura, na tecnologia e na cultura da organização. Assim, na verdade, seria teoricamente sensato e praticamente útil, a pesquisa em tomadas de decisão e de mudanças estratégicas envolver contínuas interações entre as idéias sobre contexto, conteúdo e o processo da mudança (Pettigrew, 1985b). Segundo Laughlin (1991), a nova ortodoxia em estudos de mudanças é justamente concentrar-se nesses elementos da análise contextualista de Pettigrew.

O modelo contextualista proposto por Pettigrew (1987; 1990b) para análise da mudança estratégica tem como ponto de partida a noção de que a formulação do conteúdo de uma nova estratégia, inevitavelmente, presume controlar e administrar seu contexto e seu processo.

O contexto (é o “porquê” da mudança) subdivide-se em externo (ambiente social, econômico, político e competitivo em que a organização atua) e contexto interno (estrutura, cultura organizacional, contexto político e administrativo da organização - através do qual as idéias de mudança surgem e fluem).

Tushman e Anderson (1986) com muita propriedade enfatizam que se os resultados organizacionais são criticamente influenciados pelo contexto, dentro do qual eles ocorrem, então o melhor entendimento das dinâmicas organizacionais requerem que mais rapidamente se compreenda os determinantes da mudança ambiental.

O conteúdo (é o “o quê” deve mudar) refere-se às áreas que a organização efetivamente deseja mudar (tecnologia, mão-de-obra, o homem de poder

dentro da organização, os produtos, o posicionamento geográfico e cultura da organização).

O processo (é o “como” deve acontecer a mudança) são as ações, as reações e as interações das partes interessadas na mudança, na medida em que se procura modificar a organização de um estágio presente para um estágio futuro (Pettigrew, McKee & Ferlie, 1988; Pettigrew, Ferlie & Mckee, 1992).

Dois importantes conceitos no modelo de Pettigrew devem ser destacados, o de cultura e o de estrutura organizacional.

Pettigrew (1990b, p.146) entende cultura como sendo “... um conjunto complexo de valores, crenças e pressupostos que definem os modos pelos quais uma empresa conduz seus negócios. Tal núcleo de crenças e pressupostos básicos são, naturalmente, manifestados nas estruturas, sistemas, simbólicos, mitos e padrões de recompensas dentro da organização”. O autor complementa dizendo que “... é muito mais fácil ajustar as manifestações de cultura do que modificar o núcleo de crenças e pressupostos básicos de uma organização”.

Estrutura organizacional é definida como a alocação formal de regras de trabalho e mecanismos de administração para controlar e integrar atividades de trabalho, incluindo todas aquelas atividades que cruzam as fronteiras organizacionais formais (Child, 1972).

A abordagem da escolha estratégica argumenta que a estrutura organizacional é apenas parcialmente pré-ordenada pelas condições ambientais, considerando forte ênfase ao papel da alta cúpula que toma as decisões. Estes administradores são vistos como em uma posição não apenas de ajustes da estrutura e dos processos da organização, mas também tentando manipular seu ambiente, para trazê-lo à conformidade com o que a organização está fazendo²³ (Miles & Snow, 1978).

Existem três argumentos relevantes para explicar a variação da estrutura organizacional. O primeiro argumento é o do meio ambiente; onde as condições do meio são posicionadas como restrições críticas à escolha de formas estruturais efetivas. O segundo e o terceiro isolam a influência da estrutura de dois atributos organizacionais físicos, a tecnologia e o tamanho (Child, 1972).

Em outras palavras, a estrutura organizacional é um importante elemento do modelo - contexto, conteúdo e processo - porque se ela não é adaptada ao contexto, oportunidades são perdidas, os custos podem aumentar e a sustentação da organização é ameaçada.

Portanto, uma característica a se considerar da ação administrativa no processo de mudança estratégica é a necessidade de alterar a estrutura e o contexto cultural na qual as mudanças estão sendo articuladas (Pettigrew, 1985b).

²³ A questão da manipulação do ambiente em prol de interesses próprios foi discutido no item 2.2.4 O Modelo da Escolha Estratégica.

Outro fator de destaque para Pettigrew (1985b) é o papel da liderança no contexto dos processos de mudança. O papel do líder para iniciar o processo de mudança estratégica é bastante relevante (Pettigrew, 1985b). Entre outras coisas, ele cria um clima para a mudança ser conduzida. Esse é um dos papéis enfatizados por Bennett (1988) na desempenho da liderança.

Líderes estabelecem novos objetivos e criam novas estratégias à luz do entendimento da organização e de seu meio ambiente (Hatten & Hatten apud Schreuder, 1993), ou seja, os líderes criam um *fit* entre o ambiente e a organização (Wiersema & Bantel, 1993). Na literatura prescritiva, a mudança estratégica e organizacional geralmente assumida, é que as organizações são muito adaptativas e que a administração e a liderança desempenham um papel central neste processo adaptativo (Schreuder, 1993).

Pettigrew (1987) alerta que em tempos de incerteza os indivíduos em posição de liderança podem fazer diferença e, quanto mais se olha para os eventos de hoje em dia, mais fácil é de se identificar a mudança e verificar uma visível mão da liderança no processo de mudança.

O estudo realizado por Bert Spector, Michael Beer e Russel Eisenstadt sugere que o descontentamento das altas lideranças da organização pode ser necessário para iniciar um processo de mudança, entretanto apenas isto não é suficiente para ocasionar e sustentar uma real mudança (Spector, 1989). Então, o líder além de influenciar a mudança através do exercício do poder, consegue com isso, obviamente quando ele quer, acelerar o processo de mudança (Lorange, 1985).

Por outro lado, há um problema que afeta os líderes e compromete o desempenho das organizações em processos de mudança. Para os líderes da organização administrarem eficazmente os processos de mudanças, precisam não apenas de uma boa capacidade de diagnóstico, mas devem também ser capazes de adotar um estilo de liderança adequado às exigências do ambiente, tentando desenvolver meios para o efetivo processo de mudança (Hersey & Blanchard, 1986).

Por fim, a capacidade dos gerentes de reconhecer, interpretar e implementar as exigências do produto, dos processos e dos modelos organizacionais no seu setor é crucial para a sobrevivência em condições competitivas (Child & Smith, 1987). Para tanto, os tomadores de decisão devem ter uma clara visão do futuro (Pichault, 1995).

A análise contextualista (Pettigrew, 1987; 1990b) de um processo de mudança define o fenômeno na forma de análise dos níveis vertical e horizontal, bem como a interconexão entre esses dois níveis através do tempo²⁴.

O nível vertical trata do efeito das interdependências entre os mais altos e os mais baixos níveis da análise do fenômeno a ser explicado, por exemplo: o impacto de uma mudança do contexto sócio-econômico sobre o contexto intraorganizacional e sobre o comportamento dos grupos de interesse. Já o nível horizontal diz respeito às

²⁴ Bowman (1985) trata do mesmo assunto e sob o mesmo enfoque, porém, com a nomenclatura de “verticalidade” e “horizontalidade”.

interligações sequenciais do fenômeno no passado, no presente e no futuro, por isso, o modelo ser considerado como um estudo longitudinal.

No modelo elaborado por Child e Smith (1987) a figura da liderança não é tão relevante; a questão central passa a ser a coalizão dominante. Há no modelo a possibilidade de existir um espaço de decisão, definido e exercido pela coalizão dominante da organização. É um modelo que derruba a visão causal e apresenta uma visão política como sendo a mais ideal, mais subjetiva, ou seja, o ambiente percebido (Bowditch & Buono, 1992) passa a ser considerado um importante elemento para o estudo do processo de mudança.

O modelo de Child e Smith (1987) denominado *Firm-in-Sector* relaciona três elementos como cruciais para a transformação organizacional: 1) o setor constitui um conjunto de condições objetivas, o qual pode criar pressões para transformações; 2) o setor é uma arena cognitiva com o qual seus membros identificam-se; e 3) o setor não consiste apenas em produtos competitivos, mas também em uma rede de colaboradores atuais e potenciais.

As condições objetivas do setor constituem-se das condições tecnológicas, econômicas, questões legais entre outros elementos, que exercem pressão para transformação nas organizações.

Da arena cognitiva fazem parte os valores ou ideologias a respeito de qual desenho e objetivos organizacionais são legitimados, bem como as crenças e experiências de vida de cada indivíduo. Portanto, ela é constituída a partir da percepção da coalizão

dominante²⁵. O termo arena cognitiva é encontrado na literatura como sinônimo de ambiente percebido (Bowditch & Buono, 1992), funcionando como um filtro da relação ambiente - organização.

Embora as características organizacionais são freqüentemente moldadas diretamente pelos fatores externos, muitas delas refletem uma interação entre o ambiente e as preferências, percepções e escolhas daqueles que controlam as principais decisões - a coalizão dominante (Child, 1972; Provan, 1991). Sendo que essas preferências, percepções e escolhas são elas mesmas afetadas pelas atitudes, valores e crenças da própria coalizão dominante (Pfeffer, 1981; Provan, 1991).

A rede colaborativa são os canais para compartilhar informações (Kikulis, Slack & Hinings, 1995). Constituindo-se na rede social de relacionamento da organização, entendendo-se que as organizações não são ilhas soltas mas sim, ligadas por padrões de cooperação e afiliação (Richardson apud Child & Smith, 1987). A rede colaborativa pode até mesmo afetar a interdependência interna na organização, pois como Nadler e Tushman (19994, p.32) esclarecem, "... as mudanças num componente de uma organização têm, geralmente, repercussões sobre outros componentes, porque as partes são interligadas".

²⁵ Existem alguns trabalhos que referenciam o papel dos mapas/arenas cognitivas ou bases cognitivas dos tomadores de decisão no processo de estratégia organizacional ou mudança estratégica. Assim, para um aprofundamento maior - além do apresentado no modelo *Firm-in-Sector* de Child e Smith (1987) - sobre a ligação entre processos cognitivos e coalizão dominante ver Schwenk (1988; 1989); Stubbart (1989); Gronhaug e Falkenberg (1989); Fahey e Narayanan (1989); Porac, Thomas e Baden-Fuller (1989); Ginsberg (1989); Haley e Stumpf (1989); Eden (1992); Fiol e Huff (1992); Cossette e Audet (1992); Langfield-Smith (1992); Bougon (1992); Daniels, Chernatony e Johnson (1995); Swan (1995); e Greening e Johnson (1996).

Os três aspectos identificados dentro da perspectiva *Firm-in-Sector* oferecem uma ordem de proposições a respeito da forma e do processo de transformação organizacional (Child & Smith, 1987).

Miles e Snow (1978) afirmam que a escolha estratégica tem cinco importantes características: (1) coalizão dominante²⁶; (2) percepções; (3) segmentação; (4) procura de atividades; (5) restrições dinâmicas. Dentre as cinco, as duas primeiras têm extrema relevância para o modelo de Child e Smith (1987).

Segundo Provan (1991), as organizações consistem várias coalizões, de indivíduos ou grupos, e que as decisões são arquitetadas por aquelas coalizões que são a dominante.

Por coalizão dominante, Miles e Snow (1978) entendem ser um elemento que existe em toda e qualquer organização e é caracterizada por um grupo de tomadores de decisões que influenciam o sistema de forma muito acentuada. Este grupo de executivos têm responsabilidade tanto de identificar quanto de resolver os problemas, e através das percepções a coalizão dominante decreta ou cria o meio ambiente relevante da organização. Portanto, a organização responde amplamente a aquilo que sua administração percebe.

Kimberly e Rottman (1987) caminham na mesma direção ao observarem que os ensaios de Child (1972) e Child e Smith (1987) sobre escolha estratégica

²⁶ Child continuou na linha de pensamento de Chandler, ressaltando a escolha estratégica pela coalizão dominante da organização (De Greene, 1982).

identificam os tomadores de decisões como o elo de ligação entre o ambiente, a organização e a eficácia. A conexão de ambiente e estrutura para a eficácia é explicada por Child (1972) como o resultado das decisões tomadas pela coalizão dominante da organização, decisões estas derivadas de processos políticos²⁷ os quais ameaças e oportunidades são funções do exercício de poder pelos tomadores de decisão à luz de seus valores ideológicos.

À vista disso, fica mais elucidativa ainda a afirmação de Boeker e Goodstein (1991), de que para a mudança organizacional e a adaptação ambiental ocorrerem, os tomadores de decisão têm que estar motivados a agir. Por isso, a assertiva de que a mudança ambiental influencia a organização apenas até o limite em que os tomadores de decisão conseguem atuar, também está correta.

É necessário salientar que o termo coalizão dominante não propriamente identifica formalmente os detentores de autoridade em uma organização, mas se refere a todos que, coletivamente, detêm a maioria da poder sobre um período particular de tempo. Por isso, o uso deste conceito não implica que outros indivíduos dentro da organização não tenham algum poder de modificar planos e decisões que tenham sido formuladas (Child, 1972).

Child e Smith (1987) em suas pesquisas identificaram algumas características estruturais relevantes para qualquer setor, variando, obviamente, o grau de incidência de setor para setor: 1) a concentração do mercado; 2) o elevado grau de barreiras à entrada tal como capital intensivo; 3) a intensidade em Pesquisas e

²⁷ Huff (1980) sugere que as organizações são em parte, entes políticos.

Desenvolvimento e particularidades tecnológicas; 4) poder dos compradores e dos vendedores; 5) condições do mercado de trabalho; e 6) ações governamentais direcionadas ao setor. A última, em particular, é de suma importância devido às peculiaridades da conjuntura do setor hospitalar no Brasil.

Diante do exposto, a postura adotada nesta dissertação é a perspectiva histórica; contextual; e longitudinal, pesquisadas, principalmente sob a égide dos estudos sobre os processos de mudanças estratégicas organizacionais de Child e Smith (1987), onde os elementos do modelo *Firm-in-Sector* - arena cognitiva, condições objetivas e rede colaborativa - fornecem as bases teóricas para o estudo de caso desenvolvido no Hospital CBS.

3 METODOLOGIA

Kaufmann (1977) argumenta que é através do procedimento científico que se decide se certas proposições podem ser consideradas como parte de uma determinada ciência. Gil (1987) observa que essa ciência citada por Kaufmann (1977) desenvolveu-se a partir da necessidade de obtenção de conhecimentos mais seguros, constituindo-se num dos mais importantes componentes intelectuais do mundo contemporâneo.

Para se chegar em um dado conhecimento existe a necessidade de se saber as construções mentais que o possibilitam ser efetivados. Em outras palavras, como afirma Gil (1987, p.27), tem-se que determinar o método, podendo este ser definido como o "... caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicas adotados para se atingir o conhecimento".

Nesse sentido, para empregar a assertiva de Bento e Ferreira (1983) de que a pesquisa deve ser bem planejada, esta dissertação se classifica como um estudo longitudinal, ou seja, um estudo ao longo de um período (Richardson et. al., 1985) "... está se tornando cada vez mais claro que estudos a longo prazo, longitudinais, que explorem as relações entre as variáveis contextuais, de processo e de resultados são importantes para o desenvolvimento de teorias consistentes" (Bowditch & Buono, 1992).

3.1 Especificação do Problema

Utilizou-se como base para a elaboração da metodologia o fato de que se deve realizar uma análise histórica a fim de examinar as questões que envolvem o estudo dos processos de mudança estratégica. O elemento tempo real é comumente uma referência que afeta diretamente a percepção da mudança (Van de Ven, 1992; Bradshaw-Camball apud Clement, 1994).

À vista disso, é importante conduzir estudos longitudinais em tempo real de mudança para se conseguir uma variedade de desenhos e padrões organizacionais de mudança (Pettigrew apud Kikulis, Slack & Hinings, 1995). Sem dados longitudinais é impossível identificar a dinâmica processual da mudança, a relação entre forças de continuidade e de mudança, e portanto, a inseparável ligação entre estrutura e processo (Pettigrew, 1985a).

Com a intenção voltada para os que possuem a capacidade de influenciar o processo de tomada de decisão²⁸ (Child & Smith, 1987), o escopo da pesquisa pauta-se nos últimos 20 anos, ou seja, de 1975 a 1995. Para tanto, o presente estudo partiu de cinco perguntas de pesquisa que estão elencadas no tópico seguinte.

²⁸ Nas palavras de Child (1972), a coalizão dominante.

3.1.1 Perguntas de Pesquisa

As perguntas²⁹ que orientam o trabalho são:

- 1) quais eram as condições objetivas do setor no período estudado?
- 2) qual era a arena cognitiva?
- 3) como era a rede colaborativa?
- 4) quais foram as mudanças estratégicas ocorridas? e
- 5) quais fatores levaram a organização a implementar as mudanças?

(Child, 1972; Child & Smith, 1987).

3.2 Delimitação da Pesquisa

Como afirma Triviños (1992, p. 96): “Qualquer que seja o ponto de vista teórico que oriente o trabalho do investigador, a precisão e a clareza são obrigações elementares que deve cumprir na tentativa de estabelecer os exatos limites do estudo”. Com base nesta citação é que tentar-se-á obter o maior rigor metodológico possível, a fim de seguir a risca o referencial metodológico que orienta o trabalho.

²⁹ “Como os pesquisadores qualitativos não partem de hipóteses estabelecidas *a priori*, não se preocupam em buscar dados ou evidências que corroborem ou neguem tais suposições. Partem de questões ou focos de interesses amplos, que vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação”. (Godoy, 1995, p. 63)

3.2.1 *Design* e Perspectiva da Pesquisa

A pesquisa utilizou em *design* do tipo levantamento, coletando-se dados de toda uma população ao longo de um período de 20 anos. Nesse sentido, a pesquisa visa estudar basicamente as mudanças estratégicas de uma organização durante o período especificado, configurando-se assim, não apenas como um estudo longitudinal, mas também processual (Pettigrew, 1985a; 1985b).

O método da pesquisa é o estudo de caso³⁰ único³¹, como unidade de análise, uma organização hospitalar. O estudo de caso caracteriza-se como sendo um estudo em profundidade baseado numa análise intensiva empreendida em uma única organização (Bruyne, Herman & Schoutheete, 1991). Nas palavras de Lüdke & André (1986), o estudo de caso é um tipo de pesquisa que apresenta como características fundamentais: objetivar a descoberta; enfatizar a “interpretação em contexto”; buscar retratar a realidade de forma completa e profunda; e usar várias fontes de informação.

Em suma, como afirma Yin (1989), o estudo de caso é preferido como estratégia quando as questões de pesquisa são o “Como” e o “Porquê”, que na verdade são dois questionamentos fundamentais para esta dissertação.

³⁰ “O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo” (Lüdke & André, 1986, p. 17).

³¹ Ver Yin (1989).

3.2.2 População

O universo da pesquisa compreende o setor saúde, especificamente o caso das organizações hospitalares. A amostra da pesquisa foi intencional, constituindo-se de um hospital, justamente por se tratar de um estudo de caso único (Yin, 1989). Cabe ressaltar que a escolha do hospital estudado levou-se em conta além de outros fatores, principalmente, ser um hospital muito antigo (fundado em 1782) e ser um centro de referência para contexto catarinense.

A investigação se deu através de entrevistas³² com os membros da coalizão dominante (Child, 1972), representados pelas três últimas instâncias de poder de decisão na estrutura do Hospital CBS, respectivamente de forma hierarquicamente crescente, a Diretoria Executiva do Hospital, a Mesa Administrativa da Irmandade e o Conselho Pleno da Irmandade³³.

Foram também entrevistados, - para uma melhor compreensão, no entanto, não se prendendo a detalhes -, outros membros da organização que não participam da coalizão dominante (Child, 1972), porém, que possuem um conhecimento amplo de todo o processo da organização, entre eles estão incluídos o responsável pelo setor de Recursos Humanos e Finanças do Hospital; e médicos e enfermeiros. Constituindo-se algo em torno de 14 entrevistas.

³² Com o objetivo de preservar as pessoas que foram entrevistadas, adotou-se os códigos "Dir. X". "Dir. Y", "um Diretor" e "Ger. A", quando da transcrição literal de alguma parte da entrevista. Todas as entrevistas com os membros da coalizão dominante foram gravadas.

³³ A hierarquia do CBS está explicada no tópico 4.2 Arena Cognitiva.

3.3 Identificação das Variáveis

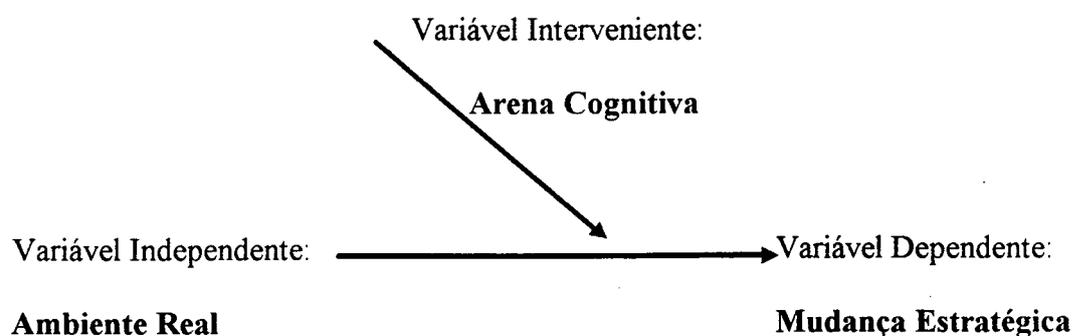
Em pesquisas qualitativas, como esta, as variáveis devem ser descritas (Triviños, 1992) e geralmente se apresenta em três tipos: as independentes, as dependentes e as intervenientes. Uma das características da pesquisa qualitativa é que ela não se esgota na revisão bibliográfica ou simplesmente no caso empírico. Portanto, nem a perspectiva da escolha estratégica nem a revisão sobre mudanças estratégicas são assuntos exauridos neste estudo.

A variável independente é aquela que afeta (Richardson et. al., 1985), influencia (Kerlinger, 1979) ou determina um outra variável (Lakatos & Marconi, 1983; 1985). Segundo Bowditch e Buono (1992) é aquela variável que ocorre anteriormente ou são manipuladas para causar um certo efeito.

As variáveis dependentes são aquelas afetadas ou explicadas pelas independentes, variando de acordo com as mudanças nas independentes (Richardson et. al., 1985). Para Lakatos e Marconi (1983, p.163; 1985, p.131) a variável dependente "... consiste naqueles valores (fenômenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente; é o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente; a propriedade ou fator que é efeito resultado, consequência ou resposta a algo que foi manipulado (variável independente)".

A variável interveniente ou interventora (Bowditch & Buono, 1992) é aquela que se encontra entre a independente e a dependente (Richardson et. al., 1985) tendo como função não apenas ampliar, diminuir ou anular a influência da variável independente sobre a dependente (Lakatos & Marconi, 1983; 1985) como também ajudar a esclarecer a relação entre as variáveis independentes e dependentes (Bowditch & Buono, 1992).

Assim sendo, as variáveis do presente estudo se constituem da seguinte forma:



3.3.1 Definição Constitutiva e Operacional de Termos e Variável

O objetivo da definição dos termos e variáveis é torná-los claros e compreensivos, a fim de não deixar alguma margem de erro no momento de interpretação dos elementos (Lakatos & Marconi, 1985). Assim, duas são as formas de

definições, a constitutiva àquela que se encontra, por exemplo, em dicionários (Kerlinger, 1979). A definição constitutiva tem como objetivo esclarecer de forma precisa definições muito gerais (Triviños, 1992); e a definição operacional, que tem por finalidade traduzir em conteúdo prático as variáveis teóricas (Triviños, 1992).

3.3.1.1 Definição Constitutiva de Termos e Variáveis

AMBIENTE REAL: “Consiste das entidades, objetos e condições que existem fora da empresa” (Bowditch & Buono, 1992, p.146).

CONDIÇÕES OBJETIVAS: As condições objetivas do setor constituem-se de condições tecnológicas, econômicas, questões legais entre outros elementos podem criar pressões para transformações na organizações.

ARENA COGNITIVA: Fazem parte os valores ou ideologias a respeito de qual desenho e objetivos organizacionais são legitimados, bem como as crenças e experiências de vida de cada indivíduo. Ela é constituída a partir da percepção da coalizão dominante. O termo, arena cognitiva, é encontrado na literatura como sinônimo de ambiente percebido (Bowditch & Buono, 1992), funcionando como um filtro da relação ambiente - organização.

MUDANÇA ESTRATÉGICA: A mudança estratégica é vista “...como um processo humano complexo em que todos desempenham sua parte: a percepção diferenciada, as buscas por eficiência e poder, as habilidades de liderança visionária, a duração das mudanças e processos sutis que gradativamente preparam o momento de apoio para mudança e, então, a implementação vigorosa da mudança” (Pettigrew, 1990b, p. 145). Não menosprezando, obviamente, a questão da coalizão dominante tão laureada por Child (1972) e por Child e Smith (1987).

REDE COLABORATIVA: São os canais para compartilhar informações (Kikulis, Slack & Hinings, 1995). Constituindo-se na rede social de relacionamento da organização, entendendo-se que as organizações não são ilhas soltas mas sim, ligadas por padrões de cooperação e afiliação (Richardson apud Child & Smith, 1987).

ESCOLHA ESTRATÉGICA: Na perspectiva da escolha estratégica há uma alta escolha organizacional e um baixo determinismo ambiental. A escolha estratégica determina o domínio organizacional, há autonomia e controle do meio ambiente. As organizações não enfrentam problemas quanto ao deslocamento de ambientes - há um pluralismo ambiental, a falta de recursos não é considerado um fator problemático e poucas são as restrições políticas, além de que as organizações podem afetar seu domínio e as condições na qual deseja competir (Hrebiniak & Joyce, 1985).

3.3.1.2 Definição Operacional das Variáveis

AMBIENTE REAL: Para sua operacionalização, foi considerada todas aquelas condições ambientais do setor que efetivamente geraram alguma mudança no Hospital.

ARENA COGNITIVA: É a construção mental que os membros da coalizão dominante fazem do setor através da percepção das condições objetivas.

MUDANÇA ESTRATÉGICA: Para verificar as mudanças estratégicas ocorridas no contexto global do Hospital foram levados em conta tanto aquelas mudanças mais ao nível do indivíduo como também aquelas de âmbito organizacional.

3.4 Coleta e Análise dos Dados

3.4.1 Tipos de Dados

Realizou-se inicialmente uma pesquisa exploratória para conhecer as questões inerentes ao Hospital CBS. O levantamento exploratório possibilitou um

primeiro contato com informações tanto do ambiente objetivo quanto do subjetivo do Hospital (Child & Smith, 1987; Bowditch & Buono, 1992).

À luz desse contexto, os dados utilizados na pesquisa são de dois tipos:

PRIMÁRIOS: dados coletados pela primeira vez pelo pesquisador.

SECUNDÁRIOS: dados disponíveis em jornais, revistas especializadas no setor saúde e de hospitais e documentos do próprio CBS.

3.4.2 Técnicas de Coleta de Dados

Os dados primários foram coletados através de entrevistas³⁴ semi-estruturadas. Cabe ressaltar que as perguntas³⁵, previamente formuladas, serviu apenas como um roteiro de auxílio ao pesquisador, portanto, devido a esse particular as entrevistas realizadas, todas elas, estão marcadas por questionamentos formulados no momento exato da entrevista, ou seja, que não estavam previstas no roteiro. As entrevistas, em número de 14, foram direcionadas mais para os membros da coalizão dominante do Hospital CBS³⁶ (Diretoria Executiva do CBS, Mesa Administrativa da

³⁴ Segundo Yin (1989) a entrevista é a mais importante fonte de coleta de dados em um estudo de caso.

³⁵ Ver Anexo 1.

³⁶ Desta forma está caracterizado o nível e a unidade de análise da pesquisa.

Irmandade e Conselho Pleno da Irmandade). O período, apenas de entrevistas, consumiu o mês de janeiro de 1996.

Foram também entrevistados membros de nível gerencial do Hospital, principalmente aqueles ligados as áreas de Recursos Humanos e Finanças.

Foi feita uma análise documental para obtenção de dados preliminares do Hospital e do setor saúde. Assim, esta análise, constituiu-se num importante instrumento de coleta de dados secundários.

3.4.3 Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados foi realizado a partir de uma análise descritiva à luz dos conceitos do modelo *Firm-in-Sector* (Child & Smith, 1987). Como afirma Yin (1989), a análise dos dados em estudo de caso consiste na compreensão dos dados no sentido de validar ou refutar os objetivos iniciais do estudo, ou seja, as bases do modelo proposto por Child e Smith (1987). Por esta forma baseou-se a análise dos dados qualitativos do presente estudo de caso, assim como na assertiva de Selltiz et. al. (1974) que observam que o objetivo da análise dos dados é sintetizar as informações completadas, de forma que estas viabilizem respostas às perguntas da pesquisa em foco.

Por fim, uma das últimas versões do caso empírico foi submetido a um dos atores do Hospital, pois como observa Gutierrez (1996), tal prática possibilita não só a correção e a clarificação dos dados, mas sobretudo à validação da pesquisa.

3.5 Limitações da Pesquisa

Não obstante a pesquisa ser um estudo de caso único, alguns aspectos referentes às suas limitações são importantes de serem colocados.

Primeiro que o setor escolhido para a pesquisa empírica, o hospitalar, é um setor muito problemático devido a uma série de fatores conjunturais e até mesmo estruturais do país. Se a pesquisa abarcasse todos eles, tanto ao nível quantitativo como qualitativo, com certeza seria um estudo interminável, até porque o objetivo desta dissertação não era esse.

Uma outra limitação da pesquisa diz respeito à impossibilidade de se generalizar o caso em foco para todo o setor. Dois são os fatores determinantes: o primeiro, por se tratar de uma estudo de caso; o segundo, pela especificidade do tema de pesquisa. A generalização das mudanças e adaptações estratégicas que ocorreram em uma dada organização ao longo de um período de tempo é uma situação complexa, ou mesmo, impossível de ser operacionalizada. O que se poderia propor é um estudo multicaso, com isso seria possível comparar os dados para a busca de outras conclusões.

Porém, não é a real situação desta pesquisa, pois aqui foi apenas estudado um único caso e em profundidade.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Condições Objetivas do Setor

Como o estudo de caso desta pesquisa foi realizada em uma organização hospitalar, deve-se mostrar algumas definições de hospitais encontradas na literatura. Nesse sentido, para Campos (1985, p.205), autor de mais de 10 livros publicados sobre o setor hospitalar, hospital é uma

“... parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral; curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa, em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente”.

Para Theophilo de Almeida (apud Almeida, 1983, p.104) precursor dos estudos sobre administração hospitalar no Brasil, hospital é

“... uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas. oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins”.

Por fim, a Organização Mundial de Saúde - OMS o define como

“... parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar às populações uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de investigação bio-social” (apud Almeida, 1983, p.104).

No Brasil, o surgimento dos hospitais privados está ligado à medicina liberal, assim como à atenção dedicada ao setor de saúde por entidades beneficentes e filantrópicas³⁷, que em geral pertencem a alguma instituição religiosa (Médici, 1992)³⁸.

³⁷ O Hospital CBS é uma entidade de Fins Filantrópicos desde 09 de abril de 1938, com Certificado expedido pelo Conselho Nacional de Serviço Social - MEC, nos termos do processo n. 3472/38. Por

Segundo o autor, 62,1% dos leitos existentes no Brasil são de entidades desse tipo, porém, a dependência que os hospitais privados têm do Estado para o seu funcionamento é cada vez maior.

Igualmente a outros tipos de organizações, os hospitais são diferenciados pelas dimensões: demográfica, política, social, tecnológica, ambiental e econômica³⁹. Dimensões estas que além de influenciarem muitos aspectos, determinam o investimento do setor (Bittar & Mieldazis, 1992). Assim, as organizações hospitalares, devem ter uma gestão orientada para o meio ambiente e adaptarem-se às mudanças de todas aquelas dimensões, principalmente, às questões epidemiológicas (Dussault, 1992). Devido a tais aspectos, os hospitais devem possuir formas organizacionais flexíveis, adaptativas e permeáveis ao ambiente.

Contextualizando o sistema de saúde brasileiro, ele se encontra no mais alto nível de degradação e abandono⁴⁰. Uma maneira de se visualizar a questão é através das organizações hospitalares. Pode-se perceber, entre outras coisas, em todos os cantos do país filas quilométricas de pessoas esperando para serem atendidas, chegando-se a ter

hospital filantrópico Campos (1985, p.207) entende ser aquele que "... integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio da despesa de administração e manutenção".

³⁸ No caso estudado, a afirmação de Médici (1992) confirma-se, de modo que o Hospital CBS atende as características elencadas por ele.

³⁹ O estudo feito por Bittar e Mieldazis (1992), comprova que dentre todas essas dimensões, a questão da situação da saúde no Brasil, está diretamente relacionada com a sua condição econômica. Como afirmam Friedman e Farley (1995), o risco financeiro pode ser um elemento muito importante na determinação do comportamento das organizações hospitalares. Para enfatizar ainda mais, Goldsmith (1980) adverte que os hospitais ou se adaptam às mudanças ou se defrontaram com dificuldades financeiras. Justamente por isso, a ênfase maior no trabalho será na dimensão econômica, entendendo-se que quase todas as outras necessariamente passam por ela. Mesmo porque, é difícil encontrar trabalhos relacionados ao setor saúde que não tratem com grande relevância das questões econômico-financeiras.

⁴⁰ Há vários hospitais inacabados em quase todos os Estados da Federação, são milhões de reais jogados fora, uma vez que a maioria deles já estão comprometidos pelo tempo.

pacientes morrendo nas filas de espera; pessoas esperando em macas nos corredores para serem operadas; hospitais sendo fechados; descaso generalizado com o atendimento, além do que as greves nos hospitais públicos são frequentes. Em 1983 Almeida já alertava para a crise que o setor hospitalar vinha passando, escassez e incertezas de recursos para a manutenção e o imobilismo dos responsáveis, eram os dois maiores problemas. Parece que a história vem se repetindo até os dias de hoje.

Entretanto, a crise no sistema de saúde brasileiro, mormente nas organizações hospitalares, vem de longa data. Em 1978, o estado calamitoso era evidente face à crise previdenciária ocasionada por uma infinidade de fatores de natureza estrutural, bem como devido à conjuntura econômica do país que estava se agravando. Foi a partir deste momento que a Previdência, via INAMPS⁴¹, tentou controlar seus gastos com assistência médico-hospitalar. Para isso, dois mecanismos foram utilizados, um para fiscalizar as contas de forma mais rigorosa e outro para reduzir progressivamente os valores pagos pelos atos médico-hospitalares e diárias (Ribeiro, 1983). Sobre o conjunto das duas medidas pode-se dizer que não apenas não surtiu os efeitos esperados, como também acelerou o processo de sucateamento da rede hospitalar, pois o segundo mecanismo fez aumentar as fraudes nos exames, como requerimentos de exames desnecessários, “cesarianas feitas em homens”, “operações de fimose em mulheres” e assim por diante.

⁴¹ Instituto de Assistência Médica da Previdência Social - criado em 1976 como um dos três desdobramentos do então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, ligado em sua origem ao Ministério da Previdência Social. Só prestava assistência àqueles que trabalhavam. Foi transferido para o Ministério da Saúde em 1990 e extinto em 1993.

Neste contexto, é comumente visto hospitais sem recursos, prevalecendo uma forte crise no setor em vários Estados. A causa sempre alegada é que faltam recursos⁴². Porém, a má gestão dos recursos e o péssimo gerenciamento dos processos administrativos muitas vezes são os elementos chaves na determinação das causas da crise que se instalou no setor saúde (Médici, 1994).

Tudo isso é fruto da maneira pela qual ocorreu o desenvolvimento da rede hospitalar no Brasil, identificado muito mais por necessidades sentidas, definições políticas localizadas e interesses de certos grupos, do que especificamente em função de uma política nacional de saúde, como descrevem Castelar (1995, p.42-43): “Isto levou ao quadro atual de sensíveis diferenças entre as necessidades reais e a oferta de serviços. O panorama no setor hospitalar não difere de alguns setores da economia brasileira marcados pela falta de diretrizes definidas e que contemplam o longo prazo”.

É bom lembrar que, ao longo dos anos, as organizações hospitalares vêm sendo sucateadas, devido às frequentes crises econômicas do Estado brasileiro, bem como pelo desleixo dos gestores públicos à administração da saúde no país. Para se ter uma idéia da gravidade, com a aceleração do processo inflacionário a partir de 1983, a penúria nos hospitais se agravou, face os recursos federais serem repassados aos hospitais para o pagamento dos serviços prestados com até 80 dias de atraso. Como o valor já era baixo e não era corrigido, quando chegava aos hospitais, o dinheiro era ínfimo. Hoje, segundo os Diretores do Hospital CBS, a situação é “menos pior” porque

⁴² Mais uma vez, esse fato justifica a atenção especial do trabalho às condições econômico-financeiras do setor.

os ridículos R\$ 3,42⁴³ pagos pelo Sistema Único de Saúde - SUS⁴⁴ referente as diárias, não é consumido pela inflação.

A grande parte dos estudos sobre o setor saúde se torna enfadonho ao alardear o quadro desolador pelo qual passa o setor (Melo, 1987). Há milhões de desassistidos, que em 1980 já somavam 40 milhões de brasileiros segundo o Ministro da Saúde, que não tinham qualquer acesso a serviços de saúde e assistência médica (Ribeiro, 1983). Sem falar na péssima constatação de que ocorrem em torno de 100 mil casos por ano, de doenças evitáveis por imunização (Melo, 1987).

Contudo, os esforços para eliminar a crise não só não surtiram efeitos, como agravaram ainda mais os problemas no setor. Como observam Médici e Silva (1987), a maneira pela qual foi enfrentada e administrada a crise em que o país havia mergulhado, principalmente na década de 80, acabou por conduzir a escolha de um conjunto de diretrizes de política econômica que vieram a agravar ainda mais as condições de vida da população de baixa e média renda, criando assim, um obstáculo a mais à expansão e à continuidade dos gastos estatais no campo social e na atenção a saúde.

A perplexidade de Souza (1987) ilustra a situação caótica do sistema de saúde do país. Segundo ele, o Brasil apresenta um grande contraste, por um lado figura entre as 10 maiores potências econômicas do mundo capitalista, exporta material bélico,

⁴³ Valor fornecido pelo Hospital CBS em janeiro de 1996.

⁴⁴ O SUS apresenta como principais características: a universalização do atendimento; a equidade no acesso a saúde; e a integralidade dos serviços e das ações de saúde. Para tudo isso, pressupõem-se comando único em cada esfera de governo; descentralização; regionalização e hierarquização da rede de serviços; e o desempenho complementar da rede privada na cobertura assistencial (Castelar, 1995).

até a pouco tempo produzia aviões, possui usinas nucleares e domina as técnicas mais modernas no campo da medicina, como transplantes de órgãos. Entretanto, por outro, exibe um coeficiente de mortalidade infantil muito superior aos países que estão em estágios de desenvolvimento inferior a ele. Para se ter um idéia da situação, em 1982 o Ministro da Saúde esboçava dados que comprovavam que 46,3% dos óbitos na Região Nordeste e 8,8% na Região Sudeste não tinham suas causas determinadas, ou por não terem assistência médica ou por falha no preenchimento dos atestados.

Tais dados ilustram dois fatos: o primeiro é a constatação flagrante das disparidades regionais, conforme constatado nos estudos de Cordeiro (1985) e o segundo é que se os números fossem reproduzidos para os tempos atuais, a tendência seria o aumento dos percentuais dada a inércia e o alijamento do Estado brasileiro para com as questões concernentes ao sistema de saúde e hospitalar (Souza, 1987). Enfim, o real problema da crise dos hospitais no Brasil é, como afirma Melo (1987), a falta de privilégio para com as questões ligadas à saúde.

Um dos grandes problemas que o setor de saúde enfrenta são os constantes atrasos dos pagamentos efetuados através do Ministério da Saúde; com isso há freqüentes paralisações nos serviços, fechamentos de hospitais privados contratados pelo setor público, greves de médicos, falta de equipamentos, de material, de medicamentos (Médici, 1994) e recusa de hospitais e clínicas particulares atenderem pelo SUS. Médici (1994) complementa dizendo que os atrasos e o não comprometimento do Estado com a saúde é antes de mais nada um problema de falta de planejamento e racionalidade. Pode-se acrescentar a isso, um pouco de falta de vontade política.

Médici (1994) ainda divide os gastos federais com saúde em quatro momentos: 1º) de 1974 até 1982, com o “modelo centralizado”; 2º) de 1983 até 1986, com o “modelo de transição” caracterizado pelos programas AIS⁴⁵ e depois pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde - SUDS; 3º) consolidado o SUDS em 1987 e promulgada a constituição de 1988, inicia-se a “modelo descentralizador”, baseado no repasse automático de recursos a Estados e Municípios; (4º) com o governo Collor tem início o “modelo de descentralização tutelada”, onde os recursos voltam a ser repassados de forma negociada, com o retorno da administração convencional.

A evolução dos gastos federais com saúde mostram que em 1978 representavam 2,21% do orçamento global da União e em 1979, 1,82%, cifras superadas por vários outros ministérios (Melo, 1987). Outros dados mostram que em 1985 as despesas do INAMPS corresponderam a 21% do dispêndio do Ministério da Previdência e Assistência Social. Os gastos com assistência médica do INAMPS em 1984 foram inferior aos gastos do antigo INPS em 1975, gastos totais com saúde no Brasil, cerca de 41,6% foram gastos efetuados pelo Estado (nas três esferas) e 58,4% pelo setor privado. Não é a toa que o Dir. X afirma que a saúde no Brasil é executada pela iniciativa privada, enfatizando que “(...) a tendência é a saúde sair das mãos do Estado”.

A Tabela 1 ilustra a evolução dos gastos nas três esferas de governo ao longo do período de 1980 a 1992 e na Tabela 2 pode-se visualizar o crescimento dos gastos com saúde, bem como sua proporção em relação ao PIB:

⁴⁵ Programa de Ações Integradas de Saúde, permitia o repasse de recursos do INAMPS para reforçar os gastos com saúde dos Estados e Municípios através da assinatura de convênios.

Tabela 1: Gastos totais do Estado brasileiro em saúde (em milhões de dólares de 1992)

Ano	Total	União	Estados	Municípios
1980	9710,1	7356,3	1666,3	687,5
1981	9048,1	6846,3	1560,1	641,7
1982	9282,4	7148,3	1379,0	755,1
1983	7638,7	5715,6	1291,0	632,1
1984	8155,1	5956,6	1470,0	728,5
1985	9238,4	6857,3	1553,6	827,5
1986	10365,5	7340,9	1962,9	1061,7
1987	12513,0	10624,4	906,4	982,2
1988	11506,3	10030,3	-59,0	1535,0
1989	13739,9	11320,3	1159,2	1260,4
1990	12496,7	9451,6	1621,1	1424,0
1991	10320,4	7847,0	1383,5	1089,9
1992	9079,8	6571,2	1342,7	1165,9*
1993	-	8307,6	-	-

* Estimativa

Fonte: Ampliada de Médici, 1994, p.157.

Tabela 2: Gastos federais em saúde (em milhões de dólares de 1992)

Ano	Gasto Federal	Crescimento	Índice	% do PIB
		Anual	1980 = 100	
1980	7356,3	-	100,00	2,01
1981	6846,3	-6,93	93,1	1,96
1982	7148,3	4,41	97,2	2,03
1983	5715,6	-20,04	77,7	1,68
1984	5956,6	4,22	81,0	1,66
1985	6857,3	15,12	93,2	1,77
1986	7340,9	7,05	99,8	1,76
1987	10624,4	44,73	144,4	2,45
1988	10030,2	-5,59	136,3	2,33
1989	11320,3	12,86	153,9	2,55
1990	9451,6	-16,51	128,5	2,09
1991	7847,0	-16,98	106,7	1,82
1992	6571,2	-16,26	89,3	1,54
1993	8307,6	26,42	112,9	1,85

Fonte: Balanços Gerais da União (apud Médici, 1994, p. 151).

O período de 1987 a 1989 comportam os anos em que os gastos federais com a saúde foram os mais altos de sua história, ficando em média acima dos US\$ 10 bilhões. Vale lembrar que no ano anterior, 1986, foi a ano do Plano Cruzado. Assim, os anos 80, mormente o final da década, foi um período em que os gastos com saúde e

conseqüentemente com hospitais vinham aumentando. No entanto, nos primeiros anos da década de 90 o quadro se reverteu. Como pode ser verificado nas tabelas 1 e 2 os recursos federais investidos em saúde têm sofrido fortes quedas, sem que Estados e Municípios aumentem suas contrapartidas no mesmo patamar a queda verificada pela União.

A política nacional de saúde no Brasil é prevista nos artigos 196 e 200 da Constituição Federal de 1988. Advindo do texto constitucional, surge o SUS⁴⁶, criado para todo o território brasileiro, hierarquizando a prestação de serviço e descentralizando as ações para os Estados e Municípios (Filho, Gonçalves & Gonçalves, 1994), levando a extinção do INAMPS em 1993.

Em 1988 é criado também o Orçamento da Seguridade Social - OSS, como uma fonte de financiamento das ações no campo da previdência e assistência social, saúde e amparo ao trabalhador (Médici, 1994), no entanto ele começa a vigorar só em 1991. Até então, o grande financiador da saúde, era o Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) como mostra a Tabela 3.

⁴⁶ Ao contrário do INAMPS, o SUS presta assistência médica tanto para aquele que trabalha quanto para aquele que é desocupado.

Tabela 3: Evolução dos gastos federais com saúde por fonte de financiamento no período, 1980 a 1993 (em bilhões de 1992)

Ano	Total (100%)	Tesouro(%)	FINSOCIAL(%)	FPAS(%)	FAS(%)	Outras(%)
1980	7,36	12,9	-	85,3	1,5	0,3
1981	6,85	14,5	-	83,9	1,3	0,3
1982	7,15	15,8	-	82,4	1,5	0,3
1983	5,72	16,6	1,9	79,5	1,2	0,8
1984	5,96	14,8	2,2	82,2	0,7	0,1
1985	6,86	18,4	2,5	78,4	0,7	-
1986	7,34*	22,2	-	76,8	1,0	-
1987	10,62	19,3	-	80,2	0,5	-
1988	10,03	19,9	-	79,5	0,6	-
1989	11,32	27,6	-	72,2	0,2	-
1990	9,45**	21,1	-	78,9	-	-
1991	7,85***	-	-	-	-	-
1992	6,57***	-	-	-	-	-
1993	8,31***	-	-	-	-	-

Fonte: IPEA/CSP apud Médici, 1994, p. 72.

* Os recursos do Tesouro passam a incorporar os do FINSOCIAL.

** O Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) é extinto.

*** Os dados sobre a origem dos recursos não são conhecidos, porque o OSS passa a funcionar como caixa único (Médici, 1994).

As estatísticas apresentadas comprovam que o Estado vem diminuindo seus investimentos no setor saúde e por consequência na rede hospitalar do país. Dados do Banco Mundial (apud Médici, 1994) mostram que em 1993 as três esferas juntas desembolsaram em ações no setor saúde em geral, o irrisório percentual de 2,53% do PIB⁴⁷, enquanto que os países de economias desenvolvidas chegam a gastar mais que o dobro. Assim, como afirma Médici (1994, p. 139) de forma enfática "... os recursos para investimento em saúde estão aquém das necessidades reais".

Por isso, com os poucos recursos para o setor de saúde, bem como o agravamento da crise econômica, o setor tem estado na pauta das discussões. Exemplo disso, é o que vem fazendo o Ministro da Saúde, Dr. Adib Jatene, lutando bravamente por um imposto para ajudar a financiar a saúde no Brasil. É de se ressaltar que face a conjuntura do país, o Estado ainda por muito tempo estará na linha de frente das ações do setor. Porém, o setor privado já dá sinais de que não quer atrapalhando, em suas ações como afirmou o Dir. X:

"Quem toca a saúde em Santa Catarina não é o governo, é a iniciativa privada, mais de 80%, quase 90% dos hospitais são de fundações, instituições, (...). Florianópolis não serve como referência porque tem alguns hospitais do governo do Estado. No país inteiro é a mesma proporção. Além do que, 40% das pessoas da grande Florianópolis não querem mais ser atendidas pelo SUS, procurando outros convênios. É isso que o Estado quer. Não é justo para a população por que ela paga

⁴⁷ Segundo os Balanços Gerais da União (apud Médici, 1994) o percentual é de 1,85%.

impostos para ter saúde, para os hospitais é excelente, ótimo”.

Esse fato também é constatado por Ribeiro (1987) que afirma que o Estado é dono de apenas 22% da rede hospitalar brasileira. Esse percentual é comprovado pelos dados apresentados pelo IBGE referentes a 1989 (apud Castelar, 1995) onde do total de leitos da rede hospitalar⁴⁸ (522.895), 77,1% são de entidades privadas e apenas 22,9% do setor público.

4.2 Arena Cognitiva

O Hospital CBS foi fundado em 1782, iniciando suas atividades como um asilo, que com o passar do tempo e com visitas constantes de médicos para tratar do idosos, foi aumentando o seu porte, chegando hoje a se apresentar como um dos maiores hospitais do Estado de Santa Catarina. É administrado por uma Irmandade, constituída como uma entidade de fins filantrópicos⁴⁹.

A Irmandade tem como órgão máximo de decisões o Conselho Pleno, formado por 44 conselheiros e presidido por um Provedor, que também é o presidente

⁴⁸ No Brasil em 1990 existiam 6.532 hospitais (Castelar, 1995).

⁴⁹ Como será visto a seguir, a proposição de Judge e Zeithaml (1992) - a respeito de que em processos de decisões estratégicas em hospitais sem fins lucrativos (caso do CBS), o *staff* organizacional geralmente é muito atuante - é confirmada ao longo do estudo.

da Mesa Administrativa, órgão hierarquicamente abaixo ao Conselho Pleno. A Mesa indica a Diretoria Executiva do Hospital CBS, com exceção do Diretor Clínico que é eleito pelo corpo médico do Hospital⁵⁰. Da Diretoria Executiva fazem parte, também, um Diretor Técnico, um Diretor Administrativo e um Diretor Tesoureiro. Existia a figura do Superintendente do Hospital, no entanto, hoje há o Coordenador Geral, cargo exercido por um dos Diretores. Atualmente quem desempenha a função é o Diretor Tesoureiro. Até 1993 existia também uma Diretoria de Enfermagem, que por normas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, foi passada para o nível de gerência. Esta é uma das características da moderna administração hospitalar, segundo um dos Diretores do Hospital, no entanto não gerou qualquer problema em termos de conflitos organizacionais no Hospital⁵¹.

A Mesa é eleita de dois em dois anos, podendo ser reeleita por mais um mandato, sendo o pleito, por tradição, de consenso. A atual Mesa tomou posse em julho de 1995. Com a posse, toda a Diretoria Executiva do Hospital CBS entregou seus cargos à Mesa, contudo, excetuando o Diretor Clínico, todos foram convidados, e aceitaram, a permanecer nos seus respectivos cargos por mais dois anos. Para o cargo de Diretor Clínico, foi eleito um outro profissional.

Tanto os membros do Conselho Pleno, quanto os Membros da Mesa, que por sua vez também fazem parte do Conselho, são pessoas abnegadas que trabalham sem

⁵⁰ Fato que acontece em todos os hospitais por exigência do Conselho Federal de Medicina.

⁵¹ Há informações de que uma Diretora, então contratada junto Sociedade Beneficente São Camilo, foi demitida pela Mesa Administrativa em virtude de tomar algumas decisões que confrontavam com certos interesses da coalizão dominante do Hospital. Porém, não se conseguiu comprovar esse fato através das entrevistas e conversas informais com membros da coalizão dominante ou mesmo de fora da coalizão. Nesse sentido, tal fato é lembrado neste espaço pela dissertação, todavia não explorado, pois não tem nenhuma consistência empírica comprovada nas várias tentativas de ser explorado pelo pesquisador perante os entrevistados.

qualquer tipo de remuneração. No caso da Diretoria Executiva é diferente. Todos são remunerados e não têm qualquer vínculo obrigatório com a Irmandade, ou seja, não são membros do Conselho Pleno ou da Mesa Administrativa. O Hospital é apenas uma das tantas atividades que a Irmandade possui, como uma Igreja, um Cemitério e vários bens localizados em vários pontos de Florianópolis.

De acordo com as entrevistas, o Hospital CBS não tem uma missão definida, uma vez que o Dir. Y afirma ser “(...) salvar o sofrimento dos enfermos” e o Dir. X “(...) o atendimento a saúde da população”.

Qualquer hospital tem que ter uma infra-estrutura de acordo com o seu porte. Todas as áreas devem funcionar em harmonia, não só por necessidade da própria estrutura do hospital mas também, por força das exigências impostas pela OMS. Para o Dir. X: “O hospital tem que ter uma espinha dorsal para funcionar que é, a emergência, o centro cirúrgico, a Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, laboratórios e Raio X. Sem isso é impossível funcionar um hospital”, principalmente um do porte do CBS. Por isso, este investe maciçamente na melhoria dessas áreas de suporte. Deve-se salientar que a real definição e mensuração do produto hospitalar é difícil, assim como seu trabalho é altamente complexo e variável pois, é muito especializado (Rodrigues Filho, 1990).

Por isso, a dificuldade de se administrar organizações complexas como os hospitais, porque o nível de especialização que o envolve é até hoje desconhecido no campo da Gestão Hospitalar - no caso do Brasil. Essa especialização no trabalho em hospitais requer também uma certa autonomia dos médicos. Nas palavras de Grabois (1995, p.82):

“Estas especificidades dão à gerência uma relevância para a obtenção dos resultados da organização; relevância não apenas técnica, isto é, no sentido de uma combinação ótima dos meios, mas também do ponto de vista político, por seu papel de envolvimento e mobilização dos diferentes atores do hospital”.

Assim, os investimentos vão sendo realizados no sentido de equilibrar o hospital dentro dos padrões normatizados pela OMS, qual seja, a correlação entre o número de leitos no Hospital com os outras áreas. Nesse sentido não se pode sair construindo emergências sem haver uma relação com o aumento do número de UTI's.

O Conselho Regional de Medicina determina que um hospital que possui mais de 50 leitos é obrigado a ter um Diretor Técnico e um Diretor Clínico. O Diretor Técnico é responsável pelo funcionamento do hospital, “... é a pessoa que faz a máquina tocar” nas palavras de um dos Diretores. É aquela pessoa responsável pelo bom funcionamento do centro cirúrgico, pela qualidade dos equipamentos e assim por diante. O Diretor Clínico é o responsável pelo corpo médico do hospital, por todos os atos de funcionamento do corpo clínico, incluindo a ética e da conduta médica dentro do hospital.

O poder no Hospital CBS está fundamentalmente nas mãos do presidente da Mesa Administrativa e do Conselho Pleno que é a mesma pessoa, isto porque as

decisões do presidente quase nunca são reprovadas, possuindo uma estrutura de poder altamente centralizada.

A Diretoria Executiva tem um poder limitado, visto que as decisões de grande porte têm que ter o prévio aval da Mesa. No entanto, as decisões de pequeno porte não necessitam de um aval anterior. Mesmo assim, a Diretoria Executiva tem de informar e prestar contas à Mesa de seus atos. Segundo o depoimento do Dir. X: “As mudanças que saem um pouco do rumo ou que possam ter repercussões positivas ou não, tem que ser discutidas com a Mesa”.

O mesmo pensamento é usado para as chefias e para as gerências, pequenas decisões são livres, podendo ser tomadas diariamente, obviamente, prestando contas à Diretoria Executiva posteriormente. No entanto, grandes decisões que possam causar repercussões maiores têm que ser previamente autorizadas pela Diretoria. Deste modo, pode-se dizer que a coalizão dominante (Child, 1972) na estrutura de poder do Hospital CBS é bastante centralizada em três elementos, como demonstra um dos Diretores: “Nada influencia a diretriz do Hospital CBS, a não ser a sua provedoria, a Irmandade e a própria direção do Hospital”. Traduzindo, a Mesa, o Conselho e a Diretoria Executiva.

O pensamento de uma coalizão dominante forte no Hospital CBS sempre existiu. Todavia, com os novos tempos, de 1991 para cá, a tecnologia é um fator considerado como um elemento influenciador do processo de tomada de decisão da cúpula do Hospital. Nas palavras do Dir. X:

“Uma coisa que pode influenciar é a tecnologia, a necessidade de tecnologia. Através da percepção do ambiente pela Diretoria Executiva e através de reuniões com os médicos. Existe a participação dos médicos nesse processo”.

No entanto, pode-se perceber que as decisões não são apenas *top-down*, mas também em alguns casos são *botton-up*, como relatou um Diretor:

“Existe as duas coisas (...) eu te digo com certeza absoluta, (...). A Diretoria Administrativa, se reúne semanalmente com todas as chefias e recebe e colhe todas as informações. Então nós como Diretor Técnico (...), conhecemos o fluxo de tudo. Se está falhando um setor nós vamos buscar saber porque está falhando, vamos falar com o chefe do setor, (respeitando sua experiência de vida e profissional) depois nós temos condições técnicas para dizer que o melhor caminho era esse”.

Porém, com certeza, a maioria das decisões são *top-down*, segundo relata

Dir. X:

“A Diretoria Administrativa toma a decisão e empurra mesmo para as chefias e para os funcionários em geral, mas passa para a Mesa Administrativa para ela tomar conhecimento”.

Evidentemente, as decisões tomadas pela Mesa Administrativa muitas vezes não são as melhores, devido sua composição não ser profissional e sim, de pessoas abnegadas que contribuem gratuitamente com a Irmandade e com o Hospital. No relato do Dir. X isso fica bem claro:

“A Mesa toma decisões e às vezes se perde. A Mesa [é composta por] pessoas abnegadas que trabalham gratuitamente pela instituição, que tem o poder que tem (...) e às vezes toma decisões completamente erradas sem conhecimento nenhum de causa, e isso às vezes nos traz problemas (...) operacionais. Quando ela tenta de uma forma ou de outra, sem discutir, empurrar uma medida (...). Toda vez que muda a Mesa existe esse tipo de problema, mas com o passar dos meses eles vão sentindo que o caminho não é por aí e que eles têm que tomar maiores esclarecimentos conosco, médicos e administradores do Hospital, antes de tomar uma decisão”.

As palavras de Mordelet, Braga Neto e Oliveira (1995, p.92) identificam bem as situação do Hospital CBS:

“Em um sistema descentralizado onde o hospital beneficia-se de uma liberdade de ação ampla, os órgãos de direção desse hospital têm um papel determinante a desempenhar. É a razão pela qual a autonomia de gestão do hospital só pode ser operacional e eficaz se for

conduzida por dirigentes competentes e responsáveis, isto é, reconhecidos como tal pela autoridade política ou administrativa responsável pelo hospital”.

O Hospital CBS trata com mais frequência os casos de câncer e é um hospital que em nenhum momento, principalmente nestes últimos 20 anos, teve ocorrência de casos de pacientes em macas nos corredores esperando para ser operado, nem pessoas morrendo na fila (Segundo o Hospital CBS). Quando o CBS lota e, isso acontece diariamente⁵², os primeiros socorros são prestados pelos médicos. É o novo espírito dos médicos que trabalham no Hospital CBS, “dar uma solução ao problema” e depois o doente é encaminhado a outro hospital. Tal papel faz parte da nova cultura do CBS.

No entanto, segundo os Diretores do Hospital CBS, o problema da crise do país não está na falta de hospitais e sim na falta de serviços ambulatoriais que deveriam ser prestados em postos de saúde, pois cerca de 80% dos casos atendidos pela emergência do Hospital CBS são de consultas corriqueiras, pequenas e médias urgências, que deveriam ser tratadas em ambulatórios ou postos de saúde⁵³. Nos postos de saúde, na maioria das vezes, o médico atende 10 pessoas e vai para o seu consultório ganhar dinheiro, pois o pagamento do SUS é irrisório. Sem contar que há mais de 20% dos municípios brasileiros sem um único posto de saúde (Médici & Silva, 1987), ocasionando enormes filas nas portas dos hospitais. Segundo declarou um Diretor do CBS:

⁵² Cerca de 20 a 30 pessoas são eletivamente selecionadas para serem internadas.

⁵³ Este fato também é referenciado por Grabojs e Sandoval (1995).

“A situação hoje é que se abirmos um hospital ele lota em 24h e se abirmos outro, também lota e assim sucessivamente. A saída é incentivar os postos de saúde, pagar bem os profissionais”.

Nos últimos 20 anos o Hospital CBS passou por duas grandes epidemias, todas as duas de Leptospirose, complicando o funcionamento do Hospital. A primeira delas foi na metade da década de 80, com a enchente que se abateu por Santa Catarina e a segunda foi a enchente do Natal de 1995.

Na segunda, foi um processo mais tranquilo devido às mudanças que o Hospital CBS vem sofrendo desde 1991. Foi engendrada uma nova cultura ao CBS, não deixando o problema se abater por sobre os médicos e funcionários⁵⁴. Hoje o CBS está preparado para prever todas as epidemias. Assim, para as cheias de dezembro de 1995, o Hospital se preparou para receber cerca de 30 a 40 casos por dia de Leptospirose, isso porque o CBS sabia que depois de tanta água que havia caído, viria um surto da doença. Para isso, são realizadas algumas ações no sentido de preparar o Hospital para um determinado tipo de epidemia, os mais diversos, como arrumar leitos adequados para a doença, suprir o Hospital de medicamentos que a doença exige, treinar os funcionários para prestar auxílio competente, dentre várias outras.

⁵⁴ A afirmação de Bittar (1996, p.91) ilustra bem o que ocorreu com processo de mudança do CBS: “A utilização adequada de pessoal requer o desenvolvimento de um processo de educação-supervisão que, por sua vez, será gerador de educação contínua, permitindo a readaptação do pessoal para cumprir novas funções ou o constante reforço das funções que cumprem, em consonância com as mudanças ocorridas na dinâmica do serviço”.

Dentro de todo esse contexto, o Hospital CBS veio caminhando até meados dos anos 60 a pequenos passos, sem nenhum alarde. Imediatamente à década de 60, ele começou a viver seus tempos áureos com a instalação da antiga Faculdade de Medicina em suas dependências, com o objetivo dos alunos aprenderem a medicina prática. O Hospital CBS viveu aquele período sem se preocupar com recursos, uma vez que todas as suas contas eram pagas pelo Governo Federal. Logo, com a inauguração do Hospital Universitário - HU, na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em 1980, todas as atividades feitas no CBS foram transferidas para o HU. Nesse momento, o CBS começa a se afundar, visto que sua cultura ainda estava impregnada no contexto dos recursos fáceis do Governo Federal. No entanto, estes não mais existiam. Leitos e alas inteiras foram fechados; dos cerca de 400 leitos que o Hospital possuía, chegou ao final da década de 80, com apenas 90 leitos e falido.

No período de 1987 - 1989, alguns médicos começaram a se mexer no sentido de conscientizar o corpo clínico de que algo haveria de ser feito ou o Hospital iria fechar completamente. Depois de 2 a 3 longos anos de conscientização, em 1991 o CBS começa efetivamente a se reerguer, implementando mudanças reativas radicais, para sair do fundo do poço.

Em 1995, com uma nova feição, diante da revolução havida, o CBS pode ser classificado como um centro médico de referência em todo o Estado de Santa Catarina, como relatou o Dir. X:

“Hoje o Hospital CBS é o hospital mais bem equipado de Santa Catarina. Fizemos medicina de 1º mundo apesar de

nossa aparência física não ser das melhores. Basicamente o que se faz no 1º mundo o Hospital CBS oferece. Nenhum hospital faz o que o CBS faz, ou seja, tratar ao mesmo tempo e sob uma só instituição todas as especialidades, todas”.

Em vista disso, é fato constatado de que os momentos de inércia vividos pelo Hospital CBS por quase toda a década de 80 lhe proporcionaram não só crise financeira, como uma crise estrutural, acarretando problemas no funcionamento das atividades do Hospital. A instituição não dispunha de equipamentos ou condições mínimas de funcionamento. Nas palavras do Dir. X: “O Hospital CBS em 1987, quando nós assumimos, (...) não tinha nada”.

Foram as mudanças que ocorreram a partir de 1991 e que ainda ocorrem, segundo o Dir. X, “... estamos num processo de mudança, as mudanças são constantes”, que proporcionaram ao CBS chegar à tecnologia, situação que em tempos passados era impossível.

Para concluir, e explicitar ainda mais a arena cognitiva, variável interveniente na presente pesquisa, Gutierrez (1996, p.98) faz um importante esclarecimento:

“Nesta pesquisa valoriza-se de maneira central as diferentes percepções e representações mentais dos atores envolvidos nos processos de mudança. Segundo esta perspectiva, a forma como os atores forjam seus

conhecimentos contribui para construir as realidades sociais que fundamentam suas ações. Considerar que os contextos nos quais os dirigentes atuam podem ser mobilizados não quer dizer que esses contextos são entidades inertes ou objetivas. Ao contrário, são os atores - em particular os dirigentes - que, selecionando os elementos do contexto em função de seus próprios interesses e valores, constroem de determinada maneira esse contexto”.

Assim, como relatam Nadler, Hackman e Lawler III (1983, p.45) “... as pessoas percebem seu ambiente em função das suas necessidades e experiências passadas”, mais especificamente toma-se emprestado o esclarecimento de Gutierrez (1996) para afirmar que as mudanças estratégicas no CBS foram construídas a partir das percepções que a coalizão dominante fizeram do ambiente real do setor.

4.3 Rede Colaborativa

No caso do Hospital CBS, tratar da rede de colaboradores é uma situação muito complicada, uma vez que as relações por ele realizadas, por exemplo, com seus fornecedores, é estritamente comercial, bem como é um Hospital marcado por ter uma coalizão dominante muito atuante. Atuante no sentido de não se deixar influenciar por qualquer elemento. No máximo, a coalizão dominante cede espaço às inovações

tecnológicas e às idéias trazidas pelo corpo médico, obviamente idéias essas concernentes a assuntos estritamente de caráter tecnológico, novas técnicas ou procedimentos médicos.

No que concerne ao relacionamento do CBS com outros hospitais, ambulatórios, postos de saúde ou clínicas fora do Hospital é uma relação estritamente profissional, tendo nas trocas de informações, essencialmente, sobre questões tecnológicas, o ponto central de discussão.

É possível dividir a rede colaborativa do CBS em 4 elementos principais: 1) recursos humanos; 2) recursos financeiros, incluindo o fornecimento de materiais que dão suporte a sua atividade, como o fornecimento de medicamentos; 3) tecnologia; e 4) processos, incluindo os novos serviços provenientes das novas tecnologias e da agilidade dos próprios processos.

Quanto aos recursos humanos, o Hospital CBS vem aumentando o número de médicos credenciados que não são funcionários do Hospital. Apresenta uma variação decrescente ao longo dos anos no número de funcionários, mantendo o número de médicos que são funcionários, como mostra a Tabela 4 elaborada com auxílio do Ger. A.

Tabela 4: Evolução do quadro profissional do CBS

	1975	1985	1995	1996
FUNCIONÁRIO	550*	572***	459	470
MÉDICO	-**	200****	450	450
MED./FUN.+	27*	27*	27	27

+ Médicos que são funcionários do Hospital CBS estão computados na soma dos funcionários.

* Estimativa

** Não foi possível estimar.

*** Referente ao ano de 1986 (estimativa).

**** Referente ao ano de 1989 (estimativa).

Em média, os funcionários têm de 19 a 30 anos e com o 2º grau completo. O grau de escolaridade é muito bom quando comparado com os hospitais públicos, que de acordo com Pitta (1994), 50,4% dos funcionários nunca freqüentaram um escola ou tem apenas o 1º Grau completo. Almeida (1983) conclui que o corpo de funcionários dos hospitais brasileiros costuma possuir uma qualificação muito aquém do desejável.

Para possuir um corpo médico altamente qualificado, proporcionando um fator de diferença dos demais hospitais, o CBS exige para integrar seu corpo clínico, médicos que tenham no mínimo um curso de especialização, com certificado reconhecido pelo Ministério da Educação. Diferentemente dos demais hospitais, em que os

profissionais recém-formados podem exercer a função médica sem ter passado por qualquer curso de pós-graduação.

Toda essa preocupação do CBS em ter médicos capacitados deve-se ao fato de que o Hospital sabe que depende fundamentalmente de seu corpo clínico (Almeida, 1983). Porém, os médicos do CBS atualmente têm uma preocupação toda especial com os pacientes e com o Hospital em si, não estão preocupados apenas com o seu procedimento, mas também com o procedimento dos seus colegas de profissão. Pois, a sobrevivência do Hospital depende do sucesso de todos. Situação essa que há anos atrás seria impossível e hoje é realidade.

Outro fator importante no CBS é que os cargos de Diretoria preferencialmente devem ser exercidos por médicos que tenham também cursos em Administração de Empresas ou Administração Hospitalar. Atualmente, o Diretor Técnico e o Coordenador Geral do Hospital, justamente as pessoas que por volta de 1987 - 1989 iniciaram todo o processo de mudança organizacional no CBS, possuem cursos de Administração de Empresas e de Administração Hospitalar, respectivamente.

Por isso, eles vêem o Hospital como uma organização e freqüentemente se referiram, nas entrevistas feitas, ao Hospital CBS com a palavra “empresa”. Segundo eles, isso foi um ponto fundamental para dar o respaldo que precisavam para iniciar as mudanças estratégicas, principalmente, no tocante aos funcionários, pois segundo o Dir. X:

“Com a nossa formação, os funcionários sabiam que não era só o médico que estava falando, mas sim, também, o administrador. Isso foi fundamental para iniciar todo o processo, através de inúmeras reuniões, tanto com os funcionários quanto com os médicos, a fim de conscientizá-los que o CBS precisava mudar”.

Sendo assim, foi através das reuniões que o Hospital, nas palavras do Dir. X, se tornou “uma família”, fazendo com que os poucos conflitos que haviam e, ainda há alguns, fossem meramente com relação a questões salariais, que por sua vez, também são sanados nas reuniões, como afirmou o Dir. Y. Por isso, o CBS não tem greves⁵⁵. Mesmo assim, o índice de rotatividade é muito elevado.

A relação CBS - fornecedores é ilustrada pelo Dir. X:

“O relacionamento com os fornecedores é um relacionamento comercial, eles entregam os produtos, nós pagamos, como em qualquer empresa. É claro que eles têm tolerância maior do que em outros tipos de empresas, porque eles sabem também que nós recebemos com atraso. Sendo que hoje a maior crise dos hospitais, é a financeira”.

⁵⁵ Já os hospitais públicos de Florianópolis, geralmente fazem greves. A última encerrou-se em junho de 1996, após 68 dias de paralisações.

Com relação a recursos financeiros, desde quando a antiga Faculdade de Medicina instalou-se no HU, os recursos de órgãos do governo cessaram. Logo, a falta de recursos e a inércia de seus administradores quase levaram o Hospital CBS a bancarrota na década de 80.

O CBS já chegou a atender 80% dos seus pacientes via SUS, que não paga nem R\$ 4,00 por uma diária⁵⁶, onde o Hospital serve 4 refeições diárias além de medicamentos e outros serviços prestados. No momento, devido ao terrível incêndio⁵⁷ ocorrido em 05 de abril de 1994, o Hospital atende 50% pelo SUS e 40% através de outros convênios⁵⁸ e 10% via particular.

Segundo um Diretor do CBS, um hospital para dar lucro tem que atender no máximo 20% via SUS, não mais. Porém, como o objetivo do CBS é a filantropia, ele não faz esse tipo de coisa, por isso mesmo, funciona sempre no “vermelho e vai sendo empurra com a barriga”.

A reconstrução do Hospital, proveniente da destruição causada pelo incêndio e pelas enchentes de dezembro de 1995⁵⁹ estão sendo financiados pelas doações feitas voluntariamente pela população, mais ou menos R\$ 200.000,00 e

⁵⁶ Quando da entrevista ao Hospital CBS este autor presenciou a indignação do Dir. X diante do baixo valor pago pelo SUS aos hospitais: “Vale a pena ajudar esse governo? Ele não nos ajuda!”.

⁵⁷ O incêndio chegou a incinerar 65% do Hospital, forçando-o a fechar suas portas por 5 meses, sendo que, não fora a ajuda do governador do Estado à época, o Dr. Antônio Carlos Konder Reis, que assumiu a folha de pessoal por 8 meses, sem isso o Hospital não teria condições de reabrir. Nenhum dos recursos federais prometidos foram efetuados. No entanto, o Diário Catarinense de 27 de março de 1996, noticiou que o Ministério da Saúde havia feito uma doação de R\$ 500 mil, situação não identificada na pesquisa.

⁵⁸ Destes 40%, cerca de 50% deles são considerados “bons convênios”, chegando a pagar de 20 a 30% o valor do pago via particular, que até janeiro de 1996 custava R\$ 100,00 no CBS.

⁵⁹ As enchentes do Natal de 1995 causaram alagamentos em muitas áreas do Hospital. Os mais graves foram no centro cirúrgico porque molhou vários equipamentos eletrônicos.

hegemonicamente pela Confederação Nacional das Indústria - CNI que está doando mensalmente R\$ 100.000,00 ao CBS e em contrapartida o Hospital está atendendo todos os funcionários do Sistema Federação das Indústria do Estado de Santa Catarina - FIESC, gratuitamente. O convênio tem um prazo de 12 meses, ou seja, o CBS receberá ao todo R\$ 1.200.000,00 e atenderá os funcionários do Sistema FIESC no período, sem cobrar nada.

Uma outra forma do Hospital angariar recursos financeiros é quando algum político reconhece o importante papel que o CBS desempenha para a sociedade e de alguma forma ajuda o Hospital. A ajuda não necessariamente se restringe a recursos financeiros, mas abrange medicamentos e outros materiais. Conforme relatou o Dir. X, uma pessoa que muito ajudou a CBS foi o então Secretário de Estado da Saúde do governo Konder Reis, Dr. João Ghizzo Filho, porém como mesmo diz o Dir. X: "... mas quantos que por lá passaram e não ajudaram?".

Também faz parte da rede colaborativa do Hospital CBS, a Federação Nacional dos Hospitais e a Associação dos Hospitais de Santa Catarina⁶⁰ como relatou o Dir. X:

"É um papel importante, (...) lutam junto com os órgãos federais principalmente pela melhoria das condições de trabalho nos hospitais de uma maneira geral e pela melhoria da remuneração dos serviços prestados. É uma forma de pressão junto ao governo federal".

⁶⁰ Um membro do Conselho Pleno relatou que um dos componentes da atual Diretoria Executiva já ocupou o cargo de Vice-Presidente da Federação Nacional dos Hospitais e Presidente da Associação dos Hospitais de Santa Catarina.

O papel da tecnologia nesse processo todo foi muito importante. No entanto, essa palavra tinha significado desconhecido no vernáculo do Hospital CBS até os fins dos anos 80. Ela efetivamente só entrou em circulação quando os médicos foram chamados no início da década de 90 a participar financeiramente das atividades do Hospital.

Desde então a realidade é completamente outra. Hoje há várias clínicas instaladas dentro das dependências do CBS, clínicas estas que o CBS mantém participações acionárias além de receber o aluguel da área ocupada. São elas: Centro Catarinense de Medicina Nuclear, Centro de Neuro Diagnóstico, Centro Oncológico Florianópolis, Cineângio, Cirurgiões Cardiovasculares Santa Catarina, Clínica Belvedere - tratamento de fármaco-dependência, Clínica Imagem - faz ressonância magnética, ultra som entre outros exames, Clínica de Olhos Packter, Clínica do Rim, Gastroclínica, Instituto Anátomo Patológico, Instituto Catarinense de Geriatria, Laboratório Santa Luzia, Radioterapia, Unidade de Psiquiatria, Uroclínica entre outras clínicas e laboratórios. Com as clínicas, via terceirização e parceria foi possível a tecnologia chegar ao Hospital CBS.

No momento, o CBS possui não só os melhores médicos do Estado em seus quadros, como também está à disposição de toda a população independente de convênios, com tecnologia de primeiro mundo. Sem a conscientização dos médicos de que os investimentos próprios que eles iriam fazer no Hospital acabariam por reverter não só em benefício do Hospital e de toda a população, como também em seu benefício

deles, via terceirização, o Hospital CBS nunca chegaria a tecnologia de ponta que alcançou. Esse é um fator importantíssimo no desenvolvimento e crescimento do CBS.

O CBS possui uma rede de colaboradores tanto ao nível nacional quanto ao nível internacional, que o coloca em sintonia com o que há de mais moderno em termos tecnológicos, em todo o mundo, via Diretoria Executiva, mormente o Diretor Técnico⁶¹. Isso proporciona ao CBS estar sempre atualizado em termos de tecnologia de ponta na área médica, como os últimos aparelhos médicos lançados e as últimas técnicas médicas que ainda estão em estudos.

Com tudo isso, houve a agilização de todos os processos do Hospital CBS. Na década de 80, o paciente que precisava ficar apenas 5 dias, muitas vezes ficava 8 ou 10 dias. Agora essa concepção mudou, a cultura dos médicos foi modificada. Conscientes de que precisavam gerar recursos e para isso precisavam tirar o paciente curado o mais rápido possível do CBS, hoje os médicos acompanham mais de perto, despendendo maior atenção a todos os enfermos. Tal mudança engendrou um significativo aumento da agilidade de todos os processos do Hospital, ocasionando uma “menor perda” para o Hospital CBS nas palavras do Dir. X no tocante as AIH’s⁶².

Sendo assim, duas transformações foram primordiais para o sucesso do Hospital CBS: (1) a conscientização do corpo clínico; (2) o investimento maciço em

⁶¹ No final do mês de maio de 1996 esse Diretor viajou para França em busca de recursos, os mais diversos possíveis.

⁶² Sistema adotado como critério de pagamento de internações hospitalares do INAMPS desde 1984, em substituição ao antigo critério de Guia de Internação Hospitalar - GIH (Médici, 1994). É uma espécie de cheque em branco que o SUS paga para cada enfermidade, há uma média calculada. Por exemplo, para uma cirurgia do coração há uma AIH de 15 dias, se o paciente ficar 18 dias, os três dias a mais fica ao encargo do Hospital, se ficar 10 dias o Hospital ganha 5 dias, ou melhor “perde menos” devido ao valor simbólico pago pelo SUS.

tecnologia, que por sua vez agilizou os processos. Foi uma mudança total. Transformações essas que serão discutidas no tópico seguinte.

4.4 As Transformações e Mudanças Estratégicas no Hospital CBS

Nesta seção serão descritas as mudanças estratégicas ocorridas no Hospital CBS ao longo dos últimos 20 anos (1975 - 1995). No entanto, os acontecimentos anteriores a esse período também serão relatados para melhor compreensão e contextualização das mudanças.

Nesse sentido, para uma melhor compreensão das mudanças estratégicas ocorridas ao longo do período em análise, procurou-se na medida do possível relacionar os fatos acontecidos com o referencial teórico proposto, Child (1972), Child e Smith (1987), com algumas contribuições dos trabalhos encetados por Pettigrew.

Para isso, fez-se uma divisão cronológica em quatro períodos distintos: 1º) de 1782, data da fundação do CBS até 1965, com a instalação da antiga Faculdade de Medicina na dependências do Hospital; 2º) de 1965 até 1980, com a transferência da Faculdade de Medicina para o HU; 3º) de 1980 até 1987, período que o Hospital começou a funcionar sem os recursos oriundos do Governo Federal; 4º) de 1987 a 1990, período de transição e de conscientização, momento que o Hospital parou para

repensar seu papel e suas atividades; e 5º) de 1991 a 1995, período de crescimento com grandes transformações.

O primeiro período da história do Hospital CBS (1782 - 1965) é marcado por ser uma fase de extrema calma. O Hospital fundado para ser um asilo, começou a receber regularmente a visita de um médico que passava para ver como estava a saúde dos idosos. Assim foi a primeira experiência no campo médico, para mais tarde, se tornar propriamente um hospital.

Os anos que marcaram momentos de real aumento de sua capacidade instalada com a inauguração de várias benfeitorias, foram respectivamente 1789, 1854, 1882, 1906, 1926, e 1949, foi um período de construção da área física do Hospital sem maiores repercussões. Em 1989 foi finalizada a última grande obra do Hospital, com a restauração e ampliação de uma parte do CBS⁶³

Já no 2º período, por volta de 1965 com a utilização do Hospital CBS pela antiga Faculdade de Medicina, o CBS vive o seu auge, segundo relatou o Dir. X:

“Um dos grandes momentos para o Hospital CBS foi a vinda do Hospital Escola, ou seja, vínculo com a Universidade. Foi um dos momentos mais prósperos do Hospital CBS, porque tudo era pago pelo governo federal. Então, o Hospital trabalhava tranquilo, fácil, sem estar no vermelho. Era o único hospital de porte na cidade”.

⁶³ Cabe ressaltar que obras estão sendo realizadas devido o incêndio de 1994 e as enchentes de 1995.

Assim foi toda a década de 70, saboreando as benesses dos recursos federais. Todavia, se por um lado foi um momento áureo em termos de recursos financeiros, por outro foi um período de inércia total sob o ponto de vista de ajustes, de mudanças e de grandes transformações. O Hospital objetivamente parou de pensar durante todo o segundo período de sua história, ou seja, por 15 anos, como fruto da comodidade, diante do dinheiro fácil.

Nos anos 80, a inércia continua, só que os problemas se agravavam cada vez mais, pois nesse momento a Faculdade de Medicina se transferiu para o recém-inaugurado HU, os recursos cessaram e o Hospital foi ao fundo do poço. É o terceiro período, como constata o Dir. X:

“O pior momento do Hospital foi a saída exatamente da Faculdade de Medicina, tendo agora que caminhar com as suas próprias pernas. Mas, o corpo médico e funcional raciocinava e trabalhava como se estivesse na Universidade. Porém, os recursos não existiam mais”.

Como é demonstrado pelo Dir. X, a cultura anterior na instituição não tinha sido mudada e adaptada para os novos tempos, sem recursos fáceis. A década de 80 foi o pior momento do Hospital, foi uma completa paralisia do CBS. O Hospital chegou em 1987 com quase “nada em tudo”, tanto em termos de equipamentos como em termos de infra-estrutura mínima para o necessário funcionamento. Na colocação do Dir. X:

“Isso ficou por muito tempo, até que nós mudamos essa consciência, não quero dizer que os nossos antecessores não fizeram também a sua parte, fizeram”.

O Dir. X esclarece que os problemas não eram apenas financeiros, mas também existia um problema de comando. Qual seja, até 1983 o Hospital CBS era comandado por um administrador que não era médico e isso gerou sérios problemas com o corpo clínico do Hospital:

“A grande verdade é que o Hospital era administrado por um administrador que não era médico, o comando do Hospital estava nas mãos de um administrador que não era médico, o superintendente. (...) o médico não aceita ser comandado por pessoas não médicas, ou seja, essa é a grande verdade. Não aceita, pode ser a pessoa mais capacitada, mas ela não tem a vivência médica. [Assim,] (...) um conjunto de 20 a 30 médicos se rebelaram com a situação e mobilizaram todo o corpo médico, um conjunto de 180 - 200 médicos, reivindicando que o comando administrativo, ou seja, a Superintendência [hoje Coordenação Geral] fosse feita por médicos. O ano era mais ou menos por volta de 1983”.

Quanto a isso, Barbosa e Lamy (1995) informam que historicamente a direção dos hospitais é assumida por médicos como uma forma de legitimação de poder. No entanto, a administração dos hospitais, compreendendo a capacidade de mobilizar e

aplicar recursos para o apoio do trabalho médico, permanece nas mãos de administradores.

Com todos esses problemas que o Hospital estava enfrentando desde o início dos anos 80, ele começou a se afundar cada vez mais. Segundo o depoimento de um Diretor: "... precisamente, de 82 a 89 o Hospital foi a bancarrota".

Foi a partir deste momento que o Hospital começou a entrar no seu quarto período, por volta de 1987 - 1988 indo até 1990. Foi um período de transição muito importante para a consolidação das mudanças estratégicas que viriam a acontecer na década de 90.

Dois médicos encabeçaram todo o movimento. Hoje eles são o Diretor Técnico do Hospital e o Diretor Tesoureiro, que acumula também o cargo de Coordenador Geral do CBS. Em 1975, eles já estavam no Hospital CBS, como estudantes da Faculdade de Medicina. Voltaram a se encontrar em 1981, como médicos na emergência do CBS. O primeiro entrou na Diretoria Executiva em 1987 como Diretor Clínico com o respaldo do corpo clínico do Hospital e em 1989, o segundo médico ingressou na Diretoria Executiva como Diretor Técnico. De 1990 a 1991 o primeiro acumulou os cargos de Diretor Técnico e Clínico, passando o segundo a ser o Superintendente do Hospital.

Foram justamente tais médicos que começaram, mais ou menos em 1988, a se mobilizar no sentido de conscientizar o corpo clínico de que algo haveria de ser feito, senão o Hospital teria de fechar as suas portas.

O processo de conscientização foi feito através de várias reuniões tanto do corpo médico como do corpo funcional, perdurando por cerca de 3 anos, como explicou o Dir. X:

“Depois da conscientização, do qual a maioria seguiu, ou seja, se conscientizou por esse caminho [o de que teria que se fazer alguma coisa] forçou necessariamente aqueles que não aceitaram, a ir [também], senão eles ficariam alijados do processo. Ia ser uma seleção natural”.

Na realidade, alguns médicos preocupados com o novo estado das coisas que poderia surgir, num primeiro momento foram contra o processo de mudança. Porém, essa força contra, aos poucos começou a se conscientizar das reais necessidades de iniciar um processo de profundas mudanças no CBS. Imediatamente, houve uma transformação de seus comportamentos e eles, também se engajaram no processo de mudança.

No entanto, esse processo que foi penoso, árduo e rápido. Segundo os Diretores, valeu a pena, porque já em 1991 o pensamento do corpo clínico tinha mudado completamente. Transformações haviam ocorrido com a própria cultura do Hospital. Nas palavras do Dir. X:

“A principal, que foi importantíssima no desenvolvimento do Hospital, foi a conscientização do médico e dos

funcionários, de que nós precisávamos de leitos e para isso nós precisávamos de alta rotatividade e atuação direta. Porque, [antigamente] era muito fácil deixar o paciente 10 a 15 dias no Hospital sem nenhuma necessidade. A grande mudança foi a preocupação do médico no auxílio à administração do Hospital. Mas, para isso, houve - uns 2 ou 3 anos antes de chegarmos a esse ponto - trabalho em cima de conscientização. Os médicos tinham que se conscientizar que o doente que tivesse que ficar 10 dias ele ia ficar 10 dias não mais. Ele não pode ficar 15 dias”.

Houve uma mudança na filosofia da forma de trabalhar dos médicos e dos funcionários. Não se poderia protelar por mais um dia sequer a saída do paciente, se ele já estivesse curado. E isso requereu em investimento alto “porque nós queríamos que o retorno também fosse alto” segundo explicou o Dir. X. Foi a partir dessa passagem, com a mentalidade de todos preparada para enfrentar processos de mudança, que grandes transformações começaram a ocorrer no Hospital CBS.

Assim, em 1991, inicia-se o quinto período do Hospital CBS, no bojo de toda uma conjuntura muito diferente daquela vivenciada pelo CBS nos seus três primeiros períodos, durando até o escopo que a pesquisa se propõe, ou seja, o referencial de 1995.

De 1991 em diante todas as decisões do CBS são planejadas e arquitetadas pelo Diretor Técnico e pelo Diretor Tesoureiro/Coordenador Geral do

Hospital em conjunto com a Mesa Administrativa que a partir daquela época, tornou-se mais atuante. Configurando a centralização do poder de decisão nestas pessoas sem sofrer qualquer influência do ambiente externo⁶⁴. Deve-se analisar com cuidado essa afirmação, pois conforme Barbosa e Lamy (1995, p.133) tanto as organizações hospitalares como seus diretores sofrem impactos das transformações que ocorrem ao seu redor:

“Ambos estão subordinados a uma realidade mundial de grande turbulência, incertezas e mudanças aceleradas. Os hospitais, enquanto organizações complexas, estão no centro do impacto transformador com que se depara a saúde. Concentrador de recursos tecnológicos, de conhecimentos novos, ao hospital contemporâneo é demandado uma diversidade maior de ações, fruto da complexificação do cuidado e da diferenciação das demandas. A responsabilidade depositada nos indivíduos que comandam esses aparelhos sociais é bastante expressiva. De um lado, os recursos necessários para que existam e se mantenham são cada vez maiores e mais complexos, sem deixarem de ser limitados”.

Por isso, os diretores devem ter suas responsabilidades embasadas em uma análise contextualista, avaliando as mudanças nos meios econômico, social, tecnológico e político ao elaborar estratégias de mudança e conseqüente estratégias de crescimento do Hospital (Gutierrez, 1996). Deste modo, a coalizão dominante (Child, 1972) que é representada, principalmente pelos seus diretores e a Mesa, mudou o

⁶⁴ Como já explicado, excetuando as questões relativas à tecnologia.

Hospital CBS, como relatou de forma genérica um dos membros da própria coalizão dominante do CBS:

“Mudou tudo, foi obrigado a mudar. (...) vamos falar da lavoura, foi como sair do arado da enxada, para a máquina que planta e que colhe. Então tu tens que fazer o quê? Tens que preparar a terra de uma maneira diferente, tens que preparar o lavrador de uma maneira diferente (...). Então a mudança foi total, desde a parte administrativa-burocrática até o treinamento dos próprios funcionários. Hoje nós temos a agilização de todos os processos (...). Queira ou não queira, o processos todo teve de mudar. Assim, o processo mudou para agilizá-lo. Nós mudamos a cultura da medicina no Estado, não mudamos só a cultura do Hospital CBS, as mudanças refletiram em todos os hospitais do Estado”.

Com a afirmação acima e com as entrevistas realizadas no Hospital, pôde-se identificar cinco pontos em que houve mudanças, (1) na cultura do Hospital e com isso na 2) forma de trabalho dos médicos e funcionários e na forma de treinamento dos funcionários; 3) na tecnologia do Hospital; 4) na estrutura do Hospital; e 5) nos processos do Hospital. Todas as cinco mudanças não seriam possíveis sem antes existir um processo de conscientização, que ocorreu de 1987 a 1990, conforme relatado. A observação de Gutierrez (1996, p.98) ilustra ainda mais a importância desse quarto período (1987 - 1990) para o Hospital CBS: “... a escolha ou a necessidade imperiosa de uma reestruturação também exige escolhas estratégicas referentes à Gestão dos Recursos

Humanos (GRH). Essas escolhas provocam mudanças, requestionamento do sistema, assim como modificações de comportamentos, de atividades, de práticas de gestão ...”.

Pettigrew (1990b) afirma que é mais fácil para uma organização ajustar as manifestações de cultura do que mudar o conjunto de crenças e pressupostos básicos da organização. No CBS, com relação à cultura, houve uma modificação total. Antigamente o médico vinha ao CBS, atendia seus pacientes e ia embora. Hoje, com a filosofia implantada pelo CBS, o médico participa ativamente da administração do Hospital, procura agilizar o atendimento o máximo possível. O que aconteceu foi que os médicos foram conscientizados de que não poderiam ficar inertes aos problemas do Hospital, precisavam fazer algo e fizeram. Atenderam ao chamado da administração do Hospital e começaram a acompanhar mais de perto as atividades do CBS, bem como investiram dinheiro do próprio bolso no CBS, fato que antigamente seria impossível de acontecer. No depoimento do Dir. X isso fica bem claro:

“A filosofia implantada no Hospital CBS foi tema de palestra no Congresso Brasileiro de Hospitais. [Qual seja] (...) trazer o corpo médico para participar financeiramente do processo de mudança. Então, o médico também é dono daquilo, ele cuida mais daquilo. (...) para tudo isso, não existiu um método ou um técnica, foi na amizade e mostrando que o mundo tinha mudado, os mecanismos mudaram. Hoje tem que haver a participação de todo mundo, e que a competência é que vai levar ao sucesso, não existe outra forma. Isso é conscientização, a vezes um por um, às vezes grupos de três, às vezes grupos de cinquenta. Foram inúmeras, inúmeras reuniões”.

A reboque do processo de mudança cultural, veio a mudança da forma dos médicos e funcionários atuarem, bem como modificou a forma com que os treinamentos eram feitos. Antes os médicos pensavam duas vezes se visitariam ou não determinado paciente, deixavam para depois. Hoje, o pensamento é outro, eles sabem que o Hospital precisa de leitos, sabem que o paciente deve sair curado o quanto antes para ceder lugar a outro. Não pensam mais duas vezes.

Os funcionários são treinados e preparados para certos tipos de epidemias que o Hospital prevê que acontecerá. Por exemplo, no caso do surto de cólera em todo o país, o CBS estava preparado para receber doentes desse tipo, tanto em nível dos funcionários e leitos quanto em nível de médicos e medicamentos. Assim, o Hospital consegue antecipar-se às epidemias e preparar todas as atividades de suporte para a doença.

Ao longo do processo de mudança, houve, também, a profissionalização das atividades no Hospital, ou seja, agora o Diretor Administrativo além de ser médico é administrador; o Chefe do Setor de Compras é uma administradora; a Manutenção do Hospital é feita por um engenheiro e assim sucessivamente conforme relatou um Diretor: “Nos pontos chaves do Hospital, nós temos gente com nível superior e com qualificação”.

As mudanças tecnológicas estão centradas no processo de terceirização e parceria efetuado no CBS através de seu corpo clínico, segundo comentou o Dir. X:

“Os primeiros passos em termos de tecnologia, foram dados há 5 ou 6 anos. A Diretoria Executiva chamou o corpo clínico, foram as maiores mudanças da história do Hospital. (...) fizemos um coisa inédita no país, chamamos os médicos para participarem financeiramente, através da terceirização. Eles construíram - cada grupo de médicos - as clínicas, compraram os equipamentos e pagam aluguel e/ou dão um percentual do lucro”.

Em cada clínica instalada no Hospital, este possui uma participação acionária, o percentual depende de clínica para clínica. Todas as clínicas são de médicos credenciados no CBS e são abertas novas clínicas de acordo com a necessidade. No entanto, ainda não existe mais de uma clínica que trate da mesma especialidade.

Com isso, novos serviços foram sendo agregados às especialidades tratadas no Hospital. Atualmente, o CBS atende a todas as doenças e especialidades conhecidas na medicina⁶⁵. Porém, não é fácil identificar o momento que cada especialidade foi agregada ao rol dos serviços oferecidos pelo CBS, como explica o Dir.

X:

“Isso é muito complexo. Nós começamos a terceirizar o Hospital. Terceirizar o Hospital também em parcerias, não entregando completamente o Hospital. Nós passamos quase 2 ou 3 anos por um processo de conscientização e

⁶⁵ Diferentemente dos outros hospitais que se especializam em apenas algumas doenças. Por exemplo, o Hospital Celso Ramos é referência em cirurgia de crânio - neurocirurgia, o CBS faz também; o Hospital Nereu Ramos é referência em doenças infecto-contagiosas, o CBS trata tais doenças; o Hospital Regional de São José é referência em cirurgia cardíaca, o CBS faz cirurgia cardíaca e assim sucessivamente. Há vários outros exemplos.

na hora que a mudança aconteceu ela aconteceu quase que num “boom”, 1 ano, 2 anos aconteceu tudo. Não houve planejamento, agente sabia de todas as deficiências do Hospital porque nós somos médicos (...)”.

De 1991 para cá foi acrescentado todos os serviços que faltavam. Os médicos, todos, dentro de suas especialidades se reuniam e estudavam o que se estava fazendo nos grandes centros e assim foram sendo agregados novas tecnologias e novas técnicas médicas aos serviços prestados pelo CBS.

O Hospital CBS pode ser diferenciado do setor hospitalar em termos de condições objetivas (Child & Smith, 1987) por três motivos. Primeiro, porque um fator o diferencia dos demais Hospitais do Estado de Santa Catarina, ele é o único que oferece todas as especialidades médicas, enquanto que os outros, se especializam em um determinado tipo de ação médica. Segundo, porque é o único Hospital do Estado que possui o aparelho para Radioterapia com acelerador linear, aparelho de última geração. Por último, nas palavras do Dir. X:

“O Hospital CBS é o único hospital no Brasil que faz Psiquiatria, (...) o Hospital CBS já tem, tanto na farmacodependência (álcool e droga), como unidade Psiquiátrica mesma”.

Com os novos tempos, de mudança, chegou a informática no CBS. De 1991 para cá alguns setores foram sendo informatizados. Há um contrato para que em

1996 o Hospital seja totalmente informatizado. Alguns reflexos desse processo podem ser visualizados. Os dois mais significativos foram a diminuição do número de funcionários e a agilização de todos os processos, como de cobranças e de preparações prontuárias.

Segundo informações dos Diretores do Hospital, hoje há uma espécie de “concorrência branca” proveniente do processo de mudança tecnológica:

“Se o Hospital ficar atrasado em tecnologia ele perde seu médico e seu paciente. Ele [o paciente] procura o hospital onde tem os melhores recursos. (...) quem não chega na frente está “morto” em termos de eficiência. Isso é que o Hospital CBS procura fazer, estar sempre na frente”.

No entanto, assim como quase todos os hospitais brasileiros, ele passa por uma crise constante de falta de recursos financeiros, o que torna as aceleradas transformações tecnológicas uma batalha diária ainda maior.

O Hospital CBS investe muito para sair vitorioso da concorrência existente. Na visão do Dir. X:

“Tem a concorrência do corpo clínico, tendo um corpo médico melhor, chama mais pacientes. O Hospital CBS investe selecionando os bons profissionais de renome (...)”.

Apesar disso, o Dir. X reconhece que “(...) a concorrência não existe, porque a demanda é muito grande”.

Entendendo estrutura organizacional na concepção de Child (1972), ou seja, (1) a alocação formal de regras de trabalho e (2) mecanismos de administração para controlar e integrar atividades de trabalho, pode-se obter duas conclusões do que ocorreu nestes últimos 20 anos no Hospital CBS. Até 1991, tanto o tópico (1) quanto o (2) não houve qualquer alteração. No entanto, depois de 1991 é claro perceber, de acordo com tudo o que foi relatado até o momento, que teve profundas modificações no tópico (1), consoante as formas de trabalho e treinamento introduzidas. Todavia, o (2) nada alterou, os mecanismos são os mesmos, altamente centralizadores e dominadores.

No que concerne aos processos, a relação é a mesma, os mecanismos não mudaram. Porém, eles foram agilizados, mesmo porque é uma necessidade do Hospital, pois como as mudanças que estão ocorrendo no Hospital são contínuas (Pettigrew, Ferlie & McKee, 1992) e constantes, em compensação os processos foram obrigados a ser agilizados e facilitados.

Dois fatores levaram o Hospital a diminuir a velocidade dos processos de mudança que estavam sendo feitos, o incêndio⁶⁶ em 1994 e as enchentes do final de 1995, pois vários recursos foram realocados para as áreas danificadas.

Com relação ao incêndio, foi uma catástrofe tão grande que o Dir. X chegou a afirmar que quase levou o Hospital a estaca zero de todo o processo de

⁶⁶ No laudo pericial, consta causa indeterminada para o incêndio.

transformação. Houve duas fases pós-incêndio: a primeira foi a de reabertura do Hospital e, a segunda, foi a de reconstrução⁶⁷.

Quando o Hospital pegou fogo, cerca de 250 a 300 leitos estavam funcionando. Depois de 5 meses fechado, reabriu como apenas 90 leitos. Até janeiro de 1996 o Hospital funciona com 200 a 210 leitos e estava na segunda fase, reconstruindo cerca de 65% do Hospital; para isso está havendo realocação de recursos que se destinariam para outras áreas.

Com relação a enchentes, foi outro fato lamentável, pois inviabilizou 30% do Hospital. Agora não foram os leitos os grandes afetados e, sim as UTI's, as salas cirúrgicas, os laboratórios dentre outros setores.

Foram dois momentos de acidentes que retardaram um pouco o processo de transformação do Hospital, mas que não abalaram nem desanimaram seus dirigentes, no sentido de deixar em segundo plano as mudanças, segundo explicou um dos Diretores do CBS:

“De 1991 para cá houve grandes transformações no Hospital CBS, senão fosse o incêndio, hoje teríamos um aspecto cosmético, ou seja, um embelezamento dos

⁶⁷ Mesmo não fazendo parte do escopo da pesquisa (1975 - 1995), o CBS apenas em 26 de março de 1996 reabriu a primeira ala recuperada após o incêndio de 1994 que vitimou nove pessoas, destruindo o prédio histórico do Hospital. No andar, onde antes existiam 20 apartamentos reservados para pacientes do SUS, foram reconstruídos, porém, agora, são 4 suítes e 6 leitos para pacientes diferenciados associados a convênios. Ainda estão sendo recuperados entre outras coisas, 14 leitos de uma ala do CBS; a Clínica Belvedere, 4 apartamentos do Centro Cirúrgico que funciona apenas com 50% de sua capacidade; e 8 leitos da UTI. Para concluir todas as obras e voltar a sua atividade normal o CBS necessita de R\$ 3 milhões, dinheiro que está sendo negociado junto a Fundação Banco do Brasil.

prédios e tudo mais. Mas, vamos atrasar isso por uns bons anos, o incêndio teve grandes repercussões”.

Gladstein e Quinn (1985) afirmam que geralmente uma crise pode acelerar os processos de mudança. No CBS foi justamente o que aconteceu. A crise dos anos 80 o forçou a implementar profundas transformações, como colocou o Dir. X:

“As mudanças que ocorreram foram extremamente reativas, nós estávamos sem condições de trabalho e fomos à luta (...)”.

No entanto, a situação do Hospital hoje é completamente diferente. As mudanças agora são planejadas (Brown, 1980; Brown & Moberg, 1980; Stoner, 1985; Robbins, 1990) como explicou o Dir. X:

“(...) hoje nosso pensamento é que o equipamento que compramos [hoje], daqui a 2 anos já vai estar obsoleto, então já estamos nos preparando para isso”.

A adaptação do Hospital às novas condições ambientais, principalmente à tecnologia, é feito através da participação dos profissionais em congressos - nacional e internacional, obviamente pagos com recursos do próprio bolso.

Com relação a questão de que a Diretoria Executiva atual, que entrou em 1987 e ainda hoje é constituída na sua maioria pelas mesmas pessoas da época - aqueles médicos responsáveis por todo o processo de mudança que ocorreu no CBS, é um dos pontos importantes e de desgaste que o Dir. X comentou, como pode-se observar abaixo:

“Nós estamos a mais de 10 anos, quase 10 anos no poder, poder que eu digo, no comando das decisões, e isso há desgastes (...), porque quem dirige tem que dizer não, quem dirige fere muitos interesses pessoais. Tem que trabalhar como uma empresa e com aquilo que você acha que seja correto. Então, dizer que nós temos poder de mobilização do corpo clínico, temos ainda, temos poder de mobilização, mas dizer que não existe desgaste não é verdade. O desgaste também existe, porque muitas vezes você tem atritos, é obrigado a ter, quem está na direção não tem como fugir. Quem agradar todo mundo é porque a empresa não está indo bem, essa é a grande verdade. Então, é inevitável o desgaste”.

Nesse sentido, houve fortes mudanças no CBS e as mudanças não param, o processo é contínuo e as transformações são constantes. Hoje, um ponto forte do Hospital, são os seus equipamentos de última geração e únicos no Estado. Equipamentos estes, que foram adquiridos à medida que o Hospital foi crescendo e sentindo a necessidade de melhoria. Todas as aquisições foram feitas pautadas nas percepções do corpo clínico, bem como das mudanças tecnológicas que vinham ocorrendo via

compreensão da Diretoria Executiva. Quem influencia as escolhas estratégicas do Hospital é exclusivamente o processo de inovação tecnológica.

Assim, as mudanças no ambiente competitivo são mais rápidas do que a capacidade de respostas das organizações (Reynierse, 1994), é procedente no caso do CBS, somente no período de 1987 a 1990. Depois disso, a capacidade de resposta do Hospital ficou extremamente rápida, devido essencialmente às mudanças em sua estrutura e seus processos que se tornaram mais ágeis.

Pode-se afirmar que, atualmente, com a filosofia que o CBS possui, as mudanças são inevitáveis (Margulies & Wallace, 1988) e o sucesso deste processo está levando o CBS a ter ganhos de produtividade (Kirkpatrick, 1988), bem como melhoria nos níveis de performance (Gronhaug & Falkenberg, 1989). É por isso mesmo que no momento a sua Diretoria Executiva, mormente o Diretor Técnico, gastam em média, 20h mensais⁶⁸ somente para pensar em novas transformações e novos processos de mudança para o Hospital CBS.

⁶⁸ Lippitt, Langseth e Mossop afirmam que os presidentes de hospitais gastam em média 70% de seu tempo discutindo questões de mudança e conflito organizacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 Conclusões

Este estudo teve como objetivo principal explicar o processo de mudança estratégica de uma organização hospitalar, baseando-se num caso empírico, o Hospital CBS. A idéia básica era conhecer as condições objetivas do setor hospitalar - ambiente real (Bowditch & Buono, 1992), bem como a arena cognitiva - ambiente subjetivo (Bowditch & Buono, 1992), ou seja, como o ambiente é percebido pela coalizão dominante do CBS. Foi possível comprovar que, como afirmam Ashmos e McDaniel Jr. (1991), a estratégia adotada por um hospital (no caso específico o CBS), é consubstanciada na visão que faz do mundo hospitalar, na sua interpretação do ambiente e nos valores e bases cognitivas da sua coalizão dominante.

A rede colaborativa também foi foco de discussão, no sentido de conhecer as atividades que deram suporte as mudanças estratégicas do Hospital. Com os três elementos ficou mais fácil explicar todo o processo de mudança que ocorreu no Hospital.

Da coalizão dominante do CBS fazem parte a Diretoria Executiva, a Mesa Administrativa e o Conselho Pleno, sendo que a rede colaborativa do Hospital é possível dividir em 4 elementos principais: os recursos humanos; os recursos financeiros, incluindo o fornecimento de materiais que dão suporte a sua atividade, como o

fornecimento de medicamentos; a tecnologia; e os processos, incluindo os novos serviços provenientes das novas tecnologias e da agilidade dos próprios processos.

Entretanto, para entender melhor quais as mudanças que se efetivaram no Hospital e porque elas ocorreram, a análise foi dividida em cinco períodos:

(1) 1782 - 1965: com a fundação do Hospital em 1782 até 1965, quando a Faculdade de Medicina instalou-se nas dependências do Hospital CBS, com o objetivo de ensinar a prática médica. Foi um período sem grandes transformações sendo que o “Hospital” funcionava apenas como um asilo. Só em 1965, com a instalação da Faculdade de Medicina em suas dependências é que aconteceu uma mudança significativa.

(2) 1965 - 1980: foi o período áureo do Hospital, pois os recursos financeiros, tecnológicos, e recursos para manutenção do Hospital, provinham do Governo Federal. Todas as despesas eram pagas pelo Estado, pois o Hospital Escola lá estava instalado. Com recursos fáceis, o CBS não se preocupava em aproveitá-los bem, pensando num futuro corte dessa ligação. Assim, foi um período de grande inação em termos de transformações no CBS.

(3) 1980 - 1987: nesse período com a transferência da Faculdade de Medicina para o HU, nas dependências da UFSC, o CBS começou a enfrentar sérios problemas de toda a ordem, pois os recursos fáceis não existiam mais. O Hospital começou a fechar algumas de suas alas, visto que não tinha condições de manter o funcionamento em plena capacidade. O Hospital viveu nesse terceiro período o seu pior momento, chegando

quase a ir a bancarrota, porque não tinha os recursos do Governo Federal e seu quadro de profissionais não estava preparado para trabalhar por conta própria.

(4) 1987 - 1990: à luz dos problemas do período anterior, um grupo de 20 a 30 médicos começou a se mexer no sentido de conscientizar, primeiro, todo o corpo clínico de que algo háveria de ser feito, porque senão, o CBS teria que fechar suas portas por completo. Mesmo assim, através de um processo de conscientização o movimento de médicos que ia se engajando no processo de implementar mudanças, aos poucos crescia, muito embora existiam forças que eram contra o processo de transformação do Hospital. A mudança de um estado de inércia total da organização frente a mudanças ambientais, para um projeto de viabilização de mudanças organizacionais a fim de adaptar o CBS a novas realidades que o momento exigia, preocupava uma parte do corpo clínico. Eles pensavam que poderiam ser excluídos do processo ao serem transferidos para um novo estado das coisas. Mesmo com toda essa preocupação, tais médicos não tiveram escolha. Ou eram excluídos do processo desde o início ou apostavam na sorte de um “lugar ao sol”, ainda que em um ambiente bem diferente daquele que estavam acostumados. Com o corpo clínico conscientizado, iniciou-se um trabalho com os enfermeiros e aqueles funcionários localizados em pontos chaves da organização. Da mesma forma, foi informado a essas pessoas que o CBS tinha que passar por algumas mudanças face aos diversos problemas que enfrentava naquele momento.

(5) 1991 - 1995: no bojo de uma organização pronta para enfrentar um processo de mudança estratégica, inicia-se o quinto período, em que grandes transformações são implementadas, fazendo com que o Hospital consiga sobreviver e superar as suas crises.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a dinâmica do processo de mudança ocorreu da forma como foi descrita anteriormente. No entanto, os resultados foram consubstanciados essencialmente em cinco mudanças estratégicas. Acrescente-se que as cinco mudanças não são estanques, todas elas estão relacionadas umas com as outras: (1) com o processo de conscientização, houve uma mudança no comportamento (Foguel & Souza, 1980) e conseqüentemente, na forma de trabalho e treinamento, bem como nas próprias atitudes de médicos e funcionários, gerando com isso, também, uma (2) mudança cultural (Stonich, 1990; Benjamin & Levinson, 1993; Clement, 1994; Mueller, 1994; Hall, 1984; Brown, 1980) dessas duas classes e, por conseguinte, a própria cultura do CBS. Assim, mudou tanto a forma de atuar dos médicos como a forma de treinamento dos próprios funcionários.

Devido as essas duas mudanças, (3) os processos (Rockart & Hofman, 1992; Benjamin & Levinson, 1993; Brown & Moberg, 1980), tanto administrativo/gerencial quanto o operacional, foram agilizados. O exemplo mais claro é a questão dos médicos não deixarem para depois o que podem fazer no mesmo dia. Deste modo, as altas médicas que eram analisadas sem muita presa, passou a ser um fator de extrema importância, visto que a nova concepção moldada para o CBS pressupunha que o paciente não pudesse ficar nem mais um minuto no Hospital, senão houvesse necessidade.

Na mesma linha de pensamento, a (4) estrutura organizacional (Stonich, 1990; Rockart & Hofman, 1992; Benjamin & Levinson, 1993; Miller, 1994; Robbins, 1990; Foguel & Souza, 1980; Brown & Moberg, 1980; Brown, 1980) no que tange a

atos estritamente de competência dos médicos, foi flexibilizada. Não confundir com flexibilidade dos poderes da coalizão dominante, porque isso não ocorreu.

Por fim, com a chegada das clínicas ao CBS chegou também tecnologia médica de ponta. A (5) mudança tecnológica (Rockart & Hofman, 1992; Benjamin & Levinson, 1993; Brown & Moberg, 1980; Brown, 1980; Ginsberg & Venkatraman, 1995; Haveman, 1992; Pichault, 1995; Tushman & Anderson, 1986; Barley, 1986) só foi possível quando os médicos foram chamados para cooperar financeiramente no processo de mudança. Para o Hospital, as vantagens são enormes. Uma das vantagens principais é que as clínicas têm por obrigação de contrato, estarem sempre à disposição do CBS quando este precisar encaminhar os seus pacientes.

Assim, um ponto muito importante a ser destacado é a questão da proatividade da tecnologia influenciando na postura estratégica do CBS. Por conseguinte, gerando e impulsionando mudanças estratégicas, ou seja, modificando o comportamento estratégico do Hospital CBS. Portanto, por um lado a dissertação corrobora com as pesquisas de Teplensky et. al. (1995) no sentido de confirmar que a adoção de novas tecnologias por parte de organizações hospitalares pode ser resultado da coalizão dominante, por outro tem um caráter inovador ao constatar que a tecnologia pode ser o único elemento influenciador no comportamento estratégico de uma organização hospitalar.

Juntando-se os dois pontos de vista, consegue-se constatar que os estudos de Swan (1995) são verdadeiros, pois eles argumentam que em processo de inovação ou mudança tecnológica os sucessos ou fracassos podem ser atribuídos aos tomadores de

decisões ou, melhor dizendo, à coalizão dominante. Fato que ocorreu com o CBS no momento em que a coalizão dominante, numa decisão inovadora e criativa, convida os médicos a participarem financeiramente na gestão do CBS, levando-o ao que ele é hoje, um Hospital de referência em todo o Estado.

Por tudo isso, fica claro que o processo de mudança estratégica no Hospital CBS foi estritamente reativo (Lippit, Langseth & Mossop, 1989) e não-planejado. Muito diferente dos métodos que estão sendo aplicados atualmente, quais sejam, as mudanças são planejadas (Brown, 1980; Brown & Moberg, 1980; Robbins, 1990; Stoner, 1985) e proativas (Lippit, Langseth & Mossop, 1989), à luz da percepção do ambiente pela coalizão dominante do Hospital, principalmente no que tange à novas tecnologias incorporadas aos processos do Hospital. Como disse um dos Diretores do CBS, "... no momento em que uma nova tecnologia é incorporada, o CBS já começa a buscar caminhos para sanar o problema da defasagem que essa própria tecnologia gerará nos próximos três anos".

O processo de mudança tecnológica levou o Hospital CBS a se diferenciar dos demais em termos de condições objetivas (Child & Smith, 1987): 1) por ser o único Hospital do Estado que oferece todas as especialidades médicas, diferente dos outros que se centram em apenas algumas; 2) por ser o único Hospital do Estado que possui um aparelho de Radioterapia com acelerador linear, última palavra em tecnologia sobre o assunto; e 3) por ser o único Hospital no Brasil a oferecer serviços psiquiátricos.

A mudança mais importante no CBS foi a tecnológica. Com a terceirização e a parceria feita com os médicos, via construção de clínicas nas

dependências do Hospital, possibilitou o CBS chegar à tecnologia de ponta, fato que de outra forma seria impossível. Com isso, além dos bons médicos e de renome que o Hospital já possuía, foi possível a diversificação (Goldsmith, 1980) dos serviços oferecidos pelo CBS.

Logo, as rápidas mudanças tecnológicas pelas quais passa o setor hospitalar, exige, por parte do CBS, uma configuração organizacional adaptativa às demandas ambientais (Swan & Newell, 1995). À vista disso, como argumentou um dos Diretores do Hospital, se o CBS não buscar aquilo que há de mais avançado no campo da tecnologia hospitalar, perderá seus melhores profissionais que marcharão em direção a hospitais mais bem equipados. Assim, como afirmam Brown e Morberg (1980), as organizações precisam não apenas implementar simples mudanças, mas ter a capacidade de antecipar os eventos.

Por isso tudo, Schreuder (1993) está certo ao afirmar que as organizações não são completamente inertes, está certo no caso do CBS atual, porque os períodos que antecederam as grandes transformações, foram tempos de completa paralisia.

Nesse sentido, a principal preocupação estratégica do Hospital CBS é procurar, cada vez mais e melhor, servir a população, apresentando bons serviços médicos. Para isso, o Hospital busca, através da sua arena cognitiva (Child & Smith, 1987), ou seja, o ambiente percebido pela coalizão dominante, formas de estar sempre à frente dos demais Hospitais, oferecendo bons serviços, médicos qualificados e tecnologia de última geração.

5.2 Recomendações

Uma recomendação básica que este estudo permite oferecer aos futuros pesquisadores, diz respeito à ampliação do escopo de análise, ou mesmo realizar estudos utilizando o mesmo referencial teórico-empírico (Child, 1972; Child & Smith, 1987) em uma outra organização hospitalar, de preferência com características parecidas as do CBS, qual seja, antiga e com uma coalizão dominante muito atuante. Isso seria interessante, pois permitiria conhecer as diferentes leituras do ambiente real feitas através da arena cognitiva. A partir daí conhecer-se-ia a percepção baseada nos valores, crenças, experiências de vida e atitudes que a coalizão dominante faz do ambiente. Poder-se-ia, assim, conhecer as diferentes leituras de cada coalizão tentando-se fazer uma análise comparativa das mudanças estratégicas ocorridas. Nessa linha de raciocínio, tal estudo poderia se constituir em uma tese de Doutorado, onde o resultado final seria a construção de um modelo específico de mudança e adaptação estratégica para setor hospitalar.

No trabalho ficou claro a influência do Governo nas questões relacionadas à saúde, principalmente quando se fala em recursos financeiros. Não obstante o CBS não ser um hospital público ele sofre, ainda que muito pouco, o peso do Estado. Nesse sentido, um estudo em um hospital público permitir-se-ia conhecer as diferenças dos resultados. Assim, poderia chegar a conclusão, quem sabe, de que a dependência que o CBS tem do ambiente externo é muito mais em termos tecnológicos do que efetivamente financeiros, enquanto que nos hospitais públicos a dependência de recursos financeiros se sobressai.

No mesmo enfoque anterior, futuros estudos em organizações hospitalares podem ser aprofundados utilizando-se a perspectiva da dependência de recursos, no sentido de averiguar até que ponto, por exemplo, a tecnologia ou inovação tecnológica são recursos importantes para organizações desse tipo.

Pontos específicos desta pesquisa poderia servir de base para futuros estudos hospitalares, exemplo: a questão da coalizão dominante do CBS ter um papel fundamental no processo de mudança estratégica que ocorreu na instituição, pode servir de comparação a futuros trabalhos em outros hospitais da Grande Florianópolis.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, J. A. Adaptive change in corporate control practices. **Academy of Management Journal**, v.34, n.1, p.162-193, Mar, 1991.
- ALMEIDA, T. R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, Ano xxxi, v.xxxi, n.5/6, p.104-113, mai/jun, 1983.
- ANSOFF, H. I. **Implanting strategic management**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.
- ASHMOS, D. P. & McDANIEL Jr. R. R. Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content. **HSR: Health Services Research**, v.26, n.3, p.375-401, Aug, 1991.
- AUSTIN, J. E. **Managing in developing contries**: strategic analysis and operating techniques. New York: The Free Press, 1990.
- BARBOSA, P. & LAMY, Y. A função do diretor hospitalar. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.133-149, 1995.
- BARLEY, S. R. Technology as an occasion for structuring: evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments. **Administrative Science Quarterly**, v.31, p.78-108, Mar, 1986.
- BEER, M., EISENSTAT, R. A. & SPECTOR, B. Why change programs don't produce change. **Harvard Business Review**, v.68, n.6, p.158-166, Nov/Dec, 1990.
- BENJAMIN, R. I. & LEVINSON, E. A framework for managing IT-enabled change. **Sloan Management Review**, v.34, n.4, p.23-33, Summer, 1993.

- BENNETT, T. R. The Leader's role in managing change. In: KIRKPATRICK, D. L. **How to manage change effectively: approaches, methods, and case examples.** San Francisco: Jossey-Bass, p.36-39, 1988.
- BENTO, A. M. & FERREIRA, M. R. D. A prática da pesquisa em ciência social: uma estratégia de decisão e ação. **Revista de Administração Pública**, v.174, n.4, p.04-39, out/dez, 1983.
- BERNHARD, H. B. Managing for change or stability? **Journal of Organizational Change Management**, v.3, n.3, p.25-28, 1990.
- BITTAR, O. J. N. V. Política de recursos humanos em hospitais. **Revista de Administração**, v.31, n.1, p.91-96, jan/mar, 1996.
- BITTAR, O. J. N. V. & MIELDAZIS, E. J. Considerações sobre recursos de saúde, economia e demografia brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v.26, n.3, p.107-118, jul/set, 1992.
- BOEKER, W. Organizational strategy: an ecological perspective. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.613-635, Sep, 1991.
- BOEKER, W. & GOODSTEIN, J. Organizational performance and adaptation: effects of environment and performance on changes in board composition. **Academy of Management Journal**, v.34, n.4, p.805-826, Dec, 1991.
- BOONE, C. & WITTELOOSTUIJN, A. Industrial organization for Organizational Ecology: the potentials for cross-fertilization. **Organizations Studies**, v.16, n.2, p.265-298, 1995.
- BOUGON, M. G. Congregate cognitive maps: a unified dynamic theory of organization and strategy. **Journal of Management Studies**, v.29, n.3, p.369-389, May, 1992.

- BOWDITCH, J. L. & BUONO, A. F. **Elementos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- BOWMAN, E. H. Generalizing about strategic change: methodological pitfalls and promising solutions. In: PENNINGS, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.319-335, 1985.
- BROWN, L. D. Planned change in underorganized systems. In: CUMMINGS, T. G. **Systems theory for Organization Development**. Chichester: John Wiley & Sons, p.181-208, 1980.
- BROWN, W. B. & MOBERG, D. J. **Organization theory and management: a macro approach**. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- BRUYNE, P., HERMAN, J. & SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.
- BUCKLEY, K. W. & PERKINS, D. Transformative change. In: KIRKPATRICK, D. L. **How to manage change effectively: approaches, methods, and case examples**. San Francisco: Jossey-Bass, p.45-49, 1988.
- CAMPOS, J. Q. **Administração dos serviços de saúde**. São Paulo: J. Q. Campos, 1985.
- CARNEY, M. G. The strategy and structure of collective action. **Organization Studies**, v.8, n.4, p.341-362, 1987.
- CARROLL, G. R. et. al. Brewery and Brauerei: the organizational ecology of Brewing. **Organization Studies**, v.14, n.2, p.155-188, 1993.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.38-49, 1995.

CHAKRAVARTHY, B. S. Adaptation: a promising metaphor for strategic management. **Academy of Management Review**, v.07, n.1, p.35-44, 1982.

_____. Strategic adaptation to deregulation. **Journal of Organizational Change Management**, v.4, n.1, p.22-32, 1991.

CHILD, J. Organizational structure, environment and performance: the role of strategic choice. **Sociology**, v.6, n.1, p.01-22, 1972.

CHILD, J. & SMITH, C. The context and process of organizational transformation - Cadbury Limited in its Sector. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p.565-593, Nov, 1987.

CLEMENT, R. W. Culture, Leadership, and Power: the keys to organizational change. **Business Horizons**, v.37, n.1, p.33-39, Jan/Feb, 1994.

CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. 2ª ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

COSSETTE, P. & AUDET, M. Mapping of an idiosyncratic schema. **Journal of Management Studies**, v.29, n.3, p.325-347, May, 1992.

CRAVENS, D. W., SHIPP, S. H. & CRAVENS, K. S. Reforming the traditional organization: the mandate for developing networks. **Business Horizons**, v.37, n.4, p.19-28, Jul/Aug, 1994.

CUNHA, M. P. Organizações, recursos e a luta pela sobrevivência: análise aos níveis organizacionais e ecológico. **Revista de Administração de Empresas**. v.33, n.5, p.34-47, set/out, 1993.

- DANIELS, K. CHERNATONY, L. & JOHNSON, G. Validating a method for mapping managers' mental models of competitive industry structures. **Human Relation**, v.48, n.9, p.975-991, 1995.
- D'AUNNO, T., SUTTON, R. I. & PRICE, R. H. Isomorphism and external support in conflicting institutional environments: a study of drug abuse treatment units. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.636-661, Sep, 1991.
- De GREENE, K. B. **The adaptive organization: anticipation and management of crisis**. New York: John Wiley & Sons, 1982.
- DELACROIX, J. & SWAMINATHAN, A. Cosmetic, speculative, and adaptive organizational change in the wine industry: a longitudinal study. **Administrative Science Quarterly**, v. 36, p.631-661, Dec, 1991.
- DRUCKER, P. F. **Administração em tempos de grandes mudanças**. São Paulo: Pioneira, 1995.
- DUNFORD, R. The suppression of technology as a strategy for controlling resource dependence. **Administrative Science Quarterly**, v.32, p.512-525, Dec, 1987.
- DUNPHY, D. C. **Organizational change by choice**. Sydney: McGraw-Hill, 1981.
- DUNPHY, D. C. & STACE, D. A. Transformational and coercive strategies for planned organizational change: beyond the O. D. model. **Organization Studies**, v.9, n.3, p.317-334, 1988.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v.26, n.2, p.08-19, abr/jun, 1992.

- DUTRA, J. S. A utopia da mudança das relações de poder na gestão de recursos humanos. In: FLEURY, M. T. L. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1990.
- DUTTON, J. E. & DURKERICH, J. M. Keeping an eye on the mirror: image and identity in organizational adaptation. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.517-554, Sep, 1991.
- EDEN, C. On the nature of cognitive maps. **Journal of Management Studies**, v.29, n.3, p.261-265, May, 1992.
- EVERED, R. Consequences of and prospects for systems thinking in organizational change. In: CUMMINGS, T. G. **Systems theory for Organization Development**. Chichester: John Wiley & Sons, p.05-13, 1980.
- FAHEY, L. & NARAYANAN, V. K. Linking changes in revealed causal maps and environmental change: an empirical study. **Journal of Management Studies**, v.26, n.4, p.361-378, Jul, 1989.
- FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**. 3^a ed., Rio de Janeiro: Record, 1980
- FILHO, H. R. C., GONÇALVES, N. N. S. & GONÇALVES, A. Ciência e tecnologia em saúde no Brasil: modelo de identificação de prioridades setoriais. **Revista de Administração Pública**, v.28, n.4, p.18-26, out/dez, 1994.
- FIOL, C. M. & HUFF, A. S. Maps for managers: Where are we? Where do we go from here? **Journal of Management Studies**, v.29, n.3, p.267-285, May, 1992.
- FOGUEL, S. & SOUZA, C. C. **Desenvolvimento e deterioração organizacional**. São Paulo: Atlas, 1980.

- FRIEDMAN, B. & FARLEY, D. Strategic responses by hospitals to increased financial risk in the 1980s. **HSR: Health Services Research**, v.30, n.3, p.467-488, Aug, 1995.
- GIBSON, J. L., IVANCEVICH, J. M. & DONNELLY, J. H. Jr. **Organizações: comportamento, estrutura e processos**. São Paulo: Atlas, 1988.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.
- GINSBERG, A. Construing the business portfolio: a cognitive model of diversification. **Journal of Management Studies**, v.26, n.4, p.417-438, Jul, 1989.
- GINSBERG, A. & ABRAHAMSON, E. Champions of change and strategic shifts: the role of internal and external change advocates. **Journal of Management Studies**, v.28, n.2, p.173-190, Mar., 1991.
- GLADSTEIN, D. & QUINN, J. B. Making decisions and producing action: the two faces of strategy. In: PENNINGS, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.198-216, 1985.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.2, p.57-63, 1995.
- GOLDSMITH, J. C. The Health Care Market: can hospitals survive? **Harvard Business Review**, v.58, n.5, p.100-112, Sep/Out, 1980.
- GOODSTEIN, J. & BOEKER, W. Turbulence at the top: a new perspective on governance structure changes and strategic change. **Academy of Management Journal**, v.34, n.2, p.306-330, Jun, 1991.

- GRABOIS, V. A implantação das técnicas de organização e de gestão. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.80-86, 1995.
- GRABOIS, V. & SANDOVAL, P. Caminhos para uma nova política hospitalar. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.69-79, 1995.
- GRONHAUG, K. & FALKENBERG, J. S. Exploring strategy perceptions in changing environments. **Journal of Management Studies**, v.26, n.4, p.349-359, Jul, 1989.
- GREENING, D. W. & JOHNSON, R. A. Do managers and strategies matters? A study in crisis. **Journal of Management Studies**, v.33, n.1, p.25-51, Jan, 1996.
- GREENWOOD, R. & HININGS, C. R. Organizational design types, tracks and the dynamics of strategic change. **Organization Studies**, v.9, n.3, p.293-316, 1988.
- GUEST, R. H., HERSEY, P. & BLANCHARD, K. H. **A mudança organizacional através da liderança eficaz**. São Paulo: M. T. E., 1980.
- GUTIERREZ, L. H. S. Recursos humanos em um contexto de reestruturação. **Revista de Administração**, v.31, n.1, p.97-103, jan/mar, 1996.
- HAECKEL, S. Adaptive enterprise design: the sense-and-respond model. **Planning Review**, v.23, n.3, p.06-13/42, May/Jun, 1995.
- HALEY, U. C. V. & STUMPF, S. A. Cognitive trails in strategic decision-making: linking theories of personalities and cognitions. **Journal of Management Studies**, v.26, n.5, p.477-497, Sep, 1989.
- HALL, R.H. **Organizações: estrutura e processos**. 3^a ed., Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.

- _____. Desarrollos recientes en Teoría Organizacional: una revisión. **Ciencia y Sociedad**, v.xc, n.4, p.376-411, oct/dic, 1990.
- HAVEMAN, H. A. Between a rock and a hard place: organizational change and performance under conditions of fundamental environmental transformation. **Administrative Science Quarterly**, v.37, p.48-75, Mar, 1992.
- HEGARTY, W. R. Organizational survival means embracing change. **Business Horizons**, v.36, n.6, p.01-04, Nov/Dec, 1993.
- HERSEY, P. & BLANCHARD, K. H. **Psicología para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.
- HETHERINGTON, R. W. The effects of formalization on departments of a multi-hospital system. **Journal of Management Studies**, v.28, n.2, p.103-141, Mar, 1991.
- HREBINIAK, L. G. & JOYCE, W. F. 'Organizational adaptation: strategic choice and environmental determinism. **Administrative Science Quarterly**, n.30, p.336-349, Sep, 1985.
- HUFF, A. S. Organizations as political systems: implications for diagnosis, change, and stability. In: CUMMINGS, T. G. **Systems theory for Organization Development**. Chichester: John Wiley & Sons, p.163-180, 1980.
- HUTT, M. D., WALKER, B. A. & FRANKWICK, L. G. Hurdle the cross-functional barriers to strategic change. **Sloan Management Review**, v.36, n.3, p.22-30, Spring, 1995.
- JAVIDAN, M., MURRAY, A. & RESCHENTHALER, G. Strategic change: the search for new equilibria. **Journal of Organizational Change Management**, v.3, n.3, p.59-76, 1990.

- JOSHI, K. A model of users' perspective on change: the case of information systems technology implementation. **Mis Quarterly**, v.15, n.2, Jun, 1991.
- JUDGE, W. Q. & ZEITHAML, C. P. An empirical comparison between the board's strategic role in nonprofit hospitals and in for-profit industrial firms. **HSR: Health Services Research**, v.27, n.1, p.47-64, Apr, 1992.
- JUDSON, A. S. **Relações humanas e mudança organizacional**. São Paulo: Atlas, 1980.
- KATZ, D. & KAHN, R. **Psicologia social das organizações**. 3^a ed., São Paulo: Atlas, 1987.
- KAUFMANN, F. **Metodologia das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- KELLY, D. & AMBURGEY, T. L. Organizational inertia and momentum: a dynamic model of strategic change. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.591-612, Sep, 1991.
- KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- KIKULIS, L. M., SLACK, T. & HININGS, C. R. Sector-specific patterns of organizational design change. **Journal of Management Studies**, v.32, n.1, p.67-100, Jan, 1995.
- KIMBERLY, J. R. & ROTTMAN, D. B. Environment, organization and effectiveness: a biographical approach. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p.595-622, Nov, 1987.
- KIRKPATRICK, D. L. **How to manage change effectively: approaches, methods, and case examples**. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.

KOTTER, J. P & SCHLESINGER, L. A. Choosing strategies for change. **Harvard Business Review**, v.57, n.2, p. 67-75, 1979.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1983.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LANGFIELD-SMITH, K. Exploring the need for a shared cognitive map. **Journal of Management Studies**, v.29, n.3, p.349-368, May, 1992.

LAUGHLIN, R. C. Environmental disturbances and organizational transitions and transformations: some alternative models. **Organization Studies**, v.12, n.2, p.209-232, 1991.

LEAVITT, H. J. Applied organizational change in industry: structural, technological, and humanistic approaches. In: MARCH, J. G. **Handbook of organizations**. Chicago: Rand McNally, p.1144-1170, 1972.

LIPPITT, G., LANGSETH, P. & MOSSOP, J. **Implementing organizational change: a practical guide to managing change efforts**. 3rd. ed., San Francisco: Jossey-Bass, 1989.

LORANGE, P. Strengthening organizational capacity to execute strategic change. In: PENNING, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.449-467, 1985.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo: EPU, 1986.

- LUNDBERG, C. C. Towards mapping the communication targets of organizational change. **Journal of Organizational Change Management**, v.3, n.3, p.06-13, 1990.
- LUTHANS, F., MACIAG, W. S. & ROSENKRANTZ, S. A. Organizational behavior modification. In: KIRKPATRICK, D. L. **How to manage change effectively: approaches, methods, and case examples**. San Francisco: Jossey-Bass, p.69-71, 1988.
- MARCH, J. G. Footnotes to organizational change. **Administrative Science Quarterly**, n.26, p.563-577, Dec, 1981.
- MARGULIES, N. & WALLACE, J. Guides for managing change. In: KIRKPATRICK, D. L. **How to manage change effectively: approaches, methods, and case examples**. San Francisco: Jossey-Bass, p.72-75, 1988.
- MORDELET, P., BRAGA NETO, F. & OLIVEIRA, S. G. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M., MORDELET, P. & GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. p.87-100, 1995.
- McKINLAY, A. & STARKEY, K. Competitive strategies and organizational change. **Organization Studies**, v.9, n.4, p.555-571, 1988.
- MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v.26, n.2, p.79-115, abr/jun, 1992.
- _____. **Economia e financiamento do setor no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- MÉDICI, A. C. & SILVA, P. L. B. Alternativas do financiamento da atenção à saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.173-202, 1987.
- MELO, H. G. Novas diretrizes para o financiamento do setor saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p.221-225, 1987.

- MICHAEL, S. R. **Techniques of organizational change**. New York: McGraw-Hill, 1981.
- MILES, R. H. **Coffin nails and corporate strategies**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1982.
- MILES, R. & SNOW, C. **Organization strategy: structure and processes**. New York: McGraw-Hill, 1978.
- MILLER, D. What happens after success: the perils of excellence. **Journal of Management Studies**, v.31, n.3, p.324-358, May, 1994.
- MINTZBERG, H. **Organization design: fashion ou fit?** **Harvard Business Review**, v.59, n.1, p.103-116, Jan/Feb, 1981.
- _____. That's not "turbulence", chicken little, it's really opportunity. **Planning Review**, v.22, n.6, p.07-09, Nov/Dec, 1994.
- MUELLER, F. Teams between hierarchy and commitment: change strategies and the "internal environment". **Journal of Management Studies**, v.31, n.3, p.383-403, May, 1994.
- NADLER, D. A., HACKMAN, J. R. & LAWLER III, E. E. **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: Campus, 1983.
- O'CONNOR, E. S. Paradoxes of participation: textual analysis and organizational change. **Organization Studies**, v.16, n.5, p.769-803, 1995.
- OLIVEIRA, M. M. Jr. Mudanças organizacionais, inovações tecnológicas e relações de trabalho: um estudo de caso no Porto de Santos. **Revista de Administração**, v.30, n.03, jul/set, 1995.

- PERROW, C. Hospitals: technology, structure, and goals. In: MARCH, J. **Handbook of Organizations**. 4th. ed., Chicago: Rand McNally, p.910-971, 1972.
- PETERS, T. **Rompendo as barreiras da administração: a necessária desorganização para enfrentar a nova realidade**. São Paulo: Harbra, 1993.
- PETTIGREW, A. M. Contextualist research: a natural way to link theory and practice. In: LAWLER (ed.) **Doing research that is use ful in theory and practice**. San Francisco: Jossey-Bass, p.222-271, 1985a.
- _____. Examining change in the long-term context of culture and politics. In: PENNING, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.269-318, 1985b.
- _____. Context and action in the transformations of the Firm. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p.649-670, Nov, 1987.
- _____. Studying strategic choice and strategic change. A comment on Mintzberg and Waters: "does decision get in the way?" **Organization Studies**, v.11, n.1, p.06-11, 1990a.
- _____. A cultura das organizações é administrável? In: FLEURY, M. T. L. **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1990b.
- PETTIGREW, A. M., FERLIE, E. & McKEE, L. **Shaping strategic change: making change "in large organization"**. London: Sage, 1992.
- PETTIGREW, A. M., McKEE, L. & FERLIE, E. Understanding change in the NHS. **Public Administration**, v.66, p.297-317, Autumn, 1988.
- PFEFFER, J. **Power in organizations**. Cambridge: Ballinger, 1981.

- PFEFFER, J. & SALANCIK, G. R. **The external control of organizations: a resource dependence perspective.** New York: Harper & Row, 1978.
- PICHAULT, F. The management of politics in technically related organizational change. **Organization Studies**, v.16, n.3, p.449-476, 1995.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: HUCITEC, 1994.
- PORAC, J. F., THOMAS, H. & BADEN-FULLER, C. Competitive groups as cognitive communities: the case of Scottish Knitwear Manufacturers. **Journal of Management Studies**, v.26, n.4, p.397-416, Jul, 1989.
- PROVAN, K. G. Receipt of information and influence over decisions in hospitals by the board, chief executive officer and medical staff. **Journal of Management Studies**, v.28, n.3, p.281-298, May, 1991.
- REED, M. I. Rediscovering Hegel: the 'new historicism' in organization and management studies. **Journal of Management Studies**, v.33, n.2, p.139-158, Mar, 1996.
- REYNIERSE, J. H. Ten commandments for CEOs seeking organizational change. **Business Horizons**, v.37, n.1, p.40-45, Jan/Feb, 1994.
- RIBEIRO, H. P. Políticas de saúde e Assistência Médica no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** Fortaleza: UNIFOR/CNPq, 1983.
- RICHARDSON et. al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1985.
- ROBBINS, S. P. **Organization theory: structure, design, and applications.** 3rd. ed., Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1990.
- ROBINS, J. A. Ecology and society: a lesson for organization theory, from the logic of economics. **Organizations Studies**, v.6, n.4, p.335-348, 1985.

- _____. Organizational economics: notes on the use of transaction-cost theory in the study of organizations. **Administrative Science Quarterly**, v.32, p.68-86, 1987.
- ROCKART, J. F. & HOFMAN, J. D. Systems delivery: evolving new strategies. **Sloan Management Review**, v.33, n.4, p.21-31, Summer, 1992.
- RODRIGUES FILHO, J. Performance das organizações de saúde: uma agenda para pesquisas. **Anais do 14° ENANPAD**, v.6, p.273-285, 1990.
- SCHREUDER, H. Timely management changes as an element of organizational strategy. **Journal of Management Studies**, v.30, n.5, p.723-738, Sep, 1993.
- SCHWENK, C. R. The cognitive perspective on strategic decision-making. **Journal of Management Studies**, v.25, n.1, p.41-55, Jan, 1988.
- _____. Linking cognitive, organizational and political factors in explaining strategic change. **Journal of Management Studies**, v.26, n.2, p.177-187, Mar, 1989.
- SELLTIZ et. al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1974.
- SHEPARD, H. A. Changing interpersonal and intergroup relationships in organizations. In: MARCH, J. G. **Handbook of organizations**. Chicago: Rand McNally, p.1115-1143, 1972.
- SINGH, J. V., HOUSE, R. J. & TUCKER, D. J. Organizational change and organizational mortality. **Administrative Science Quarterly**, v.31, p.587-611, Dec, 1986.
- SMART, C. & VERTINSKY, I. Strategy and the environment: a study of corporate responses to crises. **Strategic Management Journal**, v.5, p.199-213, 1984.

- SOUZA, J. A. H. O Sistema Unificado de Saúde como instrumento de garantia de universalização e equidade. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.141-144, 1987.**
- SPECTOR, B. A. From bogged down to fired up: inspiring organizational change. **Sloan Management Review**, v.30, n.4, p.29-34, Summer, 1989.
- STONER, J. A. F. **Administração**. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1985.
- STONICH, P. J. Time: the next strategic frontier. **Planning Review**, v.18, n.6, p.04-07/46-48, Nov/Dec, 1990.
- STUBBART, C. J. Managerial cognition: a missing link in strategic management research. **Journal of Management Studies**, v.26, n.4, p.325-347, Jul, 1989.
- SWAN, J. A. Exploring knowledge and cognitions in decisions about technological innovation: mapping managerial cognitions. **Human Relation**, v.48, n.11, p.1241-1270, 1995.
- TAN, J. J. & LITSCHERT, R. J. Environment - strategy relationship and its performance implications: an empirical study of the chinese electronics industry. **Strategic Management Journal**, v.15, p.01-20, 1994.
- TAYLOR, R. J. H. Finding new ways of overcoming resistance to change. In: PENNINGS, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.383-411, 1985.
- TEECE, D. J. Applying concepts of economic analysis to strategic management. In: PENNINGS, J. M. & Associates. **Organizational strategy and change: new views on formulating and implementing strategic decisions**. San Francisco: Jossey-Bass, p.35-63, 1985.

- TEPLENSKY, J. D. et. al. Hospital adoption of medical technology: an empirical test of alternative models. **HSR: Health Services Research**, v.30, n.3, p.437-465, Aug, 1995.
- THEOBALD, R. New success criteria for a turbulent world. **Planning Review**, v.22, n.6, p.10-13/43, Nov/Dec, 1994.
- TOFFLER, A. **O choque do futuro**. Rio de Janeiro: Record, 1970.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.
- TUSHMAN, M. L. & ANDERSON, P. Technological discontinuities and organizational environments. **Administrative Science Quarterly**, v.31, p.439-465, Sep, 1986.
- TUSHMAN, M. L., NEWMAN, W. H. & ROMANELLI, E. Convergence and upheaval: managing the unsteady pace of organizational evolution. **California Management Review**, v.xxix, n.1, p.29-44, Fall, 1986.
- VAN De VEN, A. H. Suggestions for studying strategy process: a research note. **Strategic Management Journal**, v.13, p.169-188, 1992.
- WEBB, J. & DAWSON, P. Measure for measure: strategic change in an electronic instruments corporation. **Journal of Management Studies**, v.28, n.2, p.191-206, Mar, 1991.
- WHITTINGTON, R. Environmental structure and theories of strategic choice. **Journal of Management Studies**, v.25, n.6, p.521-536, Nov, 1988.
- WIERSEMA, M. F. & BANTEL, K. A. Top management team turnover as an adaptation mechanism: the role of the environment. **Strategic Management Journal**, v.14, p.485-504, 1993.

WITHANE, S. A cycle of organizational strategy: the adaptation process in U.S. regulatory agencies. **Organization Studies**, v.9, n.4, 1988.

YIN, R. K. **Case study research: design and methods**. Beverly Hills: Sage, 1989.

ZAMMUTO, R. F. Organizational adaptation: some implications of organizational ecology for strategy for strategic choice. **Journal of Management Studies**, v.25, n.2, p.105-120, Mar, 1988.

ZUCKER, L. G. Normal change or risky business: institutional effects on the "hazard" of change in hospital organizations, 1959-79. **Journal of Management Studies**, v.24, n.6, p.671-701, Nov, 1987.

7 ANEXOS

7.1 Roteiro de Entrevista^{69 70}

1. - Quem comanda o Hospital CBS é uma administração profissionalizada ou são os próprios médicos?
2. - Há uma hierarquia administrativa? Como ela é? O que mudou? Quando?
3. - Há uma hierarquia médica (enfermeiros; médicos)?
4. - Como é a estrutura de poder do CBS? Qual a fonte? É o conhecimento?
5. - A tendência nestes últimos 20 anos é de centralização ou descentralização - poder, ações, funções e atividades?
6. - A quem cabe a decisão final sobre: (1) política de pessoal; (2) investimentos; (3) em fim, todos os assuntos?

⁶⁹ Deve-se salientar que é apenas um Roteiro. Existem, propositadamente, perguntas que se repetem ao longo do Roteiro, foi uma forma de confrontar as possíveis contradições, assim têm perguntas que são respondidas ou complementadas por outras. É importante dizer também, que as entrevistas foram todas gravadas, sendo que as dúvidas que surgiam, eram automaticamente esclarecidas. Todas as entrevistas foram realizadas pelo autor desta dissertação.

⁷⁰ Muitas das perguntas são óbvias, porém, necessárias no sentido de descobrir a visão do CBS sobre o assunto.

7. - Existe alguma briga pelo poder, por exemplo entre médicos e enfermeiros? Como isso funciona?
8. - Qual o grau de intervenção em seus processos?
9. - A ideologia é centralizadora? Houve mudança/flexibilidade na burocracia formal?
10. - Quem são os agentes significativos que encabeçam os processos de mudança(líder, coalizão dominante - Irmandade)
11. - Fale sobre poder, liderança e coalizão dominante no contexto do CBS?
12. - Qual a missão do Hospital?
13. - Qual a filosofia do Hospital?
14. - Qual o maior problema que o CBS enfrenta? É o financeiro (Bittar & Mieldazis, 1992, comprovam que no caso dos hospitais brasileiros a questão econômica é a que mais está relacionada com os hospitais).
15. - Qual a função primordial do CBS? Houve algumas mudanças quanto a isso nos últimos 20 anos?

16. - Quais as mudanças ocorridas ou que estão sendo feitas/implementadas para o problema de: demanda maior que a oferta?
17. - Houve algum tipo de doença ou epidemia que abalou profundamente os funcionários do Hospital? E em função disso, o que foi feito, que mudanças ocorreram? Qual foi a doença/epidemia?
18. - O *Staff* do CBS já inventou alguma crise financeira para ganhar recursos financeiros de alguma instituição?
19. - Qual a repercussão, para o CBS, da notícia de que o Estado não repassará mais dinheiro para os hospitais, cada um terá que criar um fundo específico. Sendo o CBS um hospital que não é do Governo do Estado essa notícia muda alguma coisa?
20. - Há algum serviço que é oferecido só pelo CBS? Em que nível/esfera(Municipal, Estadual e Federal)? Ou é considerado um centro de excelência em algum tipo de atendimento?
21. - A dependência que os hospitais privados têm do Estado para seu funcionamento é cada vez maior. (Médici, 1992). Isso é verdade no caso do CBS?
22. - De onde vem os recursos? Quais as fontes?

23. Há obras inacabadas, os recursos são na maioria das vezes provenientes de quem, próprio, governamental - que esfera? Há unidades prontas que não estão sendo utilizadas? Por quê?
24. -Discorrer sobre o processo de troca da liderança no CBS - que fatos ocorrem?
25. - O gerente/superintendente/líder/coalizão dominante, toma as decisões baseado em que? Em percepções ou é fortemente determinístico devido a forte regulamentação governamental?
26. - Como foram os momentos de troca de liderança/coalizão dominante?
27. - A estrutura de poder como ela é? Fechada, há vários grupos dominantes - se dão bem ou são hostis, a conflito na estrutura de poder?
28. - Quem decide o curso das ações estratégicas? É um líder sozinho ou há uma coalizão dominante?
29. - Como são tomadas as decisões no CBS? *Top down* ou *botton-up*? Alguma vez já houve mudança do modelo existente de tomada de decisão ou sempre foi, por exemplo, *top down*? Se houve, qual foi a repercussão?
30. - As mudanças no CBS ocorreram de forma incremental (com ajustamentos contínuos, em pequenos passos) ou foram radicais (grandes mudanças em determinados momentos de crise, grandes saltos)?

31. - Nos últimos 20 anos quantos “presidentes” o CBS teve, bem como a presidência da Irmandade, quantos nos últimos 20 anos? Qual a média que cada um fica? Como é o processo eleitoral? Há limite de idade do presidente? Há limite de tempo na permanência no cargo?
32. - Como se compõe a estrutura de poder? O que mudou nestes últimos 20 anos? O processo sempre foi o mesmo?
33. - Quem são os *Stakeholders* do CBS? Quem o CBS considera como seus *stakeholders* - elementos que influenciam no processo? (Fornecedores, Clientes entre outros)?
34. - O que representou o surgimento das cooperativas médicas?
35. - Qual o papel da Federação Nacional dos Hospitais? Federação Estadual Hospitalar?
36. - Evolução dos funcionários -por categoria/função)?
37. - Quantos leitos há no CBS (ativos, inativos) quantos de UTI, quantos de repouso de emergência, enfim especificar cada um deles.
38. - Quais são os níveis de assistência prestada pelo CBS - ambulatorial, de emergência, de internação e assim por diante.

39. - Quais são os serviços prestados pelo CBS (de clínica médica, de cirurgia quais tipos, pediatria, raios X, laboratórios de análises clínicas e anatomopatológico, farmácia, medicina nuclear, assistência social, nutrição, psicologia e enfermagem entre outros?
40. - O CBS atende a qualquer pessoa - SUS?
41. - Qual o nível dos pacientes atendidos (cultural, social e econômico)?
42. - Como é a distribuição dos leitos? É por doenças específicas ou pela necessidade do momento?
43. - Qual o regime de trabalho?
44. - Qual a constituição jurídica do hospital?
45. - Discorrer sobre: Histórico do CBS / Data de fundação / Data do início das atividades / Momentos históricos importantes vividos pelo CBS / Casos pitorescos ocorridos / Coisas importantes que devem ser salientadas / Quais as principais ou os mais importantes momentos vividos pelo CBS, bem como os piores. O caráter filantrópico do CBS ?
46. - Há um limite diário para o atendimento via SUS? E um mínimo via Convênios particulares ou via pagamento à vista?

47. - Com relação a ocupação dos leitos, qual a média de ocupação? À luz disso houve alguma mudança estratégica a fim de efetivamente se construir novos leitos?
48. - A clientela do CBS, qual é? Como mudou nestes últimos 20 anos? (Pacientes carentes, convênios - INSS, particulares). Nos últimos 20 anos como os convênios estão distribuídos?
49. - Nos últimos 20 anos, quais foram os índices de doenças (separado por doenças)? O que se faz, quando o índice de determinada doença aumenta muito? Há um investimento em novas tecnologias para auxiliar o apoio a essas doenças?
50. - O governo fixa normas - porcentagem - dos leitos tem que ser de graça (ou pagos pelo SUS ou outra forma qualquer, como o INSS)? Nesses últimos 20 anos já aconteceu uma fixação?
51. - Qual a dependência que o CBS tem do Estado, nas três esferas? Como isso vem se alterando nesses últimos 20 anos? Aumentou a dependência ou diminuiu?
52. - O CBS depende em quantos porcentos do Estado do Município e dos convênios?
53. - Todas as áreas do CBS são informatizadas? Que mudanças houve com a implantação da Computação e o que foi feito?
54. - Quais as doenças(serviços) que mais são atendidas?

55. - Qual a proporção: particular X público?
56. - Qual é a característica da mão-de-obra? (Jovens, média idade, idosos)
57. - O pagamento feito pelo Estado pelas consultas, e demais serviços médicos são feitos dentro dos vencimentos ou há atrasos? Os preços pagos pelo Estado são compatíveis com os praticados no mercado?
58. - Como é calculado os preços? É tabelado pelo governo?
59. - Como o CBS é gerido financeiramente? Quantos porcentos cabe ao Estado, ao município, aos convênios, ou a pagamentos à vista? O CBS dá lucro?
60. - Qual a efetiva colaboração da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e do Ministério da Saúde entre outras, ao CBS? Quanto a equipamentos, instalações, convênios, aquisição de material de consumo, contratação de serviço de terceiros, entre outras coisas?
61. - Houve a fechamento de algumas áreas do hospital devido a falta de recursos, que mudanças isso gerou para o CBS?
62. - Como são fixados os preços? É fiscalizado pelo governo quanto a isso?

63. - O que o hospital faz para sobreviver ao baixo preço que o (SUS) paga? “Em março de 1965 e novembro de 1983, o valor da Unidade de Serviço paga pelo INAMPS cai de 1,0% para 0,14% do valor do salário mínimo” (Médici, 1992, p. 90).
64. - Em algum momento o CBS cobrou alguma forma de ágio de seus pacientes, haja vista, que em 1986 e 1987 os reajustes das tabelas do antigo INAMPS foram de 20% e 30%, de um vez que a inflação foi respectivamente 65% e 416%?
65. - “As tentativas de compressão das tabelas de pagamento do INAMPS, no que diz respeito a honorários médicos (por unidade de serviço), diárias e taxas, estavam, em última instância, sendo mais que compensadas pelo aumento da quantidade de exames complementares, de unidades de serviços desnecessárias e pela venda de material e medicamentos”. (Médici, 1992, p. 90). O que/Como o CBS encara essa situação? Haja vista que há notícia que o número de internações pagas pelo Estado é muito maior do que aquelas que efetivamente ocorrem. Como o CBS enfrenta situações como essa? Casos semelhantes a esse já aconteceram no CBS? Como foram contornados?
66. - Qual o volume de investimentos do CBS?
67. - Com são alocados os investimentos?
68. - Quais os principais problemas que o CBS vem enfrentando nesses últimos 20 anos?
(Tecnologia, financeiro e RH)

69. - “Os custos hospitalares aumentaram de maneira acentuada e alarmante na última década. Parte da razão para o aumento dos custos é o aumento nos serviços. Fennell (1980) verificou que os hospitais aplicaram seus serviços, não por causa de necessidades de sua população de pacientes, mas, antes, por acreditarem que não seriam eles próprios considerados adequados se não pudessem oferecer tudo que os outros hospitais de sua área forneciam. Fennell alega que os hospitais são orientados para o *status* e não para o mercado ou para o preço. Para nosso objetivo, o ambiente que é importante para tais hospitais são os outros hospitais e as pessoas ou grupos na comunidade que são percebidos como tendo poder orçamentário e decisório sobre os hospitais” (Hall, 1984, p. 157). Qual o significado deste afirmação para o CBS?
70. - O preço cobrado é regulamentado? Tem preço diferenciado por classe social, renda(é discriminação), por convênio X SUS?
71. - Como funciona a questão das clínicas dentro do espaço físico do CBS? Quem decide quem pode instalar uma clínica? É um processo profissional com alguma espécie de licitação ou é na base da amizade? Quais as melhorias que trouxeram para o CBS? Quais os prejuízos para o CBS? Quem paga? Qual o objetivo do CBS em fazer esse tipo de coisa?
72. - As clínicas instaladas dentro do hospital pagam algum aluguel? Qual é o retorno para o CBS?
73. - As clínicas particulares instaladas no CBS são de alto nível? Que benefícios elas trazem e trouxeram para o CBS?

74. - Qual é e como é o processo/critério para abrir uma clínica dentro das dependências do CBS?
75. - Quem foram os responsáveis pelo “reerguimento” do CBS, após o incêndio e após a inchente de dezembro de 1995? Um líder isolado ou toda a coalizão dominante?
76. - O que representou o incêndio para o CBS? Que mudanças ocorreram em função disso?
77. - As mudanças radicais estão associadas a que? Incêndio? Inchentes? Crises econômicas? Que outros fatores?
78. - Alguns investimento foram redirecionados devido ao incêndio e as chuvas de dezembro de 1995 e janeiro de 1996?
79. - Qual foi o impacto da implantação de computadores no CBS? O que mudou (foram criados novos cargos, ou diminuiu o número de cargos e de pessoal; os funcionários assimilaram bem; não houve resistência; houve maior delegação; etc.? (Ver Dunphy, 1981, p. 09).
80. - O CBS tem concorrência? Ou a competição neste mercado (o hospitalar) só existe na busca de recursos e verbas oficiais?

81. - Com relação a concorrência, como é encarado pelo CBS? Há implicações? Ou nem é levado em consideração, devido a situação precária dos hospitais brasileiros?
82. - Quanto tempo você⁷¹ gasta (em termos percentuais) de “seu tempo diário de trabalho” resolvendo conflitos ou criando e administrando mudanças organizacionais ou adaptações organizacionais?
83. - Os treinamentos causaram alguma mudança no Hospital? Qual?
84. - Foram feitas mudanças no sistema de recompensas; na mão-de-obra; na estrutura?
85. - Como o CBS se adapta às crises e a conjuntura do país (econômica, falta/escassez de recursos)?
86. - As maiores mudanças ocorreram em períodos de crise (por exemplo, econômica)? Quando foi? Quem esteve à frente do processo de mudança estratégica (uma líder ou a Coalizão dominante)?
87. - O CBS depende de alguém? (comunidade; governo).
88. - Quem são os *stakeholders* (grupos de influência) do Hospital?
89. - As mudanças no CBS são reativas (não é planejada, é feita depois que o problema aparece) ou são proativas (é planejada, é feita antes que o problema ocorra)?

⁷¹ Pergunta muito restrita à coalizão dominante do CBS.

90. - Quais os pontos fortes e os fracos do CBS? Qual a relação/reflexo nas mudanças estratégicas do CBS?
91. - Quais as mudanças ocorridas no CBS nos últimos 20 anos e em que momento?
92. - Quais foram os momentos de maior estabilidade e de maior mudanças/transformações/restruturações por que passou o CBS?
93. - Qual foi a mudança (o que representou) que ocorreu com a implantação do SUS pela constituição de 88?
94. - Os recursos solicitados sempre vêm como foram pedidos? Ou pede-se uma maca e vem uma cama? Ou não vem os produtos, vem direto o dinheiro?
95. - Devido a crise financeira que passa o Estado brasileiro, o que o CBS vem fazendo para se manter como um centro de excelência no Estado, se é que é um centro desse tipo?
96. - Como o CBS vê a questão de que pequenas doenças não precisarem mais serem tratadas nos hospitais, podendo ser tratadas em casa com medicamentos sofisticados? Para o CBS isso representou ou representa alguma mudança? Ou isso nem foi sentido pelo CBS?

97. - Existe ou já existiu algum grupo de voluntários que trabalha ou já trabalhou em prol do CBS? O que isso representa ou representou para o CBS?
98. - Quais as mudanças que ocorreram nas crenças básicas, na estrutura e na estratégia de negócio do CBS nesses últimos 20 anos?
99. - Quais foram as grandes fases/periodos de mudanças?
- 100.- Houve alguma enfermidade/doença grave que causou mudanças drásticas no CBS?
Como a AIDS.
- 101.- Quais as principais crises que o CBS têm passado (financeira, organizacional) e o que tem feito para superá-las?
- 102.- Qual a mudança causada pela implantação de novos processos tecnológicos? A adaptação ocorre geralmente em quanto tempo?
- 103.- Quais são os problemas mais críticos do CBS e o que está sendo feito para resolver os?
- 104.- Como o CBS se adapta as novas técnicas médicas que surgem?
- 105.- “A adoção de aparelhos, como os cintilógrafos, é imposta aos hospitais, ao invés de os hospitais tomarem decisões no sentido dessa adoção por sua própria conta”. (Hall, 1984, p. 153). Algo semelhante já ocorreu no CBS?

106.- O que o CBS entende por ambiente? Qual a influência dele nas suas estratégias?

Quais as variáveis que fazem parte desse ambiente?

107.- Quais as mudanças que ocorreram nos últimos 20 anos nos seguintes fatores:

Crescimento do Hospital / Competição com outros hospitais / Clientes - Pacientes /
Fornecedores / Tecnologia / Economia / Regulamentação por parte do Estado /
Greves / Política - interna e externa do Hospital / Lucros / Produtos oferecidos -
como vem sendo agregados novos produtos e serviços / Pesquisa e Desenvolvimento
- o CBS faz isso? / *Marketing* / Reputação.

108.- Discorrer sobre o processo de inovação tecnológica no CBS?

109.- Há serviços terceirizados? Como isso se deu? Por que optou-se pela terceirização?

110.- As freqüentes crises e recessões vividas pelo país, no que tange a área médico-hospitalar, como é encarada/conduzida pelo CBS?

111.- Examinar as tentativas do CBS mudar sua: Estratégia de negócio, tecnologia, cultura organizacional, qualidade do relacionamento entre o “sindicato” e “a gerência”.

112.- Qual foi a grande mudança que ocorreu no CBS?

113.- Como é o relacionamento com o Estado?

114.- Há um controle externo quanto a qualidade dos serviços prestados, quanto a limpeza e a higiene por parte de algum órgão?

115.- “Para cada dólar que os hospitais gastam diretamente no tratamento de pacientes, o consultor do Booz, Allen & Hamilton, J. Philip Lathrop, calcula que eles gastam outros três ou quatro dólares esperando que a coisa aconteça, preparando-se para o atendimento, preenchendo formulários”. (Peters, 1993, 258). O que isso representa para o CBS? No CBS acontece isso também?