

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**LUCILAINE MARIA PASCUCCI**

**FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EM SISTEMAS COMPLEXOS: UM  
ESTUDO COMPARATIVO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES  
SOB A PERSPECTIVA PRÁTICA**

**CURITIBA**

**2011**

LUCILAINE MARIA PASCUCCI

**FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EM SISTEMAS COMPLEXOS: UM  
ESTUDO COMPARATIVO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES  
SOB A PERSPECTIVA PRÁTICA**

Tese apresentada ao Programa de Mestrado e Doutorado em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito à obtenção do título de Doutora em Administração de Empresas.

Orientador: Prof. Dr. Victor Meyer Jr.

CURITIBA

2011

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

P281f  
2011 Pascucci, Lucilaine Maria  
Formação de estratégias em sistemas complexos : um estudo comparativo de organizações hospitalares sob a perspectiva prática / Lucilaine Maria Pascucci ; orientador, Victor Meyer Jr. – 2011.  
336 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2011  
Bibliografia: f. 311-327

1. Hospitais - Administração. 2. Planejamento estratégico. 3. Administração.  
I. Meyer Junior, Victor. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.  
Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD 20. ed. – 658

TERMO DE APROVAÇÃO

**FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EM SISTEMAS COMPLEXOS: UM ESTUDO COMPARATIVO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES SOB A PERSPECTIVA PRÁTICA**

Por

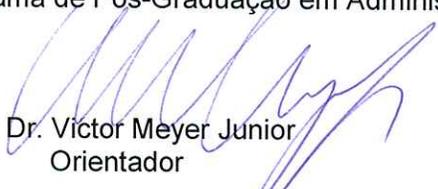
**LUCILAINE MARIA PASCUCCI**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora no Programa de Pós-Graduação em Administração, Área de Concentração em Administração Estratégica, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

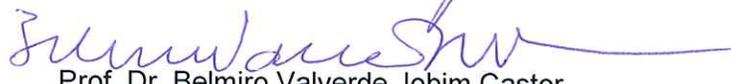


Prof. Dr. Wesley Vieira da Silva

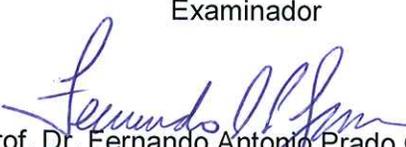
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração



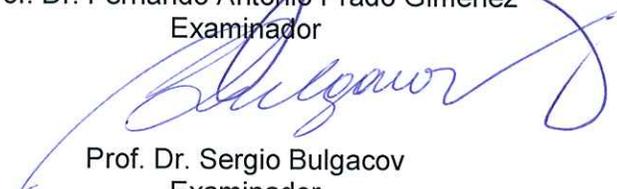
Prof. Dr. Víctor Meyer Junior  
Orientador



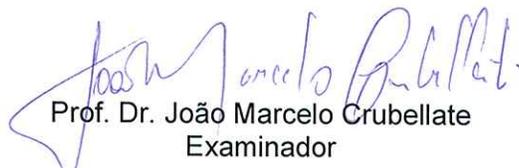
Prof. Dr. Belmiro Valverde Jobim Castor  
Examinador



Prof. Dr. Fernando Antonio Prado Gimenez  
Examinador



Prof. Dr. Sergio Bulgacov  
Examinador



Prof. Dr. João Marcelo Crubellate  
Examinador

*Aos meus dois Anjos da Guarda:  
minha mãe, Olindes  
e minha madrinha, Maria (in memoriam).  
Ao Alexandre.*

## **Agradecimentos**

Esta tese é fruto do incentivo, apoio e inspiração de muitas pessoas. Algumas delas, em especial, foram fundamentais nestes anos de estudo e dedico a elas os meus mais sinceros agradecimentos.

Agradeço à minha mãe por ter sido tão compreensiva com minhas ausências e até com minha impaciência, neste período e, acima de tudo, por suas orações e pela incansável vontade de ajudar, mesmo quando não era possível. A Ela e ao Alexandre, meu amor.

Sou muito grata aos amigos que fiz na pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Em especial, não posso deixar de agradecer ao Guilherme, ao Mario, ao Gregório e ao Abdulah, amigos de todas as horas e ocasiões, com quem compartilhei momentos de angústia e de alegria, profundas discussões teóricas e também (felizmente!) boas risadas. São amizades que se leva para a vida.

Também aos amigos “da vida”, os meus agradecimentos pela amizade de todas as horas e pela ausência compreendida. Em especial, agradeço aos amigos Carlandia, Isabel, Giseli, Edivana, Silvio e Marcos Góis. Que logo voltem os dias de convivência prolongada.

Expresso também meus agradecimentos aos professores do Programa de Pós Graduação em Administração, com quem convivi nestes anos de doutorado na PUCPR e com quem muito aprendi.

Agradeço, ainda, ao Prof. Nélio, com quem tive o privilégio de conviver e de aprender, fora das salas de aula. Sou-lhe muito grata pelo apoio, pela compreensão quanto às minhas ausências e pela oportunidade de compartilhar ricas experiências profissionais e pessoais.

O Crubellate é um grande amigo e exemplo de pessoa e profissional. Agradeço a ele pelo incentivo inicial, pela sabedoria de seus conselhos e por fazer-se presente nos momentos mais importantes desta fase, mesmo à distância. Para ele e Maristela, minha sincera amizade.

De forma muito especial sou grata ao Prof. Dr. Victor Meyer Jr., por tudo. Uma pessoa admirável, um profissional brilhante e um orientador dedicado, com quem eu tenho aprendido mais a cada dia. Agradeço muito pelo incentivo de sempre, pela confiança em meu trabalho e pela oportunidade de trabalharmos juntos.

Quero expressar também os meus sinceros agradecimentos aos demais professores que tomam parte da banca avaliadora desta tese, Prof. Dr. Sergio Bulgacov, Prof. Dr. Belmiro V.

J. Castor e Prof. Dr. Fernando A. P. Gimenez, aos quais tenho admiração e respeito e que muito nos honram com suas presenças.

Aproveito ainda, para registrar minha profunda gratidão aos dirigentes do Hospital Erasto Gaertner (HEG) e do Hospital Pequeno Príncipe (HPP). São instituições que conheci em profundidade e que passei a respeitar ainda mais pelo bem que fazem às pessoas e à sociedade. Agradeço a Diretora do HPP, Ety Cristina Forte Carneiro, sempre prestativa e dedicada, pela confiança e inestimável ajuda. Neste Hospital, um agradecimento especial, também aos diretores Willy Khede Cardoso e Dr. Donizetti D. Giamberardino Filho. Sou também imensamente grata pela confiança em mim depositada por parte do Dr. Flávio D. S. Tomasich, Superintendente do HEG, que sempre se mostrou disponível e contributivo, mesmo quando havia várias pessoas ou uma cirurgia, o aguardando. Um agradecimento especial, também ao Ricardo Miranda, ao Dr. Luis Antonio Negrão Dias e a Daniele.

Por fim, mas, não menos importante quero agradecer imensamente a todos os colaboradores de ambos os Hospitais. Pessoas com quem tive contato, que me receberam e que muito me ajudaram com números, informações, acessos, contatos e com a sua participação nas pesquisas aplicadas. Enfim, nada teria sido possível sem a ajuda gratuita destas pessoas tão especiais e que tem, como atividade principal, ajudar aos outros.

*“Without theoretical lens you may see the forest but you cannot make sense of it”*

*Victor Meyer Jr.*

## RESUMO

Organizações sociais como hospitais são complexas, surpreendentes, ambíguas e paradoxais. Dois aspectos críticos da abordagem estratégica, nestas organizações, têm sido a formação de estratégias e a complexidade organizacional, onde a dicotomia entre intenção e ação tem sido observada e a burocracia profissional se faz presente. O principal objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o processo de formação de estratégias em sistemas complexos como hospitais. Para tanto, examinou-se de que forma elementos da complexidade – como aprendizado, autonomia, auto-organização, imprevisibilidade, não linearidade e redes de *feedback* – e elementos cognitivos, como o *sensemaking*, influenciam as decisões, ações e práticas adotadas na transformação de intenções em ações. Em termos teóricos, este estudo se fundamentou na teoria estratégica em organizações e nas teorias da complexidade tratando, especificamente, do processo de formação de estratégias sob uma perspectiva prática que enfatizou o processo de *strategizing* e o *sensemaking* em Sistemas Adaptativos Complexos – SAC. Trata-se de um estudo comparativo de casos, de natureza qualitativa, com análise transversal e abordagem multimétodos. O período de análise compreendeu os anos de 2005 a 2010. Os dados foram coletados por meio de questionário, observação não participante e entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a 110 representantes de dois grandes Hospitais nacionais. Os dados foram analisados mediante técnicas de análise de narrativa e análise documental. Adotou-se como método de análise complementar a elaboração de mapas cognitivos do tipo causais, por meio do *software* IHMC *CmapTools*, com objetivo de identificar como ocorre a formação de estratégias em hospitais, especialmente, no que tange ao tripé elementos de SAC, *sensemaking* e práticas/práxis adotadas. A partir da análise, verificou-se que as estratégias emergem da ação efetiva dos gestores, sob forte influência de aspectos psicológicos como interpretação da realidade, improvisação e *insights*, os quais orientam o desenvolvimento de práxis essenciais no processo de formação de estratégias. Ainda que algumas ações tenham como base a experiência, verificou-se que os agentes aprendem enquanto agem (*reflection-in-action*). Os resultados também evidenciaram que características organizacionais de SAC, representadas pelos elementos da complexidade, afetam a formação de estratégias; que a formação de estratégias em SAC é inversamente relacionada com a abordagem racional; que fatores cognitivos como *sensemaking* dos agentes organizacionais são decisivos na formação de estratégias em SAC; que, em sistemas complexos, há relação entre formação de estratégias, práxis adotadas e *sensemaking*; e que a formação de estratégias em sistemas complexos se desenvolve, em sua essência, no sistema informal. A partir dos resultados encontrados, concluiu-se que em hospitais, como sistemas complexos, o processo de formação de estratégias é, essencialmente, adaptativo e criativo e as mudanças assumem caráter evolutivo. A execução de estratégias em hospitais é iterativa e multifacetada, fortemente influenciada pelo *sensemaking* dos agentes, por interações informais, por articulações frouxas entre grupos e pelo shadow system existente. Como resultado, um padrão de comportamento para o processo de formação de estratégias em hospitais foi identificado.

**Palavras-chave:** Formação de estratégias, sistemas adaptativos complexos, *sensemaking*, hospitais, prática estratégica.

## ABSTRACT

Social organizations as hospitals are complex, surprising and paradoxical. Two critical aspects of strategic approach at these organizations have been strategy formation and organizational complexity in which dichotomy between intention and action has been observed and professional bureaucracy is present. The main aim of this study is the analysis of how the process of strategy formation in complex systems as hospitals occurs. For this the way by which elements of complexity – as learning, autonomy, self-organization, unpredictability, non-linearity and feedback nets – and cognitive elements, - as sensemaking - influence decisions, actions and practices adopted in the transformation of intentions into actions. In theoretical terms this research is based on strategic theory in organizations and complexity theories dealing specifically with the process of strategy formation under a practical perspective that has emphasized the strategizing process and sensemaking in Complex Adaptive Systems – CAS. It is a comparative study of cases, of qualitative nature, with traverse analysis and multi-method approach. The analysis comprised the period from 2005 through 2010. Data was collected through questionnaires, non-participant observation and semi-structured interviews applied to 110 members of two large national hospitals. Data was examined with techniques of narrative and document analysis. As an additional analysis method, the development of cognitive maps of causal type by means of the software IHMC CmapTools was used with the aim of identifying how strategy formation occur in hospitals, especially in what concerns the three elements of CAS, sensemaking and the adopted practices/praxis. Based on the analysis it was verified that strategies emerge from the managers' effective action with a strong influence of psychological aspects as reality interpretation, improvisation and insights, which guide the development of essential praxis in the process of strategy formation. Even though some actions are based on experience, it was evidenced that agents learn while acting (reflection-in-action). The results have also proved that organizational characteristics of CAS, represented by elements of complexity, affect strategy formation; that the strategy formation in CAS is inversely related to the rational approach; that cognitive factors as organizational agents' sensemaking, are decisive for the development of strategies in CAS; that in complex systems there is a relation between strategy formation, used praxis and sensemaking, that strategy formation in complex systems, in its essence, is developed, the informal system. The results lead to the conclusion that in hospitals, as complex systems, the process of strategy formation is essentially adaptive and creative, and changes take on an evolutionary character. The execution of strategies in hospitals is iterative and multifaceted being heavily influenced by the agents' sensemaking, informal interactions, loose coupled structure connections between groups and by the existing shadow system. As a result a pattern of behavior for the process of forming strategies in the hospitals was identified.

**Key words:** strategy formation, complex adaptive systems, sensemaking, strategic practice, hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Premissas e Problema de Pesquisa .....	27
Figura 2 - Estrutura Conceitual para Análise da Estratégia como Prática.....	74
Figura 3 - Esquema da Formação de Estratégias em Sistemas Complexos (SAC).....	99
Figura 4 - Atitudes Adotadas para Lidar com a Imprevisibilidade .....	138
Figura 5 – Práticas Adotadas ao Lidar com Imprevisto .....	139
Figura 6 - Comportamento que Evidencia o Esforço Adaptativo nos Hospitais.....	141
Figura 7 – Comportamento dos Agentes em Relação à Imprevisibilidade .....	142
Figura 8 – Atitudes Relacionadas à Adaptabilidade dos Agentes .....	147
Figura 9 – Tipo de interação Predominante nos Hospitais.....	149
Figura 10 - Comportamento Predominante dos Agentes.....	152
Figura 11 - Tipos de Orientação em que os Agentes se Baseiam ao Agir .....	153
Figura 12 - Elemento que Alinha Atividades Profissionais e Resultados .....	155
Figura 13 - Influência das Interações na Execução das Ações.....	156
Figura 14 - Importância da Autonomia no Desenvolvimento de Ações .....	164
Figura 15 – Ações para Integração de Profissionais Especialistas à Gestão Estratégica .....	166
Figura 16 - Principal Comportamento Frente a Fatores Inesperados .....	168
Figura 17 - Árvore de Estratégias do HPP (2005 a 2010).....	173
Figura 18 - Mapa 1-E1HPP (Dirigente HPP) .....	181
Figura 19 - Mapa 2-E1HPP (Gerência do HPP).....	182
Figura 20 - Mapa 3-E1HPP (Assessor do HPP).....	182
Figura 21 - Mapa 4-E2HPP (Assessor do HPP).....	192
Figura 22 - Mapa 5-E2HPP (Dirigente 1 do HPP) .....	193
Figura 23 - Mapa 6-E2HPP (Dirigente 2 do HPP) .....	193
Figura 24 - Mapa 7-E3HPP (Dirigente 1 do HPP) .....	204
Figura 25 - Mapa 8-E3HPP (Dirigente 2 do HPP) .....	205
Figura 26 - Mapa 9-E3HPP (Assessor do HPP) .....	205
Figura 27 – Mapa 10-E4HPP (Dirigente do HPP) .....	214
Figura 28 - Mapa 11-E4HPP (Gerência do HPP).....	215
Figura 29 - Mapa 12-E4HPP (Assessoria do HPP).....	215
Figura 30 - Árvore de Estratégias do HEG (2005 a 2010).....	225

Figura 31 - Mapa 13-E1HEG (Dirigente do HEG) .....	237
Figura 32 - Mapa 14-E1HEG (Assessor do HEG) .....	238
Figura 33 - Mapa 15-E1HEG (Gerência do HEG) .....	239
Figura 34 - Mapa 16-E2HEG (Dirigente do HEG) .....	250
Figura 35 - Mapa 17-E2HEG (Assessor do HEG) .....	251
Figura 36 - Mapa 18-E2HEG (Médico do HEG) .....	252
Figura 37 - Mapa 19-E3HEG (Dirigente do HEG) .....	264
Figura 38 - Mapa 20-E3HEG (Assessor do HEG) .....	265
Figura 39 - Mapa 21-E3HEG (Médico do HEG) .....	265
Figura 40 - Mapa 22-E4HEG (Médico Dirigente do HEG) .....	273
Figura 41 - Mapa 23-E4HEG (Assessor do HEG) .....	273
Figura 42 - Mapa 24-E4HEG (Gerência do HEG) .....	274
Figura 43 - Representação do Processo de Formação de Estratégias em SAC .....	307

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Evolução do Pensamento Estratégico .....	70
Quadro 2 – Características da Perspectiva Racional .....	90
Quadro 3 - Perfil dos Hospitais Pesquisados.....	117
Quadro 4 - Número de Entrevistados por Nível Hierárquico.....	126
Quadro 5 - Práticas e Práxis Adotadas em Relação aos Elementos de SAC.....	169
Quadro 6 - Estratégia A.2.1.2 do HPP: Captação de Recursos por meio de Projetos .....	178
Quadro 7 - Estratégia A2.3.2 do HPP: Ampliação da Estrutura Física do Hospital .....	188
Quadro 8 - Estratégia A2.3.2 do HPP: Criação do IPPPP .....	199
Quadro 9 - Estratégia B2.1 do HPP: Mobilização Social.....	209
Quadro 10 - Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias do HPP.....	217
Quadro 11 - Síntese das Estratégias Seleccionadas versus Elementos de SAC no HPP.....	222
Quadro 12 - Estratégia A1.5 do HEG: Reformulação do Modelo de Gestão.....	229
Quadro 13 - Estratégia A1.2 do HEG: Certificação ISO 9001:2000.....	244
Quadro 14 - Estratégia B4.2-HEG: Fontes Alternativas de Receita.....	255
Quadro 15 - Estratégia A1.6 do HEG: Informatização de Processos.....	268
Quadro 16 - Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias do HEG.....	277
Quadro 17 - Síntese das Estratégias do HEG versus Elementos de SAC.....	281
Quadro 18 - Convergências e Divergências no Tratamento de Elementos da Complexidade (SAC).....	285
Quadro 19 - Processo de Formação de Estratégias nos Hospitais: Análise Comparativa.....	289
Quadro 20 – Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias em Hospitais .....	292
Quadro 21 - Padrão Identificado na Formação de Estratégias dos Hospitais.....	303

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA .....	18
1.2 CONTRIBUIÇÃO CIENTÍFICA, ORIGINALIDADE E NÃO TRIVIALIDADE DO ESTUDO .....	22
1.3 OBJETIVO DO ESTUDO .....	24
1.4 DELIMITAÇÃO E ESTRUTURA DO ESTUDO .....	25
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EMPÍRICA .....</b>	<b>28</b>
2.1 SISTEMAS COMPLEXOS .....	29
2.1.1 <i>Dos Limites do Reduccionismo à Emergência da Complexidade</i> .....	29
2.1.2 <i>Teorias da Complexidade: Caos, Estruturas Dissipativas e Sistemas Adaptativos Complexos</i> ..	33
2.1.3 <i>Sistemas Adaptativos Complexos e o Contexto Organizacional</i> .....	42
2.1.4 <i>Síntese da Seção</i> .....	46
2.2 COMPLEXIDADE ORGANIZACIONAL .....	48
2.2.1 <i>Organizações como Sistemas Complexos</i> .....	48
2.2.2 <i>O Hospital como Organização Complexa</i> .....	54
2.2.3 <i>Síntese da Seção</i> .....	57
2.3 ESTRATÉGIA .....	59
2.3.1 <i>A Estratégia e sua Importância para as Organizações</i> .....	59
2.3.2 <i>A Formação de Estratégias</i> .....	63
2.3.3 <i>Estratégia como Prática Social</i> .....	70
2.3.4 <i>Sensemaking na Formação de Estratégias</i> .....	77
2.3.5 <i>Formação de Estratégia em Sistemas Complexos</i> .....	83
2.3.6 <i>Síntese da Seção</i> .....	87
2.4 FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS EM HOSPITAIS .....	90
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>100</b>
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	100
3.2 HIPÓTESES DE PESQUISA .....	100
3.3 DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS E CATEGORIAS OPERACIONAIS .....	101
3.3.1 <i>Outros Termos Relevantes ao Estudo</i> .....	110
3.4 DELIMITAÇÃO E DESIGN DA PESQUISA .....	114
3.5 ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS .....	116
3.5.1 <i>Hospital Erasto Gaertner</i> .....	117
3.5.2 <i>Hospital Pequeno Príncipe</i> .....	120
3.6 FONTE E COLETA DOS DADOS .....	122

<b>4.</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>132</b>
4.1	INFLUÊNCIA DE ELEMENTOS DE SAC NA FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NOS HOSPITAIS .....	132
4.1.1	IMPREVISIBILIDADE.....	133
4.1.2	APRENDIZADO.....	140
4.1.3	REDES DE <i>FEEDBACK</i> .....	149
4.1.4	NÃO LINEARIDADE .....	156
4.1.5	AUTONOMIA.....	164
4.1.6	AUTO-ORGANIZAÇÃO .....	167
4.2	FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NOS HOSPITAIS PESQUISADOS .....	172
4.3.1	<i>Formação de Estratégias no Hospital Pequeno Príncipe .....</i>	<i>172</i>
4.3.1.1	Estratégia A2.1.2 do HPP: Captação de Recursos por Meio de Projetos .....	175
4.3.1.2	Estratégia A2.3.2 do HPP: Ampliação da Estrutura Física do Hospital .....	187
4.3.1.3	Estratégia A2.3.2 do HPP: Criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (IPPPP).....	196
4.3.1.4	Estratégia B2.1 do HPP: Mobilização Social .....	207
4.3.1.5	Síntese da Análise das Estratégias do HPP .....	216
4.3.2	<i>Formação de Estratégias no Hospital Erasto Gaertner.....</i>	<i>225</i>
4.3.2.1	Estratégia A1.5 do HEG: Reformulação do Modelo de Gestão .....	227
4.3.2.2	Estratégia A1.2 do HEG: Certificação ISO 9001:2000 .....	242
4.3.2.3	Estratégia B4.2 do HEG: Fontes Alternativas de Receita .....	254
4.3.2.4	Estratégia A1.6 do HEG: Informatização de Processos.....	267
4.3.2.5	Síntese da Análise das Estratégias do HEG .....	276
4.3	ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS .....	285
<b>5.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>291</b>
5.1	ANÁLISE DAS HIPÓTESES DA PESQUISA .....	291
5.2	RESPOSTA AO PROBLEMA CENTRAL DE PESQUISA .....	303
5.3	SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS .....	308
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>310</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>311</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>328</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Transformar intenções estratégicas em ações é um dos elementos críticos de qualquer esforço humano coletivo e, particularmente, da gestão estratégica em organizações. Em organizações complexas, então, o processo de formação<sup>1</sup> de estratégias torna-se um grande desafio para os gestores em razão da imprevisibilidade, da incerteza e da multiplicidade de agentes envolvidos. As peculiaridades e diferenças de tratamento identificadas em organizações complexas (ETZIONI, 1964) vêm incluir uma nova dimensão de análise até então pouco ou quase nada considerada na literatura dominante.

Todavia, como destacou Etzioni (1964), as organizações diferem entre si e as suas características influenciam no processo de formação de estratégias. Estudos têm exaltado uma mecanicidade, racionalidade e previsibilidade que não se aplicam à maioria das organizações tradicionais e que se tornam impraticáveis, em se tratando de sistemas complexos.

Os hospitais, em especial, são considerados um dos tipos mais complexos de organizações presentes na sociedade atual (ETZIONI, 1964). Constituem-se em organizações complexas por seus objetivos ambíguos, natureza de suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, poder compartilhado e pluralidade de profissionais que neles atuam (MINTZBERG, 2007). Há, na formação de estratégias de hospitais, aspectos culturais, políticos, simbólicos, sociais e também organizacionais que não podem ser negligenciados, sob pena de não se conseguir executar adequadamente as ações necessárias à sobrevivência organizacional.

A “burocracia profissional” (MINTZBERG, 2003), o poder descentralizado (MEYER Jr., 2007) e a incompatibilidade de expectativas (JARZABKOWSKI; FELTON, 2006) observados na organização hospitalar acarretam um desafio adicional à formação de estratégias. Por tratar-se de *loosely coupled systems*<sup>2</sup> (WEICK, 1976; ORTON; WEICK, 1990), decisões relacionadas à formação de estratégias apresentam forte aspecto político e os

---

<sup>1</sup> Neste estudo, o termo “formação de estratégias” refere-se à estratégia desde a concepção até a sua execução (MINTZBERG, 1978). Assume-se, ainda, a concepção da estratégia como sendo resultado tanto de um planejamento consciente e prévio (formulação) quanto de ações não programadas e desenvolvidas no cotidiano, resultantes de situações não previstas. Portanto, neste estudo, inexistente a dicotomia entre “primeiro planejar e depois implementar” (MINTZBERG, 1987b).

<sup>2</sup> Refere-se a “sistemas frouxamente articulados”.

resultados são morosos, pois, mesmo compartilhando aspectos comuns, os agentes respondem ou reagem a fatores diferenciados, mantendo identidade própria.

O principal objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o processo de formação de estratégias em sistemas complexos, com foco em organização hospitalares. Para tanto, examinou-se de que forma elementos da complexidade – como aprendizado, autonomia, auto-organização, imprevisibilidade, não linearidade e redes de *feedback* – e elementos cognitivos, como o *sensemaking*<sup>3</sup>, influenciam decisões, ações e práticas<sup>4</sup> adotadas na transformação de intenções em ações. Em termos teóricos, este estudo se fundamentou na teoria estratégica em organizações e nas teorias da complexidade tratando, especificamente, do processo de formação de estratégias (MINTZBERG, 1978; 1987; 1994; 2007; MARIOTTO, 2003; PFEFFER; SUTTON, 2006) que enfatizou o processo de *strategizing* (WHITTINGTON, 1996, JARZABKOWSKI; FELTON, 2007) e o *sensemaking* (DAFT; WEICK, 1984; WEICK, 1995; 2001) em Sistemas Adaptativos Complexos (STACEY, 1996, 2003; AXELROD; COHEN, 1999).

A formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos – SAC – apresenta características diferenciadas (AXELROD; COHEN, 1999; HREBINIAK; JOYCE, 2001; MINTZBERG, 2007). Elementos da complexidade são, ao mesmo tempo, condicionantes e desafiadores para a gestão estratégica em hospitais. Condicionantes porque a multiplicidade e a autonomia dos agentes, entre outras características, influenciam no processo de formação de estratégias em organizações complexas. Desafiadoras, porque modelos e abordagens tradicionais, em geral, não contemplam o atendimento das características de organizações complexas, o que faz com que seja necessário esforço redobrado dos gestores para superar aspectos limitadores como, por exemplo, a forte influência do sistema informal.

A formação de estratégias envolve pensamento e ação exaltando, essencialmente, a importância que pessoas assumem neste processo. Pessoas, por sua vez, têm limitações, diferentes formas de ver a realidade e interesses que interferem na maneira como elas fazem suas escolhas pessoais e profissionais. A consideração das limitações cognitivas do agente organizacional (SIMON, 1957), em especial, tornou o processo de tomada de decisão mais

---

<sup>3</sup> Neste estudo, *sensemaking* representa a capacidade do agente de construir e reconstruir significado, por meio do desenvolvimento de um quadro de referência que é utilizado pelo próprio agente para compreender a natureza de processos específicos (GIOIA; CHITTIPEDDI, 1991) o que exalta, principalmente, o papel da interpretação neste processo.

<sup>4</sup> O termo “práticas” é adotado, neste estudo, para representar padrões de interpretação e de interação envolvidas na atividade estratégica. Representa hábitos, artefatos, e modos de agir, socialmente definidos, por meio do qual a atividade estratégica é construída (JARZABKOWSKI, 2003, p. 24).

“humanizado” e colocou em xeque-mate a visão puramente racional e mecanicista do processo de tomada de decisão organizacional.

A partir desta constatação, abrem-se novas perspectivas sobre como se dá a gestão estratégica em organizações. Uma delas é a concepção da estratégia como uma prática social, um dos pressupostos adotados por este estudo. A perspectiva prática da estratégia exalta o papel do estrategista como alguém que tem capacidade de interagir, de perceber e de fazer escolhas, em uma combinação de intenções, esforços interpretativos, intuição e subjetividade (WEICK, 1987; WEICK; SUTCLIFFE, 2001; STACEY, 1996; WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKI, 2004). Assume-se, portanto, neste estudo, que a estratégia é algo que as *pessoas fazem* (WHITTINGTON, 1996) dentro da organização.

Entender como ocorre a formação de estratégias em SAC, considerando o papel chave do agente organizacional e que elementos cognitivos, como o *sensemaking*, orientam suas decisões, ações e práticas adotadas no processo de transformação das intenções em ações motivaram a condução desta tese.

## 1.1 Tema e Problema de Pesquisa

Estudos versando sobre estratégia, estratégia de negócios, planejamento estratégico, entre outros temas relacionados à estratégia são uma constante na literatura (CHANDLER, 1962; ANSOFF, 1977; PETTIGREW, 1977; QUINN; 1978; PORTER, 1986; MINTZBERG, 1987a; BARNEY; 1991; ANDREWS, 1996; WHITTINGTON, 2002; MACDOWELL, SUMANSKY, 2004; PFEFFER; SUTTON; 2006; JOHNSON; SCHOLLES; WHITTINGTON, 2007). As abordagens vão desde os motivos que levam as organizações a possuírem estratégias, sua origem, a forma como ela é definida, até o seu conteúdo.

A concentração de atenção em torno da estratégia, como fator isolado mais importante para o êxito da organização, transformou o processo de origem das estratégias em um verdadeiro ritual. Na prática, a obsessão pela estratégia perfeita tem incentivado uma dicotomia entre atividades e etapas que acabou por negligenciar importantes questões relacionadas ao *processo* de formação. A integração entre o *pensar e o agir* é uma destas questões.

O hiato observado entre intenção e ação (MINTZBERG, 1994; MACDOWELL; SUMANSKY, 2004) é um risco para as organizações. Estratégias bem escolhidas fracassam por causa da má implementação e nem mesmo bem conceituadas consultorias podem garantir sua eficácia se não for dada a devida atenção ao processo de execução da estratégia.

Em geral, o processo de formação de estratégias não tem contemplado fatores considerados fundamentais que ocorrem durante a execução. As características das pessoas envolvidas no processo, por exemplo, as quais orientam suas ações a partir de uma racionalidade que é, acima de tudo, limitada (SIMON, 1957). O papel do *sensemaking* no processo de tomada de decisão tem sido negligenciado, assim como a consideração de que a materialização de ações estratégicas é fortemente influenciada pela interpretação dos agentes organizacionais (WEICK, 1969; 1995).

Da mesma forma, interesses divergentes e os aspectos políticos que lhes são inerentes tornam a execução das estratégias uma arena de negociações, na maioria das vezes influenciando algo anteriormente planejado (HREBINIAK, 2006). Outro aspecto extremamente relevante e muito pouco abordado na literatura sobre gestão estratégica tem sido o fato de que as organizações são essencialmente diferentes e, portanto, demandam um tratamento diferenciado (ETZIONI, 1964; STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000;

MINTZBERG, 2007). É o caso de organizações complexas como hospitais, por exemplo, cujas peculiaridades vêm incluir uma nova dimensão de análise até então pouco considerada na literatura dominante.

Organizações sociais como hospitais são complexas, surpreendentes, ambíguas e paradoxais (ETZIONI, 1964; BOLMAN; DEAL, 2003; SCOTT, 1998) e suas características especiais têm sido negligenciadas pelos gestores ao desenvolverem modelos e implantarem as práticas de gestão. A gestão estratégica tem sido disseminada em vários tipos de instituições como empresas, governo, organizações sociais, museus, universidades e hospitais. Muitas vezes, modelos são importados de outros setores com benefícios e resultados duvidosos. Sua eficácia, contudo, tem sido questionada por incorporar uma forma diferenciada de gestão baseada em pressupostos racionais inexistentes em muitas organizações.

Diferente de outros contextos organizacionais, a gestão estratégica em organizações complexas não é resultado de intenções racionais previamente estabelecidas por meio de um processo formalmente planejado. Há a necessidade de se conhecer as características especiais destas organizações e a sua complexidade para se desenvolver modelos e abordagens gerenciais mais adequados (MEYER Jr., 2007).

Se, em organizações tradicionais a formação de estratégias já é considerada um aspecto crítico, esta dificuldade toma proporção muito maior em organizações complexas. Nestas organizações, a não-linearidade é constante e a adoção de uma abordagem puramente racional e lógica pode tornar-se impraticável (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Tais características, ao mesmo tempo em que são limitantes, também lhes são desafiadoras. A variedade se torna um desafio para as organizações complexas, pois, a imprevisibilidade e a incerteza incentivam o desenvolvimento da criatividade que garante à organização uma capacidade de adaptação e de auto-organização essenciais à sua evolução.

Questões importantes permanecem apenas formuladas sem, contudo, serem respondidas. Por exemplo, questões referentes à formação e a maneira como são executadas as estratégias em organizações e, em especial, em organizações complexas; as implicações que o pensamento da complexidade tem no processo de formação de estratégias; quais práticas adotadas permitem às organizações complexas materializar estratégias, auto-organizar-se e evoluir; e, ainda, como tais práticas podem ser aplicadas na formação de estratégias em organizações hospitalares ainda carecem de melhor compreensão por parte de gestores, mas, também de pesquisadores.

Assume-se a premissa de que, por mais assertiva que seja a intenção (quando há), é durante a execução que as estratégias são efetivamente formadas como prática social, onde o estrategista tem um papel fundamentalmente importante ao dar seu viés particular à estratégia (MURPHY, 2007). Nesta perspectiva, as estratégias são entendidas não por aquilo que pretendem ser ou alcançar, mas sim, por aquilo que efetivamente se faz ou pratica. Prática, para Veyne (1997, p. 157) “*is not some mysterious agency, some substratum of history, some hidden engine; it is what people do (the word says just what it means)*”. Portanto, há boas razões para se assumir que estratégias não existem sem que haja um conjunto de práticas que formem sua base.

A perspectiva prática da estratégia possui uma estreita relação com a atividade administrativa, com o “fazer estratégia” (*strategizing*) e reforça a concepção da estratégia como sendo uma prática social (WHITTINGTON, 1996; 2003; 2006; JARZABKOWSKI, 2004; 2008; CAMPBELL-HUNT, 2007) o que implica em diferentes atores em instâncias intra e extra-organizacionais. A estratégia toma corpo como uma prática social onde a pessoa é vista como parte da ação. Neste sentido, adentra-se a organização para identificar quem são os efetivos estrategistas e para analisar, na minudência, como ocorre o “*fazer estratégia*”.

De fato, a estratégia executada raramente é resultado da decisão e do trabalho de uma única pessoa. Ao contrário, ela é desenvolvida por um grupo de pessoas em um processo que perpassa diferentes níveis hierárquicos, uma vez que os indivíduos dependem uns dos outros no esforço cooperativo dentro das organizações (JOHNSON *et al.*, 2007). Como ressaltou Murphy (2007, p. 89) “*Competitive advantage comes not from strategy but from execution - and execution comes from people*”. Assim, entender o *sensemaking* de grupos, inevitavelmente envolve o entendimento de suas atividades em termos *do que* as pessoas fazem, *como* elas interagem (WEICK; ROBERTS, 1993) e também a *sua influência* sobre aquilo que fazem. Assim, tratar de formação de estratégias significa tratar de pessoas, de *sensemaking* e de práticas que lhes permite elaborar e concretizar ações. A análise da formação de estratégias em sistemas complexos, a partir das práticas adotadas, permite ilustrar como o aprendizado, interações e interesses são envolvidos e interferem neste processo (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

Este estudo visa contribuir neste sentido. Espera-se, contudo, superar o foco até agora predominante na literatura que não parece dar necessária atenção analítica para a incorporação da gestão estratégica em organizações hospitalares. Com igual intensidade, se espera contribuir para o melhor entendimento sobre como ocorre o processo de formação de estratégias em

organizações complexas e contribuir para a redução do hiato entre intenções e ações, tão comum à maioria das organizações.

Adota-se como um dos pressupostos que elementos da complexidade interferem no processo de formação de estratégias em hospitais, como SAC. Pressupõem-se, ainda, que a formação de estratégias em hospitais tenha estreita relação com aspectos cognitivos como o *sensemaking* e que estes influenciam, significativamente, as práticas adotadas e desenvolvidas pelos agentes no “fazer estratégia”. Assume-se como válida a perspectiva de que as pessoas são agentes principais na concepção e, principalmente, na execução das estratégias. Esta percepção se dá pelo pensamento estratégico, pela capacidade que os agentes têm de interpretar a realidade interna e externa à organização e pela necessidade de interação e cooperação que influenciam a capacidade de criar, natural aos membros de SAC (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999).

A lógica analítica que embasa este estudo parte do pressuposto que elementos da complexidade e aspectos cognitivos, como o *sensemaking*, influenciam no processo de formação de estratégias em hospitais, como SAC. Isto conduziu a definição do problema de pesquisa que orientou este estudo e que foi assim formulado:

**Como ocorre a formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos?**

## 1.2 Contribuição Científica, Originalidade e Não Trivialidade do Estudo

Este estudo pretendeu contribuir para a análise da gestão estratégica nas organizações, em especial, para o entendimento de como ocorre a formação de estratégias em sistemas complexos. Tendo como foco a organização hospitalar, o objetivo do estudo foi identificar, a partir de práticas e práxis<sup>5</sup> estratégicas adotadas, a ação dos agentes no processo de formação das estratégias em hospitais.

Ao estudar como ocorre a formação das estratégias, buscou-se identificar quem são os estrategistas, quais os processos e as práticas essenciais adotadas por agentes de sistemas complexos como hospitais, investigação até então inexistente na literatura sobre estratégia. Compreende-se que a análise da formação de estratégias em SAC em muito pode contribuir para o entendimento e o desenvolvimento de práticas mais adequadas que possam melhorar a eficácia da gestão estratégica de hospitais e o seu potencial de contribuição ao desempenho destas organizações.

Muito se tem abordado sobre formulação de estratégias e sobre desempenho organizacional, enquanto que, na maioria das vezes, o problema não está em “o que fazer”, mas, em “como fazer” (PFEFFER; SUTTON, 2006). O foco deste estudo, ao contrário, recai, fundamentalmente, sobre a premissa de que a execução das estratégias é essencial para o êxito organizacional. Para tanto se analisou como, efetivamente, acontece a formação da estratégia em hospitais, ou seja, o “*strategizing*” (WHITTINGTON, 1996; 2006; JARZABKOWSKI, 2004). Secundariamente, pretendeu-se que os resultados deste estudo contribuíssem para uma maior concretização das estratégias organizacionais, a partir do reconhecimento de que a formação de estratégias em hospitais assume características diferenciadas.

Em segundo lugar, este estudo assumiu que as pessoas são agentes principais na concepção e, principalmente, na execução de estratégias. Tal consideração atrela ao sucesso da estratégia o fator humano, reconhecendo seus limites racionais (SIMON, 1957). Fatores cognitivos, como a construção de significado, o *sensemaking*, os interesses e crenças

---

<sup>5</sup> Considera-se práxis como sinônimo de micro estratégias (ROULEAU, 2005). Elas representam atividades desenvolvidas por agentes na prática do dia-a-dia (WHITTINGTON, 1996) e que tenham assumido caráter estratégico por sua contribuição no processo de formação de estratégias.

individuais influenciam as escolhas dos agentes organizacionais e, conseqüentemente, no processo de tomada de decisão inerente ao processo de formação de estratégias.

A terceira intenção que motivou este estudo foi a busca pelo melhor entendimento acerca do processo de formação de estratégias, especificamente, em sistemas complexos e, dentro destes, em organizações hospitalares. Sistemas complexos são caracterizados por sua capacidade de aprendizagem e auto-organização, portanto, compreender os mecanismos que conduzem à execução de estratégias, nestes sistemas, é de grande contribuição para a aproximação entre a teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos e as teorias organizacionais, além do aprimoramento de um dos mais representativos temas abordados por esta última, a estratégia em organizações.

Igualmente importante é considerar que as organizações hospitalares, recentemente, têm deixado de lado o papel de simples prestadores de serviços de saúde para se tornarem organizações em busca de profissionalização, qualidade e eficiência. Todavia, os modelos de gestão estratégica disponíveis no mercado não são adequados<sup>6</sup> às suas especificidades e nem têm evoluído, suficientemente, para atender suas características de SAC. Neste sentido, outra pretensão foi que a identificação de práticas, práxis e ações no processo de formação de estratégias das organizações hospitalares consideradas, possa contribuir no desenvolvimento de novos modelos e abordagens gerenciais mais adequados às necessidades destas organizações.

Espera-se, ainda, que o foco organizacional deste estudo possa fornecer aos gestores hospitalares, respostas que lhes permitam melhor conhecer o processo de gestão estratégica em suas organizações. Em especial, no que se refere àquelas considerações que possam implicar num número maior de estratégias de sucesso.

---

<sup>6</sup> Os modelos de gestão estratégica disponíveis no mercado, em geral, são pautados em abordagens racionais com o estabelecimento de metas por processo ou área envolvida. Todavia, os resultados de tais modelos são mais apropriados a organizações com processos e responsabilidades bem definidos. Em hospitais, por exemplo, os resultados do uso de tais abordagens são prejudicados devido à característica imprevisível de suas atividades, a burocracia profissional presente nestas organizações e a forte interdependência entre pessoas e processos.

### 1.3 Objetivo do Estudo

O objetivo geral deste estudo foi identificar como ocorre o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos. O estudo teve como foco a materialização de estratégias por meio do exame das práticas adotadas no processo de formação de estratégias em dois hospitais comunitários localizados na cidade de Curitiba.

De maneira específica, buscou-se:

1. Identificar quais os objetivos e estratégias desenvolvidas por dois hospitais no período de 2005 a 2010;
2. Identificar a presença e examinar a influência de elementos característicos de Sistemas Adaptativos Complexos, mais especificamente, do Aprendizado, Autonomia, Auto-organização, Imprevisibilidade, Não linearidade e Redes de *feedback* no processo de formação de estratégias selecionadas;
3. Identificar e analisar práticas e práxis estratégicas adotadas no processo de formação de estratégias selecionadas;
4. Analisar a influência de aspectos cognitivos, como a construção de significado por parte dos agentes, nas práticas e práxis adotadas no processo de formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos.

#### 1.4 Delimitação e Estrutura do Estudo

Este estudo se limitou a analisar como ocorre a formação de estratégias em SAC. Adotou-se como premissa que o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos, possui características que diferenciam este processo daquele que ocorre em organizações tradicionais (AXELROD; COHEN, 1999; STACEY *et al.*, 2000; REBELO, 2004; ANSELMO, 2005; WIT; MEYER, 2010).

O interesse maior deste estudo concentrou-se no processo de formação de estratégias de organizações hospitalares. Para tanto, buscou-se analisar, em profundidade, o aspecto cognitivo (*sensemaking*) dos estrategistas e a influência que a interpretação e a visão de mundo destes, tiveram nas práticas e práxis adotadas durante o processo de formação de estratégias. Neste propósito, foram analisados dois hospitais comunitários de Curitiba. A definição de dois casos para estudo resultou do entendimento de que a análise comparativa é importante, especialmente, no que se refere à confiabilidade e aplicação dos resultados. A possibilidade de um número maior de casos foi buscada e inibida pela dificuldade que organizações impõem a este tipo de pesquisa. Por outro lado, nos dois casos analisados foi possível adentrar a organização e examinar o processo de formação de estratégias, minuciosamente.

A escolha da organização hospitalar como foco de estudo deveu-se às características complexas intrínsecas a este tipo de organização (ETZIONI, 1964). Para atender as necessidades de estudo, se buscou organizações hospitalares com características similares, para efeito de análise comparativa. Os hospitais foco de estudo são organizações locais, tradicionais por sua história, modelo de gestão, referências em sua área de atuação, sem fins lucrativos, filantrópicas e que, além da assistência médico-hospitalar, atuam também no ensino e em pesquisa.

Quanto à estrutura, este projeto apresenta a seguinte organização: além deste primeiro capítulo introdutório, o próximo capítulo apresenta os fundamentos teórico-empíricos que dão sustentação aos principais pressupostos do estudo, bem como permitiram constituir um modelo analítico que, depois, foi analisado a partir de dados empíricos.

As principais discussões levadas a termo no segundo capítulo referem-se à apresentação das organizações como sistemas complexos, cujas características diferenciadas interferem na

gestão estratégica destas organizações. É o caso da organização hospitalar onde o tema é explorado, em específico. Neste capítulo, são apresentadas as limitações que a visão reducionista da realidade impunha ao estudo de fenômenos importantes à sociedade, bem como, as contribuições que as teorias da complexidade tiveram para a construção de um pensamento menos mecanicista e mais humanizado. Em especial, destaca-se a aproximação de SAC com as ciências sociais, especialmente, no que se refere à gestão estratégica de sistemas complexos como hospitais.

Também na segunda seção se discorre a respeito da importância que estratégias têm para as organizações. Diferentes perspectivas são apresentadas e enfoque especial é dado à perspectiva prática da estratégia. Destaca-se, ainda, o papel essencial do estrategista e do *sensemaking* no processo de formação de estratégias, como alguém que possui um jeito particular de ver o mundo e é influenciado por ele nas suas escolhas e ações, com reflexos significativos na concepção e execução das estratégias. Por fim, são apresentadas as implicações que o pensamento da complexidade, representado pelos elementos de SAC, têm na formação de estratégias em sistemas complexos e, mais especificamente, em hospitais, a partir do qual são apresentadas as hipóteses de pesquisa investigadas.

Na terceira seção são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para alcance do objetivo geral e objetivos específicos do estudo. Na seção seguinte, são apresentadas a análise e a discussão dos dados a partir de três subitens. Primeiramente, é apresentada a influência que elementos de SAC tiveram no processo de formação de estratégias dos Hospitais analisados. No segundo subitem são analisados os processos de formação de oito estratégias selecionadas, sendo quatro estratégias para cada Hospital analisado. Por fim, é apresentada uma análise comparativa dos casos analisados, considerando-se todas as premissas adotadas no estudo.

Na quinta seção se apresenta a análise das hipóteses de pesquisa, a resposta ao problema central de pesquisa, bem como sugestões para pesquisas futuras. Na figura seguinte são apresentadas as principais premissas adotadas e que embasam o problema central de pesquisa deste estudo.

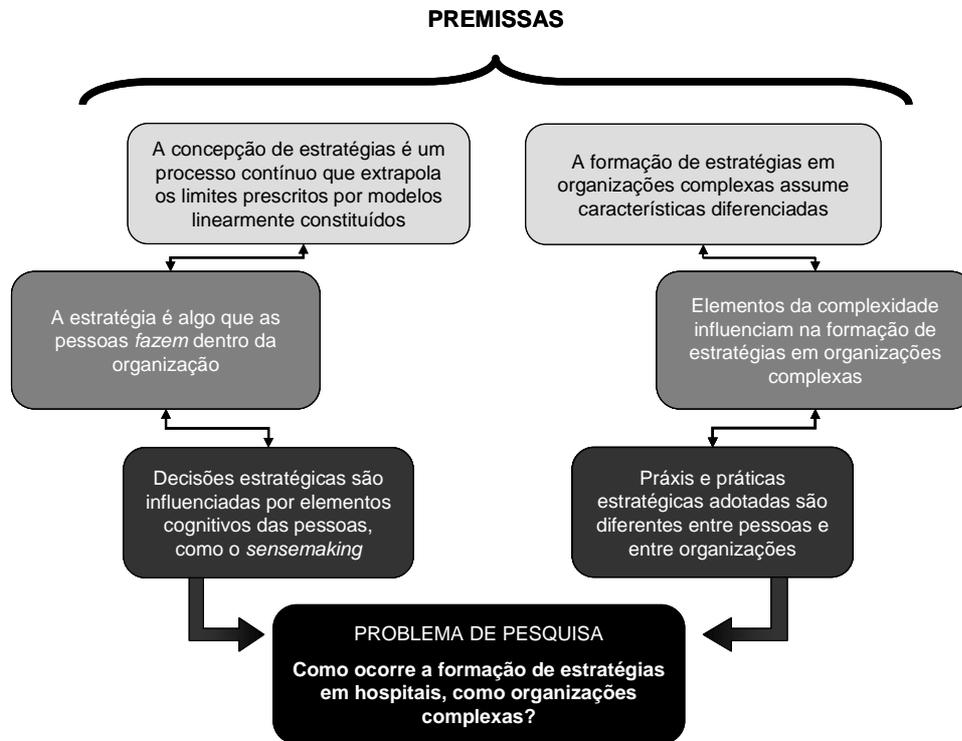


Figura 1 - Premissas e Problema de Pesquisa  
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E EMPÍRICA

Nas próximas seções se apresenta uma síntese de conceitos derivados das Ciências da Complexidade e da Administração Estratégica que, quando relacionados, são fundamentais ao entendimento da formação de estratégias em sistemas complexos. Primeiramente, aborda-se a transição do Reduccionismo às Ciências da complexidade.

Algumas organizações, pelas características que detém, são complexas e assim devem ser tratadas. Todavia, a linearidade, a certeza e a previsibilidade intrínsecas à visão mecanicista da organização, concebida a partir do “Ideal Newtoniano”, têm sido as lentes que orientam muitos modelos e práticas de gestão adotadas por todo tipo de organização, independentemente, de suas especificidades.

O pensamento da complexidade, com sua ênfase na interação, aprendizado e ação criativa, contribui para a geração de conhecimento mais orgânico ao considerar as propriedades emergentes das organizações e assumir uma visão de agência humana. A Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos, em especial, permite uma nova leitura das organizações ao abordar a adaptabilidade e a capacidade de seus agentes em demonstrar inteligência e a conseqüente autoprodução e auto renovação do sistema.

Sob o prisma da complexidade, as organizações são reconhecidas em suas especificidades. Reconhece-se a racionalidade limitada dos agentes, nos termos de Simon (1957) e, principalmente, que indivíduos são os principais agentes na formação e materialização de estratégias, por sua forma de sentir, de interpretar e de agir, intencionalmente ou não (*sensemaking*).

Conceitos essenciais da administração estratégica, especialmente voltados aos processos de formação de estratégias são abordados. Adota-se, ainda, a perspectiva da estratégia como prática social para tratar do tema, com destaque para o indivíduo e suas características pessoais como capacidade de interpretar, escolher e agir. Compreende-se, neste estudo, que características pessoais dos estrategistas impactam, fundamentalmente, na maneira como ocorre a formação de estratégias nas organizações. Na última seção deste capítulo, são destacadas as principais proposições que embasam a discussão proposta, bem como é apresentado um esquema, elaborado com base em tais proposições.

## **2.1. Sistemas Complexos**

O objetivo desta seção é apresentar as contribuições que o reconhecimento dos Sistemas Adaptativos Complexos trouxe para o âmbito organizacional. Com este propósito, este item aborda, sucintamente, a evolução da análise organizacional desde o pensamento reducionista-mecanicista até a emergência da Teoria Geral dos Sistemas e outros importantes passos dados em direção da complexidade, especialmente, nas ciências sociais.

Dentre as diversas teorias que compõem o “pensamento da complexidade”, neste estudo, maior foco foi dado às características de Sistemas Adaptativos Complexos e às suas contribuições ao contexto organizacional.

### **2.1.1. Dos Limites do Reduccionismo à Emergência da Complexidade**

Por séculos, a busca da “ciência do geral”, das leis básicas, universais e invariantes que descreviam tudo em todo o Universo exaltou a simplicidade. O paradigma reducionista, denominado cartesiano-newtoniano e considerado a marca maior da era moderna, teve como base o racionalismo científico com suas leis e concepções mecanicistas, deterministas e racionais, herança das ciências naturais, de onde se originou (BAUER, 1999).

O paradigma reducionista fundamenta-se na busca de relações ordenadas de causa e efeito entre eventos, numa abordagem tipicamente mecanicista. Adota como premissas a “busca-descobrimto” de ordem e uniformidade, a decomposição do objeto em seus componentes básicos, a busca máxima da objetividade com base no ideal da observação neutra e imparcial, na tendência à quantificação, à previsibilidade, à regularidade e ao controle no determinismo científico e, acima de tudo, na razão (CAPRA, 1977).

Por muito tempo o paradigma reducionista manteve grande prestígio, notadamente na afirmação de um “universo-máquina” determinista, geométrico e linearmente causal. Suas premissas tiveram grande influência sobre as teorias organizacionais, em especial, por meio do pensamento clássico. A transposição de conceitos das ciências naturais para a teoria das organizações levou consigo a idéia de um “homem-máquina” à semelhança de um “universo-máquina” (pensamento clássico) e a metáfora da organização como um organismo (pensamento sistêmico). Nesta perspectiva – também conhecida como “Taylorista” –,

“eficiência” era a palavra-chave e os fenômenos vitais da organização se produziam segundo uma ordem determinada, as condições de sua aparição seguiam a lei da causalidade e o homem era visto como uma máquina, livre de qualquer sentimento (MORGAN, 2002).

Paralelo à visão mecanicista, uma nova abordagem baseada na Biologia emergiu como fonte de novas perspectivas para análise organizacional e tinha como principal característica a aceitação da complexidade (TSOUKAS, 2008). Trata-se do pensamento sistêmico que surgiu no Século XX como uma nova forma de abordar a realidade, contrapondo-se ao pensamento reducionista-mecanicista herdado da Revolução Científica do Século XVII. Embora herdeira do positivismo e sem negar a racionalidade científica, a Teoria Geral dos Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy deu início a uma crítica ao mecanicismo até então incontestável. Segundo esta nova abordagem, a racionalidade científica não oferece parâmetros suficientes para o desenvolvimento humano, pois, conhecimento não é alguma coisa que existe e cresce no abstrato (BOULDING, 1956).

A Teoria Geral dos Sistemas é uma abordagem essencialmente organicista. A compreensão de cada fenômeno, até então, condicionava à análise individualizada de cada um de seus componentes e o funcionamento do todo era apreendido a partir da superposição das partes, ignorando quaisquer possíveis influências que cada parte poderia exercer sobre as demais (MORIN, 2003). Dentre suas premissas, considera que organismos são sistemas abertos que realizam trocas materiais e de energias com seu meio (BERTALANFFY, 1975). Ao contrário do que ocorre com sistemas fechados, os sistemas abertos são capazes de evitar o aumento de entropia (desordem) e manter-se em um estado de equilíbrio ou homeostase (ordem). Assim, sistema é um complexo de elementos em interação ordenada e não fortuita que implica em um conjunto de partes interdependentes e em permanente interação que influenciam e são, ao mesmo tempo, influenciadas pelo seu meio (BAUER, 1999).

Sistemas fechados são classificados por Von Bertalanffy (1975, p. 63-64) como aqueles “[...] considerados isolados de seu ambiente” enquanto que sistemas abertos “[...] por sua própria natureza e definição [...] mantém-se em um contínuo fluxo de entrada e saída, conserva[m]-se mediante a construção e a decomposição de componentes, [...]”, ou seja, são permeáveis ao ambiente. Para Miller (1978, p. 16), sistema é *“a set of interacting units with relationship among them. The word ‘set’ implies that the units have some common properties. These common properties are essential if the units are to interact or have relationships. The state of each unit is constrained by, conditioned by, or dependent on the state of other units”*.

Da junção entre a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética, na qualidade de ciência aplicada, conceitos gerais como *feedback* – derivado de *loops de feedback* (ANDERSON, 1999) –, homeostase, autonomia, entropia e equifinalidade, por exemplo, foram formalizados e posteriormente aplicados na Engenharia, Física, Sociologia, entre outras áreas. Embora a abordagem sistêmica apregoe que o todo não pode ser reduzido às suas partes como defendido pela Escola Clássica, também ela peca ao *reduzir as partes na consideração do todo* (MORIN, 2005).

Para Morin (2003) os sistemas devem ser vistos como sendo a um só tempo, tanto mais como menos que a soma de suas partes. *Mais* porque a reunião das partes permite o surgimento de novas potencialidades para o conjunto, qualidades emergentes que retro alimentam as partes, estimulando-as a expressar suas potencialidades individuais. *Menos*, porque o aparecimento (advento) do conjunto acaba por determinar restrições às partes, inibindo-as assim, de expressar aquelas mesmas potencialidades individuais. Na evolução das discussões iniciadas por teóricos do pensamento sistêmico, outros importantes passos foram dados em direção da complexidade, especialmente nas ciências sociais.

As organizações estão entre os mais complexos sistemas imagináveis (BOULDING, 1956). Elas são vastas, fragmentadas e multidimensionais, o que difere em muito dos modelos matemáticos, mecanizados e racionais utilizados até então, em sua análise. O reconhecimento de que a vida social é complexa foi como reconhecer que o funcionamento das práticas sociais decorre de um contínuo *feedback* de informações que, por sua vez, passam por um processo de obtenção, filtro e processamento, que acontece em um “sistema nervoso central” onde as escolhas são feitas (DAFT; WEICK, 1984). O ser humano é um dos elementos centrais neste processo.

Com o tempo, um maior número de componentes passa a fazer parte de sistemas sociais organizados (variabilidade). Mais componentes geram mais informação a respeito de como os componentes interagem e sobre o resultado de suas interações que, por sua vez, leva a reconstituição crônica (auto-organização) do próprio sistema social e o torna ainda mais complexo. Isto ocorre porque, na medida em que interagem, os agentes transferem ao sistema, suas propriedades emergentes. Informações, interações e interpretações distintas tornam as práticas sociais cada vez mais propensas a mudar, na medida em que a incerteza aumenta.

Diferente da perspectiva mecanicista, os agentes passam a ser observados em termos de performance individual (TSOUKAS, 2008). Assume-se, portanto, que há diferenças no comportamento dos agentes e que elas decorrem da capacidade individual de aprender e agir

que, por sua vez, está relacionada com a capacidade de cada agente em analisar, internalizar, relacionar com o ambiente e responder a ele. O esforço dos agentes em articular um sistema que, acima de tudo, é difícil de ser compreendido, torna as ações dos agentes inerentemente criativas.

Para Tsoukas (2008) teorias não apenas representam o mundo, mas ajudam a constituir-lo. Assim, as teorias da complexidade oferecem um modelo para a ação. Quando transportados à realidade organizacional, conceitos do pensamento da complexidade complementaram o que não era de todo compreendido por meio da visão mecanicista, até então predominante. Sob este novo prisma, organizações passam a ser sistemas de seres vivos que interagem entre si de forma não-linear, formando amplos ecossistemas, caracterizados por padrões de comportamento irregular que não podem ser reduzidos a um simples conjunto das partes em que cada qual é composto (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000).

A consideração de que “*complex forms of theorizing organizations in late modernity need to be grounded on an open-world ontology, an enactivist epistemology and a poetic praxeology*” (TSOUKAS, 2008, p. 197), demanda uma atenção especial e urgente dos teóricos das organizações para tais aspectos. É premente assumir que o mundo está em constante transformação, que o futuro é desconhecido e, necessariamente, imprevisível. Nestas condições de mundo, o conhecimento é ação. As escolhas e atitudes dos agentes resultam do seu entendimento e articulações para cada uma das situações. Conhecimento este, gerado por meio de práticas cognitivas determinadas historicamente e que são parte de uma prática sociocultural.

A ação humana é reconhecidamente complexa (TSOUKAS, 2008). Por ser inerentemente capaz de auto-observação e reflexão, o agente é suscetível a mudanças crônicas, com fortes influências no sistema. Para o mesmo autor, a ação humana é influenciada pelo passado, transforma-se continuamente, adota novas formas no presente e é temporal. Há que se compreender a natureza relativamente opaca da intencionalidade humana, que permite mudanças, influencia, realimenta (por meio de *loops de feedback*) e aceita a inevitável contextualidade e temporalidade da ação humana.

O “ideal newtoniano” concebeu um modelo para construção de organizações mecânicas, onde a ação humana foi definida em termos instrumentais. O pensamento da complexidade, com sua ênfase na interconectividade, situacionalidade e ação criativa, contribui para a geração de conhecimento mais orgânico, considera as propriedades emergentes das organizações, assumindo uma visão de agência humana, em termos de um “fazer criativo”.

Estudiosos organizacionais raramente veem os aspectos como fenômenos não lineares (ANDERSON *et al.*, 1999). Ao invés disso, tendem a considerar que o comportamento do sistema é composto por entidades individuais que apresentam cada uma delas, um comportamento similar ao da média. Contrário às ciências naturais, onde já está muito avançado, este campo interdisciplinar de estudo é ainda pré-paradigmático e abrange uma série de abordagens.

A partir das últimas décadas do Século XX, o estudo da dinâmica dos sistemas complexos tem avançado nas ciências sociais. O pensamento complexo tem apresentado aos estudiosos organizacionais, novas formas de pensar e trabalhar o comportamento não-linear das organizações (ANDERSON *et al.*, 1999; STACEY, 2000; RICHARDSON, 2008). Por sua relevância teórica, não apenas em termos das ciências sociais, mas, pelas implicações que o pensamento complexo possui no arcabouço deste estudo, suas principais premissas e implicações são apresentadas no próximo tópico.

### **2.1.2. Teorias da Complexidade: Caos, Estruturas Dissipativas e Sistemas Adaptativos Complexos**

Complexidade é um termo rico em significados e, portanto, ambíguo. Trata-se de uma visão interdisciplinar que tem suas origens na Física e Biologia e que tem cada vez mais espaço na evolução da pesquisa científica, sobretudo por negar os pressupostos de linearidade nos sistemas dinâmicos e indagar mais profundamente o seu comportamento. O pensamento complexo contrapõe-se à causalidade linear ao abordar os fenômenos como totalidade orgânica (o termo complexidade vem de *complexus*, que significa “o que é tecido em conjunto”).

O pensamento complexo tem sua origem em conceitos da Teoria do Caos, da Teoria das Estruturas Dissipativas e da Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Estas teorias fazem parte das ciências da complexidade, segundo as quais a natureza é percebida como paradoxal e em contínuo estado de mudança. O pensamento da complexidade respeita a três principais princípios, destacados por Morin (2003):

**Princípio dialógico (dialogicidade):** Refere-se à possibilidade de encontrar-se a dualidade na unidade, o que explica o uso de termos complementares e antagônicos ao mesmo tempo como a ordem e a desordem, por exemplo.

**Princípio da Recursão (recursividade):** Enfatiza que a não linearidade sobrepõe a ideia de linearidade entre causa e efeito. Tem destaque um caráter circular onde o que é produzido pelo sistema retorna sobre aquilo que o produziu, de forma a constituir um ciclo auto constitutivo, auto organizador e autoprodutor.

**Princípio Hologramático (holograma):** Diz respeito ao entendimento de que não apenas a parte está no todo, mas o todo também está nas partes, de forma que o conhecimento das partes enriquece o conhecimento do todo e o inverso também é verdadeiro.

As ciências da complexidade estudam as propriedades fundamentais de redes de *feedback*<sup>7</sup> não lineares e, particularmente, as redes adaptativas complexas. Stacey (1996, p. 19) define as ciências da complexidade como sendo “[...] *the study of systems consisting of large numbers of agents who interact with each other to produce adaptive survival strategies for themselves and hence for the system, or parts thereof, that they belong to. Their system in turn interacts with others, making up a larger suprasystem in which they are agents that coevolve together*”. Lissak e Gunz (1999) complementam que as ciências da complexidade estudam as propriedades, o comportamento e a evolução não apenas de sistemas biológicos, computacionais e tecnológicos, mas, também dos sistemas econômicos complexos.

Sistemas complexos, por sua vez, são caracterizados como sistemas com múltiplos componentes em interação cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes (STACEY, 1996). Estes sistemas desenvolvem uma capacidade de auto-organização, resultado de uma interação que produz padrões emergentes de comportamento entre as partes, de forma coerente com o todo e mesmo na ausência de um esquema ou plano estabelecido. Gell-Mann (1995) propôs que um sistema deveria ser chamado de complexo quando ele é difícil de prever e não porque ele é fortuito, mas antes, porque suas regularidades não podem ser rapidamente descritas.

Os sistemas complexos são caracterizados, simultaneamente, por ordem e desordem (MORIN, 2003). *Ordem*, à medida que congrega repetição, regularidade e redundância e é

---

<sup>7</sup> Redes de *feedback* representa as interações entre agentes. Elas podem ocorrer por meio de *feedback* positivo e *feedback* negativo, de duas formas: na rede legítima (ou estrutura formal ou explícita) ou na rede sombra (estrutura informal ou *shadow system*). *Feedbacks* são processos a partir dos quais as informações sobre os resultados de determinada ação são realimentadas para a tomada de decisão ou de forma a afetar a decisão seguinte (STACEY, 1996).

capaz de auto regulação para a preservação de estabilidades. E *desordem*, pois é também produtor de eventos, de perturbações, de desvios, de ruídos e de instabilidade, seja de natureza objetiva (pela ocorrência efetiva dos eventos e ruídos) ou de natureza subjetiva (decorrente da incerteza quanto ao futuro).

As implicações que as ciências da complexidade têm nas ciências sociais, são mais bem compreendidas a partir do entendimento de alguns de seus conceitos básicos, como não-linearidade e auto-organização. Um sistema é não linear quando ações podem ter mais de um resultado, ou seja, quando o sistema é mais do que a soma de suas partes. O *feedback*, nestes sistemas, refere-se ao processo no qual a informação sobre os resultados de uma ação é alimentado de volta para a tomada de decisão, processo que afeta a próxima ação. O conceito de redes de *feedback* não lineares refere-se às várias e diferenciadas respostas que são dadas pelos agentes de um sistema, à um dado estímulo. A não linearidade se reflete no desencontro e descontinuidade de iniciativas e decisões da organização que são gerados pelo não comprometimento de agentes, pela atuação de grupos contrários à ordem predominante e, mesmo, por sabotagens ao esquema formal.

O conceito de auto-organização refere-se ao processo espontâneo de criação de ordem, a partir da desordem. A auto-organização desenvolvida por sistemas complexos evidencia uma interação que produz padrões emergentes de comportamento entre as partes que o compõem, de forma coerente com o todo, mesmo na ausência de um esquema central ou plano estabelecido (STACEY, 1996). A capacidade de auto-organização tem sua origem no conceito de *autopoiesis*, (do grego *poiein*: fazer, gerar). A partir deste conceito, se demonstrou que os seres vivos são sistemas auto-organizantes caracterizados por três aspectos principais: autonomia, circularidade e auto-referência.

*Autopoiesis* é um conceito proposto por Maturana e Varela (1980), pelo qual se procurou caracterizar os seres vivos em oposição aos não vivos. Expressa a capacidade autônoma da vida de conduzir sua própria preservação e desenvolvimento e, inclusive de gerar-se a si própria (autoproduzir-se) traduzindo, portanto, a capacidade dos sistemas vivos de continuamente renovarem a si próprios, mas preservando sempre sua individualidade, por mais que seus componentes sejam renovados (BAUER, 1999). Este conceito exalta a capacidade de aprendizado e a criatividade dos agentes de sistemas complexos. Outros conceitos caros às ciências da complexidade serão apresentados na medida em que são apresentadas as teorias que a compõem. Cilliers (1998) sintetiza as características gerais qualitativas de sistemas complexos da seguinte forma:

1. Sistemas complexos consistem em um grande número de elementos com características individuais.
2. Os elementos interagem dinamicamente por meio da troca de energia ou de informação. As interações são ricas. Mesmo que alguns elementos somente interajam com poucos outros elementos, os efeitos desta interação são propagados por todo o sistema.
3. As interações são não lineares.
4. Há muitos *loops de feedback* diretos e indiretos.
5. Sistemas complexos são sistemas abertos e operam em condições distantes de equilíbrio.
6. Sistemas complexos possuem memória que não fica alocada em local específico, mas, distribuída por todo o sistema. Todo sistema possui uma história e ela possui importância primordial para o comportamento do sistema.
7. O comportamento do sistema é determinado pela natureza das interações e não pelo conteúdo dos componentes. Por serem caracterizados pela riqueza de interações, dinamicidade, realimentação e não linearidade, o comportamento do sistema como um todo não pode ser previsto a partir da análise de seus componentes. A noção de emergência é utilizada para descrever este aspecto. A presença de propriedades emergentes não provê um argumento contra a causalidade, mas sim, contra formas puramente deterministas de predição.
8. Sistemas complexos são adaptativos. Eles podem (re)organizar sua estrutura interna sem a intervenção de um agente externo.

Estes, assim como outros conceitos das ciências da complexidade dão um importante passo para o entendimento da natureza paradoxalmente estável e não estável de sistemas complexos e dos limites para predição e controle destes sistemas. Seus conceitos fundamentam três teorias que compõem as ciências da complexidade, sejam elas a Teoria do Caos, a Teoria das Estruturas Dissipativas e os Sistemas Adaptativos Complexos (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000), que são apresentados em sua essência.

## Teoria do Caos

É o nome dado a uma teoria matemática que descreve o comportamento de sistemas que podem ser modelados por um conjunto de equações diferenciais não-lineares (STACEY *et al.*, 2000). Ela é definida por Gleiser (2002, p. 23) como “[...] o estudo de comportamentos instáveis e aperiódicos em sistemas dinâmicos determinísticos não lineares”. Tais sistemas são dinâmicos (MAINZER, 2004) e as soluções das equações, em geral resolvidas por meio de métodos computacionais, podem ser representadas por diferentes tipos de atratores<sup>8</sup>, que são representações gráficas de um conjunto de estados. Os três atratores mais comumente utilizados são o de *ponto fixo*, o *período* e o *estranho* (STACEY *et al.*, 2000; CAMPBELL-HUNT, 2007).

Um parâmetro de controle é adotado para representar o nível de energia ou a conectividade do sistema e é responsável pela determinação do padrão de comportamento do sistema e, conseqüentemente, de seu atrator (STACEY *et al.*, 2000). Em uma simulação, se o experimentador estabelecer um valor baixo para o parâmetro de controle, o sistema convergirá para um *atrator de ponto fixo*. Um aumento gradual do valor do parâmetro levará o sistema a um ponto de transição a partir do qual convergirá para um *atrator periódico*. E no caso de o valor continuar sendo incrementado gradualmente, o sistema alcançará um novo ponto de transição, a partir do qual convergirá para um *atrator estranho*. Todavia, se o parâmetro for aumentado até um terceiro ponto crítico, a partir dele o sistema se comportará de forma randômica e muito instável, não se estabilizando em atrator algum (STACEY, 1996; STACEY *et al.*, 2000).

É justamente o estudo do atrator estranho que desperta o interesse maior dos teóricos do caos (GLEICK, 1989), por suas características contradizerem os pressupostos da mecânica clássica. Uma delas é a sensibilidade deste atrator às condições iniciais, que impossibilita a previsão do comportamento do sistema no longo prazo (LORENZ, 1993). Esta limitação é devida às não-linearidades do sistema que ampliam exponencialmente os pequenos desvios que ocorrem no percurso do sistema (FIEDLER-FERRARA; PRADO, 1994).

A natureza do atrator estranho pode ser caracterizada como paradoxal por mostrar-se determinada e indeterminada ao mesmo tempo (STACEY, 1996). O atrator estranho também é classificado como um atrator de alto grau de complexidade, devido à dificuldade de

---

<sup>8</sup> Atrator refere-se a um estado de comportamento potencial, uma disposição ou um arquétipo que está em processo de ser realizado ou atualizado (Stacey, 1996).

descrever seu padrão de comportamento em relação ao dos demais atratores (MAINZER, 2004; NICOLIS; PRIGOGINE, 1989). Este é o motivo pelo qual sistemas que convergem para o atrator estranho são chamados de sistemas complexos. A identificação de diferentes atratores por parte da Teoria do Caos permite que também os sistemas cibernéticos sejam classificados como um caso especial dos sistemas dinâmicos (STACEY *et al.*, 2000). É por meio do mecanismo de *feedback* negativo<sup>9</sup> que os sistemas cibernéticos tendem a atingir e a se fixar em um determinado objetivo e, assim como os sistemas dinâmicos, eles convergem para um estado de equilíbrio, representado pelo atrator de ponto fixo (STACEY *et al.*, 2000).

A conversão para um estado de equilíbrio permite concluir que sistemas complexos incluem em sua dinâmica um mecanismo de *feedback* diferente do negativo, caso contrário, convergiriam para o atrator de ponto fixo. Isto se deve ao mecanismo de *feedback* positivo<sup>10</sup> que aumenta os desvios de comportamento do sistema (MARUYAMA, 1963). Para que o sistema não aumente seus desvios de forma ilimitada e entre em um regime de alta instabilidade, o *feedback* positivo deve coexistir com o *feedback* negativo.

Dentre as grandes contribuições que a Teoria do Caos trouxe para a aplicação do pensamento da complexidade nas teorias organizacionais, destaca-se a constatação sobre a dificuldade em descrever padrões de comportamento de alguns sistemas, assim como o papel representativo que os *feedbacks* positivo e negativo possuem nos sistemas.

### **Teoria das Estruturas Dissipativas**

Descreve o comportamento de sistemas físico-químicos em estado distante do equilíbrio, a partir de observações experimentais em laboratório (PRIGOGINE, 1996). Uma das principais conclusões do autor é que tais sistemas apresentam uma estrutura global coerente (ordem) que emerge de flutuações randômicas (desordem) das partículas de que são constituídas. É a partir desta teoria que se chega ao conceito de auto-organização, ou seja, a emergência de uma estrutura organizada a partir do movimento desordenado dos agentes que compõem o sistema ou, no caso, das moléculas individuais do sistema.

---

<sup>9</sup> O *feedback* é negativo quando a informação sobre um *gap* entre expectativa e resultado é realimentada para atenuar os desvios da expectativa.

<sup>10</sup> Com o *feedback* positivo ocorre o contrário do *feedback* negativo. O *feedback* realimenta informações para ampliar a lacuna entre expectativa e resultados.

A auto-organização tem sua origem no conceito de *autopoiesis* que desafia o entendimento clássico de que o meio externo determina as mudanças do sistema (MATURANA; VARELA, 1980; ANSELMO, 2005). É que a ontogenia, ou seja, a história das mudanças estruturais de uma unidade além de resultar das relações dinâmicas com o meio, decorre também da própria dinâmica interna do sistema (MATURANA; VARELA, 1980), fazendo crer que a participação dos agentes do sistema, sua interação e atuação também são causadores de mudanças. Para melhor entendimento da *autopoiesis*, tão importante no pensamento da complexidade e neste estudo, apresenta-se um exemplo prático de como tal fenômeno acontece.

Uma das formas em que a auto-organização é demonstrada por Prigogine (1996) é por meio do experimento da convecção térmica, que consiste em aquecer uma fina camada de fluido alocada entre dois pratos e observar seu comportamento. O fluido em estado de equilíbrio apresenta todas suas propriedades homogêneas. Ao aquecer, gradualmente, o prato inferior, o experimentador induz o movimento do fluido que, com o aumento da temperatura começa a se movimentar de forma estruturada formando pequenas células de convecção, uma ao lado da outra, as quais rodam em torno de um eixo. O sentido de rotação das células acontece de forma coerente, se alternando sucessivamente de uma célula para a outra (PRIGOGINE, 1996). O comportamento coerente das células caracteriza o fenômeno da auto-organização: o surgimento de uma estrutura organizada a partir do movimento desordenado das moléculas individuais do sistema.

Nesta perspectiva, o estado futuro do sistema sempre dependerá de um evento ocorrido em seu passado (PRIGOGINE, 1996). Assim, tanto os sistemas vivos como também as estruturas dissipativas são capazes de superar, criativamente, por meio da aprendizagem, os limites que lhes são impostos (NICOLIS; PRIGOGINE, 1989; BAUER, 1999).

### **Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos**

Os sistemas são *complexos* por natureza e, *adaptativos*, na medida em apresentam características co-evolucionárias, isto é, quando dependem da aprendizagem do sistema (STACEY, 1996). A dinamicidade intrínseca aos sistemas complexos lhes exige uma capacidade de adaptação que passa a ser fundamental para a sua sobrevivência.

Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) são sistemas compostos por grande número de componentes que interagem entre si de acordo com um conjunto de regras. O movimento do

sistema é resultado de interações entre agentes, onde cada um deles age em resposta ao comportamento dos demais agentes que compõe o sistema, o que lhe garante uma dinâmica própria. Ou seja, o comportamento de cada agente influencia e é influenciado pelo comportamento do sistema como um todo (STACEY, 1996). SAC aprendem e evoluem, utilizando uma abordagem adaptativa que é fundamental para a sua sobrevivência, processando informações e construindo esquemas, com base na experiência vivida.

Para Lissack e Gunz (1999), SAC são estruturas e ambientes complexos que são adaptáveis, resilientes e capazes de gerar constante inovação. A capacidade de auto-produção (*self-generating*) e auto-organização também são características de SAC. Tais sistemas estimulam a escolha individual e a criatividade espontânea, são robustos, capazes de estabilidade e também de auto-renovação e ainda, são capazes de desenvolver e demonstrar inteligência.

As principais diferenças entre sistemas simples e sistemas complexos são evidenciadas por meio da análise do número de estados que assumem, do nível de interações entre seus componentes e do comportamento destes componentes (BATTRAM, 2001). SAC possuem um número muito mais elevado de estados do que o existente em sistemas simples. As interações entre os agentes de sistemas simples são fixas enquanto que, em SAC, os agentes possuem total liberdade de interação em sua e diferentes estruturas hierárquicas. Diferente do comportamento previsível dos sistemas simples, SAC possuem um comportamento emergente, com parcelas de imprevisibilidade. Petraglia (2006) destaca as principais características dos SAC.

- a) Complexidade *versus* simplicidade: apesar de globalmente complexo, é um sistema que apresenta simplicidade local;
- b) Possui grande número de componentes que interagem entre si e influenciam uns aos outros;
- c) O método reducionista de análise não é cabível no estudo e previsão de SAC, pois, o todo é maior que a soma das partes, e as partes apresentam resultado sinérgico;
- d) Não são sistemas determinísticos ou previsíveis, sempre há aspectos aleatórios envolvidos;
- e) A diversidade de componentes que se inter-relacionam é ampla, mesmo mantendo similaridades dentro da diversidade;

- f) São sistemas capazes de evoluir, de se adaptar e de aprender a partir de mudanças nas características de seu ambiente;
- g) Não há coordenação global, efetiva e duradoura, ainda que estejam presentes vários mecanismos de coordenação mais frouxa.

SAC são representados por modelos matemáticos que possuem uma lógica parecida com a dos sistemas dinâmicos e da auto-organização (FARMER, 1990). Todavia, a diferença é que SAC possuem outra estratégia de modelagem. Em SAC, os agentes do sistema possuem regras de interação.

Quanto à natureza dos agentes de SAC, três diferentes tipos de modelos são apontados por Stacey, Griffin e Shaw (2000). No primeiro deles, os agentes são homogêneos e as regras de interação são as mesmas para todos. O segundo modelo possui agentes ou grupos de agentes heterogêneos, onde as regras de interação são específicas para cada agente ou grupo de agentes. Neste caso, as regras não são estáticas, elas evoluem como resultado das interações entre os agentes. A capacidade de evolução outorgada aos agentes do sistema torna este modelo essencialmente diferente dos modelos da Teoria do Caos e das Estruturas Dissipativas (STACEY *et al.*, 2000).

O terceiro modelo de SAC se refere ao acoplamento de sistemas, o que implica em sistemas acoplados a outros sistemas. Neste caso, sistemas influenciam-se mutuamente o que torna a dinâmica do modelo ainda mais complexa. Estudos realizados no âmbito da biologia evolucionária apontaram que a sobrevivência de determinadas espécies animais está condicionada à adaptação desta com outras espécies, num processo de co-evolução ou, ainda, uma “evolução da co-evolução” (KAUFFMANN, 1995). Assim como a evolução da co-evolução converge para um atrator estranho em ecossistemas de diferentes espécies, resultados encontrados por Kauffman (1995), considerando o desenvolvimento tecnológico em uma economia, permitem afirmar que esta tendência dos sistemas acoplados é um fenômeno universal.

As ciências da complexidade não ficaram restritas às ciências naturais. Lançou-se um olhar diferenciado para questões que limitavam o entendimento de sistemas, de forma que seus conceitos – não-linearidade, auto-organização, interações, redes de *feedback*, aprendizado, criatividade, entre outros – tem se apresentado como grandes influenciadores do desenvolvimento científico, sobretudo no estudo das organizações (STACEY *et al.*, 2000). Observadas sob este prisma, as organizações são percebidas como sendo, ao mesmo tempo,

fluxo e transformação (MORGAN, 2002). Seu conjunto de teorias, instrumentos e modelos podem ser importantes contribuições à realidade complexa do desenvolvimento organizacional, com destaque para a estratégia de negócios e mudança econômica (LISSACK; GUNZ, 1999).

Ainda que conceitos originados na Teoria do Caos e na Teoria das Estruturas Dissipativas em muito se apliquem ao ambiente organizacional, é da Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos que advém a maior contribuição para o entendimento das organizações. Assim, dentro da concepção dos SAC, destaca-se a compreensão das organizações como organismos vivos, compostas por agentes ou grupos de agentes capazes de se auto organizar e, principalmente, de co-evoluir à medida que interagem. Dada a importância desta teoria no estudo, no próximo tópico se desenvolve a aproximação de alguns conceitos dos SAC e o contexto organizacional.

### **2.1.3. Sistemas Adaptativos Complexos e o Contexto Organizacional**

SAC são sistemas capazes de desenvolver e demonstrar inteligência. Tais sistemas são adaptáveis, resilientes e capazes de gerar constante inovação. Sistemas adaptativos estimulam a escolha individual e a criatividade espontânea, são robustos, capazes de encontrar estabilidade e também de se auto-renovar porque desenvolvem uma capacidade de auto-organização e autoprodução (*self-generating*) (LISSACK; GUNZ, 1999). Eles são compostos por uma variedade de agentes que são, ao mesmo tempo, autônomos e co-dependentes.

Os agentes de SAC interagem de forma não linear. Em SAC, a interação adota uma característica fractal (também chamada de holográfica) onde a interação entre as partes está continuamente recriando o todo, ao mesmo tempo em que o todo também afeta a constituição das partes (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999). Embora a repetição deste comportamento por parte do sistema seja constante, isto acontece de forma irregular nunca sendo exatamente o mesmo (*self-similar way*), ainda que seja reconhecível.

A interação e o aprendizado dos agentes em sistemas acontecem individualmente por meio de um processo de *descoberta*, de *escolha* e de *ação* (STACEY, 1996), os quais são assim definidos:

**Descoberta:** o processo de descoberta envolve a busca de informações internas e no ambiente, e um processo de interpretação a partir do qual o agente faz escolhas.

**Escolha:** são orientadas por esquemas (*schemas*) individuais e/ou compartilhados e, por isso, é um dos processos que mais destaca a influência do agente no sistema. No processo de escolha, os agentes “[...] *choose what to discover, how to make sense of what they discover, and what action to take in response to that meaning*” (STACEY, 1996, p. 30).

**Ação:** é composto por estratégias que os agentes adotam para adaptar-se tão benéficamente quanto possível ao que acontece ao seu redor. Cada ação tomada pelo agente afeta outros agentes ao seu redor, que agem de forma que suas ações têm efeitos também sobre o primeiro agente que iniciou o estágio de descoberta.

Na ótica dos SAC, as organizações são análogas a sistemas. Para Stacey (1996) o aspecto essencialmente humano dos agentes é uma característica chave para melhor entender as organizações, com base na estrutura conceitual dos SAC. Em organizações, assim como em SAC, agentes são afetados por emoção, aspirações e ansiedade, honestidade e decepção, imaginação e curiosidade. As pessoas estabelecem prioridades, a partir das quais fazem as suas próprias escolhas, numa dinâmica entre conformidade e individualismo. Acima de tudo, pessoas têm pensamento sistêmico que lhes permite observar, refletir e mudar de comportamento a partir da sua percepção do ambiente o que a torna, ao mesmo tempo, observador e participante. Ao associar SAC e organizações, algumas características são identificadas por Stacey (1996), especialmente, no que se refere ao comportamento de agentes.

1. **Dinâmica da inspiração e ansiedade:** pois os agentes são afetados por emoções e aspirações, inspirações e ansiedade, compaixão e avareza, honestidade e decepção, imaginação e curiosidade.
2. **Dinâmica da concordância e do individualismo:** os agentes são hábeis em escolher e dar prioridade aos seus próprios propósitos ao invés daqueles compartilhados, que reflete o esforço básico que os humanos têm em serem eles mesmos e concordar com exigências de outros grupos.
3. **Liderança e seguidores:** Os agentes são afetados pelas diferenças de poder entre eles, que é a dinâmica representada por seguidores aos seus líderes e que reflete a tendência que os humanos têm em serem onipresentes e dominadores algumas vezes, enquanto que em outras vezes adotam um papel de submissão e dependência.

4. **Propriedade de conhecimento e sensibilização:** os agentes são capazes de pensamento sistêmico, de pensar, refletir a respeito e de alterar seu comportamento de acordo com sua percepção do sistema do qual ele faz parte. Isto reflete a sua capacidade de assumir, simultaneamente, um papel de participante e de observador.

Agentes têm um papel central no funcionamento tanto dos SAC, como das organizações. Os agentes são os responsáveis pela interação, pelo processo de tomada de decisão e também são eles que determinam e articulam a direção para a qual o grupo ou a organização vai se desenvolver. Também são os agentes que encorajam, inspiram, induzem e facilitam, no intuito de persuadir outros agentes a seguirem na direção intencionada. Isto porque eles avaliam como outros agentes respondem às suas ações. Respostas favoráveis às suas ações são repetidas enquanto que respostas desfavoráveis geram mudança no seu comportamento (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000).

É responsabilidade dos agentes tornarem legítimo o sistema pela ocorrência de interações formais e informais, na medida em que estimulam e desenvolvem redes de *feedback*. As redes de *feedback*, por sua vez, incentivam o aprendizado e a criatividade que conduzem à auto-organização e à evolução do sistema (AXELROD; COEHN, 1999; STACEY, 1996).

Os fluxos de tensão criados pelos agentes são determinantes no contexto organizacional e na concretização de ações. Fazendo uma analogia à proposta de Stacey (1996), emoções, interesses e a capacidade de interação dos agentes têm grande influência na maneira como eles analisam e interpretam os significados do ambiente organizacional (*processo de descoberta*), decidem sobre quais ações empreender (*processo de escolha*), concentram esforços individuais e interagem com vistas à materialização deste propósito (*processo de ação*).

A importância do processo de escolha tem estreita relação com o conceito de esquemas individuais e/ou compartilhados e o conjunto de *scripts* a partir do qual os esquemas são formados. Mesmo sendo finito o número de *scripts* que forma o comportamento individual humano, eles podem ser aplicados em tantas diferentes combinações que o comportamento dos indivíduos pode tornar-se infinitamente variável (STACEY, 1996).

Esquemas podem ser comparados a sistemas de aprendizado. Os esquemas sofrem mudança contínua com o objetivo de produzir comportamento mais adaptativo (auto organizador). Tais mudanças implicam na evolução do sistema ou co-evolução, quando

considerada a co-dependência estabelecida entre os agentes que o compõem. São os esquemas que orientam as escolhas e conduzem à ação dos agentes. As ações, por sua vez, são estratégias adotadas pelos agentes para adaptarem-se tão beneficentemente quanto possível, em relação àquelas ações que outros agentes estão adotando, ao seu redor (AXELROD; COHEN, 1999).

A interação entre os agentes é fortemente influenciada pelos esquemas individuais e dos grupos dos quais os agentes fazem parte. Neste sentido, Holland (1995, p. 10) destacou que em SAC “o maior esforço de um agente consiste em tentar adaptar-se aos outros agentes”. Para Stacey (1996), são dois os tipos de interação encontrados entre os agentes: as interações que acontece no sistema formal (ou legitimado) e a interações que ocorrem no sistema informal<sup>11</sup> (ou sistema sombra). No sistema legitimado os agentes obedecem a hierarquia, burocracia, cultura e ideologia únicas e o esquema dominante é que determina a natureza e a direção da autoridade e responsabilidade de cada agente (STACEY, 1996).

Na prática, o sistema linear não é cumprido porque esquemas e padrões nem sempre são seguidos por todos os agentes que compõe o sistema. É o caso do *shadow system* que é formado por esquemas estabelecidos espontaneamente e informalmente “por agentes” e “entre agentes” criando uma rede paralela, uma espécie de sombra do sistema legitimado. Esta sombra consiste em um modelo social e político informal, em paralelo ao sistema formal, no qual os agentes desenvolvem seus próprios padrões locais de interação que, em geral, não fazem parte da cultura ou ideologia oficialmente sancionada.

Fundamentalmente, pessoas são agentes de comportamento heterogêneo que atuam sobre a influência do próprio ambiente que estão criando. No *shadow system*, são os agentes que determinam o que fazer e criam seus próprios fluxos de energia, de informação, de amizades e de relações. O vasto repertório de pensamentos, de percepções e de comportamentos diferenciados ao invés de serem contributivos, compõe um esforço não oficial de suporte ou ainda, de sabotagem ao sistema legitimado (STACEY *et al.*, 2000). Durante o processo de interação, os agentes desenvolvem suas próprias regras de conduta e é no *shadow system* que se torna mais perceptível a capacidade destes em persuadir e facilitar acontecimentos e resultados desejados ou, ao contrário, impedir que eles se concretizem.

A conexão entre os agentes se dá por meio de redes interativas de *feedback* positivo e negativo que se estabelecem entre eles de forma que cada comportamento individual

---

<sup>11</sup> Os termos “sistema informal”, “sistema sombra” e ainda, “*shadow system*” são utilizados como sinônimos neste estudo.

influencia e é influenciado pelo comportamento dos demais agentes que compõe o sistema. O *feedback* negativo é resultado do aprendizado dos agentes gera alteração de atividades ou de esquemas existentes, num sentido complementar ou de melhoria também chamado de *single loop* (STACEY, GRIFFIN; SHAW, 2000).

Já o *feedback* positivo ou *double loop*, representa um processo de aprendizagem complexo, pois, nasce da necessidade da correção de erros e implica em mudança de normas, políticas ou esquemas organizacionais (ARGYRIS; SCHÖN, 1978). Em geral, circuitos de *double loop* são típicos de SAC e críticos para o desempenho do sistema. Ao mesmo tempo em que aprendem, os agentes “co-criam” e “co-constroem” a si mesmos e à realidade organizacional.

Dentre as principais características desenvolvidas por SAC está sua capacidade de aprender, readaptar-se e criar. São os próprios agentes de SAC que decidem o que irão fazer, mas, nenhum deles determina o curso do sistema sozinho. SAC possui uma situação de ordem que lhes é inerente e que resulta da experiência, da interação entre os agentes e da capacidade que estes desenvolvem de aprender e de co-evoluir conjuntamente. A ordem, nestes sistemas, surge de uma aparente desordem, mas, é nesta situação que o sistema se auto-organiza, pois seus agentes produzem não anarquia, mas, criatividade que gera bons resultados (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999).

#### **2.1.4. Síntese da Seção**

A mudança de uma visão reducionista para a consideração de organizações como sistemas complexos possui importantes implicações para as teorias sociais, em especial, para as teorias organizacionais. Alguns conceitos utilizados pelas Ciências da Complexidade – nesta tese representada pela Teoria do Caos, Estruturas Dissipativas Complexas e Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) – quando aplicados ao contexto organizacional ressaltam a importância e as implicações que despontam do papel desempenhado pelo agente. Em sistemas complexos assim como em organizações, agentes são observadores e, ao mesmo tempo, atuam como participantes porque analisam e fazem suas próprias escolhas, influenciam e são influenciados pelo ambiente que os cerca.

As contribuições advindas das Teorias da Complexidade, em especial, dos SAC extrapolam as ciências naturais e adentram as ciências sociais para contribuir no entendimento de questões importantes à gestão organizacional, em especial, à gestão estratégica em organizações. É o caso de elementos fundamentais aos SAC como a variedade e a interação (formal e informal) entre agentes, os esquemas e seu papel nas escolhas e ações, os *loops* de *feedback* que geram aprendizado (*single* e *double loop learning*) e criatividade que conduzem à adaptação do sistema e ao desenvolvimento da capacidade de auto-organização. Estes elementos, em maior ou menor escala, estão presentes e possuem implicações na maneira tanto como estratégias surgem como na forma com que são executadas em organizações complexas.

No contexto de SAC, as pessoas são agentes da mudança por meio de sua interpretação, escolha e ação. As interações e o aprendizado resultante levam o sistema à uma situação de ordem a beira do caos. Encontrar o tênue limite entre a ordem e o caos demanda abortar o mecanicismo que ainda predomina em muitas abordagens organizacionais e considerar que organizações complexas precisam ser reconhecidas e tratadas com base em suas especificidades. O entendimento das implicações dos elementos da complexidade no contexto organizacional é um pré-requisito para isso.

## **2.2 Complexidade Organizacional**

Este item fundamenta-se em abordagens que caracterizam alguns tipos de organizações como sistemas complexos. Características organizacionais e sua aproximação com elementos de SAC são exploradas, bem como os desafios que esta percepção gera ao contexto organizacional. Elementos como a não linearidade, a imprevisibilidade, a auto-organização, a autonomia dos agentes, entre outros elementos de SAC, tem suas características discutidas à luz do contexto organizacional.

Por fim, o foco recai sobre a organização hospitalar por sua característica complexa e, também, pela configuração profissional que apresenta. Os reflexos e desafios resultantes de tais características também são apresentados nesta seção.

### **2.2.1 Organizações como Sistemas Complexos**

Organizações são sistemas complexos, ambíguos e paradoxais. Elementos como variabilidade, imprevisibilidade, instabilidade, ambiguidade e interações, presentes em sistemas complexos também são encontrados nas organizações, com sérias implicações nas práticas e desempenho organizacionais. Velhas questões abordadas por cientistas naturais, em se tratando de sistemas complexos, quando transportadas para a realidade organizacional têm se mostrado muito apropriadas para a compreensão das dinâmicas organizacionais (BOULDING, 1956; SIMON, 1957). A organização, como um conjunto de interações humanas, difere em muito dos modelos matemáticos, mecanizados e racionais à ela comumente associados.

Como sistemas, as organizações não são fenômenos claros, objetivos e simples. Ao contrário são complexas, surpreendentes, ambíguas e paradoxais. Estas características, destacadas por estudiosos das organizações como Etzioni (1964), Bolman e Deal (2003) e Scott (1998), têm sido negligenciadas pelos gestores ao desenvolverem modelos e implantarem práticas de gestão.

Modelos de gestão de conteúdo mais previsível e linear são importados para organizações com características complexas e apresentam benefícios e resultados duvidosos, por ignorarem especificidades organizacionais. Muitas organizações, por suas características especiais e comportamento imprevisível – resultado de inúmeros fatores – apresentam grande complexidade, o que dificulta sua compreensão e gerenciamento. São as chamadas organizações complexas (STACEY, 1996; STACEY, GRIFFIN; SHAW, 2000).

Em geral, organizações complexas apresentam, simultaneamente, características “acêntricas (funcionam de maneira anárquica por interações espontâneas), policêntricas (tem muitos centros de controle ou organizações) e cêntricas (dispõem, ao mesmo tempo, de um centro de decisão)” (MORIN, 2003, p. 180). Juntas, estas características geram diferenças, conflitos e crises, e também são responsáveis pela criatividade desenvolvida em organizações complexas. Pelos aspectos positivos e negativos inerentes à complexidade organizacional, Morin (2003) ressaltou que embora a organização “comporte e produza a ordem”, ela não pode ser reduzida à ordem.

Em sistemas complexos, a manutenção de “coerência” sem uma “direção central” ocorre porque tais sistemas se auto organizam. A coordenação de decisões e os padrões encontrados emergem espontaneamente das interações entre seus diversos componentes que são agentes eminentemente ativos (AGOSTINHO, 2003). Eles interagem, cooperam e aprendem, embora tenham preferências, interesses e diferentes interpretações da realidade.

Similar ao que ocorre em sistemas complexos, agentes organizacionais também estabelecem redes diferenciadas de relações de interdependência e vulnerabilidade. Em organizações complexas, o diversificado sistema de comunicação é propício à criatividade por parte de seus membros, por proporcionar entradas informacionais e o conhecimento necessário à geração de ideias (KAST; ROSENSWEIG, 1972).

Em organizações complexas, os objetivos são difusos, ambíguos e pouco consensuais. A imprevisibilidade, a incerteza, a característica não linear das atividades e a variedade de atores contribuem para a ambiguidade e dificuldade de consenso, encontradas em organizações complexas. Nestas organizações, o trabalho tem por característica a individualidade e, em geral, é desenvolvido por profissionais especializados (como médicos e professores, por exemplo), o que lhes garante autonomia na execução de suas atividades (KAST; ROSENSWEIG, 1972; MEYER Jr., 2007). A autonomia profissional reflete negativamente na gestão, como um todo, por estabelecer uma dicotomia na administração organizacional pelo compartilhamento do poder.

Características como a ambiguidade de objetivos, a fragmentação do ambiente interno, a instabilidade e a incompatibilidade de expectativas, comumente encontradas em organizações complexas, permitem que este tipo de organização seja caracterizado como “sistemas frouxamente articulados” (*loosely coupled systems*). O conceito de *coupling* foi desenvolvido inicialmente por Weick (1976) com foco nas articulações internas de organizações. Orton e Weick (1990) ampliaram este conceito para considerar também a relação dos sistemas sociais com seus ambientes. Assim, sistemas frouxamente articulados referem-se à presença de elementos conectados que, mesmo compartilhando aspectos comuns, respondem ou reagem a fatores diferenciados, mantendo identidade própria.

Sistemas frouxamente articulados apresentam maior diversidade nas suas respostas do que sistemas altamente articulados ou justapostos (*tightly coupled systems*). Os elementos que integram sistemas justapostos não atuam de forma independente, facilitando, por exemplo, a integração e as respostas aos desafios do sistema. Este tipo de sistema é mais frequentemente encontrado em organizações com múltiplas finalidades (ETZIONI, 1964). Hospitais, universidades e igrejas são, ao mesmo tempo, organizações complexas e exemplos de sistemas frouxamente articulados. Nestas organizações, as atividades são desenvolvidas por indivíduos que desfrutam de grande autonomia profissional (MEYER Jr., 2007), comprometendo a conectividade e a devida relação entre objetivos, ações e desempenho organizacional.

São oito os tipos de articulações frouxas encontrados com mais frequência nas organizações. Para Orton e Weick (1990), as articulações podem ocorrer entre indivíduos, entre subunidades, entre organizações, entre linhas hierárquicas, entre a organização e o ambiente, entre ideias, entre atividades e entre intenções e ações. A este conjunto de articulações frouxas, Orton e Weick (1990) denominaram “teoria dos sistemas frouxamente articulados”. Articulações frouxas comprometem resultados, prejudicam a integração e o alinhamento das atividades, além de demandar extremo esforço para manutenção de uma gestão eficaz.

O conceito de sistemas frouxamente articulados em muito contribuiu para a perspectiva organizacional e social, bem como para o melhor entendimento das organizações. O conceito sugere uma natureza dupla para a organização como um sistema que é, ao mesmo tempo, autônomo e responsivo (CRUBELLATE, 2004). Meyer Jr. (2007, p. 246) enfatiza que este conceito “agrega um maior entendimento da complexidade das organizações e uma

explicação das contradições, paradoxos, ambiguidades e incerteza presentes no quebra-cabeça organizacional”.

Diferente de outros contextos organizacionais, a gestão em organizações complexas não é resultado de intenções racionais previamente estabelecidas por meio de um processo formalmente planejado, onde são estabelecidas relações de causa e efeito. Nestas organizações, a não linearidade é uma constante com influência na tomada de decisão e nas ações desenvolvidas. Este aspecto é reforçado pela consciência dos limites da racionalidade humana destacada por Simon (1957), pela autonomia dos seus membros, pela interdependência na produção de produtos ou serviços e, por intensas relações entre membros com interesses e crenças distintos.

Em organizações complexas as decisões e ações são frutos muito mais de aspectos políticos, interpretativos e simbólicos, do que de uma abordagem essencialmente racional e lógica (ETZIONI, 1964; CHAFFEE, 1985; RUEF; SCOTT, 1998; BOLMAN; DEAL, 2003; RICHARDSON, 2008). A prática estratégica ocorre de forma interdependente, a partir da cooperação e de inter-relações entre seus elementos, em um ambiente que não é inerte, nem estável e muito menos previsível. Estas características reforçam a importância de elementos como interpretação da realidade, improvisação e aprendizado por parte de seus membros (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000; WEICK; ROBERTS; 1993). A ciência da complexidade traz consigo a oportunidade do uso de novas metáforas e abordagens para o desenvolvimento de estratégias organizacionais que enfatizem o aprendizado, a flexibilidade, a criatividade e a adaptação (LISSACK; GUNZ, 1999).

Analisar organizações sob a perspectiva da complexidade tem contribuído para o entendimento do “*como*” e “*por que*” as organizações são como são (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000) o que implica na possibilidade de adoção de modelos mais adequados à gestão de sistemas complexos (MEYER Jr., 2007; RICHARDSON, 2008) bem como, para o entendimento de como as estratégias emergem e são executadas em organizações complexas (AXELROD; COHEN, 1999). Em um dos primeiros artigos relacionando complexidade com a gestão organizacional, Stacey (1993) já destacava que a ciência da complexidade pode prover uma estrutura conceitual alternativa para a abordagem da estratégia.

Ao se considerar a aproximação de conceitos dos SAC e estratégias organizacionais, Chaffee (1985) apresenta o que denomina de Modelo Adaptativo de estratégia. De acordo com o Modelo Adaptativo, tanto a organização como as partes que a compõem mudam proativamente e reativamente para atender necessidades dos *stakeholders*, porque o objetivo

maior da estratégia organizacional é a busca pela sobrevivência. Neste modelo de estratégia, o ambiente é mais dinâmico e menos previsível e, “*Rather than assuming that the organization must deal with the environment, the adaptive model assumes that the organization must change with the environment*” (CHAFFEE, 1985, p. 92).

Segundo o Modelo Adaptativo de estratégia, o ambiente tende a ser percebido como um sistema complexo de apoio à vida organizacional e a estratégia é o elemento que desenvolve a interface entre as oportunidades e os riscos presentes no ambiente de um lado, e as capacidades e os recursos da organização, de outro. Esta perspectiva tem ganhado muitos adeptos pela atenção dada ao processo a partir do qual as estratégias surgem e são desenvolvidas e representantes desta perspectiva de estratégia contemplam autores como Mintzberg (1987b), Rumelt (1979), Quinn (1978), entre outros.

A “lente de ideias” é uma categorização de Johnson, Scholes e Whittington (2007) que também orienta gestores organizacionais a observar a estratégia a partir de premissas baseadas nas Teorias da Complexidade e na Teoria Evolucionária. Nesta perspectiva de organizações como sistemas orgânicos complexos e potencialmente diversos, a estratégia emerge nas organizações a partir da promoção de novas idéias e da inovação, já que o futuro é incerto e imprevisível. As abordagens genéricas de Whittington (2002) sobre as teorias da estratégia também remetem à teoria evolucionária das organizações. É o caso da “Abordagem Sistêmica” cujo foco está na concepção de que as formas e metas do desenvolvimento de estratégias dependem particularmente do contexto social, devendo ser empreendidas com sensibilidade sociológica. Estas menções, embora pontuais, demonstram que conceitos oriundos do pensamento da complexidade, como destacou Stacey (1996), já assumiram papel cativo nas teorias organizacionais.

Neste sentido, alguns trabalhos recentes, fundamentados nas Teorias da Complexidade já destacam as implicações que o pensamento da complexidade tem no âmbito organizacional. A nível internacional, o pensamento da complexidade aplicado à gestão organizacional tem sido abordado, a nível organizacional, em estudos analisando a implementação de sistemas de informação (BOISOT; CHILD; 1999; ORR; SANKARAN; 2007), o *strategizing* em contextos pluralísticos (JARZABKOWSKI; FELTON, 2006), as implicações da complexidade na gestão das organizações (RICHARDSON, 2008), redes (PATHAK *et al.*, 2007) e a sua integração com gestão do conhecimento e as lentes da complexidade (MISCHEN; JACKSON, 2008).

A gestão, sob a perspectiva do pensamento da complexidade também é abordada em estudos sobre a adaptação como uma metáfora para a gestão estratégica (CHAKRAVARTHY, 1982), a representação de práticas sociais como um fenômeno complexo (CAMPBELL-HUNT, 2007), contribuições decorrentes do “pensar organizações complexamente” (TSOUKAS; HATCH, 2001; TSOUKAS, 2008), tomada de decisão (THABREW; WIEK, 2009) e a respeito de planejamento estratégico (RAMNATH; LANDSBERGEN, 2005).

Ainda que nacionalmente estudos que relacionem Teorias da Complexidade e Teorias Organizacionais sejam mais incipientes, pesquisadores especialmente voltados às organizações complexas como universidades, hospitais, agências de propaganda e consultorias, têm explorado o assunto e desenvolvido uma rede de discussão que tem se fortificado. Tais estudos têm abordado sustentabilidade (COELHO, 2001) e desempenho organizacional (AGOSTINHO, 2003), a formação de estratégias em universidades (REBELO, 2004; REBELO; ERDMANN; COELHO, 2005), bem como o processo de adaptação e aprendizagem organizacional (LAMAS; GODOI, 2006).

Outros trabalhos propõem mudanças em abordagens de gestão a partir da Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos (CORREA, 2007), aplicam a modelagem baseada em agentes (ZIMBRES, 2006) e tratam da aplicação de instrumentos de avaliação do nível evolucionário da complexidade organizacional (STADNICK *et. al.*, 2008). Há ainda, autores que abordaram possibilidades que o pensamento da complexidade apresenta às limitações das teorias organizacionais fundamentadas no pensamento clássico e sistêmico (PRIM *et al.*, 2008), a implementação de estratégias em sistemas complexos (MEYER Jr.; PASCUCCI; 2009), bem como, a conciliação entre missão e sustentabilidade em hospitais (MEYER; PASCUCCI; MURPHY, 2010).

Alguns tipos de organização apresentam especificidades, em especial, características estruturais, legais, culturais ou organizacionais que lhes permite ser tratadas como complexas. É o caso do hospital, pela imprevisibilidade do ambiente, não linearidade entre intenções e ações, variedade e autonomia de seus agentes, compartilhamento de poder por diferentes *stakeholders* com interesses diferenciados, entre outros elementos que impactam fortemente na materialização de iniciativas e, conseqüentemente, demandam um tratamento diferenciado de seus gestores. Hospitais sem fins lucrativos, pela sua própria característica jurídica, possuem um desafio complementar que é conciliar missão e sustentabilidade, além da participação e influência de *stakeholders* internos e externos (ETZIONI, 1964; KAST;

ROSENZWEIG, 1976). Tais questões, relevantes na discussão deste estudo, são apresentadas no próximo tópico.

### 2.2.2 O Hospital como Organização Complexa

Os hospitais são considerados um dos tipos mais complexos de organizações da sociedade moderna (ETZIONI, 1964). Constituem-se em organizações complexas por seus objetivos ambíguos, natureza de suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, poder compartilhado e pluralidade de profissionais que neles atuam (MINTZBERG, 2007). Trata-se de um sistema complexo composto por elementos que são “frouxamente articulados” (WEICK, 1976; ORTON; WEICK, 1990) entre si, o que implica na existência de unidades ou células de trabalho quasi-autônomas, com fraca articulação entre elas.

As organizações hospitalares constituem-se em importantes instituições sociais cujo papel e desempenho vêm ganhando maior relevância na sociedade. Como organização especializada na prestação de serviços de saúde, relevantes para a sociedade e, como centro de ensino e de pesquisa, os hospitais têm sido alvo de crescentes críticas quanto à qualidade dos serviços e custos para seus usuários e para o Estado.

No Brasil, assim como em outros países, hospitais convivem com a imprevisibilidade. Especialmente ao longo das últimas décadas, os hospitais têm enfrentado constantes e significativas mudanças decorrentes dos avanços tecnológicos, de pesquisas na área da saúde, de mudanças na legislação específica e da consequente elevação de seus custos operacionais (PORTER; TEINSBERG, 2006). Tais fatores de ordem técnica, legal e social têm reforçado a necessidade de os gestores das organizações hospitalares alinharem, de forma planejada, as demandas externas e as expectativas dos *stakeholders* com os recursos organizacionais. Novos desafios tem se apresentado aos hospitais, como organizações sociais (BRYSON, 2004) e complexas (ETZIONI, 1964; MINTZBERG, 2007), gerando preocupação dos gestores e atraindo a atenção de pesquisadores.

Hospitais são organizações profissionais, dirigidas por trabalho operacional altamente complexo (MINTZBERG, 1994). Ao lado da burocracia centralizada, observa-se uma “burocracia profissional” (MINTZBERG, 2003) menos rígida que se fundamenta no trabalho profissional especializado, representado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre

outros. A burocracia profissional tem por características a maior flexibilidade, descentralização e autonomia, maior criatividade e inovação e menor rigor no controle de processos. O poder é descentralizado nestas organizações, e está fundamentado no conhecimento representado pela competência técnica e profissional (MEYER Jr., 2007).

Quando não consideradas as diferenças entre “organização máquina” e a “organização profissional”, as consequências são desastrosas. Situações como o controle de *top down* e a geração centralizada da estratégia não se sustentam em organizações profissionais, por serem visivelmente ligadas de forma flexível em seus núcleos operacionais. Uma grande parte da prática médica em hospitais acontece quase em isolamento entre si, especialmente entre especialidades e pesquisas diferentes. Como resultado, as decisões dos gestores da organização hospitalar muitas vezes são restritas e envolvem processos de escolha coletiva, bem como políticos.

Em hospitais, observa-se que um dos maiores problemas organizacionais é a própria administração. Administradores, conselho de administração e médicos compartilham a autoridade, compondo o que Gordon (1962) chamou de ‘triângulo da alta administração’. Embora todos detenham poder, nenhum deles está efetivamente na cúpula. A estrutura difusa, decorrente da autoridade repartida entre a hierarquia administrativa de um lado e, profissionais técnicos de outro, estabelece um ambiente conflituoso, que dificulta ainda mais a gestão estratégica da organização hospitalar (KAST; ROSENZWEIG, 1972).

É significativa a influência de um sistema informal e de manobras políticas que impactam fortemente no processo de formação de estratégias dos hospitais. Como destacou Etzioni (1964, p. 162) "*In hospitals, for instance, both the most crucial decisions and the most crucial performance are carried out by the same personnel: namely, the highly trained physicians*". Os médicos quando ocupantes de posições gerenciais, o fazem sem a necessária *expertise*, caracterizando uma gestão amadora, em sua grande parte. Administradores de formação, por sua vez, muitas vezes não possuem a necessária competência para lidar com a complexidade organizacional ou carecem de legitimidade para o próprio exercício da função. O aspecto político, presente nas decisões e ações, reflete interesses diferenciados por parte dos diversos grupos internos e *stakeholders* (BOLMAN; DEAL, 2003; PFEFFER; SALANSIK 1974; PETTIGREW, 1977). O alinhamento das iniciativas em organizações hospitalares requer um esforço redobrado por parte dos administradores para integrar esforços e conciliar os diversos interesses na organização.

Hospitais também são considerados sistemas frouxamente articulados, nos termos de Orton e Weick (1990). São evidências desta característica, a pouca articulação entre agentes, entre subunidades, entre linhas hierárquicas, entre a organização e o ambiente, entre atividades e também entre intenções e ações. A autonomia outorgada a grupos de que o hospital é dependente – como profissionais técnicos e voluntariado – contribui para a não linearidade característica típica deste tipo de organização, onde um mesmo estímulo acaba gerando inúmeras respostas diferenciadas por parte dos grupos internos.

Um fator complicador da administração de organizações hospitalares está relacionado à adoção de múltiplas finalidades. Atuar na terapia, na pesquisa e no ensino torna sua estrutura bastante diferenciada, quando comparada ao modelo burocrático de outras organizações de grande porte (KAST; ROSENZWEIG, 1976). Por desempenhar várias funções, o hospital atrai pacientes, profissionais de diversas áreas, renomados professores e pesquisadores, alunos e um grande número de voluntários. Cada um destes grupos possui demandas específicas e exige uma pluralidade de atenções e tratamentos por parte da gestão.

Neste contexto, a organização hospitalar tem sido foco de análise de estudiosos que têm examinado a legitimidade das formas técnica e administrativa de gestão (RUEF; SCOTT, 1998), os conflitos que envolvem a tomada de decisão (SHOOK; PAYNE; VOGES, 2005), a gestão estratégica e o desempenho financeiro (GINN; LEE, 2006), a inovação tecnológica e sua relação com vantagens competitivas (McDONALD; SRINIVASAN, 2004; BARLEY, 2007), a participação dos profissionais nas decisões estratégicas (GOLDSTEIN; WARD, 2004), a implementação de estratégias em sistemas complexos (MEYER Jr.; PASCUCCI, 2009), gestão estratégica e performance financeira (WEERAWARDENA; MCDONALD; MORT, 2009), voluntários como agentes estratégicos na organização hospitalar (MEYER Jr.; PASCUCCI; MURPHY, 2010a) e como conciliar, nestas organizações, missão e sustentabilidade (PASCUCCI; MEYER Jr.; MURPHY, 2010b).

A gestão da organização hospitalar tem se constituído em desafio aos seus responsáveis e o pensamento da complexidade pode ser um apoio aos gestores. O melhor entendimento acerca de aspectos como o pensamento sistêmico dos agentes em suas escolhas, a interação, o desenvolvimento de aprendizado complexo, a criatividade, a capacidade de adaptação e a conseqüente auto-organização destes sistemas pode contribuir para uma gestão mais eficaz da organização hospitalar.

O desempenho dos hospitais públicos e sociais tem sido muito questionado pelo Estado, que os regulamenta e fiscaliza, e também pela sociedade. O grande desafio da organização

hospitalar é conciliar as funções socialmente relevantes com recursos escassos e prestação de serviços de saúde de qualidade. Para melhor responder às demandas externas e internas os hospitais têm incorporado novas abordagens gerenciais como o planejamento e a gestão estratégica. Mas, as especificidades dos hospitais demandam modelos diferentes dos tradicionalmente utilizados que tem um forte apelo racional, mecanicista e determinístico.

Em qualquer tipo de organização a formação de estratégias é um aspecto crítico (HREBINIAK; JOYCE, 2001; PFEFFER; SUTTON, 2006). Ao deparar com a realidade complexa de organizações hospitalares seus gestores percebem o desafio que é transformar intenções em ações nestas organizações, em razão da variedade de agentes e incompatibilidade de expectativas envolvidas na gestão hospitalar, da fragmentação do ambiente interno e da instabilidade com que convivem estas organizações, por exemplo.

Enfim, as características complexas da organização hospitalar e a necessidade premente destas organizações adotarem modelos que melhor atendam as suas especificidades, sugere a necessidade de uma análise aprofundada sobre a forma com que a estratégia vem sendo desenvolvida e executada neste tipo de organização.

### **2.2.3 Síntese da Seção**

O presente capítulo buscou demonstrar que elementos presentes em SAC também se aplicam às organizações. Organizações são como sistemas: não lineares, imprevisíveis, incertas, com múltiplos e variados tipos de agentes que interagem, aprendem e se renovam. Esta capacidade vital de evolução e auto-organização necessita ser mais bem compreendido e desenvolvido por organizações.

Diferente de outros contextos organizacionais, em organizações complexas a gestão não é resultado de intenções racionais previamente estabelecidas. Ao contrário, a não linearidade é uma constante. A autonomia dos seus membros, a interdependência na produção de produtos ou serviços e as intensas relações entre membros com interesses e crenças distintos permitem que tais organizações sejam caracterizadas como *sistemas frouxamente articulados*. Em organizações complexas as decisões e ações são frutos muito mais de aspectos políticos, interpretativos e simbólicos.

A multiplicidade e variedade de agentes que compõem alguns tipos de organizações contribuem para a sua condição de complexidade. Os *stakeholders* que participam da gestão de hospitais contemplam, desde profissionais especializados, até o Governo e a própria sociedade. A arena política formada pela pluralidade de agentes intervenientes exige que os líderes destas organizações sejam também “líderes políticos”.

Para conciliar missão social e a prestação de serviços de saúde de qualidade com recursos escassos os hospitais têm incorporado novas abordagens gerenciais. Todavia, modelos tradicionalmente utilizados – pautados no determinismo e racionalismo – têm ignorado as especificidades de organizações complexas como hospitais onde linearidade, mecanicismo e determinismo não encontram aplicabilidade.

## 2.3 Estratégia

Estratégia é um dos temas que recebem maior atenção no campo dos estudos organizacionais. Até mesmo por este motivo, há controvérsias em termos de definição, origens e escopo, de forma que uma descrição já seria demasiado ousada para o contexto desta seção. Assim, são explorados os aspectos e linhas analíticas próximas das relações analisadas neste estudo, com o intuito de identificar idéias-chave e, com isto, dar apoio e sustentação à análise que se desenvolve sem, contudo, possuir caráter exaustivo.

Nesta seção destaca-se a importância das estratégias, com foco especial ao processo de formação de estratégias para as organizações e, mais especificamente, no que se refere às organizações complexas. Sob este prisma, o foco recai sobre a abordagem estratégica e sua evolução ao longo das últimas décadas, especialmente, se considera a ruptura do modelo clássico e predominante na literatura para uma visão mais humanizada que assume o estrategista como alguém que sente, interpreta e toma decisões a partir de uma racionalidade que é limitada, nos termos de Simon (1957).

O foco da discussão apresentada tem base na importância dada ao *sensemaking* dos agentes organizacionais envolvidos no “fazer estratégia”, bem como à dimensão social em que a estratégia é constituída. A junção destes elementos no processo de formação de estratégias é apresentada sob a perspectiva dos SAC.

### 2.3.1 A Estratégia e sua Importância para as Organizações

A “estratégia” passou a fazer parte do vocabulário da Administração em meados do Século XX, mais precisamente em 1948, com a adaptação do conceito que os economistas matemáticos Von Neuman e Morgenstern utilizavam em estudos realizados sobre a Teoria dos Jogos. Ainda que não haja um consenso sobre o que é estratégia, sua finalidade e como utilizá-la, desde então a estratégia vem adquirindo crescente importância no estudo da gestão organizacional.

O conceito original de estratégia se refere à regularidade ao invés do comportamento adaptativo, à consistência ao invés da descontinuidade (TEECE; PISANO; SHUEN, 1984). A respeito do assunto, Mintzberg e Quinn (2001, p. 29) afirmou que “*strategy is a force that resists change, not encourages it*” (grifos no original). Mas, na realidade, o ambiente não é inerte, ele muda e pode tornar-se altamente instável e imprevisível.

A estratégia, por definição, implica em forte relação da organização com um ambiente dinâmico. Neste caso, o “fazer estratégia” descreve o *modus operandi* mais do que a postura, um processo mais do que um estado (MILLER; FRIESEN, 1982). Mas, se lidar com a estratégia em um ambiente dinâmico pode parecer simples na literatura, administrar a estratégia em organizações sob a perspectiva de mudança constitui-se um desafio para os gestores.

Talvez, por isso, a estratégia tenha se tornado um grande negócio. Consultorias “vendem” a ideia de que o êxito é proporcionado por estratégias. Novas metodologias são continuamente apresentadas prometendo melhores resultados e as organizações continuam tentando descobrir como fazer as escolhas acertadas. Todavia, organizações esquecem-se, muitas vezes, de que o grande desafio da estratégia está na execução, na proeza que é colocá-la em prática, transformando-a de intenções em ações concretas (PFEFFER; SUTTON, 2006). O hiato existente entre formulação e execução continua sendo destaque na literatura, assim como se as pessoas realmente sabem o que é ou como desenvolver uma estratégia (WILDAVSKY, 1973; MINTZBERG, 1973; 1987a; 1990b; WHITTINGTON, 2002).

Um questionamento apresentado por Pfeffer e Sutton (2006) tem como foco o entendimento da estratégia como sendo o destino das organizações. E Weick (1987), em um de seus desafiantes artigos sobre comportamento organizacional foi mais longe apresentando “substitutos para a estratégia”. Também Mintzberg (1987a) questiona o porquê das estratégias serem importantes para as organizações. Para este autor, “[...] *strategy is needed to reduce uncertainty and provide consistency (however arbitrary that may be), in order to aid cognition, to satisfy intrinsic needs for order, and to promote efficiency under conditions of stability (by concentrating resources and exploiting past learning)*” (MINTZBERG, 1987a, p. 28).

Um dos argumentos mais utilizados para justificar a importância da estratégia está relacionado com a coordenação e concentração de esforços que ela proporciona. Sem estratégia, provavelmente, a organização seria um conjunto de indivíduos cada qual agindo como lhe convém. A coordenação de atividades e a concentração de esforços em torno de um

objetivo comum orientam a “ação coletiva” mantendo os envolvidos alinhados em torno de um mesmo propósito.

Com estratégias é possível, segundo Mintzberg (1987b), uma ordenação organizacional e distribuição de atividades de forma que as pessoas compartilhem responsabilidades. Além de ter a capacidade de unir os agentes a partir de objetivos organizacionais, a estratégia também é percebida como possuindo a capacidade de estimular a organização, de fortalecer a cultura interna e de contribuir emocionalmente a partir do desenvolvimento de crenças. Mesmo que se entenda que a estratégia forneça um senso de direção para a organização como um todo, Mintzberg (1987b) ressalta veementemente que o foco exagerado na estratégia, também pode bloquear a visão periférica sendo extremamente prejudicial para a organização.

Neste sentido, fazer a *coisa certa* “razoavelmente” é mais importante do que fazer a *coisa errada* “excepcionalmente bem”. Pfeffer e Sutton (2006) destacam que, por terem uma estratégia ou conjunto de estratégias estabelecidas, não raro os líderes tornam-se negligentes com relação à visão periférica e de outros caminhos que possam ser ainda mais sustentáveis e adequados ao êxito da organização. As necessidades de ter foco e de otimizar a alocação de recursos escassos, há muito tempo têm sido apontados como fatores dos mais importantes para o êxito de qualquer organização, portanto para que elas tenham estratégias (PFEFFER, SUTTON, 2006). Mas, algumas evidências empíricas contrárias apontadas por Pfeffer e Sutton (2006), sugerem o questionamento destes autores sobre como se originou o conceito de que a estratégia é a origem do êxito. Afinal, a fixação em estratégia tanto pode elucidar quanto confundir ou complicar as ações no contexto organizacional.

Também a visão da estratégia a partir de recursos únicos tem gerado críticas e questionamentos (BARNEY, 2001). Um dos pontos principais dos argumentos de Pfeffer e Sutton (2006) está no fato de que, a dificuldade em imitar poderia surgir de problemas em descobrir a estratégia da organização. Todavia, não se consegue imitar aquilo que não se compreende. Daí a ênfase dos autores sobre o fato de que “[...] *what actually provides competitive success and what is difficult to copy is not so much knowing what to do – deciding on the right strategy – but instead having the ability to do it*” (PFEFFER; SUTTON, 2006, p. 145, grifos do original). Assim, o que proporciona uma vantagem competitiva e o que é difícil de copiar não resulta apenas de decidir sobre a estratégia correta, mas, ter a capacidade de torná-la realidade.

Estratégias, em muitos casos, não são defendidas por aquilo que são, mas sim, pelo que simbolizam para a organização (WILDAVSKY, 1979; COHEN; MARCH, 1974). A gestão

estratégica, reconhecida no mercado como sistemática, eficiente, coordenada, consistente, enfim, um modelo sofisticado de gestão que orienta, coordena e concentra esforços, por vezes, é adotada pela organização por seu forte apelo simbólico, pelo *status*, pela imagem de gestão eficaz e profissional que representa (WEICK, 1987; BOLMAN; DEAL, 2003; MEYER Jr.; MANGOLIM, 2006). Para muitas organizações, a gestão estratégica tem uma conotação muito mais simbólica do que de efetiva busca de resultados enquanto que, na prática, as estratégias acontecem num sistema informal, paralelo ao planejamento divulgado.

Neste sentido, numa analogia, Weick (1976) sugere que planejamentos estratégicos são como mapas. Não importa muito se os planos (“mapas”) estão certos ou errados, o importante é que eles forneçam aos gestores um senso de direção e gerem confiança para agirem, pois, a grande maioria dos tomadores de decisão reconhece que o plano estratégico à sua frente não é suficiente para orientar as decisões que necessitam ser tomadas. Weick (1976) enfatiza ainda que planos são importantes para estabelecer relação entre empreender a ação e gerar significado. Com base na história do “mapa errado” utilizado pelos soldados nos Pirineus, o autor questiona a real necessidade de se planejar ações estratégicas já que bons resultados podem ter origem em outras fontes.

Enfim, estratégias são importantes para as organizações por várias razões quer por sua função racional, política ou simbólica. Todavia, as estratégias mais importantes para a organização são aquelas que são *executadas* e que superam o grande desafio de serem transformadas de intenções em ações. Como enfatizou Murphy (2007, p. 89) “*competitive advantage comes not from strategy but from execution*” e é nesta fase mais crítica que a grande maioria dos gestores organizacionais peca ao se preocupar demais com a formulação e negligenciar a execução, especialmente por se tratar, de faces de uma mesma moeda.

Grande parte do tempo das organizações, em geral, concentra-se em análises, elaboração de cenários e projeções na busca da estratégia ideal, enquanto que a fase mais importante que é colocá-la em prática, quase sempre é ignorada. Isso tem feito com que muitas estratégias fracassem e que os gestores voltem a concentrar atenção em novos processos de formulação e novas estratégias, num círculo vicioso que alimenta consultorias.

### 2.3.2 A Formação de Estratégias

As primeiras formulações a respeito de estratégia em organizações fundamentam-se na tradição racionalista, fortemente influenciada pela teoria econômica (WHITTINGTON, 2002). Naquela perspectiva, o papel do estrategista em organizações refere-se a um ideal racional de representação da realidade, acessível apenas à cúpula administrativa, com análise de alternativas, busca pela otimização de resultados (lucros) e o absoluto controle das ações necessárias ao seu alcance.

Fundamentalmente, consciência e intencionalidade são elementos essenciais na concepção do pensamento estratégico racional (MINTZBERG, 1990a; WHITTINGTON, 2002; SIMON, 1957). Este modelo de pensamento da estratégia, denominado de *Linear* por Chaffee (1985), negligencia várias dimensões administrativas, processuais e comportamentais, bem como variáveis técnicas, informacionais, psicológicas e políticas adotando uma visão reducionista de estratégia.

A premissa racionalista tem origem em trabalhos de autores consagrados como Chandler (1962) e Drucker (1974), entre outros. A estratégia para Chandler (1962), por exemplo, enfatiza o longo prazo, a concepção explícita e deliberada das metas e a seqüência lógica de ações e recursos derivados dos objetivos originais, onde formulação e implementação de estratégias são fases bem distintas. Para este autor, é essencial a definição de planos de ação, a busca de idéias novas ao invés da repetição de sucessos do passado e a priorização do processo de formulação da estratégia, mais do que do seu conteúdo. A lógica de raciocínio sobre o assunto foi, por muito tempo “primeiro o pensar, depois o agir”, “primeiro planejar e depois implementar” (MINTZBERG, 1987b).

Sabe-se, no entanto, que tal racionalidade não explica o comportamento de estrategistas, gestores ou mesmo organizações, pois, fatores de ordem cognitiva, cultural e institucional podem e, normalmente, afetam as decisões tomadas mesmo sob a intenção de racionalidade (SIMON, 1957; RUEF; SCOTT, 1998). March e Simon (1958) já destacaram que os integrantes das organizações têm necessidades, interesses e impulsos e também sofrem limitações em seus conhecimentos e em sua capacidade de aprender e de resolver problemas.

Diferente do apregoado pela Escola Clássica, o homem econômico é fundamentalmente diferente do homem social que integra as organizações. Mesmo as organizações, como sistemas abertos, possuem suposições diferentes das suposições racionais. As decisões

tomadas pelo homem administrativo acontecem dentro de uma racionalidade limitada pela escassez de informações que se pode obter e processar. Igualmente importante é que, na maioria das vezes, são buscadas as “soluções satisfatórias” e não as “soluções ótimas” (SIMON, 1957).

Nesta perspectiva, também as estratégias não podem resultar de planos totalmente mecanicistas, lógicos e formalmente elaborados. A consideração do homem como um agente racionalmente limitado inclui, na composição de suas decisões, experiência de vida, valores, crenças, interpretação particular da realidade e sua condição limitada de conhecimento. Estes fatores são considerados críticos, tanto na forma como as estratégias emergem, como na maneira como as estratégias são colocadas em prática pelos agentes.

A Teoria sobre o Processo Decisório, desenvolvida por Simon (1957), foi fundamental para uma “evolução” teórica, ao assumir que limitações cognitivas e informacionais do tomador de decisão permitem apenas decisões racionalmente limitadas. Nesta perspectiva, o homem é visto como um ser limitado em sua capacidade de planejar e de fazer escolhas racionais antecipadas. São diversas as variáveis internas e externas que influenciam no desenvolvimento da estratégia nas organizações. Trata-se de processo complexo que envolve variáveis de natureza cognitiva, política, econômica e cultural presentes na gestão organizacional, bem como variáveis externas à organização representadas por forças econômicas, sociais, tecnológicas, políticas, ambientais e legais que atuam no macro-ambiente e que influenciam, de forma diferenciada, as organizações, seu desempenho e a competição (PORTER, 1980; BARNEY, 1991; MINTZBERG, 1994; BOLMAN; DEAL, 2003; PFEFFER; SUTTON, 2006).

Neste contexto, o significado do conceito de estratégia foi reconstruído por Mintzberg (1978) de forma mais flexível quando o autor definiu estratégia como sendo uma linha de ação coerente que conduz a organização a resultados importantes e desejáveis, de forma planejada ou não. Neste contexto, a visão de estratégia como sendo um curso de ações *intencionadas* ou um curso de ações *realizadas* foi superada com o entendimento de que estes dois processos não são contraditórios, mas, complementares. Esta nova abordagem representou uma ruptura com a premissa racionalista a respeito da estratégia, ao reconhecer que determinado padrão identificado em uma sucessão de ações poderia ser considerado uma estratégia, mesmo na ausência da descrição prévia das ações (MINTZBERG; WATERS, 1985).

A concepção da estratégia sob esta perspectiva ressalta a não racionalidade e a dinamicidade do processo estratégico. Conceitualmente, estratégias são chamadas de deliberadas quando são plenamente realizadas e tem como principal característica a intencionalidade. Esta concepção de estratégia tem relações estreitas com a abordagem racional e com a idéia de planos, por ser realizada como foi planejada, por meio de um processo controlado que tem como premissas a direção e o controle e não, a adaptação. (MINTZBERG; WATERS, 1985).

As estratégias emergentes têm base no aprendizado, são aquelas cujo padrão realizado não era expressamente pretendido, mas que, por motivos diversos, foram efetivamente realizadas (MINTZBERG; WATERS, 1985; MARIOTTO, 2003). Este tipo de estratégia pode desenvolver-se das formas mais comuns, na medida em que as pessoas interpretam, fazem escolhas, interagem, aprendem, ajustam-se mutuamente, lutam e desenvolvem consensos (MINTZBERG, 1994). Uma vez que as estratégias podem ser deliberadas e também emergentes, a dicotomia entre os processos de formulação e implementação tem sido questionada, reconhecendo-se que tais processos não são independentes, como apregoado pela Escola Clássica.

O termo “formação de estratégias” foi, então, proposto por Mintzberg (1978). O conceito de formação de estratégias refere-se a concepção de estratégias como sendo resultado tanto de um planejamento consciente e prévio (formulação) quanto de ações não programadas e desenvolvidas no cotidiano, resultantes de iniciativas individuais ou coletivas a medida em que se deparam com novas situações não previstas.

A integração entre racionalidade e emergência tem estado presente no trabalho de Mintzberg e Waters (1985), Hart (1992), Idenburg (1993) e, mais recentemente, nos trabalhos de Andersen (2000, 2004a, 2004b), Johnson, Melin e Whittington (2003), entre outros. Para Johnson *et al.* (2003) é no nível operacional que as estratégias emergem, onde “tarefas” passam a ser “unidades de análise” e as atitudes, tarefas e relacionamentos são gerados. Ainda para estes mesmos autores, o processo de formação de estratégias requer descentralização, pois, cada vez mais pessoas são envolvidas no processo. Para Andersen (2004) a descentralização do processo de formação de estratégias facilita a emergência de diferentes contribuições estratégicas que vem de gestores de nível intermediário, mais próximos da operação.

A dicotomia estabelecida entre formulação e implementação, por vezes, ignora o processo de aprendizado que deveria acompanhar a concepção de uma estratégia pretendida.

A formação de estratégia segundo um processo de aprendizado não é caracterizada apenas por *single loop learning*, mas, principalmente, por eventos representados por *double loop learning*<sup>12</sup>. Ou seja, o aprendizado conduz a um contínuo processo de adaptação (IDENBURG, 1993) e esta noção de aprendizado estratégico é inerente à estratégia emergente (MINTZBERG; WATERS, 1985).

Wit e Meyer (2010) destacam que as estratégias emergentes geram vários benefícios para as organizações. Características como o oportunismo, a flexibilidade, o aprendizado, o empreendedorismo e o suporte, especialmente o político, são considerados essenciais no processo de formação de estratégias e estão presentes em ambientes onde é comum a emergência de estratégias. Para os mesmos autores, as estratégias são formadas incrementalmente, de forma iterativa e a pequenos passos, conforme as organizações pensam, agem e avançam. Neste processo, os gestores exploram, aprendem e reúnem um conjunto coerente de comportamentos ao longo do tempo. Este ponto de vista recebe o nome de perspectiva estratégica incremental.

A visão da estratégia construída a partir de “pequenos passos” remete à Quinn (1978) e à concepção da estratégia como um processo incremental. No incrementalismo, a estratégia busca mudanças táticas e soluções parciais, procura ampliar o apoio político, legitimar novos pontos de vista, estruturar conscientemente a flexibilidade, empenhar-se em mudanças constantes e, principalmente, se reconhece que a estratégia não é um processo linear. Ao aceitar a condição de racionalidade limitada, na perspectiva do incrementalismo lógico, estrategistas entendem que não podem ser suficientemente astutos para pensar em tudo, antecipadamente. Assim, o estrategista é honesto quanto aos seus limites e valoriza o processo de experimentação, aprendizado e aperfeiçoamento que ocorre durante o desenvolvimento da estratégia.

Menos radicais que os Clássicos, Hrebiniak e Joyce (2001) também defendem que formulação e implementação de estratégias são partes separadas e distintas do processo de gestão estratégica. Para os autores, formulação e implementação são complementares e áreas logicamente distinguíveis da pesquisa estratégica. Assim, adotar o mesmo nome para os dois processos torna-se logicamente confuso e teoricamente disfuncional. Variáveis identificadas

---

<sup>12</sup> *Single loop learning* ocorre quando um sistema emprega seu esquema sem mudar, adaptando seu comportamento aos estímulos que lhe são mais vantajosos. *Double loop learning* ocorre quando um sistema adapta seu comportamento aos estímulos que lhe são apresentados com a mudança de esquema, o que resulta em aprendizado e inovação (STACEY, 1996).

apenas a partir da implementação “*may explain substantially more variance in firm performance than those related to formulation*” (HREBINIAK; JOYCE, 2001, p. 603) por isso da importância deste processo ser tratado diferencialmente.

Ainda que os processos de formulação e implementação de estratégias devam ser tratados em separado como entendem Hrebiniak e Joyce (2001), estes autores destacam forte interdependência entre os dois processos. Há, sim, ocasiões em que o pensamento deve preceder a ação e orientá-la, mantendo a dicotomia entre formulação e implementação. Na maioria das vezes e, em especial, durante grandes mudanças inesperadas no ambiente ou imediatamente após as mesmas, o pensamento precisa estar tão ligado à ação que “aprender” passa a ser uma noção melhor do que “designar” para aquilo que tem de acontecer. Neste sentido, é sensato assumir que mesmo que os dois processos sejam interligados, somente a análise das etapas de formulação e implementação podem identificar variáveis têm impacto significativo no sucesso da estratégia, bem como no desempenho organizacional.

Para Jarzabkowski (2008) ainda há considerável ambigüidade a respeito do que, efetivamente, a alta administração faz no processo estratégico. Para a autora “*Mintzberg’s (1978) concept of strategy “formation,” in which strategy formulation is entwined with implementation in an ongoing, mutually constructive process, positions top managers as active participants in the strategy process*” (p. 621). Nos últimos anos, estudos considerando o *strategizing*<sup>13</sup> têm lançado foco sobre ‘*pixels of managerial influence*’ (JARZABKOWSKI, 2005, p. 621) dentro da dinâmica social da formação de estratégia (DENIS, LANGLEY; ROULEAU, 2007; JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007; JOHNSON; MELIN; WHITTINGTON, 2003; WHITTINGTON, 2006). Este novo foco exalta a análise da prática estratégica como essencial para o entendimento de como estratégias surgem e tornam-se realidade.

Da intenção à execução, estratégias resultam de um processo coletivo onde o pensar e o agir, caminham juntos e o pensamento, não necessariamente, deve terminar antes que a ação se inicie (QUINN, 1978; MAJONE; WILDAVSKY, 1979; WILDAVSKY, 1979; CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1990; MINTZBERG *et al.*, 2000; STACEY, 1996), pois, as atividades cruciais para execução da estratégia são inseparáveis dos episódios de análise (WEICK,

---

<sup>13</sup> Para efeitos deste estudo, o termo *strategizing* refere-se ao “fazer estratégia” (WHITTINGTON, 1996) e representa a construção de um fluxo de atividades composta por interações, práticas e *práxis* dos múltiplos agentes organizacionais, por meio dos quais as estratégias emergem.

1987). Neste sentido, também Mintzberg (1978, p. 948) destacou que “*perhaps no process in organizations that is more demanding of human cognition than strategy formation*”.

Em alguns casos, a lógica estratégica é percebida apenas após o evento. Partindo do pressuposto de que o passado do agente, sua interpretação e atualização são indissolúveis, Weick (1969) é bastante crítico ao afirmar que algumas estratégias são assim entendidas apenas retrospectivamente. Para Weick (1969) as pessoas, por vezes, primeiro agem para depois determinar as metas de suas ações. Durante a execução de estratégias, o agente interage com a estratégia colocando nela o seu viés, percebendo, aprendendo, usando de suas experiências passadas e, acima de tudo, apoiando-se no *sensemaking* para materializar ações. Chaffee (1985) corrobora com a perspectiva cognitiva da estratégia ao defender que a tomada de decisão ocorre num processo interpretativo que resulta do intercâmbio de percepções entre *stakeholders* combinando elementos lineares e adaptativos.

Algumas estratégias emergentes são absorvidas pela gestão das organizações, numa forma de *racionalidade retrospectiva*, nos termos de Pfeffer (1974). Nestes casos, mesmo que seja perceptível a coerência durante a ação, as estratégias, em si, são notadas apenas em retrocesso. Estas estratégias, realizadas sem terem sido planejadas, mas, que contribuem para o alcance de objetivos e metas previamente estabelecidas são, posteriormente, associadas aos planos (PFEFFER; SALANSIK, 1974; MEYER Jr.; MANGOLIM, 2006). Um passo adiante é dado por Schön (1987) quando afirma que as pessoas aprendem enquanto agem (*reflection-in-action*). Mais do que o aprendizado como resultado da experiência, as pessoas desenvolvem novas capacidades enquanto agem e, suas descobertas, percepções e forma de agir se aprimoram com a prática.

Enfim, a concepção de estratégias “anda sobre dois pés”, um deliberado e outro emergente (MINTZBERG; QUINN, 2001). Note-se, então, que nem sempre estratégias pretendidas são realizadas, assim como nem todas as estratégias realizadas foram, necessariamente, pretendidas. Mesmo que as estratégias realizadas não se desviem totalmente das intenções, na maioria dos casos, elas não as atingem perfeitamente. Por uma miríade de fatores, as organizações nem sempre conseguem levar adiante os objetivos estabelecidos, da mesma forma que nem todas as análises e metodologias conseguem definir estratégias imunes a um ambiente propenso a mudanças (PFEFFER; SUTTON, 2006), e que alcança proporções muito maiores em organizações complexas.

A imprevisibilidade, comum em organizações complexas, inibe qualquer possibilidade de que estratégias sejam executadas tal qual intencionadas. Em organizações complexas e

adaptativas é muito comum a presença de incerteza, ambigüidade, interações, aprendizado e inovação, permitindo supor que as estratégias sejam muito mais emergentes do que deliberadas sem, contudo, a exclusão destas últimas.

A concepção de estratégias como modelo interpretativo, adaptativo e processo artesanal (incremental) é muito propícia para organizações com características complexas. A imprevisibilidade, a autonomia dos agentes e a não linearidade, comuns nestas organizações, exige dos agentes a capacidade de adaptação contínua, de aprendizado e de inovação, que dependem sobremaneira da interpretação destes agentes do ambiente que os cerca. Nestas organizações, como enfatizam Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 170-1), “[...] a formação da estratégia pode ter de ser um processo de aprendizagem coletiva simplesmente porque nenhuma autoridade central tem o poder de impor uma estratégia para toda a organização. Os vários atores devem elaborá-la através de ajustes mútuos, se forem capazes”. Neste sentido, Weick (1987, p. 222) observou que *“once people begin to act, they generate tangible outcomes in some context, and this helps them discover what is occurring, what needs to be explained, and what should be done next”*.

Ainda assim, gestores organizacionais continuam dando crédito aos planos e, ao perceber que seus planos são diferentes do que acontece na realidade, eles gastam ainda mais tempo planejando e menos tempo agindo. Para Pfeffer e Sutton (2006), isto acontece porque os gestores se esquecem de que *“[...] is that they do, not that they plan, that explain their success”* (p. 222). Afinal, ainda que estratégias sejam muito importantes, executá-las e executá-las bem, é fundamental, pois, a má execução é causa do insucesso de muitas estratégias bem escolhidas.

Uma das causas apontadas por Hrebiniak e Joyce (2001) para esta disfunção entre intenções e ações é o fato dos gestores possuírem maior preparação para planejarem do que para agirem. Na prática, a execução das estratégias não ocorre exatamente como intencionado, assim como muitas ações consideradas rotineiras podem assumir um caráter relevante para a consecução das estratégias organizacionais.

Nas últimas décadas, uma abordagem tem apresentado uma visão da estratégia mais focada no agente e, principalmente, nas práticas adotadas na execução da estratégia (WHITTINGTON, 1996; JOHNSON *et al.*, 2003; JARZABKOWSKI, 2003). Esta abordagem, chamada *“Strategy as Practice”* (SAP) tem foco nas práticas dos estrategistas dentro do contexto organizacional.

### 2.3.3 Estratégia como Prática Social

Para Johnson, Scholes e Whittington (2007, p. 12), a gestão estratégica “*includes understanding the strategic position of an organization, strategic choices for the future and managing strategy in action*”. Esta perspectiva envolve, necessariamente, o destaque para três elementos básicos das organizações: práticas, processos e pessoas. O entendimento acerca da participação destes três elementos na gestão estratégica das organizações tem evoluído muito ao longo dos anos. A partir de características destacadas por Cummings (2008) e apresentadas no Quadro 1, resgata-se algumas das principais perspectivas e sua contribuição para a evolução do pensamento estratégico.

<b>Estratégia</b>	<b>Era...</b>	<b>Passou a ser...</b>
<b>Prática</b>		
1. Estratégia...	Planos e objetivos de longo prazo	Ágil e intencional, orientação e animação
2. Estratégia vem de...	Análise racional e <i>top-down</i>	Atividades emergentes e micro práticas de planejamento em todo lugar
3. Escolha estratégica é...	Genérica, genérico, por exemplo, diferenciação, global ou local	“Ambos /e” pensamento
4. Bases reforçadas por...	Desenvolvimento organizacional específico de <i>benchmarking</i> das “melhores práticas”	Novas práticas
<b>Processos</b>		
5. Organização deve ser...	Hierárquica, genérica, representada pela distinção, padrões individualizados	Representada por organogramas únicos
6. Valor agregado representado...	Por meio de uma cadeia genérica de valor	Através de redes de valor líquido e fluído
7. Pressuposto subjacente é...	Eficiência incremental	Promoção do conhecimento
8. Visão e valores são...	Sobre a criação do futuro	Sobre lembranças e utilização do passado
<b>Pessoas</b>		
9. Pessoas chave são...	Alta administração e consultores	De diferentes áreas, incluindo todos os níveis
10. Estrategistas são...	Incrementalmente profissional	Incrementalmente amador
11. Empregados, gestores e estudantes...	Consumidores da estratégia	Produtores de estratégia
12. Pesquisa estratégica é...	Incrementalmente empírica	Incrementalmente intuitiva

Quadro 1 - Evolução do Pensamento Estratégico

Fonte: Adaptado de Cummings (2008)

A estratégia a partir de uma visão determinista, de longo prazo e concentrada essencialmente na alta administração faz parte do passado. Estudos cada vez mais têm demonstrado que gestores – e suas estratégias – são influenciados pela história, por questões políticas e por padrões de comportamento que emergem ao longo do tempo (MINTZBERG, 1994). As limitações de uma visão clássica da estratégia são reconhecidas em prol de uma realidade mais prática que considera e se volta, particularmente, à ambientes, incrementalmente, complexos e turbulentos.

Nos últimos anos, a idéia de “planejamento *top-down*” foi sendo substituída pela constatação de que agentes organizacionais do nível intermediário podem ter muito a contribuir (CUMMINGS, 2008). Trabalhos como o de Mintzberg (1994) apontaram que a interação – que é crucial na formação de estratégias – não acontece apenas entre CEOs e o ambiente. Ações estratégicas também ocorrem quando agentes organizacionais da base operacional interagem – com outros agentes organizacionais ou clientes – e reagem, antecipando situações e medidas. Assim, atividades operacionais do dia-a-dia podem ser ou tornarem-se estratégicas (CUMMINGS, 2008), ao assumir-se que estratégias também emergem de pequenas ou micro-ações e não, apenas da visão macro (WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKI, 2005; ROULEAU, 2005).

Diminuiu-se o foco na estrutura e resultados financeiros para um foco mais direcionado a processos administrativos, conhecimento tácito e cultura organizacional. Além de permitirem uma intenção estratégica geral e assegurarem coordenação, a ênfase em redes individuais, processos funcionais e cultura apropriada para a estratégia organizacional que, nesta perspectiva, surgem num processo de emersão ou ainda, adaptação. O estrategista deixa de ser o “planejador” e assume um papel de “orquestrador” como quem conduz e orienta permitindo a cada qual, o desempenho de seu papel.

Atualmente, reconhece-se que pessoas chave na gestão estratégica já não são consultores e executivos *seniors*. Os estrategistas estão distribuídos em todos os níveis da organização, desde a alta administração até a gestão intermediária e a operação (KANTER, 2004; JARZABKOWSKI, 2005). O processo é incrementalmente amador, no sentido de aprendizado contínuo, de participação e de evolução. Com o passar dos anos, o caráter essencialmente empírico e quantitativo da pesquisa estratégica tem perdido espaço para uma visão qualitativa, que valoriza aspectos intangíveis como o conhecimento e a intuição.

De fato, estratégia pode ser mais bem estudada menos como uma posição e mais como um aprendizado, que assume que as pessoas “aprendem fazendo”, nos termos de Schön

(1983). Tem ganhado relevância o papel desempenhado pelo agente, suas interações (STACEY, 1996; WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKI; FELTON, 2006) e elementos cognitivos presentes no processo de formação de estratégias (WEICK, 1969; CHAFFEE, 1985). A interpretação interfere no processo de formação de estratégias, da mesma forma como também influenciará nas escolhas dos agentes sobre quais ações e práticas adotar, neste processo. Isto ocorre porque o agente sente, possui interesses, constrói significados a partir dos quais interpreta a realidade que o cerca e toma as suas decisões.

Tradicionalmente, a estratégia tem sido tratada na literatura como sendo uma propriedade da organização (WHITTINGTON, 2006) de forma que, de uma maneira ou outra, a organização *tem* uma estratégia (PORTER, 1980; ANDREWS, 1996; MINTZBERG, 1994). A premissa da abordagem da estratégia como uma prática social é que estratégia não é algo que a *organização possui*, mas sim, algo que as *pessoas fazem* (WHITTINGTON, 1996). O arcabouço da perspectiva prática da estratégia é estruturado em torno de três principais pilares: práxis, práticas e praticantes (WHITTINGTON, 2006).

De acordo com a perspectiva prática estratégia é, antes de mais nada, uma “*socially accomplished activity, and second of strategizing as those actions, interactions and negotiations of multiple actors and the situated practices that they draw upon*” que reforça a visão de estratégia como sendo “*the orchestration of practices that are important to the activity of the organization as a whole*” (JARZABKOWSKI *et al.*, 2007, pp. 5-6). O papel de “*artful interpreters*” (CAMPBELL-HUNT, 2007, p.796) de práticas e práxis, desempenhado por agentes organizacionais (os *praticantes* da estratégia) é exaltado, com o objetivo explícito de “re-humanizar” a concepção de estratégia.

A concepção da abordagem prática no domínio dos estudos sobre estratégia organizacional remete a uma série de desenvolvimentos relacionados à teoria social e, dentro desta, a autores como Pierre Bourdieu, Michel de Certeau, Michel Foucault e Anthony Giddens (WHITTINGTON, 2006). A perspectiva prática também possui uma estreita relação com a atividade de gestão, em especial com “*como*” gestores “*fazem estratégia*” (*strategizing*) e reforça a concepção da estratégia como sendo uma prática social, o que implica em diferentes atores atuando em instâncias intra e extra-organizacionais. Neste sentido, adentra-se a organização para identificar quem são os efetivos estrategistas e para analisar, na minudência, como ocorre o processo de “fazer estratégia”.

São duas as direções para as quais o estudo da estratégia tem apontado. A primeira se volta ao ambiente externo, o que implica na agregação destas atividades dentro de um

fenômeno maior, de um sistema, o qual tem efeito sobre a sociedade como um todo (linha extra organizacional). A outra se volta ao *strategizing*, aos atores organizacionais e ao estudo detalhado de suas atividades estratégicas (atividades intra-organizacionais). A atividade estratégica, sob a perspectiva prática, pode estar ou não relacionada com a estratégia formal e afeta “*the strategic outcomes, directions, survival and competitive advantage*” (JARZABKOWSKI *et al.*, 2007) da organização.

Entender pessoas e seu comportamento no “fazer estratégia” é uma das questões-chave na abordagem da estratégia como uma prática social. Em geral, teorias sobre estratégia têm ignorado pessoas, suas emoções, motivações e ações na formação de estratégias. E quando os agentes são considerados, o foco recai sobre a alta administração (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009) e no processo de formulação de estratégias, ignorando sua execução (MEYER Jr.; PASCUCCI, 2009), que somente é possível devido à interação as pessoas e à sua capacidade de perceber e promover mudanças. A perspectiva da estratégia como uma prática social, por sua vez, tem estimulado o interesse em conhecer quem, de fato, faz estratégia nas organizações e como ocorre este processo, ou seja, “*speaking of practitioners themselves*” (WHITTINGTON, 1996, p.732).

Os praticantes são os atores da estratégia, são os estrategistas que, ao mesmo tempo, desempenham atividades e criam novas práticas (WHITTINGTON, 2006). São eles que detêm o conhecimento sobre a execução da tarefa e sobre o processo organizacional de decisão e execução da estratégia (WHITTINGTON, 1996). *Práxis* refere-se às atividades atuais, ao que as pessoas efetivamente fazem na prática do dia-a-dia. Prática estratégica envolve ações e rotinas de comportamento, incluindo tradições, normas e procedimentos de como agir e fazer uso das “coisas”, em sentido amplo. Recwitz (2002, p. 249) define práticas como sendo “[...] *routinized types of behavior which consist of several elements, interconnected to one another: forms of bodily activities, forms of mental activities, ‘things’ and their use, a background knowledge in the form of understanding, know-how, states of emotion and motivational knowledge*” o que integra, essencialmente, *sensemaking* e aprendizado.

As práticas estratégicas do dia-a-dia são padrões discerníveis de ações que surgem de tendências habitadas e disposições internalizadas de origem deliberada e intencional. A análise de como surgem e são executadas as estratégias perpassa pelo estudo de como ocorre o *strategizing*. Whittington (1996, p. 732) corroborou com esta posição ao afirmar que “*practice is concerned with the work of strategizing-all the meetings, the talking, the form filling and the number crunching by which strategy actually gets formulated and*

*implemented*”. Neste contexto, práticas estratégicas são executadas, formalmente ou informalmente, pelos agentes dentro da organização enquanto eles estão pensando, agindo e criando significados a partir de suas ações.

A interação entre estes três elementos e a estrutura conceitual da análise da estratégia como uma prática social pode ser visualizada na figura a seguir.

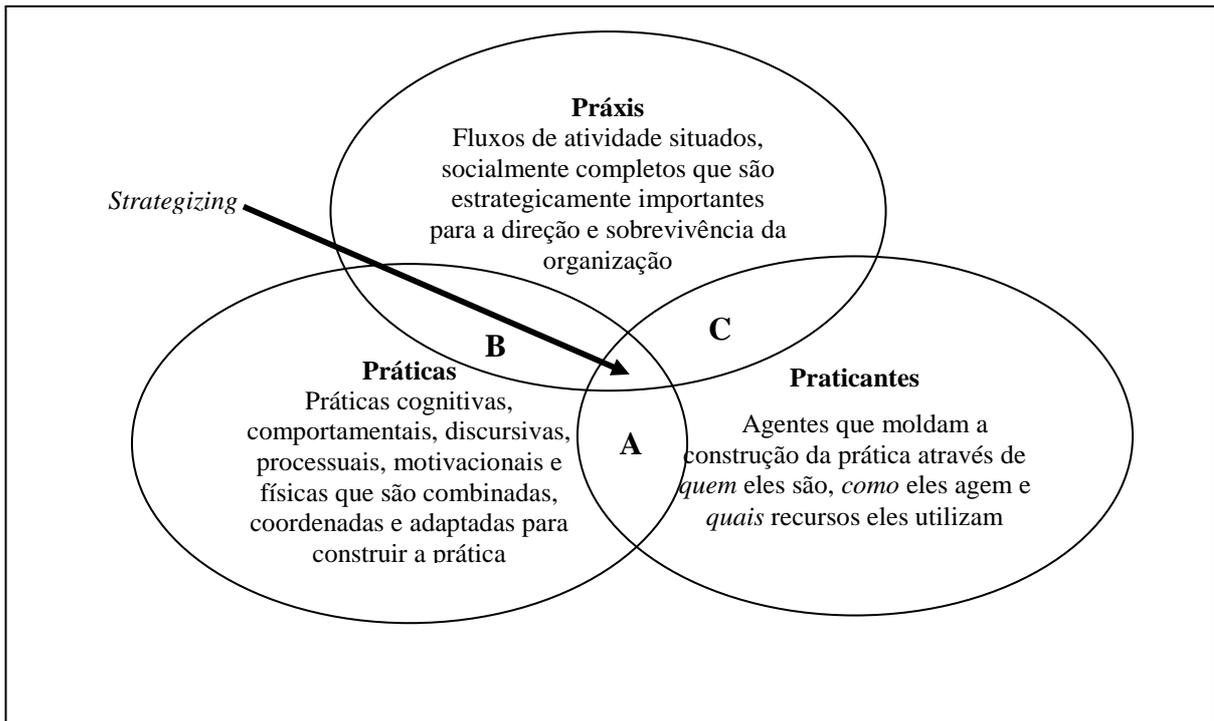


Figura 2 - Estrutura Conceitual para Análise da Estratégia como Prática  
Adaptado de Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007, p. 11).

É no processo estratégico que estes conceitos possuem relações intrínsecas entre si e são representados na Figura pelas letras A, B, e C. As práticas adotadas no processo estratégico são múltiplas, variadas e distintas de uma organização para outra. Elas podem ser ou não, específicas de determinada organização ou setor, podem estar inseridas em rotinas e procedimentos operacionais e culturais (NELSON; WINTER, 1982) e refletir uma forma de *strategizing*, ou seja, de se “fazer estratégia” (WHITTINGTON, 2006).

As práticas adotadas na execução das estratégias têm importância fundamental para o seu sucesso. Igualmente importante é que na *práxis* da estratégia há o trabalho da alta administração, mas, principalmente de gestores de nível intermediário e operacional (WHITTINGTON, 2003; KANTER, 2004). A consideração de *práxis* e de micro estratégias lança foco no papel dos agentes, nos vários níveis e unidades da organização em que eles

atuam. Assim, também os gestores de nível intermediário assumem um papel importante no "fazer" estratégia – ou *strategizing*.

Whittington (2002) ressalta que o processo de formação de estratégias é uma mistura de análise, de instinto, de rotina e espontaneidade, do acerto e do erro, tanto por parte da alta administração quanto dos níveis intermediários. O autor complementa ainda que “[...] depender apenas de análises formais financeiras e do planejamento corporativo é desligar-se das operações do dia-a-dia da organização como um todo, de onde as estratégias são realmente elaboradas” (WHITTINGTON, 2002, p. 67). Assim, é possível afirmar que, na prática, estratégias emergem muito mais de *práxis* e micro ações desenvolvidas por praticantes que são, em sua grande maioria, pertencentes aos níveis médio, intermediário e operacional e não, da alta administração.

A conexão crítica entre *práxis* intra-organizacional e as práticas organizacionais e extra-organizacionais está no papel desempenhado pelos praticantes. Dentre as práticas estratégicas, há aquelas em que os praticantes mais confiam a ponto de adotar em suas *práxis* (WHITTINGTON, 1996). Os praticantes são ativos na medida em que têm capacidade de adaptarem as práticas existentes, de sintetizar novas práticas além de introduzir novos praticantes e novas práticas, conjuntamente.

Mais do que um grupo social reativo (KNIGHTS; MORGAN, 1991), a estratégia como prática social exige que gestores sejam estrategistas proativos e responsáveis. A ênfase dos estudos relacionados ao tema recai sobre a estratégia como um amplo fenômeno social que desafia o que os gestores *fazem* e o seu *entendimento* sobre aquilo que *fazem*. Tal perspectiva permite supor que investigações com foco mais direcionado às atividades dos gestores, evidenciem fenômenos sociais surpreendentes contribuindo para uma melhor compreensão do processo de formação de estratégias nas organizações.

Estudos relacionados à gestão estratégica, sob a perspectiva prática têm abordado aprendizado (BROW; DUGUID, 1991); micro práticas de *sensemaking* e *sensegiving* (ROULEAU, 2005); o papel de gerentes de nível médio na gestão estratégica (HOPE, 2009), a influência de *stakeholders* externos na tomada de decisão (LUNDGREN; BLOM, 2009), bem como a manutenção da ordem em Sistemas Adaptativos Complexos (CAMPBELL-HUNT, 2007) e a relação entre micro atividades e práticas institucionalizadas (PASCUCCI; AUGUSTO, 2010).

Compreender como ocorre o *strategizing* em ambientes complexos ou pluralísticos tem sido uma preocupação de pesquisadores da abordagem prática da estratégia. Como apontaram

Jarzabkowski e Felton (2006), aspectos políticos e outras características muito presentes em organizações complexas têm sido inadequadamente abordados na gestão estratégica destas organizações, todavia, possuem importantes implicações sobre práticas e processos por elas adotados ao “fazer estratégia”. A natureza dinâmica e emergente das práticas, com base em princípios da teoria da complexidade, foi explorada por Antonacopoulou (2008) que identificou a existência de relações entre intensidade, integridade e intencionalidade subjacentes à prática. Num caminho inverso ao pretendido neste estudo, a dinamicidade e emergência, próprias de sistemas complexos, têm sido utilizadas para o entendimento da criação de práticas pelos agentes organizacionais.

A aproximação entre Sistemas Adaptativos Complexos e a perspectiva prática da estratégia também foi explorada Campbell-Hunt (2007). O autor destaca que práxis emergem de um processo dinâmico e, quando sedimentadas, tornam-se práticas que replicam rotinas que, ao longo do tempo, compõem o que vem a ser reconhecido como estratégico para a organização. Neste sentido, práxis, são semelhantes à SAC porque ambos são dinâmicos, requerem fluxos contínuos de energia para manter sua atividade e estrutura, envolvem interação, respondem a pequenos estímulos e respeitam esquemas e papéis estabelecidos.

Em hospitais, muitas rotinas e práxis executadas por profissionais, com base em seu conhecimento tácito, podem ter implicações estratégicas. Considerando o setor público, organizações profissionais e setores regulamentados Jarzabkowski e Felton (2006) identificaram diferentes aspectos de *strategizing* e de gestão estratégica. Considerando três universidades do Reino Unido, Jarzabkowski (2003) identificou relações existentes entre práticas estratégicas, continuidade e mudança. Considerando sistemas de saúde e hospitais, Denis, Langley e Rouleau (2006) analisaram o poder dos números no *strategizing* e Meyer Jr. e Pascucci (2009), analisando estratégias em hospitais, concluíram que na maioria das vezes, são os gestores intermediários – e não a alta administração – que respondem pelas principais práticas estratégicas adotadas na organização.

Em organizações complexas como hospitais, a estratégia é desenvolvida por “praticantes” internos e externos os quais são mutuamente dependentes em um processo que, por sua vez, não é totalmente claro (Johnson *et al.*, 2007). A estratégia, raramente é resultado de uma decisão individual e, em hospitais por serem organizações profissionais, muito menos. A própria definição de estratégia como “*a situated, socially accomplished activity*” (JARZABKOWSKI *et al.*, 2007, p.7) evidencia a multiplicidade de pessoas e as interações necessárias para sua execução.

Assim, como apontaram Weick e Roberts (1993), entender o *sensemaking* de grupos, inevitavelmente compreende entender suas atividades, em termos *do que* as pessoas fazem *como* elas interagem e também *sua influência* sobre o que fazem.

### 2.3.4 *Sensemaking* na Formação de Estratégias

A decisão organizacional é resultado de vários aspectos de ordem organizacional, cultural, social e político, mas, principalmente, da percepção e interpretação dos agentes. Consciente ou inconscientemente, são os agentes que definem “quais” aspectos da realidade serão percebidos, “como” serão interpretados e suas implicações nas decisões e escolhas. Neste contexto, situações semelhantes podem ter diferentes significados para diferentes pessoas, grupos e organizações (WEICK, 1969).

As organizações, para Weick (2001), são conjuntos de pessoas gerando sentido do que acontece ao redor delas. Na geração de sentido, o processo de entendimento inclui: a compreensão – que envolve trocas entre generalidade, precisão e simplicidade; a previsibilidade; a experiência que é armazenada em mapas causais; uma ordem que lembra as profecias auto realizadoras; a ativação de um sensor complexo para a compreensão de palavras complexas; e o *sensemaking*.

São várias as definições existentes para *sensemaking*. Para Gioia e Chittipeddi (1991), *sensemaking* refere-se à construção e reconstrução de significado pelas partes envolvidas à medida que elas buscam desenvolver um quadro de referência significativo para compreender a natureza de determinado processo. Para Sackman (1991) os agentes organizacionais se utilizam de mecanismos de *sensemaking* para atribuir significado a eventos, os quais incluem padrões e regras existentes para percepção, interpretação, crenças e ações. Neste contexto, eventos organizacionais podem ser desde o processo de tomada de decisão até mesmo estratégias e práticas organizacionais. Nas organizações, os agentes estão a todo o momento fazendo sentido dos acontecimentos ao seu redor.

O processo de *sensemaking* é fundamentalmente interpretativo, embora *sensemaking* e interpretação não sejam conceitos equivalentes. Considerando-se as formas pelas quais os agentes geram o que eles interpretam, a interpretação refere-se ao “o que” está sendo interpretado enquanto que o *sensemaking* preocupa-se com o “como”.

A tarefa de interpretar o ambiente já foi enfatizada por Daft e Weick (1984) como uma das funções mais importantes dos gestores organizacionais. Estes autores definem interpretação organizacional como sendo “um processo de traduzir eventos e desenvolver entendimentos e esquemas conceituais compartilhados entre membros da alta gerência” (DAFT; WEICK, 1984, p. 286). Ainda segundo os autores, este processo acontece por intermédio de um modelo de tripla procura: o esforço por coletar dados, a interpretação propriamente dita (a construção e atribuição de significado aos dados coletados) e aprendizagem (especificamente, a ação).

Para Daft e Weick (1984, p. 286) a interpretação ocorre “antes da aprendizagem e ação organizacionais”. Faz parte deste processo, um canal de *feedback* entre ação e interpretação que garante um sentido circular ao modelo. Isto ocorre porque a interpretação captura não apenas o efeito da cognição na ação, mas, também o efeito da ação na cognição. A geração de sentido – resultado da interpretação que está relacionada com o jeito de ser e de ver o mundo por parte das pessoas – influencia suas decisões e escolhas, assim como decisões e escolhas também são influenciadas pelas situações vividas.

O *sensemaking* tem muita semelhança com a atividade de cartografia (WEICK, 2001). Para desenhar um mapa, os cartógrafos fazem uso de variados e diferentes tipos de projeções. O que o cartógrafo mapeia, entretanto, dependerá de onde ele observa, como observa, o que quer representar e os instrumentos adotados por ele para esta representação. Fundamentalmente, não há um mapa que seja o melhor, mas sim, uma infinidade deles para o mesmo terreno e que apresentam inúmeras possibilidades de representações resultantes das diferentes percepções dos cartógrafos que os desenharam.

A analogia entre *sensemaking* e cartografia evidencia alguns pontos fundamentais. Dentre eles, Weick (2001, p. 9) destacou que “*the indefinite number of plausible maps that can be constructed, the role of imagination and need in the determination of the projections actually used, and the fact that the activity of sensemaking is largely social*”. Assim também ocorre na construção da realidade: esta varia de organização para organização, de grupos para grupos e de pessoa para pessoa. Como cartógrafos, pessoas diferentes constroem a realidade diferentemente.

Estes aspectos são importantes serem ressaltados pelo fato de organizações serem vistas como a única forma social que envolve “*choice, visibility, and irrevocability*” (WEICK, 2001, p. 7). Stacey (1996, p. 30) corroborou com este entendimento quando afirmou que, nas organizações, os agentes “*choose what to discover, how to make sense of what they discover,*

*and what action to take in response to that meaning*”. Ao fazerem escolhas, os agentes fazem uso de *esquemas* individuais e outros, compartilhados. Esquemas individuais envolvem um conjunto de *scripts* – também entendidos como padrões de comportamento seguidos pelo agente –, regras de avaliação, de decisão ou de funcionamento de processos e modelos mentais (BADDELEY, 1990). O outro tipo de esquema que agentes utilizam para fazer suas escolhas consiste na definição de regras que fazem parte de uma burocracia ou cultura compartilhada, que se aplicam à organização como um todo ou a grupos específicos dentro da organização.

As escolhas afetam as tarefas em que as pessoas estão envolvidas, afetam os rumos e as razões que as movem, afetam valores e planos almejados, assim como relacionamentos. Sempre que pessoas agem, suas ações podem tornar-se comprometedoras se tais ações ocorrem em um contexto de alta escolha, alta visibilidade e alta irreversibilidade (WEICK, 2001). Ações que ocorrem sob estas circunstâncias, em geral são seguidas de “justificativas”. As justificativas, por sua vez, tornam-se importantes fontes de estrutura social, de cultura e de normas, na medida em que as pessoas fazem trocas para manutenção da sociabilidade.

Com objetivo de melhor entender o papel da interpretação no processo de tomada de decisão, Daft e Weick (1984) propõem um jogo chamado de “jogo das 20 questões”. Há duas formas de se jogar e, na primeira delas há uma resposta única previamente definida que deve ser descoberta pelo jogador que faz as questões. Na segunda possibilidade do jogo, a resposta será definida apenas no processo de perguntas e respostas.

Destaca-se que o agente que elabora as questões e tenta descobrir a resposta não tem conhecimento de que pode não haver uma resposta previamente definida. Assim, ele poderia jogar das duas formas, pois, a sua resposta depende amplamente do que ele acredita e do seu modo de agir em relação ao contexto. Esta analogia se aplica perfeitamente no contexto organizacional podendo-se afirmar, inclusive, que é um elemento chave na determinação das diferenças entre jogadores (DAFT; WEICK, 1984). Na segunda possibilidade do jogo uma possível analogia recai sobre a relação entre as organizações e seus ambientes, de forma que os ambientes são percebidos como estímulos aos agentes organizacionais, embora as respostas não sejam automáticas, mas, dependam de processos de definição, de significação e de ação por parte dos agentes. Neste contexto, o ambiente frequentado pelos agentes e as interações existentes, têm influência sobre a sua interpretação individual, suas escolhas e decisões.

Uma das principais contribuições da teoria interpretativa de Weick (1969; 1982; 1995; 2001) é a noção de retrospectção. A partir de uma noção fenomenológica da sociologia, Weick

(1995, p. 24) conclui que “[...] as pessoas podem saber o que elas estão fazendo somente depois que elas o fizeram”. Neste sentido, a construção de significado para Weick (1995) é um processo de atenção sobre o que já ocorreu. Não é sobre o presente que se constrói significado, mas é o presente a base de significação do que já ocorreu e assim, o que está ocorrendo afeta o significado do que já ocorreu. Este aspecto ganha toda a importância no contexto organizacional, na medida em que a teoria interpretativa analisa a relação entre significado, ação e resultados da ação.

Ao agirem, as pessoas absorvem a incerteza, rearranjam situações e impõem contingências que podem não ter sido percebidas antes. O resultado é um “modelo de estratégia” chamado por Weick (1987) de “estratégia *just-in-time*”. Nela, o investimento maior estaria no conhecimento geral, no vasto repertório de talentos, na confiança em intuições e na habilidade dos agentes. Nesta perspectiva, não há estratégias deliberadas. Ações são desenvolvidas e são assumidas como estratégias, retrospectivamente. Como em um processo de improvisação a estratégia surge, é interpretada, ganha significado determinado e passa a ser tratada segundo esta percepção até ser concluída. Pfeffer e Salancik (1974) adotaram o termo *racionalidade retrospectiva* para se referir às estratégias que, sem terem sido planejadas, são absorvidas pelas organizações e, posteriormente, associadas aos planos.

Um ponto de vista diferente é apontado por Schön (1983), para quem, as pessoas aprendem enquanto agem. O termo *reflection-in-action* foi cunhado pelo autor para demonstrar que a reflexão do agente durante determinada ação pode servir, inclusive, como um corretivo sobre aquilo que se julgava aprendido e gerar novo conhecimento. Isto acontece porque, para Schön (1983, p. 61), “*through reflection, he can surface and criticize the tacit understandings that have grown up around the repetitive experiences of a specialized practice, and can make new sense*”. Nesta perspectiva, o agente não separa o pensamento da ação. Ao contrário, estas são atividades interativas onde a experimentação é assumida como uma espécie de ação e, a execução de fato, é construída durante a sua investigação.

Seja na perspectiva de Weick (1995) ou de Schön (1983), a interpretação é uma característica intrínseca aos agentes de sistemas complexos. Montenegro e Bulgacov (1999, p. 6) apontam que em situações ambíguas, o agente organizacional “fará sentido daquilo dando continuidade ao processo de *sensemaking* e, numa organização, ao processo de *organizing*<sup>14</sup>”, onde o indivíduo, de forma dinâmica, irá agir, fazendo escolhas e retendo informações

---

<sup>14</sup> *Organizing* é o termo utilizado por Weick (1969) ao referir-se ao processo de *sensemaking* coletivo.

relevantes para ações futuras, diminuindo assim, a ambiguidade. Da mesma forma, a capacidade de improvisação dos agentes em sistemas complexos é fundamental para a adaptação destas organizações, na convivência com a ambiguidade, imprevisibilidade e a dinamicidade.

Improvisação, por exemplo, resulta muito mais de interpretação do que de um processo de tomada de decisão (WEICK, 2001). Pessoas somente improvisam quando constroem sentido a partir das situações que emergem. Em geral, a imprevisibilidade e o desconhecimento das consequências forçam as pessoas a revisar seu senso a partir “do que está acontecendo” e “do que pode ser feito”. É esta nova interpretação da situação – mais do que a decisão inicial – que guia as ações que se desencadearão.

Weick (2001) já destacou que “*there are more routes to orderliness than the one through intention, planning and implementation*”. A ordenação mencionada pelo autor, pode também resultar da improvisação, com base no profundo conhecimento do processo e dos recursos envolvidos. Apenas o conhecimento aprofundado da organização, das práticas e de processos permite recombinações artesanais entre elementos e materiais aparentemente diversos, mas, que podem fazer uma grande diferença no processo e, conseqüentemente, na implementação de estratégias. Neste sentido, os praticantes da estratégia estão em diferentes níveis da organização, desde a alta administração até – e principalmente – próximos da operação.

Sob a perspectiva da improvisação, o processo – ou, neste caso, a estratégia – passa a ser sinônimo de *bricolagem* e o “estrategista” seria como um *Bricoleur*. De origem francesa, o termo *Bricoleur* foi cunhado por Lévi-Strauss (1970) e tem como principal característica a execução de tarefas com materiais e ferramentas que esta pessoa tem à mão. A diferença entre um *Bricoleur* e um engenheiro ou arquiteto, por exemplo, é que ao contrário destes últimos, os materiais utilizados pelo *Bricoleur* não precisam ter relação com algum processo em especial. O *Bricoleur* adequa as ferramentas disponíveis e busca as alternativas, de forma criativa, a fim de alcançar os melhores resultados mesmo que não possua as ferramentas mais apropriadas.

A improvisação, como um processo de *bricolagem*, permite que agentes alcancem resultados surpreendentes ao lidar com o inesperado, ao rever processos, ao buscar soluções alternativas pelo simples fato de conhecerem situações com tamanha profundidade que, por vezes, o processo de improvisação pode ser até mesmo inconsciente. Atitudes de improvisação dos agentes no dia-a-dia refletem diretamente na adaptação do sistema, na

medida em que seus resultados podem ser estratégicos para a organização. A adaptação e, conseqüentemente, a improvisação tem estreita relação com o desenvolvimento da capacidade de aprendizado que, por sua vez, resulta da forma como a informação é interpretada e trabalhada para a extração de regularidades e construção de esquemas que são continuamente mudados a partir da experiência.

Não é recente a consideração do esforço interpretativo na gestão estratégica. Assim como Weick (1969), autores como Pettigrew (1977), Chaffee (1985), Orton e Weick (1990) e Porac e Thomas (2006), por exemplo, têm exaltado aspectos cognitivos, como a interpretação, ao abordarem a gestão estratégica. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p.196) enfatizaram que a formação da estratégia é um processo de interação social, baseado nas crenças e nas interpretações comuns aos membros de uma organização.

O Modelo Interpretativo de Chaffee (1985) tem como premissa a consideração da realidade como sendo socialmente construída e não, como algo externo ou estritamente objetivo. A estratégia, sob este prisma, pode ser apreendida de forma diferenciada pelos agentes na medida em que cada um a interpreta a partir de suas crenças, interesses e visão de mundo. Chaffee (1985, p. 93) destaca que, no modelo de estratégia interpretativa, “[...] *reality is defined through a process of social interchange in which perceptions are affirmed, modified, or replaced according to their apparent congruence with the perceptions of others*”.

Na perspectiva Interpretativa, o foco recai sobre a estratégia como uma espécie de “contrato social”, exaltando o sistema social que compõe a organização (CHAFFEE, 1985). Os *stakeholders*, por sua vez, são motivados a crer e agir para atender as expectativas organizacionais. Assim, organizações são sistemas interpretativos em que os agentes organizacionais atribuem maior importância a determinados fatos ou eventos e menor importância a outros, com repercussão no seu comportamento. A estratégia interpretativa também é produto parcial de decisões do ambiente e de dilemas inter-organizacionais que, assim como o modelo adaptativo, enfatiza a natureza política e processual da estratégia (PETTIGREW, 1977; CHAFFEE, 1985).

Há tempos, a aprendizagem deixou de ser estudada apenas no aspecto relacionado ao comportamento humano. Para Argyris (1985) as pessoas possuem mapas cognitivos que orientam suas atitudes e lhes permite planejar, executar e revisar atitudes. Nesta perspectiva, além da interpretação com relação ao que ocorreu no passado, os agentes também aprendem enquanto fazem o que envolve a detecção e correção de erros por meio da prática (ARGYRIS;

SCHÖN, 1978; SCHÖN, 1983). Na perspectiva dos SAC, esta situação acontece a partir da interação de agentes que, baseados em seus mapas cognitivos, analisam, interpretam e aprendem por meio de *loops* de descoberta-escolha-ação (STACEY, 1996). Ressalta-se então, o papel e o potencial influenciador que elementos cognitivos, como o *sensemaking* na forma como a estratégia acontecem nas organizações, especialmente, em organizações complexas.

### 2.3.5 Formação de Estratégia em Sistemas Complexos

Após uma revisão dos principais conceitos relacionados à estratégia organizacional, passa-se a examinar a estratégia e sua formação entre SAC, foco maior do estudo. SAC representam uma nova abordagem que busca simplificar o complexo por meio da proposição de novas formas de análise de modelos não-lineares e do comportamento dinâmico das organizações (ANDERSON, 1999). É a própria complexidade do sistema, segundo Morin (2002), que atrai a estratégia, pois, somente com estratégias se consegue avançar no incerto e no aleatório.

As diversas maneiras com que os agentes respondem às circunstâncias e perseguem suas metas, são formas com que a estratégia é expressa nestes sistemas (AXELROD; COHEN, 1999). A análise da concepção de estratégias em SAC implica no reconhecimento de que tais sistemas estudam as redes de *feedback* não-lineares que operam em meio a tensão instalada entre um sistema legitimado (formal) e o *shadow system* (informal) sendo que os múltiplos agentes que a compõem, interagem e aprendem (em “*single*” e em “*double loop learning*”).

Da interação e aprendizado emergem novos padrões de desempenho não previstos antecipadamente. Esta concepção de estratégia sugere uma lógica de causalidade diferente, onde os sistemas, sujeitos à imprevisibilidade e à auto-organização, tornam-se criativos para produzir resultados emergentes (STACEY, 1996). Lissak e Gunz (1999, p. 16) corroboraram, neste sentido, ao afirmarem que “*in a complex world, strategy is a set of process for monitoring the behaviors of both the world and the agents of the organization, observing where potential attractors are, and attempting to supply resources and incentives for future moves*”.

Para Axelrod e Cohen (1999), a estratégia em SAC se dá a partir de duas características básicas, a iteração e a interação. A primeira delas representa os movimentos de repetição (avanços e recuos) e é uma forma de buscar o aperfeiçoamento, fundamental no processo de aprendizado. A interação, por sua vez, é fundamental na execução das estratégias. Os eventos de interesse dentro de um sistema (objetivos, metas e estratégias, por exemplo) são materializados a partir de interações entre seus agentes. O padrão de interação é altamente assimétrico, dependendo de onde cada agente interage (um gestor, por exemplo, diferente de outros agentes do sistema, tem condições de fazer suas mensagens chegarem rápida e simultaneamente a muitos agentes).

“Proximidade” e “ativação” são fatores determinantes no processo de interação. Conceitualmente, a proximidade “[...] determine how agents come to be likely to interact with each other”, enquanto que a ativação “[...] determine the sequencing of their activity” (AXELROD; COHEN, 1999, p.68). No contexto organizacional as interações se dão por meio de *redes de feedback* entre agentes e podem privilegiar a hierarquia organizacional, amizades e grupos de afiliação. O tempo e a sequência em que se dão as interações formam ciclos e estes dependem da abrangência das interações necessárias ao alcance dos interesses dos agentes.

Em sistemas imprevisíveis, não lineares e compostos por membros autônomos com esquemas diferenciados, a materialização de intenções exige que agentes sejam como arquitetos (ANDERSON, 1999, p. 229), pois segundo o autor:

In his or her role as organizational architect, the strategist influences the extent of improvisation, the nature of collaboration, the characteristic rhythm of innovation, and the number and nature of experimental probes by changing structure and demography [...] When agents are added to, deleted from, or recombined within a network, a coevolutionary cascade results; in dynamic equilibrium, some of these cascades will result in large-scale adaptation, allowing a continuous series of small changes to generate evolution in a punctuated equilibrium.

A “arquitetura” em que se transforma o processo de formação de estratégias nestas organizações é desenvolvida a partir de um conjunto de elementos presentes em SAC que, além da iteração, a interação, aprendizado e criatividade, envolvem ainda o elemento interpretação. Levando para a Teoria Organizacional e para uma analogia proposta por Weick (2001), o estrategista de organizações complexas seria um *Bricoleur* por construir a estratégia a partir de sua visão de mundo e com instrumentos que possui, explorando o conhecimento

aprofundado que tem do sistema. Neste processo, criatividade e improvisação são essenciais e desenvolvidos a partir de *esquemas* individuais que orientam *práxis* e micro ações.

A perspectiva de que as pessoas “aprendem fazendo” proposta por Schön (1983) se aplica perfeitamente aos sistemas complexos. Isto ocorre quando o *esquema* de condução do comportamento é alterado em função das respostas que o comportamento provoca. Assim, as regras de comportamento são alteradas quase que simultaneamente a mudança de comportamento do agente. O aprendizado ocorre em tempo real e envolve, de alguma forma, um *feedback* positivo, porque as consequências comportamentais são ampliadas para provocarem mudanças no *esquema* que é desestabilizado na parte em que foi substituída.

Ainda que se reconheça que experiências anteriores contribuam para o aprendizado do agente, a dinamicidade de sistemas complexos pode inibir a repetição de situações passadas (RICHARDSON, 2008). Isto ocorre pela existência de um processo que Stacey (1996) denomina de *coevolucionário*, porque o comportamento dos agentes é ajustado em função de suas consequências. Assim, as ações são mantidas quando respostas são favoráveis e são modificadas quando respostas são desfavoráveis ao agente. Na medida em que agentes aprendem, improvisam e criam novas formas de agir de forma evolutiva. Por vezes este processo pode ser até mesmo inconsciente, tornando-se evidente somente após o fim do processo, numa racionalidade retrospectiva (WEICK, 1969; MINTZBERG; WATERS; 1985; PFEFFER, 1987).

Para conseguirem operar em ambiente fora de uma situação de equilíbrio, é essencial o conhecimento do sistema em profundidade. Somente assim agentes conseguirão identificar como o sistema pode ser intencionalmente redesenhado de maneira a operar mais eficientemente ou efetivamente. Neste processo, tornam-se fundamentais o carisma, a influência e as interações de líderes de sistemas complexos não lineares para o alcance dos resultados intencionados. Este processo é contínuo e a materialização das estratégias depende de agentes interessados e do êxito da “operação” junto aos envolvidos.

Três propriedades dos agentes são destacadas por Axelrod e Cohen (1999) como influenciadores neste processo: a *posição*, que diz respeito ao seu local de operação; a *capacidade*, que se refere a sua capacidade de afetar o sistema e a organização, assim como o ambiente externo; e a *memória*, que diz respeito às percepções que o agente carrega de seu passado, de sua história de vida. Desta forma, para compreender como as estratégias mudam ao longo do tempo em sistemas complexos é necessário entender também o comportamento dos agentes, a partir das propriedades que orientam sua visão de mundo e suas atitudes.

É comum que em organizações complexas as estratégias sejam, em grande parte, emergentes (ANDERSON, 1999). Em SAC, estratégias “*includes deliberate choice, in the sense of the term ‘business strategy’, but it also includes patterns of response that pursue goals with little or no deliberation*” (AXELROD; COHEN, 1999, p. 4). Para Anderson (1999), em ambientes de natureza complexa e comportamento não linear, mudanças adaptativas devem ser evolutivas e não, rigidamente planejadas.

Para Mintzberg (1978), a estratégia não é um plano fixo e sequenciado, nem tampouco sofre alterações sistemáticas e pré-estabelecidas pelos gestores. Este mesmo autor ressalta que, diante dos imprevistos de um ambiente turbulento, nem mesmo as melhores técnicas de planejamento terão utilidade. Isto acontece porque em situações de turbulência, os padrões de mudança são bastante irregulares e *ad hoc*, “*with a complex intermingling or periods of continuity, change, flux, limbo, and so on*” (MINTZBERG, 1978, p. 943). Contudo, o mesmo autor reforça que isto não significa que os padrões de formação de estratégia não existem, mas sim, que há a necessidade de os gestores melhor compreenderem suas estratégias a fim de identificarem consistências.

Em organizações complexas o pensamento estratégico é descentralizado e perpassa diferentes níveis da hierarquia organizacional. A consciência e a capacidade sistêmica e autodidata (autônoma) comum aos agentes de organizações com características complexas, fazem deles “*artful interpreters*” (CAMPBELL-HUNT, 2007) de processos com reflexos fundamentais no desenvolvimento de *práxis* e rotinas essenciais à execução das estratégias. Uma vez que agentes estratégicos estão espalhados por toda a organização em diferentes níveis e funções, como destacado por Jarzabkowski e Felton (2006), é de fundamental importância o estímulo contínuo ao diálogo entre alta administração e gestores intermediários. As autoras ressaltam ainda que as percepção e inovações deste grupo de agentes são essenciais para o *strategizing* em organizações complexas. Tais constatações reforçam a necessidade de que organizações selecionem e preparem agentes não para serem “meros executores de ordens, mas, em especial, para o papel de tomadores de decisão, exercitando seus julgamentos e criatividade” (REBELO, 2004, p. 108).

A dificuldade de predição em sistemas complexos requer a consideração de conceitos de conhecimento tático (AXELROD; COHEN, 1999). A tática demonstra a habilidade de pensar e agir simultaneamente. A interpretação, a construção de significados e o conhecimento aprofundado do sistema pelos agentes lhes permitem desenvolver soluções criativas de adaptação. Pelas características que lhes são pertinentes, a capacidade de predição em SAC é

muito limitada. Mesmo assim, os sistemas conseguem desenvolver estratégias que lhes conduza à auto-organização e evolução.

Na perspectiva dos SAC, não há separação entre o processo de formulação e de implementação de estratégias uma vez que a estratégia é descoberta durante a ação. Todavia, assim como apontaram Hrebiniak e Joyce (2001), a análise da gestão estratégica em organizações revela que muitas variáveis relacionadas à execução são fundamentalmente importantes para explicar o processo de formação e também o desempenho da organização. Daí a importância e a necessidade de se buscar a compreensão do todo, analisando as partes que o compõem. A análise de como ocorre o processo de formação de estratégias, nestas organizações, requer o entendimento da sua dinâmica de origem e contribui para a compreensão de como elementos da complexidade influenciam – positiva ou negativamente – na gestão estratégica das organizações.

O pensamento da complexidade apresenta à Teoria Organizacional conceitos que muito podem contribuir para a gestão estratégica, em especial, organizações complexas. O entendimento de como os sistemas complexos, envoltos em uma aparente situação de desordem e caos, se adaptam e evoluem, abre caminho para que as organizações percebam a complexidade não como um problema a ser enfrentado, mas como uma oportunidade de estabelecer um diferencial que lhes permitam melhores condições de lidarem com fatores internos e externos, muitos deles imprevisíveis.

### **2.3.6 Síntese da Seção**

Assim como mapas da analogia proposta por Weick (1976), o valor dos planos estratégicos, por vezes, é apenas simbólico e proporcional à segurança que transmitem aos gestores. Afinal, como ressaltaram Hrebiniak e Joyce (2001), os gestores são muito mais preparados para elaborar planos do que para executá-los. O resultado é que, embora o pensamento estratégico tenha evoluído ao longo dos anos, a execução das estratégias continua sendo o grande desafio de gestores, consultores e pesquisadores.

A intencionalidade, a centralização da gestão estratégica na cúpula e o horizonte de longo prazo ficaram no passado. Alta administração e consultores continuam sendo importantes, mas, assumiu-se o entendimento de que a gestão estratégica é influenciada por

agentes de diferentes níveis hierárquicos, em especial em organizações complexas onde o nível de profissionalismo e autonomia dos agentes se faz presente. O homem, como um ser social, tem suas decisões afetadas por fatores cognitivos, culturais, institucionais e, especialmente, por possuírem uma racionalidade que é limitada.

Assim, planos estratégicos não podem ser mecanicistas, lógicos e formalmente elaborados como apregoado por pensadores da Escola Clássica. Ao contrário, a concepção da estratégia passa a ser reconhecida como sendo amadora, incremental e influenciada por elementos cognitivos. Fundamentalmente, as estratégias deixam de ser assumidas, em sua essência, como deliberadas e intencionais e reconhece-se a predominância de sua característica emergente onde reflexão e ação se mesclam.

Em organizações complexas, inexistente a dicotomia entre formulação e implementação. Mais do que resultados de análise retrospectiva, assume-se que o agente “aprende fazendo”, assim, o aprendizado é mais do que o resultado de experiências anteriores, ele é construído a partir da prática. Neste contexto, a análise da gestão estratégica em organizações revela que muitas variáveis relacionadas à fase de execução são fundamentalmente importantes para explicar o processo de formação de estratégias, daí a importância de buscar a compreensão do todo, analisando as partes que o compõem e, a operação de fato.

Uma visão da estratégia mais focada no agente tem aproximado a estratégia da operação ao estudar o que gestores fazem quando criam estratégias. Esta perspectiva reforça o processo de *strategizing*, com foco nos atores organizacionais e no estudo detalhado de suas atividades estratégicas, ao considerar três elementos-chave: práticas, *práxis* e pessoas, como sendo os reais estrategistas. A perspectiva prática considera a estratégia como algo que emerge muito mais de *práxis*, rotinas e micro ações, do que de um processo concentrado em decisões da cúpula organizacional. Este olhar à operação e ao comportamento dos agentes enquanto desempenham suas atividades contribui sobremaneira para a análise de como ocorre o *strategizing* em ambientes complexos ou pluralísticos.

O foco no agente como estrategista, exalta o *sensemaking* como um elemento essencial no processo de formação de estratégias. A percepção e a interpretação do ambiente por parte do agente influenciam suas escolhas, decisões e atitudes e isso sofre alterações de pessoa para pessoa. A capacidade de interpretação individual, aliada ao conhecimento aprofundado de determinadas tarefas permite que agentes inovem por meio da improvisação. Este processo pode ocorrer até mesmo inconscientemente, como nas analogias do arquiteto (ANDERSON, 1999) e do *Bricoleur* (WEIK, 2001). Afinal, as pessoas somente conseguem improvisar

quando conhecem em profundidade a ponto de construírem significado a partir das situações que emergem.

O caminho proposto para a análise de como hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos, se adaptam, se auto organizam e evoluem, remete ao estudo aprofundado tanto das práticas estratégicas adotadas por estas organizações, como também da capacidade individual de interpretação, construção de significado, aprendizado e adaptação, por parte dos agentes.

## 2.4 Formação de Estratégias em Hospitais

Na última seção deste capítulo são construídas relações teóricas em torno dos principais conceitos que embasam a discussão sobre formação de estratégias em organizações hospitalares objetivo deste estudo.

Resgata-se, primeiramente, a visão tradicional denominada de mecanicista por Hrebiniak (2006) e que tem respaldado a formação de estratégia em organizações. Contrários a esta perspectiva, Johnson, Scholes e Whittington (2007, p. 609), destacam que sistemas de planejamento altamente formalizados e rígidos, com mecanismos de controle estritos e detalhados tornam a organização menos flexível para mudanças, com consequente “*repressão de ideias e de capacidade inovadora*”. As características apresentadas por Wit e Meyer (2010) para a perspectiva racional também destacam o caráter restritivo com que a estratégia é assumida, nesta perspectiva.

<b>Característica</b>	<b>Perspectiva Racional</b>
<b>Ênfase</b>	Lógica sobre a criatividade
<b>Estilo cognitivo dominante</b>	Analítico
<b>O pensamento segue</b>	Regras fixas e formais
<b>Natureza do pensamento</b>	Dedutivo ou computacional
<b>Direção do pensamento</b>	Vertical
<b>Problemas de definição vistos como</b>	Atividades de reconhecimento e análise
<b>Problemas de resolução vistos como</b>	Atividades de formulação e implementação
<b>Valor atribuído à</b>	Consistência e rigor
<b>Pressuposto sobre a realidade</b>	Objetivo e (parcialmente) conhecido
<b>Pensamento prejudicado por</b>	Informação incompleta
<b>Decisões baseadas em</b>	Cálculo
<b>Metáfora</b>	Estratégia como ciência

Quadro 2 – Características da Perspectiva Racional

Fonte: Adaptado de Wit e Meyer (2010, p. 71).

Elementos da complexidade (SAC) como a não linearidade, a incerteza e o comportamento autônomo dos agentes, presentes em organizações hospitalares, podem limitar a aplicação de características de modelos de gestão determinísticos e mecanicistas, como as apresentadas no Quadro 2, para a perspectiva racional. Diferente de outros contextos organizacionais, a gestão estratégica em hospitais não parece resultar de intenções racionais previamente estabelecidas por meio de um processo dicotômico entre formulação e implementação de estratégias.

Em ambientes instáveis e complexos, a distinção entre formulação e implementação de estratégias geralmente é eliminada (ANDERSON, 1999) porque, ou o formulador é o implementador ou, os implementadores formulam as estratégias. Este último caso ocorre frequentemente em empresas de alta tecnologia ou hospitais, onde as estratégias precisam ser elaboradas coletivamente, pela amplitude de informações especializadas envolvidas. Então, à medida que os implementadores formulam, a organização aprende.

O estabelecimento de objetivos de médio e longo prazo em ambientes incertos e imprevisíveis fica prejudicado. Um dos motivos para esta constatação está no fato de que decisões e ações, em organizações sociais e complexas como hospitais, são frutos muito mais de aspectos políticos, interpretativos e simbólicos, do que de uma abordagem essencialmente racional e lógica (ETZIONI, 1964; CHAFFEE, 1985; RUEF; SCOTT, 1998; BOLMAN; DEAL, 2003; RICHARDSON, 2008). Nestas organizações, inexistem uma linearidade entre ações e reações. Além de serem múltiplos e variados, os agentes compõem grupos que divergem substancialmente em seus interesses (que podem ser pessoais, organizacionais e até mesmo sociais) e reagem de forma a influenciar escolhas e o comportamento do sistema.

Por outro lado, também as características que definem uma estratégia deliberada (MINTZBERG, 1978; MARIOTTO, 2003) parecem ser inapropriadas para um contexto dinâmico e imprevisível como o hospitalar. A frouxidão das articulações (ORTON; WEICK, 1990) e a interdependência entre grupos também dificultam a convergência de interesses, a linearidade das ações e, principalmente, impossibilitam uma visão estratégica estável. Os motivos mencionados fazem crer que a formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos, como a organização hospitalar, é inversamente relacionada com a abordagem racional (MINTZBERG, 1978; STACEY, 1993; MINTZBERG *et al.*, 2000; BOLMAN; DEAL; 2003).

Desde que organizações passaram a ser consideradas sistemas de *feedback* dinâmico, comparados a sistemas naturais (STACEY, 1993), descobertas como o caos e a auto-organização orientaram uma maneira fundamentalmente diferente de entender o seu desenvolvimento estratégico. Elementos da complexidade (SAC) como a imprevisibilidade, a não linearidade, o aprendizado, as redes de *feedback* e a auto-organização, entre outros, influenciam na forma com que as ações se desenvolvem em sistemas complexos (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; LISSACK; GUNZ, 1999; REBELO, 2004; TSOUKAS, 2008).

Portanto, parece plausível supor que características organizacionais de SAC, representadas pelos elementos da complexidade, também afetarão a formação de estratégias de organizações com características complexas, como hospitais.

Também a autonomia, característica inerente à organização hospitalar, apresenta reflexos substantivos na gestão de organizações hospitalares (KAST; ROSENZWEIG, 1972; MINTZBERG, 2007). O comportamento de profissionais especialistas em hospitais, em muito se assemelha com o comportamento autônomo de agentes em sistemas complexos. Mesmo o comportamento autônomo não sendo considerado, teoricamente, como um elemento de SAC ele é, comprovadamente, uma característica de sistemas complexos (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; AGOSTINHO, 2003). Considera-se, portanto, que assim como os elementos da complexidade, também a autonomia de agentes organizacionais afeta a formação de estratégias em hospitais.

Agentes de hospitais, como sistemas complexos, aprendem a lidar com o desconhecido a partir da criatividade e do aprendizado. Eles reveem (*single loop learning*) ou promovem mudanças radicais (*double loop learning*) nos processos de forma que, mesmo com uma multiplicidade de agentes e grupos autônomos, o sistema se adapta e evolui. Neste processo, o grau de conexão, interação e articulação entre estruturas, processos e agentes organizacionais entre si e destes para com o ambiente são aspectos preponderantes.

O conceito de *coupling* cunhado por Weick (1976) destaca a existência e intensidade de relações entre agentes organizacionais que, especialmente em hospitais, acontecem tanto no âmbito técnico (tecnologias, tarefas, sub-tarefas, dentre outras) como da autoridade (posições responsabilidades, recompensas, sanções, dentre outras). Isto ocorre porque em SAC, os loops de *feedback* não acontecem de forma linear, ao contrário, os agentes interagem e promovem mudanças adaptando seu comportamento ao estímulo que se torna mais vantajoso.

Pelo fato de hospitais serem organizações complexas com características frouxamente articuladas, a formação de estratégias encontra dificuldades nestes ambientes. É comum que, em hospitais, os agentes organizacionais (profissionais técnicos como médicos, enfermeiros, entre outros) tenham maior ou completa autonomia no exercício de suas atividades, o que acarreta sérios problemas de coordenação de atividades, de autoridade e da implementação de padronizações.

Tais limitações na gestão ocorrem devido à independência que profissionais técnicos têm da administração geral da organização e, também, por estabelecerem barreiras à difusão de boas ideias. Por outro lado, pelos diversos grupos internos autônomos de que são

compostos, sistemas frouxamente articulados são sistemas eficazes para execução de adaptações localizadas, que não busquem alteração do sistema como um todo.

Para Anderson (1999), as mudanças em organizações complexas e instáveis, vêm exatamente de ações que emergem e não do que foi planejado antecipadamente. Este autor identifica a mudança adaptativa como sendo a passagem da organização através de infinitos microestados organizacionais que emergem das interações entre agentes, tentando ampliar seus ganhos locais. Em tais condições, o trabalho de gestores não se restringe apenas a moldar o padrão que forma a estratégia, mas, principalmente, atuar no contexto dentro do qual a estratégia emerge e é executada.

Da aproximação entre SAC e Teoria Organizacional emerge uma visão mais proativa da natureza humana em relação ao contexto organizacional, em especial, à forma como as estratégias surgem e são praticadas nas organizações, distante da visão racional e disseminada na literatura. Como apontou Weick (1969, p. 27),

[...] ao invés de adaptação a um ambiente já pronto, é inteiramente possível que os próprios agentes criem o ambiente ao qual eles se adaptam [...] Mais do que falar sobre adaptação a um ambiente externo, pode ser mais correto que o processo de organização consista em adaptação a um ambiente ordenado, um ambiente que é constituído pelas ações de agentes humanos interdependentes.

Neste contexto, a capacidade de auto-organização de SAC resulta das interações e redes de *feedback* desenvolvidas por seus agentes. Tais eventos produzem padrões emergentes de comportamento entre as partes, de forma coerente com o todo e mesmo na ausência de um esquema ou plano estabelecido, demonstrando sua capacidade de aprendizado e, portanto, de adaptação. Por tais motivos, permite-se supor que a formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos, como a organização hospitalar, é fortemente influenciada por aspectos adaptativos (WEICK, 1969; CHAFFEE, 1985; STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; HREBINIAK; JOYCE, 2001; CAMPBELL-HUNT, 2007).

Os limites cognitivos à ação racional têm sido particularmente expandidos por Mintzberg (1987), quando caracterizou a estratégia como um processo contínuo e adaptativo e o estrategista, como um artesão. Neste contexto, os processos de concepção e de execução da estratégia estão, indissolúvelmente, ligados. Esta constatação fundamenta-se na crença de que cada “estrategista”, inevitavelmente, constrói significados e os utiliza para interpretar as estratégias pretendidas, à sua própria maneira (WILDAVSKY, 1979; CHAFFEE, 1985).

Os agentes organizacionais constroem uma realidade individual (*schemas*, nos termos de SAC) a partir de como veem o mundo. O resultado se expressa, fundamentalmente, nas escolhas, motivações e atitudes dos agentes organizacionais em suas várias esferas de atuação. Segundo a abordagem interpretativa, o entendimento e a ação humana fundamentam-se na interpretação que o agente faz de informações e eventos a partir de sua experiência e do significado dado a este conjunto de eventos (WEICK, 1976; DAFT; WEICK, 1984; CHAFFEE, 1985).

Neste contexto, “significado” não é, inevitavelmente, subjetivo, mas sim, socialmente construído pelo contexto e por metas a serem alcançadas pelo agente. Igualmente, acontece com o entendimento sobre “o que fazer”, o “como fazer” e a própria ação do agente, que deriva de um arcabouço de significados atribuídos por eles mesmos. Agentes organizacionais possuem um passado, interesses e preferências. Tais fatores – cognitivos – têm impacto na forma com eles fazem suas escolhas e agem (PETTIGREW, 1977; MINTZBERG *et al.*, 2000; DAFT; WEICK, 1984).

Para Weick (1969), a redução da ambiguidade ocorre a partir de uma atividade coletiva realizada por conjuntos de atores que interligam diferentes conjuntos de comportamentos. Cada ciclo comportamental pode afastar certa ambiguidade, mas, apenas quando vários ciclos diferentes são aplicados à informação é que um grau suficiente de certeza é conseguido para que seja possível a ação não ambígua.

Três processos compõem os ciclos apontados por Weick (1969). São eles: a *Criação* (gera a informação a que o sistema se adapta e afasta uma parte da ambiguidade), a *Seleção* (a partir de critérios estabelecidos pela experiência passada, o processo de seleção separa as partes que satisfazem da informação ambígua, tornando-a mais ordenada) e a *Retenção* (armazenamento que integra itens novos em itens anteriormente conservados, também reduzindo a ambiguidade). Os processos de *Criação*, *Seleção* e *Retenção* identificados por Weick (1969) possuem características muito aproximadas dos processos de *Descoberta*, *Escolha* e *Ação* de Stacey (1996). Ou seja, de formas diferentes, os dois autores evidenciam, claramente, a sua percepção a respeito da importância do elemento cognitivo dos agentes, como a construção de significado, no agir.

Neste contexto, uma mesma informação pode produzir diferentes atitudes nos agentes. Por tratar-se de um processo que envolve diferentes agentes os quais possuem diferentes formas de interpretar o mundo a sua volta, o processo de formação de estratégias dependerá, fortemente, de elementos cognitivos dos agentes envolvidos no processo. Tais elementos

cognitivos são externalizados por meio de interesses, preferências e do significado que atitudes inerentes à formação de determinadas estratégias têm para eles. Neste contexto, pode-se inferir que fatores cognitivos, como a construção de significado (*sensemaking*) dos agentes organizacionais, são decisivos no processo de formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos (WEICK, 1969; CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987b; 2007; STACEY, 1996; RICHADSON, 2008; TSOUKAS, 2008).

No processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos, destaca-se o agente como parte da ação e, fundamentalmente, como estrategista. Isto ocorre pela característica autônoma que agentes assumem, pelos resultados das redes de *feedback* e porque a execução da estratégia reflete o seu viés e “acabamento pessoal”. A abordagem da estratégia como uma prática social tem se mostrado muito apropriada para o olhar minucioso exigido por organizações complexas.

Segundo esta perspectiva, que tem base em três principais pilares – práticas, práxis e praticantes –, o agente deixa de ser apenas o “planejador” e assume um papel de “*artful interpreter*” (CAMPBELL-HUNT, 2007, p.796) da estratégia, por sua capacidade de desenvolver práticas e práxis consideradas estratégicas para a organização. Neste caso, a concepção da estratégia é entendida como “re-humanizada” e tem relação com a afirmação de Stacey (1996, p. 4) de que “*together we construct in our minds the world we live in; the kind of world we construct depends critically upon the ways of thinking that we share with each other*”.

Uma das contribuições que estudiosos da perspectiva prática apontaram como resultantes das teorias da complexidade é o fato de esta segunda demonstrar como práticas podem ser sedimentadas de práxis. Trabalhos como o de Campbell-Hunt (2007), por exemplo, ao considerar a representação da prática social como complexa e, algumas vezes, adaptativa, permite novos esclarecimentos sobre a forma como ocorre o processo de sedimentação de estruturas dinâmicas de práticas e estratégias, a partir de *práxis*. A identificação de práticas envolvidas nas interações organizacionais, no desenvolvimento de ações criativas e da capacidade de adaptação de agentes de organizações complexas, abre espaço para o melhor entendimento a respeito de como ocorre o processo de formação de estratégias nestas organizações.

A consideração simultânea de elementos da complexidade (SAC), como também da perspectiva prática envolvida no “*fazer estratégia*”, podem esclarecer importantes aspectos da formação de estratégias em hospitais. Todavia, o entendimento sobre como acontece o

“fazer estratégia” nestas organizações e a identificação das práticas adotadas neste processo, demandam uma compreensão anterior a respeito de elementos cognitivos dos agentes envolvidos na gestão estratégica destas organizações.

Para Mintzberg (1990), criação e execução de estratégias são processos de aprendizado onde as pessoas “agem para pensar e pensam para agir”. Também para Whittington (2002, p. 67) as estratégias formam-se de uma mistura de análise, de instinto, de rotina e espontaneidade, tanto da direção, quanto da base, da sorte e do erro. Para este mesmo autor, “[...] depender apenas de análises formais financeiras e do planejamento corporativo é desligar-se das operações do dia-a-dia da organização como um todo, de onde as estratégias são realmente elaboradas”.

Estratégias emergem muito mais de *práxis* e micro ações desenvolvidas por praticantes que são, em sua grande maioria, pertencentes aos níveis médio, intermediário e operacional e não, da alta administração (JARZABKOWSKI, 2004; ROULEAU, 2005). Também neste sentido, Weick (1987, p. 222) observou que “*once people begin to act, they generate tangible outcomes in some context, and this helps them discover what is occurring, what needs to be explained, and what should be done next*”.

Assim, *sensemaking* e práticas estratégicas passam a serem fatores-chave na formação de estratégias. A compreensão sobre como se dá a relação entre estas variáveis é fundamental para o entendimento de como organizações caracterizadas pela imprevisibilidade, não linearidade, autonomia, variedade de agentes e de interações conseguem transformar intenções em ações e evoluir. Nestes termos, é possível inferir-se que em hospitais, como sistemas complexos, há uma relação entre formação de estratégias, práticas adotadas e elementos cognitivos dos agentes organizacionais representados pela construção de significados (*sensemaking*) (WEICK, 1969; 1987; WHITTINGTON, 1996; 2002; JARZABKOWSKI, 2004; ROULEAU, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007; CAMPBELL-HUNT, 2007).

Em organizações complexas, a não linearidade evidencia a existência de um sistema informal (*shadow system*), paralelo ao sistema legítimo. Por tratar-se de *loosely coupled systems* (WEICK, 1976; ORTON; WEICK, 1990), decisões relacionadas à formação de estratégias apresentam forte aspecto político (PETTIGREW, 1977) e os resultados são morosos, pois, mesmo compartilhando aspectos comuns, os agentes respondem ou reagem a fatores diferenciados, mantendo identidade própria. A “burocracia profissional” (MINTZBERG, 2003), a descentralização do poder (MEYER Jr., 2007) e a divergência de

expectativas entre grupos de agentes (JARZABKOWSKI; FELTON, 2006) observados na organização hospitalar acarretam um desafio adicional à gestão estratégica destas organizações.

Para Wildavsky (1973), o sucesso do plano estratégico da organização depende inteiramente dos “planos” que estão nas mentes das pessoas envolvidas na sua execução. Planos podem ser importantes instrumentos nas mãos dos agentes organizacionais, pois, a decisão sobre a forma com que eles serão executados acontece a partir de suas próprias interpretações e interesses. A transformação de intenções em ações, neste contexto organizacional, equivale a conhecer e conviver com um sistema informal (*shadow system*) e a negociar em uma arena política onde ações, planos e planejadores são elementos de um repertório que é não-linear, resultado de diferentes interesses individuais e grupais. A representatividade que o *shadow system* possui na organização hospitalar permite inferir que a execução de estratégias em hospitais, como sistemas complexos, se desenvolve, em sua essência, no sistema informal (ORTON; WEICK, 1990; STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; JARZABKOWSKI; FELTON, 2006).

Atitudes como “*think sequentially and act simultaneously*” são recomendadas por Hrebiniak e Joyce (2001, p. 607, grifos no original), por contribuírem tanto para a formação estratégica como para o melhor entendimento sobre como se dá este processo. O desafio de conhecer como ocorre o processo de formação de estratégias em hospitais envolve um processo que não é lógico, nem tampouco sequencial de decisões e ações. E isto ocorre porque tal processo é desempenhado por pessoas, que possuem diferentes interesses e diferentes percepções da realidade, que reflete num conjunto de ações específicas desenvolvidas por cada indivíduo.

Neste contexto, torna-se clara a importância que tem o sensemaking no processo de formação de estratégias em hospitais. Compreende-se que a partir da construção de significado dos agentes organizacionais é que são desenvolvidas práticas e ações estratégicas, as quais irão contribuir para o desvio de atratores naturais de sistemas complexos – como a não linearidade, a imprevisibilidade e a autonomia, por exemplo – e que tentam inibir a realização da estratégia.

Por outro lado, a criatividade, o aprendizado e a capacidade de adaptação dos agentes são elementos da complexidade (SAC) que lhes garante a possibilidade de encontrar mecanismos mais apropriados para o desenvolvimento de ações estratégicas, bem como estabelecer redes de *feedback* mais eficientes. A multiplicidade de implicações que os

elementos da complexidade têm na execução das estratégias reforça a orientação de Pfeffer e Sutton (2006, p. 145) de que “[...] *success has nothing to do with planning. It has to do with execution*”.

No contexto dinâmico e imprevisível da organização hospitalar, a multiplicidade de agentes com interesses divergentes, a frouxidão das articulações e o *shadow system* existente permitem inferir que as estratégias, nestas organizações, serão muito mais emergentes do que deliberadas. O comportamento autônomo dos agentes de SAC evidencia ainda a importância que tem o *sensemaking* em decisões e ações. Portanto, é plausível supor que práticas estratégicas, como sendo padrões de interpretação e de interação envolvidas na atividade estratégica (JARZABKOWSKI, 2003), podem representar os principais mecanismos adotados por estrategistas no processo de formação de estratégias.

Novos problemas precisam de novas soluções, segundo Hrebiniak e Joyce (2001). No entendimento de Mintzberg, Lampel, Quinn e Ghoshal (2006, p.44), precisa-se de “melhores práticas, não de teoria mais caprichada”. Para estes autores, os gestores deveriam preocupar-se com o processo e o conteúdo, com a estática e a dinâmica, com a limitação e a inspiração, com o cognitivo e o coletivo, com o planejado e o aprendido, com o econômico e o político. Em outras palavras, faz-se necessário dar mais atenção à *formação da estratégia* como um todo. Ainda para estes autores, mesmo que continue sendo um desafio vê-la por completo, certamente será possível vê-la melhor.

No sentido de contribuir com a evolução do conhecimento a respeito da formação de estratégias em sistemas complexos e, tendo como base as considerações e premissas apresentadas neste e em itens anteriores, elaborou-se um esquema sobre a proposição deste estudo que é apresentado na Figura 3, a seguir.

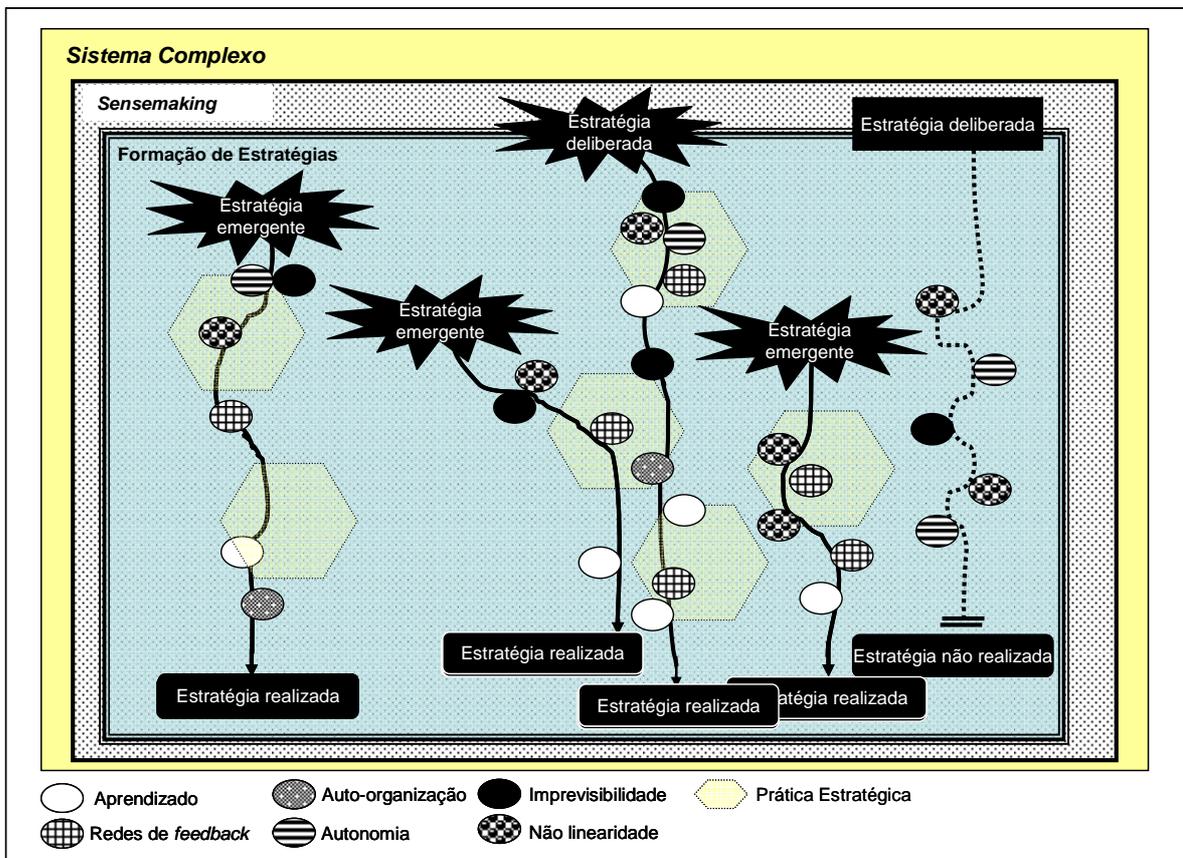


Figura 3 - Esquema da Formação de Estratégias em Sistemas Complexos (SAC)  
 Fonte: Elaborado pela autora

As proposições inclusas na Figura 3 são apresentadas na próxima seção, bem como os procedimentos metodológicos definidos para a investigação do fenômeno proposto.

### **3. METODOLOGIA**

Na seção anterior, foram abordados aspectos relacionados ao pensamento da complexidade e suas implicações no processo de formação de estratégias em sistemas complexos, a fim de contribuir na compreensão do fenômeno investigado neste trabalho. Esta seção, por sua vez, tem como objetivo apresentar os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance do objetivo geral e dos objetivos específicos do trabalho, já mencionados anteriormente.

#### **3.1. Especificação do Problema de Pesquisa**

Como ocorre a formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos?

#### **3.2 Hipóteses de Pesquisa**

Nas discussões finais do capítulo referente à base teórico-empírica foram apresentadas algumas relações possíveis entre as categorias centrais deste estudo, das quais se procurou evidenciar proposições norteadoras para a análise dos dados. Considerando a natureza qualitativa da pesquisa se julgou necessário elaborar, a partir das proposições teóricas, hipóteses de estudo (KERLINGER, 1980; POPPER, 1982) que nortearam a pesquisa.

1. Características organizacionais de Sistemas Adaptativos Complexos, representadas por elementos como o aprendizado, a autonomia, a auto-organização, a imprevisibilidade, a não linearidade e interações, afetam a formação de estratégias (STACEY, 1993; 1996; AXELROD, COHEN, 1999; STACEY; GRIFFIN, SHAW, 2000; REBELO, 2004).

2. A formação de estratégias na organização hospitalar, como Sistema Adaptativo Complexo, é inversamente relacionada com a abordagem racional (MINTZBERG, 1978; MINTZBERG, WATERS, 1985; STACEY, 1993; 1996; LISSACK; GUNZ, 1999; BOLMAN; DEAL, 2003; MARIOTTO, 2003; REBELO, 2004).
3. A formação de estratégias em hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos, é fortemente influenciada por aspectos adaptativos (WEICK, 2001; CHAFFEE, 1985; STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY, GRIFFIN, SHAW, 2000).
4. Fatores cognitivos, como a construção de significado (*sensemaking*) dos agentes organizacionais, são decisivos no processo de formação de estratégias em hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos (WEICK, 1969; 1979; 2001; CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987b; SCHÖN, 1993; STACEY, 1993; 1996).
5. Em hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos, há relação entre formação de estratégias, práticas adotadas e elementos cognitivos dos agentes organizacionais representados pela construção de significado (*sensemaking*) (WEICK, 1979; 2001; WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKI, 2004; ROULEAU, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007; CAMPBELL-HUNT, 2007).
6. A execução de estratégias em hospitais, como Sistemas Adaptativos Complexos, se desenvolve, em sua essência, no sistema informal (STACEY, 1993, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY; GRIFIN; SHAW, 2000).

### **3.3 Definição das Categorias Analíticas e Categorias Operacionais**

Com o objetivo de delimitar as principais categorias analíticas utilizadas no estudo, foram elaboradas a seguir as Descrições Constitutivas (D.C.) e as Descrições Operacionais (D.O.). As duas formas de conceituação têm o objetivo de demonstrar não apenas o processo de definição formal dos conceitos (considerada geral e ampla), como também o processo de

operacionalização desses conceitos (considerada restrita, voltada diretamente para os aspectos do objeto e a mensuração das variáveis envolvidas no fenômeno) (RICHARDSON, 1989).

Além da definição das categorias analíticas e operacionais, também são apresentadas outras definições relevantes para compreensão do assunto e do posicionamento adotado neste estudo.

#### **a. ELEMENTOS DO PENSAMENTO DA COMPLEXIDADE**

**D.C.** – Nome pelo qual são conhecidos elementos característicos de Sistemas Adaptativos Complexos (SAC) que influenciam na evolução do sistema como, por exemplo, a ambiguidade, a não linearidade, a imprevisibilidade, as redes de *feedback*, o aprendizado (que inclui a capacidade de adaptação dos agentes e também do sistema como um todo) e a auto-organização (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY; GRIFFIN; SHAW; 2000; AGOSTINHO, 2003; REBELO, 2004). Entendendo a organização hospitalar como um sistema complexo, por extensão, tais elementos também são considerados como influenciadores da gestão estratégica de organizações complexas (AXELROD; COHEN, 1999; STACEY *et al*, 2000).

**D.O.** – Os elementos da complexidade (SAC) considerados no estudo foram a não linearidade, a imprevisibilidade, as redes de *feedback* entre agentes, o aprendizado e a auto-organização. Pelos reflexos que o comportamento autônomo dos agentes possui em SAC, já abordado anteriormente, assumiu-se a autonomia também como um elemento da complexidade. Tais elementos, sua presença e influência no processo de formação de estratégias das organizações pesquisadas foram identificados, principalmente, por meio da análise das respostas ao questionário aplicado aos agentes organizacionais envolvidos no processo de formação de estratégias nos Hospitais estudados, mas, também a partir das entrevistas realizadas com estes. Nestas entrevistas buscou-se identificar práticas e práxis adotadas pelos agentes organizacionais ao lidar com tais elementos. Os elementos de SAC considerados neste estudo, bem como sua descrição constitutiva e operacional são apresentados na sequência.

##### **a1. Aprendizado**

**D.C.** O aprendizado, em SAC, é resultado de interações entre agentes que ocorrem por meio de redes de *feedback* positivo e redes de *feedback* negativo. Estas duas formas de *feedback* interagem de tal forma que agentes e organização aprendem e, o aprendizado resultante,

conduz a um processo co-evolucionário do sistema como um todo. Isto ocorre porque as redes de *feedback* podem produzir a essência do aprendizado que são o *single loop* (refere-se ao aprendizado simples) e o *double loop* (refere-se ao aprendizado complexo). Para Stacey (1996, p. 290) “*single loop learning, or conditioning, occurs when a system employs its schema without change, adapting its behavior to the stimuli being presented to it so that its behavior becomes more beneficial to it*” e “*double loop learning occurs when a system adapts its behavior to the stimuli presented to it in a beneficial way as a result of changing its schema [...] double loop learning results in innovation and creativity*” (Stacey, 1996, pp. 286-287).

**D.O.** A presença do elemento aprendizado foi identificada por meio de evidências de *single loop learning* e *double loop learning*, identificadas na análise de narrativa para as estratégias selecionadas, bem como nos mapas cognitivos.

**Single loop learning:** evidenciado por meio de novos esquemas identificados no processo de formação de estratégias selecionadas, representados neste estudo por novas práticas e práxis adotadas pelos agentes organizacionais sem a promoção de mudanças, ou seja, adaptando o comportamento anterior ao novo estímulo de forma a aproveitar suas vantagens.

**Double loop learning:** evidenciado por meio de situações identificadas no processo de formação de estratégias selecionadas dos Hospitais e que tenham demonstrado mudança no esquema dominante, ou seja, mudança nos esquemas recessivos (individuais e compartilhados) dos agentes. As mudanças no esquema dominante foram evidenciadas a partir de: 1) situações que demonstrassem criatividade, neste estudo representado pela adoção de novas práticas e práxis que tenham gerado mudança no esquema de um indivíduo, grupo ou de toda a organização e que tenham sido representativas na execução das estratégias organizacionais; e 2) atividades inovadoras, representadas por alterações no esquema dominante, ou seja, mudança radical nas práticas adotadas ou adoção de práticas diferente daquelas utilizadas anteriormente e que tenham demonstrado evolução, por parte das organizações.

## **a2. Auto-organização**

**D.C.** Trata-se da emergência de uma estrutura organizada a partir do movimento desordenado dos agentes que compõem determinado sistema. Adotou-se a definição de Stacey (1996, p. 290) para o qual auto-organização é “*the process by which agents in a system interact with*

*other according to their own local rules of behavior without any overall blueprint telling them what they are to accomplish or how they are to do it”.*

**D.O.** O processo espontâneo de criação de ordem no sistema foi evidenciado por meio da análise das narrativas e dos mapas cognitivos, a partir dos quais se identificou padrões individuais de comportamento adotados pelos agentes e que tenham contribuído no processo de adaptação e evolução do sistema como um todo, durante o período analisado. A capacidade de adaptação dos agentes, especificamente, foi evidenciada por meio da identificação de comportamentos e práticas individuais, grupais ou organizacionais adotados, bem como, situações que tenham demonstrado improvisação individual ou conjunta.

### **a3. Autonomia**

**D.C.** A autonomia é aqui definida como sendo a faculdade do indivíduo orientar suas ações com base em sua própria capacidade de julgamento.

**D.O.** A existência e influência do comportamento autônomo dos agentes no processo de formação de estratégias foram verificadas por meio da análise das respostas aos questionários, como também por meio da análise das narrativas. Buscou-se identificar evidências e implicações que o comportamento autônomo dos agentes envolvidos no processo teve na concepção, como também na execução das estratégias selecionadas para cada Hospital.

### **a4. Imprevisibilidade**

**D.C.** A imprevisibilidade é definida, neste estudo, como um conjunto de fatos e eventos (atratores) que não se pode prever a ocorrência, mas que, de alguma forma, afetam o comportamento de agentes e de organizações.

**D.O.** A imprevisibilidade, neste estudo, foi representada por meio da presença de atratores. Por meio da análise das narrativas e dos mapas cognitivos identificou-se, para cada estratégia e eventos selecionados, a presença de *atratores instáveis* e *atratores estranhos* (não previsíveis) com implicações no processo de formação de estratégias nas organizações pesquisadas.

**Atratores instáveis:** foram evidenciados por meio da identificação de situações ou eventos que geraram pequenas perturbações sem grandes distúrbios no processo de formação de estratégias das organizações pesquisadas, mas que, devido aos *feedbacks* positivos gerados nestas ocasiões, as perturbações foram amplificadas exponencialmente.

**Atratores estranhos:** foram evidenciados por meio da identificação de situações perturbadoras durante o processo de formação de estratégias, que se estenderam e tornaram-se evidentes e significativas ao longo do tempo, demandando e estimulando a capacidade de adaptação dos agentes.

#### **a5. Redes de *feedback***

**D.C.** As redes de *feedback* (ou interações) entre agentes podem ocorrer por meio de *feedback* positivo e *feedback* negativo. *Feedbacks* são interações a partir dos quais as informações sobre os resultados de determinada ação são realimentadas, com implicações na tomada de decisão (STACEY, 1996). O *feedback* é considerado negativo quando a informação sobre uma lacuna entre expectativa e resultado é realimentada para atenuar os desvios da expectativa. Com o *feedback* positivo ocorre o contrário, ele realimenta informações para ampliar a lacuna entre expectativa e resultados.

**D.O.:** As características do elemento redes de *feedback* (interação) foram evidenciadas por meio da identificação, especialmente no sistema formal (ou legítimo), mas, também no sistema informal (sistema sombra ou *shadow system*), da presença de redes de *feedback* positivo e redes de *feedback* negativo na formação de estratégias dos Hospitais. De forma geral, foram analisados os resultados dos questionários aplicados aos agentes organizacionais e, de forma mais específica, buscou-se identificar na análise das estratégias selecionadas características e situações que evidenciassem redes de *feedback* positivo e negativo, como demonstrado a seguir.

**Redes de *feedback* negativo:** representado por interações entre agentes de mesmo ou diferentes níveis que tenham gerado adequação durante o processo de formação das estratégias selecionadas sem, contudo, implicar em inovação.

**Redes de *feedback* positivo:** representado por interações entre agentes de mesmo ou diferentes níveis durante o processo de formação das estratégias selecionadas e que tenham gerado novas estratégias, novas práticas, novas práxis ou inovação por meio de mudança radical, substituição ou início de novo processo.

#### **a6. Não linearidade**

**D.C.** Um sistema é não linear quando ações podem ter mais de um resultado, ou seja, quando o sistema é mais do que a soma de suas partes (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). A não linearidade sobrepõe a ideia de linearidade entre causa e efeito, pelas várias e diferenciadas

respostas que são dadas pelos agentes a um dado estímulo (AXELROD; COHEN; 1999). As diferentes respostas dadas pelos agentes também têm relação com a representatividade interna da rede legítima (ou estrutura formal ou explícita) e da rede sombra (estrutura informal ou *shadow system*). Na rede legítima ou estrutura formal, as interações obedecem a protocolos organizacionais, intencionalmente estabelecidos pelos centros do comando da organização, que definem a respeito da natureza e a direção da autoridade e responsabilidade dos agentes em relação aos demais agentes e em relação a tarefas (CAPRA, 1977). A rede sombra ou estrutura informal apresenta uma fraca relação de causa e efeito, por apresentar características não lineares. Nesta rede de interações, as regras são mutáveis e têm base em emoções, amizades e interesses comuns. Enfim, a rede sombra representa *schemas* recessivos de comportamento que permeia as brechas do *schema* dominante, podendo se fortalecer ou enfraquecer na medida em que incorpora ou excluem agentes (STACEY, 1996). É comum encontrar na rede informal ou sombra *feedbacks* positivos, que se refere à retroalimentação entre os agentes por meio de um processo de descoberta, escolha e ação e que desestabiliza (provoca mudanças) na forma como atividades ou situações são desenvolvidas.

**D.O.** A presença e intensidade do elemento não linearidade foi evidenciado neste estudo a partir dos resultados de questionário estruturado e entrevistas, por meio dos quais se identificou a representatividade do Sistema Formal e, principalmente, do Sistema Informal, bem como dos principais esquemas existentes nas organizações pesquisadas, sejam eles dominantes ou compartilhados por grupos.

**Não linearidade no sistema formal (ou legitimado):** representado pela identificação, por meio da análise de narrativa e das estratégias selecionadas, de esquemas predominantes e presença de situações em que as escolhas dos agentes tenham acontecido em conformidade com as regras e esquemas existentes, ou seja, situações em que tenha havido cooperação.

**Não linearidade no sistema informal (ou *shadow system*):** representado pela identificação da presença de situações em que as escolhas dos agentes, no processo de formação das estratégias selecionadas, tenham sido influenciadas por esquemas individuais ou grupais, ou seja, situações em que tenha prevalecido o comportamento autônomo e os interesses individuais ao invés dos esquemas predominantes. Considerou-se, na identificação da intensidade do sistema informal, a presença de articulações frouxas (*loosely coupled*) evidenciadas entre agentes, entre subunidades, entre linhas hierárquicas, entre ideias, entre atividades e entre intenções e ações, conforme classificação de Orton e Weick (1990).

## **b. ESTRATÉGIA**

**D.C.** – Considera-se estratégia, neste estudo, como algo que as pessoas executam dentro das organizações. Igualmente importante é a consideração de que estratégia não pode ser entendida por aquilo que se pretende ser ou fazer, mas por aquilo que efetivamente se faz ou pratica. Considera-se ainda a estratégia como sendo um processo contínuo e adaptável, como a obra de um artesão, no qual a formação e a execução estão indissolivelmente ligadas.

**D.O.** – Representadas, neste estudo, por ações deliberadas ou emergentes que ao longo do período estudado assumiram caráter estratégico por terem contribuído para mudanças, melhorarias ou alcance de objetivos estratégicos das organizações estudadas, independente de fazerem ou não, parte de um planejamento estratégico formal. Foram consideradas como estratégias deliberadas aquelas que foram concebidas, acordadas e executadas pelas organizações no período estudado, tal como estavam previstas ou com um mínimo de distorção (de acordo com entrevistas ou evidências documentais). Estratégias emergentes foram representadas neste estudo por aquelas cujo padrão realizado não era expressamente pretendido, mas que, por motivos diversos, elas foram efetivamente realizadas no período considerado, podendo ter sido concebidas por meio de interações, interpretações da realidade, escolhas, aprendizado ou ajustes decorrentes do ambiente ou mesmo, internos. As estratégias foram identificadas por meio de entrevistas e análise documental de publicações internas que evidenciassem iniciativas empreendidas para consecução dos objetivos organizacionais, que também foram identificados por meio de entrevistas. Partindo dos objetivos e estratégias identificados, foram estabelecidas as relações entre eles de forma a compor um mapa ou “árvore de estratégias” para cada organização, evidenciando o alinhamento estabelecido entre iniciativas estratégicas e objetivos organizacionais. Selecionou-se um grupo de quatro estratégias para cada organização, para as quais se procedeu a uma análise aprofundada até o nível de identificação de práticas e práxis adotadas na sua execução. Além das estratégias selecionadas, eventos específicos também foram considerados, por demonstrarem a presença de elementos de SAC e as práticas e práxis adotadas pelos agentes durante tais processos. Alguns critérios foram adotados para a seleção das estratégias e eventos explorados na análise: 1) a representatividade demonstrada por meio da percepção dos entrevistados quanto à sua relevância (direta ou indireta) para o desempenho dos Hospitais; 2) a exclusão de possíveis vieses por parte dos entrevistados, a partir da observação não participante da pesquisadora; 3) a disponibilidade de informações, em termos de evidências tangíveis e relatos detalhados que permitissem a sua representação; 4) atendidos os critérios anteriores,

privilegiou-se situações que evidenciassem maior presença e reflexos dos aspectos investigados.

### c. FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIAS

**D.C.** – Representa, neste estudo, o processo que se estende desde a concepção da estratégia até a sua execução, de fato. Este processo pode ser resultado tanto de um planejamento consciente e prévio (formulação) quanto de ações não programadas e desenvolvidas no cotidiano, durante a execução da estratégia (implementação), resultantes de iniciativas individuais ou coletivas à medida que agentes se deparam com situações não previstas.

**D.O.** – Para efeitos de análise, o processo de formação de estratégias nas organizações pesquisadas foi reconstruído para cada estratégia selecionada – da concepção até a execução, de fato – a partir da análise das narrativas e também por meio da análise dos mapas cognitivos dos entrevistados envolvidos no processo. Considerou-se que os agentes organizacionais (praticantes da estratégia) representam o centro do cenário estratégico. Portanto, foi considerado como essência deste processo o *sensemaking* e o comportamento dos agentes em termos dos três processos identificados por Stacey (1996), sejam eles: *descoberta* (o que poderia ser feito), *escolha* (o porquê de fazer de uma forma ou de outra) e *ação* (o que foi feito, de fato). Neste estudo, o processo de formação de estratégias foi evidenciado por um conjunto de fatores – mudanças ocorridas, práticas, práxis ou ações isoladas que tiveram sucesso ou não – identificado por parte dos agentes ou pela observação não participante da pesquisadora e que ocorreram (formal ou informalmente) durante a materialização das estratégias identificadas, seja o processo disciplinado e lógico, ou não.

### d. PRÁTICAS ESTRATÉGICAS

**D.C.** – Considera-se, neste estudo, práticas estratégicas como sendo padrões de interpretação e de interação envolvidas na atividade estratégica. Mais especificamente, “[...] *are those habits, artefacts, and socially-defined modes of acting through which the stream of strategic activity is constructed.*” (JARZABKOWSKI, 2003, p. 24), podendo ser específicas da organização ou não. No primeiro caso, as práticas estão “[...] *embodied in the routines, operating procedures and cultures [...] that shape local modes of strategizing*” (WHITTINGTON, 2006, p. 620), ou não.

**D.O.:** Práticas foram evidenciadas, neste estudo, por meio da identificação de regras, normas e padrões de atividades, comportamentos ou interpretações, de origem interna ou externa,

formais e informais, comumente adotadas e já legitimadas no processo de concepção e execução de estratégias nas organizações foco de estudo, sejam elas, originadas antes ou ao longo do período de pesquisa. Também foram identificados os praticantes, ou seja, os estrategistas, bem como as práxis adotadas no processo de formação das estratégias selecionadas.

#### **e. SENSEMAKING**

**D.C.** Neste estudo, *sensemaking* representa a capacidade do agente de construir e reconstruir significado, por meio do desenvolvimento de um quadro de referência que é utilizado por eles para compreender a natureza de processos específicos (GIOIA; CHITTIPEDDI, 1991), o que destaca o papel de um de seus componentes, neste processo, a interpretação. Embora *sensemaking* e interpretação não sejam sinônimos, utiliza-se também a interpretação neste estudo, para efeitos de operacionalização da análise. A interpretação é definida neste estudo como sendo a codificação de eventos externos a partir de categorias internas que são parte da cultura e do sistema de linguagem individuais ou grupais (DAFT; WEICK, 1984; WEICK, 2001). Neste sentido, o ato de interpretar “*involves creating maps or representations that simplify some territory in order to facilitate action*” (WEICK, 2001, p. 72). A interpretação pode ainda ser organizacional, quando considerado o “processo de traduzir eventos e desenvolver entendimentos e esquemas conceituais compartilhados entre membros da alta administração” (DAFT; WEICK, 1984, p. 286).

**D.O.:** A influência do *sensemaking* dos agentes, ou grupos de agentes, envolvidos no processo de formação de estratégias foi identificada, neste estudo, por meio da análise das narrativas e, principalmente, de Mapas Cognitivos elaborados, a partir das entrevistas realizadas, para agentes organizacionais diretamente envolvidos no processo de formação das estratégias selecionadas. Mais especificamente, o exame do *sensemaking* e da interpretação dos agentes – como sendo um componente do primeiro – teve base nas etapas de “*descoberta*” e “*escolha*” que compõem o esquema apresentado por Stacey (1996) de *Descoberta, Escolha e Ação*, que é muito similar ao modelo desenvolvido por Weick (2001) e que foi adotado nesta tese por entender-se que a distribuição das etapas na proposta de Stacey (1996) é mais apropriada para a análise pretendida em sistemas complexos.

**Sensemaking no processo de descoberta:** foi evidenciado a partir de processo por meio do qual, agentes envolvidos no processo de formação de estratégias selecionadas analisaram e interpretaram o contexto organizacional a fim de identificar as respostas que suas ações

provocariam, bem como, as consequências que resultariam de tais respostas nas ações por eles intencionadas.

**Sensemaking no processo de escolha:** de posse de informações derivadas do processo de *Descoberta*, o processo de *Escolha* foi evidenciado por meio da identificação dos significados predominantes (*schemas*) atribuídos pelos agentes ou grupos de agentes às estratégias selecionadas e que os incentivou a agir de uma maneira em detrimento de outra, no processo de formação das estratégias selecionadas. Tais significados, por sua vez, foram inferidos a partir de esquemas interpretativos e interesses predominantes identificados no discurso dos agentes na análise das entrevistas, como também nos mapas cognitivos elaborados para cada estratégia selecionada.

### 3.3.1 Outros Termos Relevantes ao Estudo

**Atrator:** É um estado de comportamento potencial, uma disposição ou um arquétipo que está em processo de ser realizado (STACEY, 1996). Os atratores podem ser estáveis, instáveis ou estranhos. *Atratores estáveis* são comportamentos potenciais ou arquétipos que adotam uma forma perfeitamente regular, com padrões previsíveis. *Atratores são instáveis* quando os parâmetros de controle são definidos em níveis elevados e este potencial ou arquétipo de instabilidade se concretizam por meio de *feedbacks* positivos que amplifica exponencialmente pequenas perturbações do sistema. Neste caso, os agentes de um sistema apresentam comportamento completamente aleatório. *Atrator estranho* ou caótico (CAMPBELL-HUNT, 2007) são paradoxais, por apresentarem comportamento estável e instável ao mesmo tempo. Os padrões produzidos por este tipo de atrator podem tornar-se evidentes ao longo do tempo, mas o caminho da atividade em todo o atrator não pode ser prevista além de um número limitado de movimentos.

**Criatividade:** É definida, neste estudo, como “*alteration in the recessive schema of an individual, a group, or an organization that leads to a change in the dominant schema that then turns out to improve fitness*” (STACEY, 1996, p. 286).

**Estratégia Deliberada:** Refere-se a um padrão de ação seguido de acordo com um plano previamente estabelecido (MINTZBERG, 1978, MARIOTTO, 2003).

**Estratégia Emergente:** Assume-se, neste estudo, que estratégias emergentes têm base no aprendizado, são aquelas cujo padrão realizado não era expressamente pretendido, mas que, por motivos diversos, elas foram efetivamente realizadas (MINTZBERG; WATERS, 1985). Este tipo de estratégia pode desenvolver-se das formas mais comuns, na medida em que as pessoas interpretam, fazem escolhas, interagem, aprendem, ajustam-se mutuamente, divergem e desenvolvem consensos (MINTZBERG, 1994).

**Implementação de Estratégias:** Refere-se a “como os agentes fazem estratégias”, podendo ser representado por um “processo disciplinado ou um conjunto lógico de atividades conectadas que permite que uma organização utilize uma estratégia e a faça funcionar” (HREBINIAK, 2006, p. 23), bem como por meio do *strategizing* que compreende “*those actions, interactions and negotiations of multiple actors and the situated practices that they draw upon in accomplishing that activity*” (JARZABKOVSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007, p. 8).

**Improvisação:** Considera-se, neste estudo, que “*improvisation is largely an act of interpretation rather than an act of decision making*” (WEICK, 2001, p. 72). Além da interpretação, com base em Schön (1983), e no entendimento de que as pessoas aprendem enquanto agem, considera-se ainda que o processo de improvisação também seja resultado de descobertas que ocorrem durante o processo. Neste sentido, em acordo com Schön (1983, p. 68) “*when someone reflects in action, he becomes a researcher in the practice context. [...] He does not separate thinking from doing, ratiocinating his way to a decision which he must later convert to action. Because his experimenting is a kind of action, implementation is built into his inquiry*”. Compreende-se, portanto, neste estudo que, ao improvisar as pessoas fazem sentido de situações inesperadas que emergem, elas interpretam o que aconteceu e começam a resolver o problema, mesmo na ausência de uma definição prévia de como serão executadas as próximas etapas, as quais, elas descobrem ao longo do processo, ou seja, elas aprendem fazendo (WEICK, 2001; SCHÖN, 1983).

**Inovação:** Neste estudo, adota-se a definição de Stacey (1996, p. 288), segundo o qual, *“innovation can be potential or actual. Potential innovation occurs when an agent or system alters its dominant schema. This is the same as saying that it alters its perception or model of current primary tasks or their manner of performance. Actual innovation occurs if this alteration is beneficial to the agent or system in the sense of increasing its fitness, and that happens when the change in behavior delivers what those agents and systems being interacted with demand or accept as the price for further interaction”*.

**Praticantes:** Considera-se que sejam os estrategistas, ou seja, agentes que tenham papel representativo na execução de estratégias organizacionais, seja por meio de decisões, de ações ou da execução de práticas ou práxis, consideradas estratégicas no processo de formação de estratégias.

**Práxis:** Neste estudo, se considera práxis como sendo sinônimo de micro estratégias (ROULEAU, 2005). Elas representam o jeito particular de agentes agirem e desenvolverem soluções para a execução de suas atividades do dia-a-dia e que assumem caráter estratégico por sua contribuição no processo de formação de estratégias.

**Schema (esquema):** Refere-se ao conjunto de regras de conduta ou regularidades que orientam o comportamento e as interações dos agentes em um sistema (STACEY, 1996). Os *schemas* podem ser de dois tipos: o dominante e os recessivos. O *schema* dominante é aquele que predomina no sistema (organização). Os *schemas* recessivos podem ser individuais ou compartilhados, sendo que o primeiro é particular do indivíduo e são passíveis de mudança por meio do aprendizado do indivíduo, e os compartilhados são assim considerados quando envolvem grupos específicos, neste caso, a evolução ocorre por meio de interações.

**Sistemas Adaptativos Complexos (SAC):** são sistemas com múltiplos componentes em interação cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes (STACEY, 1996). Estes sistemas desenvolvem uma capacidade de auto-organização, resultado de uma interação que produz padrões emergentes de comportamento entre as partes, de forma coerente com o todo e mesmo na ausência de um esquema ou plano estabelecido. Sistemas complexos operam em uma fase intermediária entre estabilidade e instabilidade.

**Strategizing:** Refere-se ao “fazer estratégia” que é a construção de um fluxo de atividades composta por interações, práticas e *práxis* dos múltiplos agentes organizacionais, por meio do qual, as estratégias emergem. Compreende “*those actions, interactions and negotiations of multiple actors and the situated practices that they draw upon in accomplishing that activity*” (JARZABKOVSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007, p. 8).

**Sistemas Complexos:** Adota-se a definição de Axelrod e Cohen (1999, p. 38) segundo os quais, sistemas complexos são “*a population of agents. The agents are instances of various possible types. And the population has mechanisms that create, destroy, and transform the agents*”.

**Sistema Formal (ou Legitimado):** Consiste em um conjunto de interações formalmente e intencionalmente estabelecidos pela direção de uma organização ou, ainda, tomada como certa, cujos princípios implícitos são amplamente aceitos por parte dos membros da organização. Em resumo, refere-se ao contexto em que há uma cultura compartilhada ou ideologia aceita (STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999).

**Sistema Informal (ou *Shadow System*):** Foi considerado, neste estudo, como uma espécie de sombra do Sistema Legitimado. É caracterizado por relações sociais e políticas onde os agentes desenvolvem suas próprias regras para interagir uns com os outros no decorrer dessa interação. Algumas dessas regras podem vir a ser compartilhadas em pequenos grupos, ou mesmo, por todo o sistema, mas, não fazem parte da cultura oficialmente sancionada no sistema. Há ainda, dentro deste sistema paralelo, outras regras de conduta que são específicas para cada agente. No *shadow system*, portanto, os agentes determinam o que fazer. Algumas vezes eles consultam um conjunto de regras culturais externas, de um outro grupo específico ou outro sistema, que não seja oficialmente sancionado. Em geral, eles seguem as suas próprias regras de conduta (STACEY, 1996, AXELROD; COHEN, 1999). Nesta tese, *Shadow System* e Não Linearidade são considerados sinônimos.

### 3.4 Delimitação e *Design* da Pesquisa

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, tratando-se de um estudo comparativo de casos descritivo *ex-post-facto* com avaliação transversal. O estudo caracterizou-se ainda como não experimental (KERLINGER, 1980) uma vez que analisou relações entre categorias analíticas *ex post facto* e não, variáveis manipuláveis.

Segundo Goldenberg (1997), o estudo de caso vem da tradição de pesquisa das áreas médico-psicológicas e busca o conhecimento do fenômeno por meio de sua exploração intensa, sendo considerada abordagem holística. O estudo de caso é opção de pesquisa quando se quer pesquisar em profundidade uma ou mais organizações e com grande quantidade de informações, riqueza de detalhes, visando a apreender a totalidade da situação (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1991). Yin (1987, p. 23) acrescenta que o estudo de caso é “[...] pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes e no qual várias fontes de evidências são utilizadas”. Para Bruyne *et al.* (1991, p. 228) “o interesse dos estudos comparativo de casos reside na ultrapassagem da unicidade e na evidenciação de regularidades ou de constantes entre várias organizações cujas semelhanças e dessemelhanças são analisadas”.

Ainda que os estudos de caso visem principalmente aprofundar conhecimento sobre grupos sociais, como indivíduos, organizações, entidades etc., eles também podem ser utilizados para teorizar sobre regularidades de processos e estruturas sociais, como afirma Becker (1997). Assim, este método foi julgado apropriado para as intenções do estudo proposto de se entender como ocorre a formação de estratégias em sistemas complexos como hospitais, a partir da investigação aprofundada sobre as práticas adotadas pelos seus agentes.

A adoção do método qualitativo se baseou na necessidade de compreender e explicar o significado de um fenômeno social, e não a frequência deste (VAN MANEN, 1990; MERRIAM, 1998). Como destacaram Snow e Thomas (1994, p. 471), o método qualitativo “*can be used to uncover complex and dynamic interactions among organizational and strategic factors*”. Miles e Huberman (1994, p. 10) enfatizaram que as abordagens qualitativas, “[...] com sua ênfase na ‘experiência vivida’ das pessoas, são fundamentalmente adequadas para identificar o significado que as pessoas dão a eventos, processos e estruturas de suas próprias vidas”, o que corrobora muito com as intenções deste estudo.

Os dados utilizados na pesquisa têm natureza predominantemente qualitativa. Eles fundamentaram-se em entrevistas, documentos, além de textos escritos a partir de observação não participante. Da mesma forma, o tratamento dos dados foi baseado em procedimentos, predominantemente, descritivo-qualitativos (RICHARDSON, 1989; MILES; HUBERMAN, 1994; BAUER; GASKELL; ALLUM, 2002), com propósitos sugestivos ou, no máximo, preditivos, dadas às relações entre as categorias analíticas teoricamente construídas. Como afirmaram Bento e Ferreira (1983, p. 9), “as pesquisas que buscam informações sugestivas têm por objetivo sugerir perguntas, não encontrar conclusões definitivas”, enquanto que as informações preditivas permitem “[...] formar um quadro geral sobre como, na realidade, se apresenta o fenômeno, em suas múltiplas facetas”, sem afirmar relações causais.

Foi adotada a análise transversal uma vez que o estudo das categorias analíticas se concentrou num dado momento no tempo. O período considerado compreendeu os anos de 2005 a 2010 (considerando-se o ano de 2010 até o mês de junho), sendo quatro anos onde a coleta de dados se deu de forma retrospectiva e quase dois anos de coleta de dados em tempo real.

A perspectiva transversal de análise adotada justifica-se pelo fato de as categorias analíticas implicadas no estudo serem temporalmente dependentes e também porque o estudo da formação de estratégias necessita que seja analisada toda uma série de decisões ao longo do tempo para a identificação de padrões (MINTZBERG, 1978). É de se esperar que a interpretação dada pelos agentes organizacionais para as ações e práticas adotadas no processo de formação de estratégias sofra, ao longo do tempo, influência de fatores intervenientes como a memória e, principalmente, eventos presentes que sempre afetam a significação retrospectiva, como apontam Schutz (1967), Weick (1969) e Pfeffer e Salancik (2003).

Trata-se ainda de pesquisa descritiva, pois, segundo Selltiz *et al.* (1965, p.59), buscou “[...] apresentar precisamente as características de uma situação (...) verificar a frequência com que algo ocorre ou com que está ligado a alguma outra coisa”. Para Vergara (2000, p. 47), a pesquisa descritiva “pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”. Buscou-se, a partir deste estudo, descrever como ocorre a formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos.

Por fim, o nível de análise escolhido foi o organizacional e a unidade de análise foi representada por ações e práticas utilizadas pelos agentes organizacionais no processo de formação de estratégias em duas organizações hospitalares, caracterizadas como complexas.

### 3.5 Organizações Pesquisadas

Foram duas as organizações estudadas, o Hospital Erasto Gaertner (HEG) e o Hospital Pequeno Príncipe<sup>15</sup> (HPP), ambos localizados na cidade de Curitiba. A opção por aplicar a pesquisa em hospitais foi motivada pelo interesse em pesquisar a formação de estratégias em organizações que apresentassem características mais próximas daquelas evidenciadas em SAC. Hospitais são organizações complexas devido aos seus objetivos ambíguos, a natureza de suas atividades, o poder compartilhado entre os diferentes grupos autônomos que o compõem e a pluralidade de profissionais que neles atuam (MINTZBERG, 2007). Tais organizações são ainda caracterizadas como profissionais, pois, se fundamentam no trabalho profissional especializado (MINTZBERG, 1994) representado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros.

Outra característica que motivou a escolha de hospitais foi que, dentre os vários tipos de organizações caracterizadas como complexas, a organização hospitalar tem sofrido, nos últimos anos, um processo de inversão de imagem até então “assistencialista” para uma imagem de organização profissional. Neste grupo de instituições se buscou, ainda, hospitais com a característica filantrópica e sem fins lucrativos, haja vista a regulamentação à qual tais organizações estão subordinadas e que torna um desafio conciliar missão institucional e sustentabilidade.

A característica filantrópica dos Hospitais, em especial, acarreta ainda um dificultador à gestão destas organizações, por ter no Sistema Único de Saúde (SUS) o seu principal cliente, que representa algo entre 60 e 70% dos serviços prestados. Em geral, os serviços prestados a

---

<sup>15</sup> Ao referir-se ao Hospital Pequeno Príncipe, nesta tese, se considera também o Hospital de Crianças César Pernetta que em 1979 foi cedido em comodato pelo governo estadual à Associação Hospitalar Dr. Raul Carneiro e que, desde então, tiveram seus processos e serviços unificados. A história do Hospital César Pernetta teve início em 1919 com a criação do Instituto de Higiene Infantil e Puericultura da Cruz Vermelha que foi inaugurado como Hospital de Crianças em 1930 e em 1951 passou a ser chamado de Hospital César Pernetta.

pacientes decorrentes do SUS são remunerados com base em tabelas desatualizadas, onde a diferença entre o custo do serviço e o valor recebido apresenta um déficit de mais de 40%.

Além de possuírem as características apresentadas, os hospitais foco de estudo são reconhecidos nacional e internacionalmente pela qualidade dos serviços prestados em sua respectiva área de atuação. O HPP é referência no tratamento de alta complexidade infantil, enquanto que o HEG é referência internacional no tratamento, cura e pesquisa do câncer. As principais características dos hospitais foco de estudo são apresentadas a seguir.

<b>Característica</b>	<b>HEG</b>	<b>HPP</b>
Fundação	1972	1919
Posição no mercado de saúde	Reconhecido nacional e internacionalmente no tratamento do Câncer	Reconhecido como o maior hospital de crianças do país
Número de funcionários <sup>16</sup>	1.000	1.700
Funcionários/médicos	8,33	7,11
Funcionários/voluntários	2,38	4,59
Funcionários/leito	6,54	4,36

Quadro 3 - Perfil dos Hospitais Pesquisados

Fonte: Relatórios de Atividades dos Hospitais referentes ao ano de 2009

Além da característica complexa inerente à organização hospitalar (KAST; ROSENZWEIG, 1972), a seleção das organizações respeitou critérios como: tamanho (número de leitos) e atuação na prestação de serviços médicos hospitalares, ensino e pesquisa. Além disso, foram considerados critérios de escolha a oportunidade de realizar a pesquisa de maneira adequada e os hospitais não serem concorrentes direto/expressos no mercado de saúde local. Informações específicas a respeito das duas organizações, bem como as principais características da gestão estratégica de cada uma delas são apresentadas a seguir.

### 3.5.1 Hospital Erasto Gaertner

O Hospital Erasto Gaertner (HEG) resultou do sonho do médico e político que deu o nome ao Hospital. Em 1947 o Dr. Erasto Gaertner lançou uma semente que iria se transformar em uma entidade filantrópica da maior representatividade nacional e respeitada internacionalmente por seus serviços prestados na área de oncologia. Um ano após seu

<sup>16</sup> O número de funcionários apresentado para cada Hospital não contempla os médicos que compõem o corpo clínico, por não serem contratados no regime de CLT.

falecimento, ocorrido em 1954, sua viúva Anita Gaertner juntamente com outras senhoras da sociedade paranaense, fundaram a Rede Feminina de Combate ao Câncer, por meio da qual passaram a trabalhar ativamente angariando recursos para a construção do Hospital, que foi inaugurado no ano de 1972.

A partir de então, a história do HEG esteve intimamente relacionada à história da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, nome dado à Mantenedora do HEG. Além do Hospital Erasto Gaertner, fazem parte da Liga, a Rede Feminina de Combate ao Câncer, fundada em 1954 e o Instituto de Bioengenharia Erasto Gaertner (IBEG), inaugurado em 1985. Embora sejam unidades distintas, o IBEG e a Liga existem em função das atividades do Hospital, que norteia suas atividades. O principal objetivo do IBEG sempre foi suprir a demanda interna de próteses dos pacientes do HEG, mas que acabou ocupando importante espaço na área de biomedicina nacional e internacional ao passar a exportar seus produtos.

A partir da inauguração do Centro de Projetos de Ensino e Pesquisa (CEPEP), em outubro de 1985, o HEG deu seus primeiros passos para se especializar na área de pesquisa e estudos científicos. Embora faça parte da estrutura do Hospital como uma gerência, o CEPEP tem um status de unidade de negócio e controla todas as atividades relacionadas à produção científica, estágios, cursos de pós-graduação e acadêmicos. Por tratar-se de um banco de dados riquíssimo para pesquisa em oncologia, o HEG atrai laboratórios, centros de pesquisa e pesquisadores internacionais que estabelecem parcerias para desenvolverem suas pesquisas e geram recursos. Assim, foram instituídas residências em diversas áreas da medicina por meio de convênios com Universidades, além da oferta mais recente de cursos de especialização, especialmente voltados à oncologia e sua prevenção. Nesta área, por meio do CEPEP, o HEG foi pioneiro na condução e organização de eventos nacionais e internacionais que se sucedem desde meados da década de 1980.

A sustentabilidade sempre foi uma preocupação para a administração do HEG. O caráter político e familiar envolto na administração da Rede Feminina de Combate ao Câncer, como também do Hospital gerou, ao longo dos anos, uma grave situação financeira e, principalmente, desgaste na imagem institucional. Além disso, o fato de o HEG ser o maior centro Oncológico da região Sul do Brasil, faz com que a grande parcela (mais de 90%) dos pacientes atendidos pelo Hospital seja oriunda do SUS, que lhe garante um déficit de mais de 30% na maior parte dos serviços de saúde prestados ao Governo, seu principal cliente.

Na busca de superação da crise financeira e política que se instalava na instituição, no início do ano 2000, o Hospital iniciou um processo de reestruturação em termos de equipe,

processos e imagem. As mudanças tiveram início a partir da posse de dirigentes que representaram um divisor de águas no que se refere à politização das decisões que, por muito tempo, havia comprometido a sustentabilidade do Hospital.

Mais especificamente, a partir do ano de 2003 teve início um processo de profissionalização que resultou na substituição de funções técnicas e de gestão. Estas últimas passaram a ser assumidas por profissionais do mercado que tiveram a meta de trazer e implantar boas práticas de gestão, de forma a reverter a imagem do hospital, modificar a cultura até então assistencialista e promover condições a sustentabilidade organizacional. A pluralidade de interesses e de divergências quanto à melhor forma de gestão do Hospital verificada entre representantes da Rede Feminina de Combate ao Câncer e médicos gestores do Hospital tem caracterizado a gestão do Hospital como, essencialmente, política.

No ano de 2005 uma equipe coordenada pelo Superintendente da época e formada por gestores do Hospital promoveu a elaboração do planejamento estratégico da organização para o horizonte de dois, cinco e dez anos. Em paralelo, ocorreu um processo de capacitação dos colaboradores administrativos e profissionais especialistas, que tinha o objetivo de angariar apoio e, ao mesmo tempo, desenvolver a *expertise* na equipe que estava sendo oxigenada. Em 2007 o plano foi revisto, mantendo-se a maior parte das diretrizes e, atualmente, o plano estratégico está passando por nova revisão para ser implementado a partir de 2011.

O plano estratégico do HEG é composto por grandes diretrizes que incluem a independência financeira, a consolidação de sua imagem nacional como hospital de referência no tratamento oncológico, a mudança da atual imagem assistencialista junto ao corpo funcional e a maior atração de pacientes eletivos. Estão diretamente envolvidos na gestão estratégica do HEG, desde a alta administração, até gerências, gestores de nível intermediário e a operação, de fato. Há uma Assessoria de Planejamento específica com a função de propor uma composição para o Plano Anual de Trabalho (PAT), que contenha ações e metas adequadas aos objetivos estratégicos da instituição, além de organizar o monitoramento e controle das estratégias do Hospital.

As estratégias do Hospital resultam das diretrizes estratégicas representadas por objetivos e metas que emergem de decisões da administração, pautadas em análise racional e consolidadas em um Plano Anual de Trabalho – PAT. No plano formal, as ações e metas estratégicas são desdobradas para todas as áreas, unidades e assessorias até chegar à operação, de fato.

As metas do PAT resultam de análises e projeções, numa abordagem predominantemente racional. Semanalmente acontecem reuniões de acompanhamento entre Superintendência e Coordenação Geral e os envolvidos responsáveis pelos PAT's, onde são discutidas e revistas as prioridades.

### **3.5.2 Hospital Pequeno Príncipe**

Apesar de seus mais de noventa anos de existência, o HPP conserva características de uma organização familiar e possui uma forte cultura interna. Ao invés de uma direção geral, o Hospital é administrado por um colegiado composto por diretores executivos, dentre os quais, representantes dos membros fundadores da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, sua Mantenedora.

A gestão do HPP é reconhecida, interna e externamente, pela característica tradicionalista e familiar. Embora conte com quadro administrativo altamente qualificado, em especial, nos cargos de direção e adote práticas de gestão reconhecidas no mercado, o processo decisório demonstrou ser fortemente influenciado por membros fundadores. Membros fundadores e que compõem a direção da organização têm assumido papel representativo na esfera social e política, atuando como agentes mobilizadores e articuladores a ponto de influenciar políticas públicas voltadas às melhores condições de vida para crianças e adolescentes. Os limites da convergência entre interesses internos e externos ao Hospital, bem como o impacto deste tipo de decisão na sustentabilidade do Hospital têm sido causa de conflitos entre diretores executivos e membros fundadores do Hospital. Como resultado, o processo decisório não ocorre de forma alinhada às instâncias hierárquicas formais e assume forte caráter político.

Informalmente, há quase dez anos o Hospital tem praticado uma gestão estratégica, de caráter mais orientativo, cujas discussões têm se concentrado mais no corpo diretivo da organização. A partir do ano de 2006 a organização incorporou formalmente a gestão estratégica, por meio da criação de uma diretoria específica (Diretoria de Desenvolvimento Estratégico) que coordenou a elaboração do Planejamento estratégico para o ano de 2007 e também para o ano de 2008, com apoio do corpo diretivo do Hospital. Na busca da melhoria do desempenho organizacional e com a aposentadoria do Diretor Administrativo do Hospital

que assumiu esta função por mais de 30 anos, a direção do Hospital deu início a um processo de profissionalização em termos de pessoas e modelo de gestão, que foi intensificado no ano de 2009.

São cinco as diretrizes que regem o plano estratégico do HPP: 1) a satisfação dos clientes; 2) a sustentabilidade econômico-financeira; 3) a valorização dos colaboradores; 4) o fortalecimento institucional; e 5) a responsabilidade social. Ainda que o Plano Estratégico formal estabeleça metas e focos de atuação, na prática, as ações estratégicas executadas pela organização não tem a mesma origem, sendo muito mais resultado de *insights* dos diretores na execução de suas atividades.

No HPP, as interações formais ocorrem por meio de reuniões que não obedecem a um calendário formal e sistematizado. Fica a cargo de cada diretoria estabelecer o canal de comunicação e reuniões com sua equipe de gestores. Semanalmente, acontece uma reunião de diretoria onde são tratados os assuntos comuns aos diretores, são apresentadas e discutidas novas ações e projetos que, posteriormente, são apresentados e aprovados em reuniões do Conselho de Administração, a fim de serem executados.

O hoje chamado Complexo Pequeno Príncipe é formado pelos hospitais pediátricos Cesar Pernetta (que recebeu este nome em 1951) e Pequeno Príncipe (inaugurado em 1971), pelas Faculdades Pequeno Príncipe (que foi implantada como Instituto de Ensino superior Pequeno Príncipe em 2003 e que, a partir de 2004 passou a agregar o Centro de Educação Profissional Pequeno Príncipe – existente desde a década de 1990 – e que recebeu o nome de Faculdade em 2007), o Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (fundado em 2005), que é mantido pela Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro.

Por sua característica filantrópica, mais de 70% dos atendimentos são oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS, o que acarreta ao Hospital um déficit de cerca de 30% sobre o custo operacional dos serviços prestados. O déficit assumido nos atendimentos de pacientes do SUS, associado aos avanços da medicina e constante evolução tecnológica, obrigam a organização hospitalar a buscar ativamente fontes alternativas de receita a fim de manter o equilíbrio econômico-financeiro e a qualidade dos serviços prestados. Como resultado, o Hospital tem se mantido tecnologicamente atualizado e evoluído em algumas áreas prioritárias, mas, como os recursos não podem ser utilizados para o custeio, a principal preocupação dos últimos anos tem sido a sustentabilidade do Hospital que convive com déficits.

### 3.6 Fonte e Coleta dos Dados

Esta pesquisa pode ser caracterizada como um estudo multi-métodos por combinar diferentes métodos de pesquisa no estudo do mesmo fenômeno. Fontes primárias e secundárias são a base de dados da pesquisa e Kerlinger (1980, p. 348) as discrimina como “uma fonte primária é o repositório original de um dado histórico [...] uma fonte secundária é um relato ou fonte de informação distante um ou mais passos da fonte original”.

Foram quatro as principais fontes da coleta de dados: entrevista semiestruturada, questionário, observação não participante e documentos. Estas fontes foram definidas para evitar possíveis vieses potencialmente resultantes do uso de apenas uma fonte de dados, particularmente, onde é envolvida análise retrospectiva (EISENHARDT, 1989; DENZIN; LINCOLN, 1994) e também porque o emprego de múltiplas fontes é característica indispensável ao estudo de caso (YIN, 1987; BRUYNE *et al.*, 1991).

#### a) Dados Primários

A coleta de dados primários se desenvolveu em três etapas e utilizou diferentes instrumentos como: entrevistas com adoção de roteiro semiestruturado, aplicação de questionário estruturado, entrevistas em profundidade, anotações de campo e observação não participante (SELLTIZ *et al.*, 1975; SNOW, THOMAS, 1994; RICHARDSON, 1989; DENZIN, LINCOLN, 1994). Cada um dos instrumentos mencionados e seu momento de aplicação são apresentados na sequência.

**Etapa I:** Foram entrevistados cinco gestores da alta administração de cada organização, com uso de roteiro semiestruturado. O instrumento de pesquisa (Apêndice B) foi organizado de forma a coletar informações sobre os objetivos formais e informais<sup>17</sup> perseguidos pelos Hospitais, como também ações consideradas como estratégicas e que foram executadas ou abortadas no período analisado. Como ressalta Gaskell (2002, p. 65), o principal objetivo de

---

<sup>17</sup> Sendo considerados Formais quando estavam contemplados em planos estratégicos das organizações e, Informais, quando executados sem terem sido planejados antecipadamente.

entrevistas qualitativas para estudos sociais diz respeito à “[...] compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos”, o que justifica o seu uso neste estudo.

A seleção dos entrevistados da primeira etapa foi feita a partir de amostra não probabilística ou intencional (RICHARDSON, 1989), haja vista o interesse em pessoas conhecedoras da história e da gestão estratégica dos Hospitais em estudo. A realização de cinco entrevistas para cada Hospital procurou evitar vieses, pois as informações coletadas voltariam a ser utilizadas como apoio na terceira etapa da coleta de dados. O uso de roteiro semiestruturado visou estimular o entrevistado a “aprofundar as suas respostas, mas sem induzi-las” (ALENCAR, 2000, p. 85) e foi composto por questões abertas e padronizadas, o que requer do entrevistador habilidade na aplicação de modo a conseguir a investigação aprofundada do tema em estudado. A verificação da adequação do roteiro utilizado ocorreu por meio da aplicação de um pré-teste com dois gestores de hospitais diferentes dos estudados, pois, em concordância com Selltiz *et al.* (1975, p. 618), “as pessoas entrevistadas no pré-teste devem ser semelhantes, quanto às suas características, às pessoas que serão entrevistadas no estudo final”. As entrevistas foram gravadas e transcritas *ipsis litteris* de maneira a resultar significativo e válido para a análise (BARDIN, 1977).

**Etapa II:** Aplicação de questionário estruturado (RICHARDSON, 1989; DENZIN; LINCOLN, 1994), combinando perguntas fechadas e abertas (RICHARDSON, 1989). O instrumento (Apêndice B) buscou identificar a percepção dos agentes a respeito da presença e a intensidade que elementos presentes em SAC e considerados no estudo (o aprendizado, a autonomia, a auto-organização, a imprevisibilidade, a não linearidade e as redes de *feedback*) possuem no processo de formação de estratégias nas organizações estudadas. Procurou-se manter alternativas excludentes e exaurir as alternativas de resposta de forma que os respondentes pudessem escolher a alternativa que mais se ajustasse às suas ideias ou sentimentos acerca do objetivo de estudo. Todavia, visando não fechar totalmente as perguntas (RICHARDSON, 1989; SELLTIZ *et al.*, 1975), foi incluída entre as alternativas de cada questão uma categoria chamada “*Outros*” onde os respondentes puderam inserir comentários que, quando julgado necessário, foram explorados na última etapa de entrevistas. Para verificação da adequação do questionário realizou-se um pré-teste com dois gestores de hospital diferente dos estudados.

A seleção dos respondentes pode ser caracterizada como proposital (KIDDER, 1987) ou por critério (MILES; HUBERMAN, 1994). O questionário estruturado foi aplicado

inicialmente aos cinco (05) gestores diretamente envolvidos no processo de gestão estratégica de cada organização, entrevistados na primeira etapa. Os próximos respondentes foram selecionados a partir de amostragem do tipo “bola de neve” (MALHOTRA, 2001). Neste tipo de amostragem, cada um dos cinco entrevistados iniciais identificou outros agentes organizacionais pertencentes à população-alvo de interesse, os quais identificaram outros agentes organizacionais e assim, sucessivamente.

A população alvo de interesse foi composta por membros da alta administração (direção e conselho de administração) e gestores de médio (gerências) e nível intermediário (coordenadores, supervisores, *staffs*), pelo entendimento de que deveriam ser agentes diretamente envolvidos nos processos estratégicos e atuantes em práticas e atividades estratégicas. Ou seja, o público de interesse deveria ser “potencial praticante” de estratégias. Como resultado, os questionários foram encaminhados (individualmente ou em grupo) para 52 funcionários do HPP e 39 funcionários do HEG. O público contemplado, em ambas as organizações, envolveu membros do Conselho de Administração, CEOs, funcionários administrativos e técnicos do nível intermediário e operacional, bem como médicos pertencentes ao corpo clínico dos Hospitais, seja em regime de contrato ou autônomos.

Os questionários foram enviados por e-mail, com orientações sobre o preenchimento. Por duas vezes, com um intervalo de 10 dias cada, foi encaminhado novo e-mail às duas organizações, solicitando o preenchimento do questionário àqueles que ainda não haviam retornado totalizando 30 dias de aguardo para finalização da etapa de coleta dos questionários e início da compilação. Como resultado, houve o retorno de 36 questionários respondidos por parte do HPP e retorno de 26 questionários respondidos por parte do HEG.

**Etapa III:** O objetivo da última etapa de coleta de dados primários foi aprofundar a investigação sobre situações específicas consideradas como estratégicas e de interesse da pesquisa, identificadas nas duas etapas anteriores. Nesta etapa foram exploradas práticas e práxis adotadas na formação de estratégias, envolvidos, o *sensemaking* e comportamento durante processo de formação de estratégias, bem como sua interação com os elementos presentes em SAC identificados. Neste sentido, dentre as diferentes técnicas disponíveis, adotou-se a *entrevista guiada*, por permitir ao entrevistador o uso de um “guia” de temas a serem explorados sem, contudo, a necessidade de as perguntas estarem pré-formuladas ou obedecerem a uma ordem pré-estabelecida. Este tipo de entrevista, em especial, “procura saber *o que, como e por que* algo ocorre” (RICHARDSON, 1989, p. 208, grifos acrescentados). Cabe registrar que, do total de entrevistados, quatro deles solicitaram que em

algumas partes da entrevista não fosse utilizado o gravador e um entrevistado solicitou que a entrevista não fosse gravada, solicitações estas que foram atendidas pela pesquisadora, que fez o registro manual das observações e relatos. As entrevistas dos demais entrevistados foram gravadas e transcritas *ipsis litteris* de maneira que todo o material coletado resultasse significativo e válido para a elaboração e análise de narrativa (MANNING; CULLUM-SWAN, 1994).

A seleção dos entrevistados desta etapa também ocorreu por meio da amostragem do tipo “bola de neve” (MALHOTRA, 2001), descrita anteriormente. A partir dos cinco primeiros entrevistados em cada organização, foram identificados agentes organizacionais diretamente envolvidos nas atividades/situações selecionadas pelo pesquisador – conforme especificações sugeridas tanto pela análise teórico-empírica da temática sob estudo quanto pela análise das entrevistas e resposta aos questionários obtidos nas etapas anteriores – que foram entrevistados, na sequência. Este processo se repetiu em ondas sucessivas, onde informações foram obtidas a partir de outras informações, gerando um efeito “bola de neve” até que foram consideradas satisfatórias as informações coletadas, para efeitos de respostas ao propósito do estudo. Este tipo de amostragem tem como principal objetivo estimar características raras na população, por este motivo, julgou-se apropriado o uso da técnica do tipo “bola de neve” na identificação dos agentes organizacionais efetivamente envolvidos no processo de formação de estratégias, suas práticas e práxis, o que poderia não acontecer no caso de a seleção ocorrer ao acaso.

Como recomenda Eisenhardt (1989), procurou-se proceder à coleta de dados e à sua análise, simultaneamente, de forma que as entrevistas posteriores pudessem preencher eventuais lacunas observadas em entrevistas e etapas anteriores. Assim, a coleta de dados em diferentes etapas e a transcrição de cada entrevista antes da entrevista subsequente contribuiu para sanar possíveis pontos obscuros ou, ainda, melhor investigar aspectos identificados em etapas anteriores. Não houve a intenção de que as duas amostras (de respondentes e de entrevistados) fossem equivalentes, haja vista que aspectos políticos, preferências dos entrevistados e as interações entre agentes e grupos influenciam na identificação, por parte dos entrevistados, de *quem*, efetivamente, tenha participado das situações e processos de interesse da pesquisa. Na sequência, faz-se constar a relação de pessoas entrevistadas em cada organização e a sua distribuição por nível hierárquico.

<b>Etapas e Níveis<sup>18</sup></b>	<b>HEG</b>	<b>HPP</b>	<b>Total</b>
<b>Etapa 1</b>			
Alta Administração	04	05	09
Nível Médio	01	-	01
<b>Total Etapa 1</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>10</b>
<b>Etapa 2</b>			
Alta Administração	05	06	11
Nível Médio	08	12	20
Nível Intermediário	13	18	31
<b>Total Etapa 2</b>	<b>26</b>	<b>36</b>	<b>62</b>
<b>Etapa 3</b>			
Alta Administração	03	04	07
Nível Médio	07	06	13
Nível Intermediário	08	10	18
<b>Total Etapa 3</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>38</b>
<b>Total de Entrevistados</b>	<b>49</b>	<b>61</b>	<b>110</b>

Quadro 4 - Número de Entrevistados por Nível Hierárquico

Fonte: Pesquisa

As entrevistas e a aplicação dos questionários ocorreram entre os meses de Outubro de 2009 e Agosto de 2010. As transcrições das entrevistas das etapas I e III totalizaram mais de 900 páginas, sendo 437 de entrevistas realizadas no HEG e 464 de entrevistas realizadas no HPP. Ainda como fonte primária de natureza complementar, a pesquisadora fez anotações de campo, na condição de observador não participante, nas duas organizações. As anotações e observações foram registradas em um diário de campo, totalizando mais de 80 páginas.

Também foram registradas impressões colhidas durante as entrevistas, em conversas informais, tanto em relação a expressões físicas e orais dos entrevistados, não passíveis de registro escrito a partir da simples transcrição das entrevistas, como mudanças na tonalidade de voz e interrupções, bem como aspectos da organização observada, participação em reuniões como ouvinte, visita às áreas voltadas à atividade de gestão e de operação da organização, entre outras.

## **b) Dados Secundários**

Os dados secundários relativos ao contexto interno e gestão estratégica das organizações estudadas foram obtidos por meio da consulta a documentos (BRUYNE *et al.*, 1991) e tiveram o objetivo de contribuir para a construção da evolução histórica das organizações,

---

<sup>18</sup> Como Alta Administração foram considerados Diretores e membros do Conselho de Administração; o Nível Médio abrangeu Gerentes e Assessores; e o Nível Intermediário abrangeu coordenadores, supervisores, *Staffs* e profissionais especialistas, quando estes não ocupassem cargo na alta administração ou gestão média.

identificação dos objetivos traçados e resultados alcançados, iniciativas encaminhadas ou abortadas, atividades desenvolvidas e situações ocorridas, bem como o momento temporal em que ocorreram. Os dados também contribuíram para a identificação de práticas adotadas pelas organizações no processo de formação de estratégias. A obtenção dos dados ocorreu junto às organizações, bem como foram fornecidos pelos próprios entrevistados, em ocasião das entrevistas.

Embora a coleta de dados tenha sido uma atividade sistemática, a obtenção dos dados secundários foi assistemática em função de pontos de represamento por parte da administração superior de uma das organizações. Desta forma, ainda que os dados tenham sido liberados posteriormente, não se conseguiu evitar que a análise fosse afetada.

No HPP foram consultadas as atas de reuniões mensais do conselho de administração e das reuniões semanais de diretoria durante todo o período contemplado na pesquisa. Também foram consultados documentos relacionados ao Planejamento Estratégico da organização, Jornais veiculados interna e externamente, Relatórios de Atividades anuais, murais móveis e murais fixos, manuais de procedimentos padronizados dos setores, normas e documentos da Gestão da Qualidade, o livro “Um hospital de crianças”, informações disponíveis no *website*, como declarações de missão e objetivos, notícias veiculadas sobre o Hospital na mídia local e regional disponibilizados pela organização, entre outras.

No HEG foram consultadas todas as atas de reuniões mensais do conselho de administração e atas de reuniões semanais de superintendência do período analisado. Foram consultados também todos os Planos Anuais de Trabalho (PAT) e cerca de 70% das atas de reuniões semanais de acompanhamento, no período. Também foram consultados documentos relacionados ao Planejamento Estratégico da organização, Jornais veiculados interna e externamente, Relatórios de atividades anuais, jornais “Erasto +” e “Construindo”, Revista Erasto Gaertner de periodicidade trimestral, manuais de procedimentos padronizados dos setores, normas e documentos da Gestão da Qualidade, o livro “Erasto Gaertner: a trajetória da Instituição do passado à atualidade”, informações disponíveis no *website*, como declarações de missão e objetivos, notícias veiculadas sobre o Hospital na mídia local e regional disponibilizados pela organização, entre outras.

Também foram consultados dados de fontes externas à organização como revistas específicas e o *website* da Federação dos Hospitais do Paraná (FEHOSPAR) em busca de registros de novas demandas que possam ter influenciado na o mercado de saúde e, conseqüentemente, nas estratégias adotadas pelos Hospitais. A coleta dos dados secundários

ocorreu, em grande parte, antes da aplicação dos demais instrumentos de coleta, com o objetivo de apoiar a elaboração e orientar a aplicação dos demais instrumentos. Novos documentos foram acrescentados ao estudo durante a pesquisa.

A variedade de métodos utilizados na obtenção de dados permitiu a triangulação de dados. Estratégias de triangulação de dados são altamente recomendadas para garantir a validade das informações obtidas (MILES; HUBERMAN, 1994; SNOW; THOMAS; 1994; STAKE, 1996; EISENHARDT, 1989; YIN, 1987). Desta forma, a natureza variada dos dados utilizados na pesquisa (dados impressos, dados expressos por meio de linguagem oral e observados) foi aqui inserida, neste sentido. Buscou-se ainda, a triangulação de fontes por meio de vários tipos de publicações, mais de um tipo de entrevista e a estratégia de observação.

### **c) Tratamento dos Dados**

Os dados secundários foram analisados mediante análise documental (BARDIN, 1977). Os dados primários foram analisados por meio de técnicas de análise de narrativa, predominantemente (mas não exclusivamente) qualitativa (MANNING; CULLUM-SWAN, 1994).

No método de análise de narrativa o foco está sobre a narrativa como um modo de análise (ERIKSSON; KOVALAINEN, 2008). Os dados foram organizados e interpretados pelo pesquisador de forma a descrever eventos, acontecimentos e ações permitindo ao pesquisador construir uma ou mais narrativas (histórias) posteriormente interpretadas e discutidas. Há diferentes formas de análise de narrativas, entre elas a análise de significado, análise da estrutura, análise do contexto e interação, e análise de performance. Neste estudo, adotou-se como técnica de análise o significado que, de acordo com Eriksson e Kovalainen (2008, p. 218), “*refers to the content of the narrative (what happened, to whom, where and how)*”, por ser mais apropriada para investigar a formação de estratégias em organizações complexas, desde a concepção até a execução (o que, quem e como), que inclui práticas e práxis.

Compartilha-se com Tsoukas e Hatch (2001) o entendimento de que a complexidade é uma questão de interpretação. Por isso, os mesmos autores reforçam o ponto de vista que a

análise narrativa é muito adequada para descrever as várias dimensões da complexidade (como não-linearidade, característica fractal, simetria recursiva e os loops de *feedback*) que, por sua natureza, inibem o uso de análise lógico-científica. Diferenciais da análise narrativa como contextualização e reflexividade (ao invés de generalizações imperfeitas), expressão de objetivos e motivos (ou invés de justificativas tácitas), e sensibilidade temporal (ao invés da busca por não contradições) fazem da análise narrativa um método apropriado para a análise de sistemas complexos (TSOUKAS; HATCH, 2001).

Foram empreendidas duas narrativas gerais e também narrativas específicas, as quais foram exaustivamente discutidas entre orientador e pesquisadora, e interpretadas. A partir das narrativas gerais – uma narrativa para cada caso – foram elaboradas narrativas específicas para estratégias e situações/eventos selecionados em cada caso, quando identificada a existência de riqueza de detalhes e necessidade de análise mais aprofundada. Alguns critérios foram adotados para a seleção de estratégias e eventos explorados na análise: 1) a representatividade demonstrada por meio da percepção dos entrevistados quanto à relevância (direta ou indireta) para o desempenho dos Hospitais; 2) a exclusão de possíveis vieses por parte dos entrevistados, a partir da percepção da pesquisadora; 3) a disponibilidade de informações, em termos de evidências tangíveis e relatos detalhados, que permitisse a sua representação; 4) atendidos os critérios anteriores, situações que evidenciassem maior presença e influência dos aspectos investigados. As narrativas elaboradas foram utilizadas para identificar a origem ou formação de estratégias, bem como as práticas adotadas e práxis desenvolvidas pelos agentes na execução das estratégias adotadas para cada caso. As narrativas específicas foram utilizadas para identificar os diferentes agentes envolvidos (praticantes) e análise aprofundada da interpretação destes em relação ao evento analisado, a fim de evidenciar percepções e comportamentos adotados na formação de estratégias em sistemas complexos.

Com o objetivo de reproduzir e esquematizar as estratégias e práticas adotadas no processo de formação de estratégias nas organizações pesquisadas adotou-se como método complementar na análise das entrevistas, a elaboração de Mapas Cognitivos, por meio do software IHMC *CmapTools*. Uma definição de Fiol e Huff (1992, p. 297) caracteriza mapas cognitivos como “representações gráficas que localizam as pessoas em relação a seus ambientes informacionais”, provendo “[...] uma estrutura de referência a respeito daquilo que se conhece e se acredita”. De acordo com Huff (1990), mapas cognitivos são apropriados para representar, visualmente, a maneira como pessoas pensam e apreendem temas específicos, o

que contribui sobremaneira para o entendimento sobre as escolhas que elas fazem, deliberadamente.

Cinco são os tipos de mapas cognitivos identificados por Huff (1990): podem ser mapas de atenção e importância, mapas conceituais, mapas causais, mapas de argumentos e mapas de esquemas, estruturas e códigos linguísticos. Adotou-se, neste estudo, mapas do tipo causais, para o entendimento de como situações e eventos são percebidos em sistemas complexos, fazendo com que as pessoas ajam como ajam, especialmente, no que tange ao tripé elementos de SAC, concepção de estratégias e atitudes e práticas adotadas.

O IHMC *CmapTools* também foi utilizado como recurso complementar para a análise de narrativa dos dados coletados por meio de entrevistas. O IHMC *CmapTools* é um software para construção de mapas conceituais, desenvolvido e disponibilizado gratuitamente para Universidades em todo o mundo pelo instituto de pesquisa sem-fins-lucrativos denominado *Institute for Human and Machine Cognition* (IHMC) vinculado ao *Florida University System* e é afiliado a várias universidades da Flórida-USA. Mapas conceituais são instrumentos gráficos para organização e representação de conhecimento (NOVAK; CAÑAS, 2008). Estes mapas incluem conceitos, usualmente apresentados dentro de círculos ou caixas, onde as relações entre conceitos são indicados por uma linha de conexão ligando dois conceitos.

Em se tratando do *CmapTools*, Novak e Cañas (2008, p. 1) definem “conceito” “*as a perceived regularity in events or objects, or records of events or objects, designated by a label*”. A classificação ou rótulo de conceitos utilizados nesta tese foi representado por uma ou mais palavras. Os conceitos apresentados são ligados por proposições, que são definidas por Novak e Cañas (2008, p. 1) como “*statements about some object or event in the universe, either naturally occurring or constructed. Propositions contain two or more concepts connected using linking words or phrases to form a meaningful statement*”. Algumas proposições podem ser chamadas também de “unidades semânticas” ou “unidades de significado”. Outra característica de mapas conceituais é que os conceitos são representados de forma hierárquica, com o mais abrangente ou geral no topo e os mais específicos (menos gerais) organizados hierarquicamente abaixo. Importante ressaltar que a estrutura hierárquica para um domínio particular do conhecimento também dependerá do contexto em que este conhecimento está sendo considerado (CANÃS *et al.*, 2006).

Com uso do *CmapTools* foram construídos três mapas de conceito para cada estratégia organizacional selecionada, narrando desde sua concepção até a execução, na percepção de três diferentes entrevistados diretamente envolvidos no processo de formação da estratégia.

Outra característica dos mapas conceituais são os *cross-links*, ou seja, links de relação entre diferentes conceitos. Os *cross-links* ajudam a ver como um mesmo conceito se relaciona com outros conceitos em diferentes domínios ou segmentos do mapa (NOVAK; CAÑAS, 2008). Para efeitos de análise, os mapas relacionados a uma mesma estratégia – ou elementos/situações/comportamentos que se repetiram em mais de um mapa – foram confrontados posteriormente, para identificação de como elementos de SAC identificados interferem e costumam ser tratados.

Utilizou-se ainda a análise documental que é definida por Chaumier (*apud* BARDIN, 1977, p. 45) como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência”. Neste sentido, a análise documental buscou, principalmente, classificar os elementos identificáveis (pessoas, situações, eventos e sua cronologia) em textos escritos para futura consulta e, principalmente, para apoio na elaboração das narrativas.

Os dados coletados por meio do questionário estruturado foram compilados e trabalhados por meio de planilhas de Excel. Para cada questão, se analisou as respostas consolidadas e a participação por nível hierárquico considerando quatro grupos: alta administração, nível médio, nível intermediário, e profissionais especialistas, a fim de identificar diferentes percepções destes públicos a respeito dos elementos da complexidade e sua relação com o processo de concepção e execução das estratégias. Os resultados consolidados foram comparados entre os hospitais analisados, por meio de diagramas comparativos elaborados para cada questão.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi estruturada por organização pesquisada de forma a apresentar, para cada uma delas, os resultados das três fases de coleta de dados, identificadas na seção sobre os procedimentos metodológicos.

A partir da identificação e elaboração de uma “árvore de estratégias” organizacionais para cada caso, contemplando o período de análise, selecionou-se estratégias cuja análise forneceu bases à discussão proposta. Para cada estratégia selecionada por organização foram, ainda, elaborados mapas cognitivos e procedeu-se a integração entre estratégias selecionadas, elementos de SAC identificados e práticas adotadas pelos agentes organizacionais, a fim de identificar como ocorre o processo de formação de estratégias em cada organização.

Antes, porém, esta seção tem início com a apresentação da análise comparativa da influência de elementos da complexidade (SAC) na formação de estratégias nos Hospitais, com base no exame dos resultados de questionário aplicado às organizações para identificação dos elementos de SAC. O último subitem desta seção é dedicada à análise comparativa dos casos, com objetivo de subsidiar as respostas ao problema central e aos objetivos traçados para este estudo.

##### 4.1 Influência de Elementos de SAC na Formação de Estratégias nos Hospitais

Esta seção tem como objetivo apresentar como características de elementos da complexidade (SAC) considerados no estudo (a imprevisibilidade, a autonomia, o aprendizado, as redes de *feedback*, a não-linearidade, e a auto-organização), são percebidos pelos agentes organizacionais em relação à gestão das organizações pesquisadas. Para tanto, foram elaborados gráficos comparativos para cada elemento analisado, a partir da compilação das respostas aos questionários aplicados aos agentes organizacionais. Apresenta-se, ainda, evidências que tenham sido identificadas nas entrevistas e que corroboram com as respostas dos agentes organizacionais.

### 4.1.1 Imprevisibilidade

Na percepção da maior parte dos entrevistados, a imprevisibilidade foi identificada como um dos elementos que mais influencia e preocupa a gestão dos dois Hospitais. As fontes de imprevisibilidade que têm maior reflexo na gestão dos Hospitais foram identificadas como sendo mudanças na legislação reguladora, as novas patologias, as epidemias e a evolução constante das drogas e tecnologias que culminam em custos extras, quando os recursos já são insuficientes para as necessidades atuais. A obrigatoriedade de determinações, especialmente, de Órgãos Governamentais altera o foco das prioridades de ação e de investimento das organizações hospitalares, com impacto direto nas estratégias organizacionais.

[...] em algumas situações, algumas estratégias são planejadas e elas caminham de acordo. Mas como a gente trabalha na saúde e tem muitas ingerências, então tem muita gente nos dando ordem [*stakeholders* externos]. [...] Então, são coisas que a gente planejou, mas que, de repente, você tem que parar e se adaptar àquela norma (Relato de entrevista do HPP).

São algumas resoluções que, tecnicamente, nós não concordamos ou achamos que não precisa, mas nós temos que nos adaptar. [...] Podemos entrar com algum recurso, podemos fazer uma discussão? Não, não podemos fazer nada, então o que vamos fazer? Vamos nos adaptar à norma (Relato de entrevista do HPP).

Quanto à legislação não tem muito que fazer, nós temos que nos adequar. A instituição pode ser prejudicada levando multas por não se adaptar (Relato de entrevista do HEG).

[...] Outra coisa que atrapalha é a falta de financiamento, essa questão de que constantemente você tem mudanças na legislação, mudanças nas ações, talvez por conta de desenvolvimento e a questão de novas tecnologias. (Relato de entrevista do HEG).

O Estado, como Órgão Regulador, define políticas e determina percentuais mínimos de atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) para hospitais filantrópicos, como os estudados. A estreita relação de dependência com o Estado acontece também em relação a recursos, na medida em que ele é o maior cliente e, portanto, a maior fonte de receitas do Hospital. Outra preocupação dos Hospitais, relacionada à imprevisibilidade, é a financeira.

O Gestor também tem dificuldade, porque é impossível tratar todo mundo de graça [...]. Embora seja um modelo, do ponto de vista social, fantástico, [...] precisa de financiamento [...]. Então, existe a dificuldade no setor Federal, no setor Estadual,

Municipal e na gestão dos hospitais. Este modelo é muito bom ideologicamente, mas ele não tem o financiamento adequado (Relato de entrevista do HEG).

[...] a relação com o paciente não é direta, a relação com o paciente se dá através de convênios, o SUS é um grande convênio, o intermediário entre você e o paciente, é, todos inclusive o SUS, te tentam sub-remunerar, aí alguns conseguem, o SUS é um campeão. Um modelo que inclui perversidade (Relato de entrevista do HPP).

Nós temos duas grandes preocupações que são: o crescimento e desenvolvimento e a sobrevivência. São duas questões que muitas vezes podem estar conflitantes. [...] Os hospitais eram um bom negócio e eles passaram a não ser tão bom negócio. A rentabilidade da instituição como negócio vem caindo no cenário nacional e local, então o negócio hospital foi ficando cada vez mais difícil, seja pela dificuldade de financiamento do SUS, seja pela dificuldade do financiamento das Operadoras. (Relato de entrevista do HPP).

O fato de o Estado adotar tabelas defasadas e muito aquém dos custos efetivos dos procedimentos efetuados, faz com que a busca por recursos alternativos seja uma constante preocupação para a sustentabilidade dos Hospitais, como demonstra o relato a seguir.

É obvio que a Diretoria tem as suas estratégias, as suas diretrizes, pesa um pouco também o retorno, é obvio. Então se eu tenho um serviço que tem um retorno maior e esse serviço está me indicando que precisa ampliar e é lá que eu estou conseguindo tampar o meu buraco financeiro, existe essa coisa até meio comercial de você falar: “Não, agora eu tenho que investir nisso, porque é isso que vai me dar retorno”, e às vezes até alguns setores não entendem isso (Relato de entrevista do HPP).

A partir dos relatos de dirigentes e assessores do HPP e de um dirigente do HEG, apresentados na sequência, pode-se inferir que há um consenso na interpretação destes de que a dificuldade de financiamento e a regulamentação por parte do Estado prejudicam o planejamento dos Hospitais.

Então aquilo que é planejado nem sempre a gente consegue colocar, porque às vezes você teve que parar, teve que fazer um aumento de custo pra atender aquela solicitação de determinado órgão, daí já não pode continuar naquela linha. Então essas coisas a gente planeja, mas, nem sempre consegue executar né? (Relato de entrevista do HPP).

“A implementação da estratégia está vinculada por um lado a um planejamento estratégico baseado em oportunidades, ele pode ser modificado se essa oportunidade se modificar” (Relato de entrevista do HPP).

A implantação de um processo de planejamento em longo prazo, é doloroso no sistema de saúde porque o próprio sistema, seja saúde suplementar, seja também a saúde pública, têm mudanças assim, praticamente constantemente (Relato de entrevista do HEG).

Um conflito se estabelece porque há um déficit natural decorrente do atendimento aos pacientes do SUS. Todavia, para ampliar o atendimento a convênios e particulares, se faz necessário o investimento em infraestrutura e equipamentos. Um dos maiores reflexos identificados como resultado da limitação financeira está na dificuldade dos Hospitais atenderem as demandas de atratores externos e, ao mesmo tempo, não perderem o foco da missão organizacional e das atividades necessárias ao atendimento de seus objetivos estratégicos.

“A gente aqui não consegue planejamento linear, pelo menos por enquanto. É certo que a gente vai diminuir muito a imprevisibilidade que tem aqui [...] eu aprendi que é planejamento de expedições: você sabe que vai acontecer algum acidente, você sabe disso, como é que você minimiza isso? Você tem que estudar muito tudo, todas as características e as possibilidades de circunstâncias de todos os tipos inclusive as meteorológicas, para daí minimizar a exposição ao risco. Então, que acidente vai acontecer vai, mas se você tiver preparado pra ele, as proporções serão menores” (Relato de entrevista do HPP).

Na questão de sobrevivência nós temos esse cenário negativo e ainda, como dificuldade, o cumprimento da Missão, porque se para sobreviver eu admitisse não cumprir a minha missão, mas, não tem outras soluções (Relato de entrevista do HPP).

Para um dirigente, conforme primeiro relato apresentado, a imprevisibilidade pode ser diminuída e evidências como, por exemplo, a participação do Hospital em instâncias governamentais demonstrou que o HPP tem buscado alternativas para tal. A imprevisibilidade, conforme o relato de um dirigente do Hospital, também possui reflexos no cumprimento da missão institucional, na qualidade da gestão do Hospital, assim como na execução de suas ações estratégicas.

Também no relato de um dirigente e um gerente do HEG, apresentados a seguir, pode-se inferir o entendimento de que os gestores têm aprendido a lidar com a imprevisibilidade. Pode-se inferir ainda que, na percepção dos dirigentes, os impactos da imprevisibilidade mudaram ao longo do tempo, seja por iniciativas do Governo ou ainda, pelo aprimoramento da capacidade dos Hospitais de lidarem com ela.

Quando o Serra entrou no Ministério da Saúde, ele falou “isso está errado, os hospitais têm que ter uma previsão desse dinheiro”. Então, a partir dali o SUS passou a pagar em dia. Parece que é pouca coisa, mas foi uma medida que permitiu com que todo mundo conseguisse se planejar. Porque antes você fazia um planejamento, mas como o dinheiro não vinha, o planejamento ia por água abaixo (Relato de entrevista do HEG).

Existe uma porcentagem, que eu não tenho certeza hoje de quanto que é. Talvez esteja em 10 ou 15%, que são coisas reativas. São problemas que aparecem ou por

questões financeiras, ou por questões de legislação que aparecem de uma hora pra outra e que você tem que correr atrás, resolver e não estava no plano. Isso mudou bastante (Relato de entrevista do HEG).

Neste sentido, uma prática adotada por ambos os Hospitais tem sido o acompanhamento sistematizado do ambiente externo – mercado, Estado, órgãos reguladores, mídia e sociedade – de forma a antecipar-se ou interferir nos acontecimentos que possam gerar reflexos em suas atividades.

Ao se examinar a forma como os Hospitais lidam com a imprevisibilidade, identificou-se que as estratégias organizacionais têm origem e tratamento bastante diferenciado entre eles. No HPP, por exemplo, o plano estratégico é desenvolvido apenas até o nível macro de objetivos, sendo que as estratégias e o momento em que serão executadas nem sempre são previstos antecipadamente. Algumas das estratégias adotadas pelo Hospital, por exemplo, pareceram ser resultado muito mais do aproveitamento de oportunidades. Estas estratégias, classificadas como emergentes, conforme Mintzberg e Waters (1985), demonstram o olhar atento dos agentes organizacionais e uma capacidade de adaptação às forças do ambiente.

Outras estratégias, como mudanças em legislações de interesse do Hospital e a própria ampliação do HPP, por exemplo, embora sempre tivessem sido intencionadas, não se sabia quando poderia acontecer e nem mesmo como seria tratada quando acontecesse. Mesmo para as ações estratégicas decorrentes de projetos de captação de recursos, onde há um planejamento mínimo, ainda há um efeito surpresa pelo fato de a liberação dos recursos nem sempre ser programado.

Eu diria que o planejamento se tornou mais dinâmico, eu acho que nos últimos oito anos. E a partir do momento que a gente foi instituindo uma sistematização para captação de recursos, isso obrigou o planejamento a ser mais detalhado no nível de projetos. Hoje, a gente precisa fazer um planejamento diretor para os próximos dez anos. Se você perguntar se a gente já tem isso, não. Mas a gente tem as linhas gerais (Relato de entrevista do HPP).

Pode-se inferir a partir do relato de um diretor do HPP a percepção de que o modelo de planejamento do Hospital precisa ser alterado para contemplar orientações estratégicas no nível micro, inexistentes até então. Verificou-se que como resultado do modelo atual, que as estratégias têm origem muito mais em *insights* de dirigentes do Hospital, de gerentes e assessores muito próximos às informações diretivas e que detenham alguma autonomia para provocar e assumir as mudanças.

No HEG, verificou-se que o plano estratégico adota uma abordagem predominantemente racional, com objetivos, estratégias e metas desdobradas para todas as áreas, unidades e assessorias. Identificou-se um grande esforço da administração do HEG em manter um alinhamento entre planos, metas e prazos definidos no Planejamento Estratégico da organização e o PAT, esforços estes essencialmente racionais. Na prática, as estratégias emergem de forma incremental, nos termos de Quinn (1978), pois, as constantes adequações efetuadas no plano e nas metas resultam de atitudes conscientes e intencionais por parte dos gestores.

A observação não participante da pesquisadora evidenciou que, ainda que a racionalidade possa burocratizar alguns processos, o planejamento estratégico do Hospital é conhecido, adotado e aprovado pela grande maioria dos colaboradores, por tê-los envolvido das diretrizes para o futuro do HEG, bem como ter organizado alguns processos compartilhados, como se observa no relato seguinte.

[...] eu não posso pensar só na semana que vem, eu tenho que pensar no longo prazo e eu não posso pensar na minha área, eu tenho que pensar na dos outros juntos, não é? Como aquele meu projeto vai impactar os outros. Então foi uma visão que eu acho que foi fundamental pra empresa se desenvolver (Relato de entrevista do HEG).

Na interpretação da gerência do HEG, percebeu-se o reconhecimento pelas melhorias advindas do planejamento, em especial, a integração entre atividades desempenhadas por diferentes áreas. Esta constatação tem base nas interações promovidas para acompanhamento dos resultados e que envolve agentes de diferentes áreas, envolvidos em atividades comuns ou, ainda, com responsabilidades compartilhadas e que passaram a integrar esforços.

No dia-a-dia dos hospitais, em razão de sua complexidade, tem sido praticamente impossível para os dirigentes dos Hospitais alinhar intenções dos agentes, decisões internas, eventos externos e necessidades de natureza técnica e informacional de forma simultânea e precisa. No diagrama seguinte são apresentados os resultados quanto às atitudes dos agentes diante da imprevisibilidade.

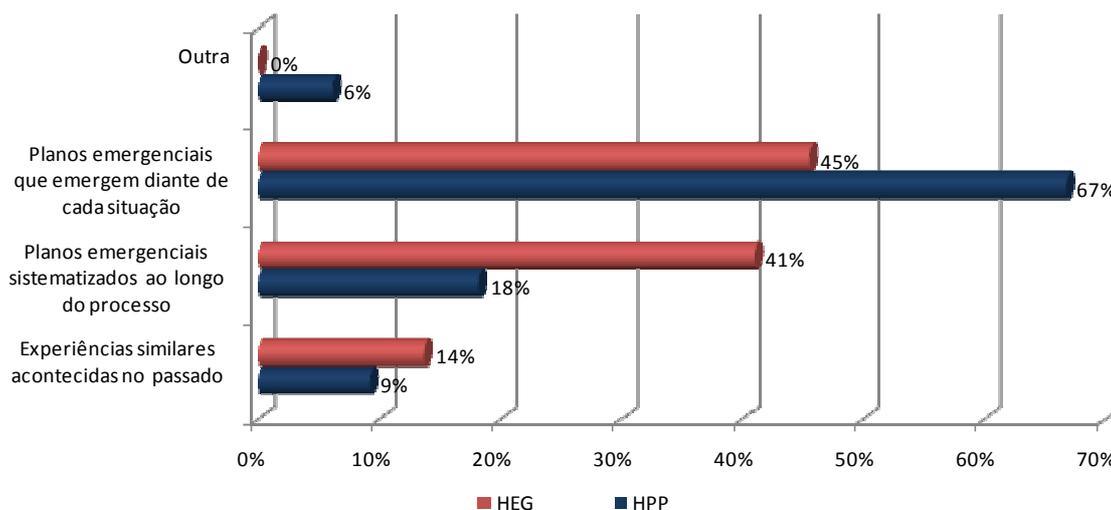


Figura 4 - Atitudes Adotadas para Lidar com a Imprevisibilidade

Fonte: Pesquisa

Verificou-se na Figura 4 que, diante de situações imprevistas (atratores), os gestores do HEG consideram comum a adoção de ações emergenciais (45% das respostas), mas que, ao longo do tempo, passam a ser sistematizados (41%) por meio de sua inclusão no Plano Anual de Trabalho (PAT) do Hospital. Na prática, verificou-se que a improvisação e a formalização caminham em paralelo pelo fato de que, mesmo ações não contempladas no PAT têm sido incluídas nele, ao tornarem-se recorrentes.

[...] depois você vai avaliar e talvez não tenha sido a melhor forma, mas, resolve. Até porque a gente orienta [...] a equipe, surgiu um problema “identifique o que aconteceu com o paciente e resolve o problema dele”, depois vemos quem foi o responsável, onde é que está o erro. Ai nós vamos sentar e nós vamos resolver, porque não é para acontecer novamente, entendeu? (Relato de entrevista do HEG).

Como destacou uma gerência, no HEG uma ação improvisada nem sempre é definitiva, esta decisão passa por análise posterior. Resolvida a emergência, a medida adotada passa por uma análise que define se a ação deve ser adotada no futuro, se há medidas preventivas para serem estabelecidas ou ainda, se há rotina que poderia ser adotada em definitivo. Ou seja, nos termos de Schön (1983), o agente reflete e age, buscando alternativas para a conseguir resolver o problema, imediatamente.

As questões relacionadas à assistência a gente vai adaptando (Relato de entrevista do HEG).

Tentar do outro jeito, em nenhum momento fez com que a gente desistisse do objetivo principal (Relato de entrevista do HPP).

Nos relatos apresentados de um gestor do HEG e de um diretor do HPP, respectivamente, identifica-se a persistência e a capacidade de adaptação dos agentes frente aos atratores. Na ocorrência destas situações no HPP, as ações são readequadas rapidamente pelos próprios gestores responsáveis, independente de sistematização.

A partir da Figura 5, observa-se que a criatividade foi destacada por 41% dos respondentes do HEG e por 39% dos respondentes do HPP. Entre questionário e entrevistas, houve maior convergência de respostas por parte do HPP, onde reações espontâneas com base na improvisação somaram 45% das respostas e, o improvisado foi também apontado por aqueles que escolheram a opção “outra alternativa”.

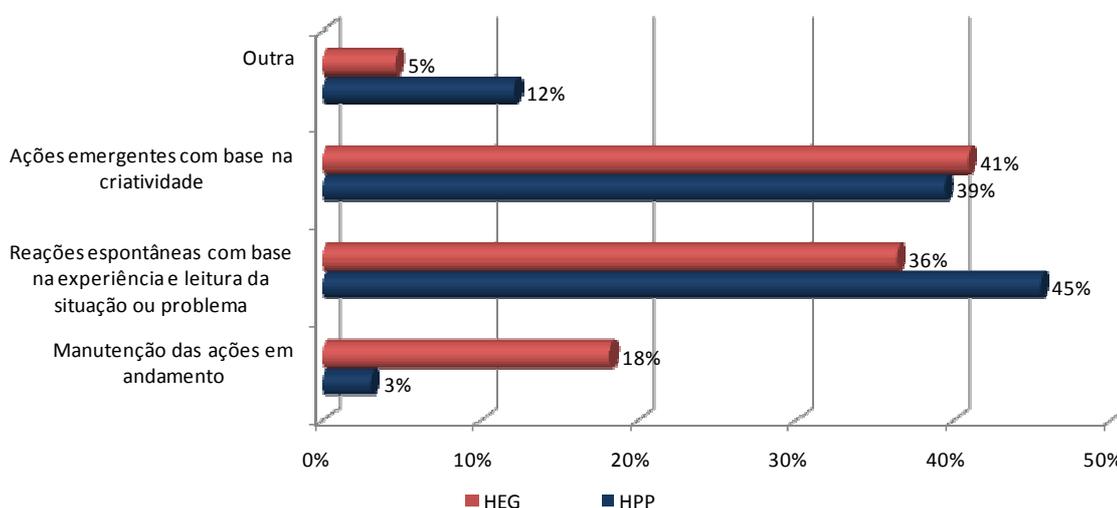


Figura 5 – Práticas Adotadas ao Lidar com Imprevisto  
Fonte: Pesquisa

O caráter mais racional identificado na gestão estratégica do HEG explica os 18% dos respondentes daquele Hospital que alegaram manter os planos em andamento, mesmo diante de situações imprevistas. Embora tenham sido identificadas evidências de improvisação e de uso de criatividade por parte dos agentes na execução das ações, diante do imprevisto, a sistematização das atividades no PAT pode gerar o efeito de acomodar e impedir a visão periférica dos agentes, nos termos de Mintzberg (1994).

### 4.1.2 Aprendizado

O aprendizado organizacional foi analisado sob o prisma de mecanismos adotados pelos agentes para a adaptação sua e das atividades sob sua responsabilidade, às características da complexidade. Portanto, tratou-se o aprendizado como consequência da criatividade dos agentes que se manifesta por meio de *single e double loop learning*.

Identificou-se uma preocupação por parte dos dois Hospitais com a capacidade de adaptação dos agentes às decorrências da imprevisibilidade, da morosidade de algumas mudanças e da pressão do ambiente hospitalar, que tem reflexos na alta rotatividade das equipes.

A gente sabe bem o que a gente quer e a gente estabelece um plano, mas sempre tem um meio ponto e isso você vai criando na equipe. Foi muito frustrante para eles no começo uma coisa que não dava certo. Então a gente trouxe para eles essa capacidade que a gente tem de se adaptar às realidades que são mutáveis. [...] Hoje eles já pensam num plano B, mas, não foi sempre assim (Relato de entrevista do HPP).

A partir do relato apresentado de um dirigente do HPP, pode-se inferir o entendimento de que capacidade de adaptação é essencial para que os agentes desenvolvam criatividade. No HPP, em especial, a observação não participante da pesquisadora permitiu constatar que a formação dos gestores tem sido uma prática adotada pelo HPP. Isto ocorre por meio de orientação constante sobre flexibilidade e resiliência na execução de suas atividades quando do surgimento de atratores, sem perda de foco.

O relato de um gestor do HEG, apresentado a seguir, revelou a percepção que, na perda de colaboradores por motivo financeiro não há muito que ser feito, mas, as perdas por despreparo podem ser amenizadas.

Nós tínhamos uma rotatividade, ainda temos, na enfermagem relativamente grande, mas dentro do aceitável no mercado. A gente perde muito por questão financeira mesmo, o mercado, diferença salários também porque o pessoal que vem trabalhar conosco ele se forma aqui dentro e o mercado vem e pega. [...] Às vezes é questão de experiência mesmo, eles olhavam e “não vou dar conta”. Então, [...] nós começamos a fazer um processo de admissão desses funcionários diferente. Na enfermagem nós fazemos uma admissão assim, como se fosse um acolhimento, uma semana de integração, ele vai ter contato com todas as áreas, com todos os serviços e com o paciente, como se ele não fosse funcionário ainda, então ele fica junto pra conhecer, pra aprender [...] então a gente prepara ele para o que ele vai encontrar (Relato de entrevista do HEG).

Como se observou no relato do HEG, soluções alternativas foram buscadas a partir de análise junto à área de Recursos Humanos e práticas como estágio experimental em atividades

críticas, como a enfermagem, tem contribuído para a adaptação dos agentes à realidade do Hospital e redução do *turn over*.

O comportamento dos agentes que melhor evidencia seus esforços adaptativos e a habilidade por eles utilizada ao lidarem com a imprevisibilidade, foram investigados, e os resultados são apresentados na Figura 6, a seguir.

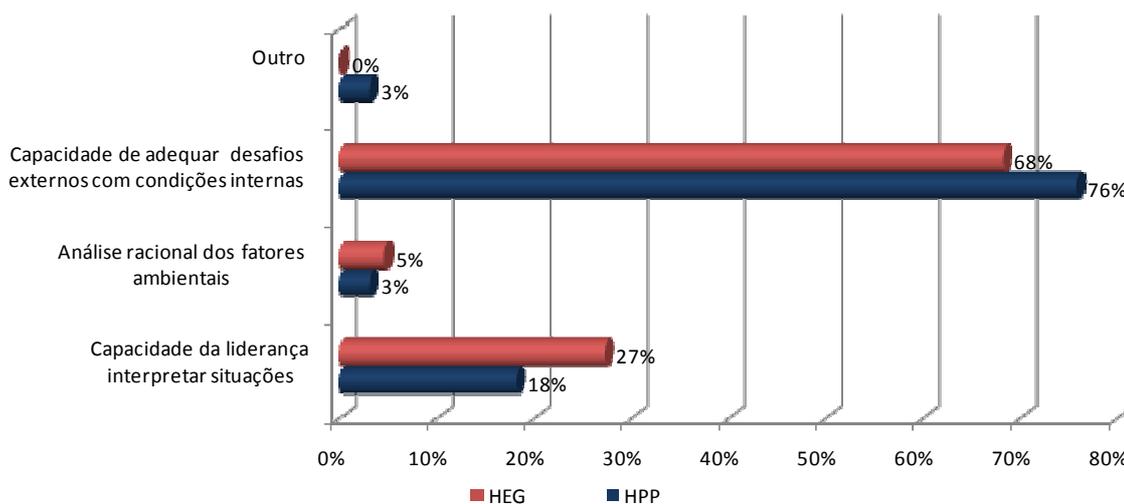


Figura 6 - Comportamento que Evidencia o Esforço Adaptativo nos Hospitais  
Fonte: Pesquisa

Pode-se observar que a adequação dos desafios externos às condições internas é o fator que tem demandado maior capacidade de adaptação dos agentes, em ambos os Hospitais. Uma evidência desta situação foi destacada por um gerente do HEG, como segue.

Aqui no hospital tem uma rotina, que é a rotina da saúde e nós sabemos mais ou menos onde vai dar. O que gera mudanças para nós é a falta de dinheiro e a dificuldade de investimentos. Muitas vezes nós temos que ser mágicos para conseguir, com o pouco que temos, atender uma necessidade da Instituição (Relato de entrevista do HEG).

Necessidades como a apontada pelo gerente do HEG, estimulam a criatividade dos agentes e equipes, de forma que soluções inovadoras são encontradas para a adaptação da organização às suas necessidades.

A instituição cresceu muito e nós tivemos que colocar muitos equipamentos nos quartos para os pacientes. Nós não tínhamos tudo isso. Então vamos transformar essas máquinas [...] 286 que ninguém mais quer. [...] A gente inventou [...], nós recriamos computadores a partir de outros computadores para aproveitar aqui dentro.

[...] como nós não temos recursos para comprar um novinho, nós montamos (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar no relato de um gestor que a iniciativa dos agentes, diante do atrator “falta de recursos”, desencadearam soluções alternativas. Mais do que isso, buscou-se alternativas, de forma a produzir máquinas novas a partir das, então, existentes caracterizando uma situação de *single loop learning*. Ressalta-se que, na situação apontada, pode-se identificar uma manifestação de “*reflection-in-action*”, conforme aponta Schön (1983). Assim, o aprendizado dos agentes resultou da integração entre pensamento e ação que ocorreram ao mesmo tempo, durante a ação desenvolvida.

Características complementares apontadas por respondentes do HEG destacaram a capacidade de interpretar situações e readequar planos, bem como de interação para o apoio necessário à execução das atividades. Identificou-se que tal comportamento é percebido com maior frequência junto às lideranças, quando analisam e interpretam situações para orientar suas decisões do dia-a-dia.

A adaptação também foi destacada como uma das habilidades que melhor representam o comportamento dos agentes ao lidarem com a imprevisibilidade, ao combinarem criatividade e a improvisação. Na Figura 7, a seguir, são apresentados os resultados comparativos.

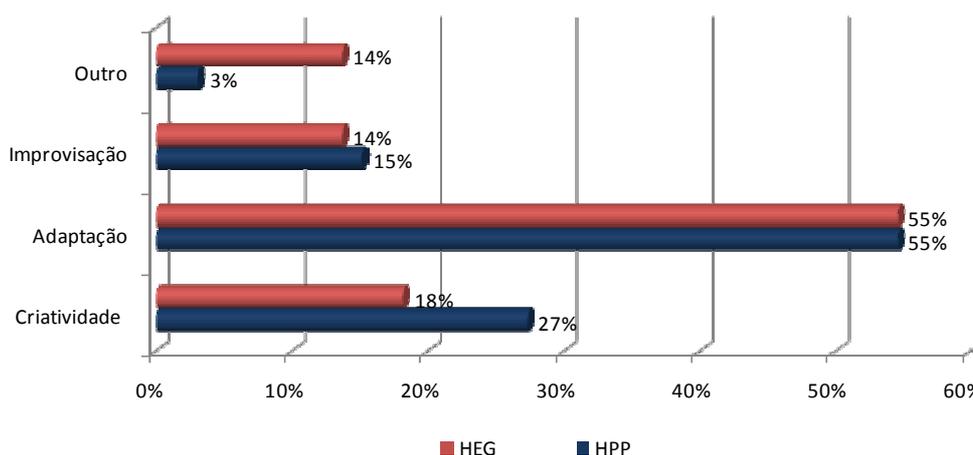


Figura 7 – Comportamento dos Agentes em Relação à Imprevisibilidade  
Fonte: Pesquisa

Evidências como, por exemplo, a autonomia por parte de agentes administrativos e a informalidade nas interações, fazem crer que o maior percentual de respondentes para o item

criatividade no HPP possa ser resultado da não estruturação destes processos. Ainda que algumas atividades possam, a princípio, parecer menos organizadas no HPP, elas representam maior estímulo à criatividade dos agentes do HPP, como destacado por Stacey (1996).

Verificou-se que a criatividade, em grande parte, tem sido a fonte das soluções alternativas buscadas pelos agentes na execução de suas demandas e não apenas frente à atratores, mas, também na proposição de melhorias, mas ocorrem de forma diferenciada dependendo do tipo de informação disponível para o agente.

No que se refere à eventos criativos, duas situações foram identificadas na análise dos Hospitais: 1) ideias de improviso surgem quando as informações não estão todas disponíveis para adoção de medida resolutiva por parte dos agentes; 2) Ideias que promovem mudanças surgem por meio de *single* ou *double loop learning* quando os agentes têm disponíveis as informações para propor mudanças, porque conhecem a operação como um todo.

Em ambos os Hospitais, a improvisação foi identificada como sendo espontânea, em situações emergenciais e por quem tem conhecimento aprofundado no assunto, portanto, praticada com mais frequência por agentes de nível intermediário e operacional, enquanto que situações que denotem *single* ou *double loop learning* apresentaram maior incidência em atividades desenvolvidas por agentes de níveis superiores como média e alta administração. A ocorrência das duas situações mencionadas pode ser observada nos relatos seguintes, iniciando por situações de improvisação.

Estava tendo a epidemia de gripe H1N1[...]. A hora que eu entrei no hospital e vi o primeiro segurança com máscara eu pensei “ou hoje teve uma grande crise no hospital ou é o universo contaminado ou alguém resolveu colocar máscaras e a população inteira do hospital vai entrar em pânico”. Dito e feito... Antes do meio dia, metade do hospital estava com máscara [...]. Eu ouvi coisas do tipo “Você viu, está tudo infestado” Foi trágico e as medidas precisaram ser rápidas: “A partir de amanhã, só os funcionários da linha de frente precisam estar de máscaras, que é só pra quem vai receber quem vem de fora”. A gente montou um grupo de trabalho da gripe, então era enfermeira, era médico, era isso... Toda decisão que saia desse grupo, tudo era comunicado, tudo. Foram quase duas semanas [...] para consertar, todos os dias colocando cartazes, indo nos setores, falando com as pessoas, fazendo reunião quatro vezes por dia para as equipes todas saberem que não era uma pandemia... (Relato de entrevista do HPP).

A ocorrência relatada por um assessor do HPP evidencia uma situação de improvisação diante de uma emergência relacionada à Gripe N1H1 (atrator). A partir dos relatos seguintes, percebe-se claramente que, por ser uma situação recorrente, a improvisação na primeira

ocorrência gerou aprendizado por parte dos agentes na situação de um problema no telhado da lavanderia (atrator).

Alguns meses depois a gente teve um problema na estrutura da lavanderia e precisou desocupá-la imediatamente. E o que a gente fez? No momento zero, a gente comunicou “que por segurança foi interditada e tal, tal, tal, que ia reformar e daqui a pouco ia reabrir e tal, tal, tal”. Não teve boato. Se eu não tivesse comunicado, o que ia acontecer? Diriam que desabou e que morreu três, entendeu? (Relato de entrevista do HPP)

Passaram uns dias, alguém da Diretoria falou assim: “Você viu que beleza comunicar as coisas antes? Não teve nenhuma fofoca em relação à lavanderia”. (Relato de entrevista do HPP).

A mudança de comportamento da organização relatada pelo assessor pode ser caracterizada como *single loop learning*, porque não houve mudança de esquema, mas, uma adaptação deste em prol de situação mais vantajosa promovida pelo agente responsável pela área. No último relato onde o dirigente, analisando a situação passada identificou que a medida adotada foi estratégica, pode-se constatar ainda de que esta percepção ocorreu retrospectivamente, ou seja, a estratégia só foi percebida quando já estava pronta, nos termos de Weick (1979).

Ainda relacionado ao episódio da Gripe N1H1 no HPP, destaca-se ainda a improvisação por parte de mecanismos adotados para divulgação, como pode ser percebido no relato de um assessor.

Então, a gente montou uma campanha “não volte às aulas agora”, porque se voltar vai piorar e a gente não tem estrutura para atender. Foi um trabalho de comunicação muito forte, a gente teve que usar coisas que a gente nunca tinha usado como fazer reuniões, ir de setor em setor [...] foi boca a boca, foi elevador, foi tudo que você podia imaginar usar, a gente usou para poder se comunicar. (Relato de entrevista do HPP).

Ao resolver problemas pontuais, verificou-se que os agentes desenvolvem novas práxis que podem ou não, ganhar dimensão social e tornarem práticas organizacionais. As práxis, neste caso, foram representadas por ações como colar cartazes nos elevadores, fazer reuniões em diferentes turnos, utilizar o que o entrevistado chamou de “boca a boca” e, até mesmo propor mudança no calendário escolar da cidade.

Também no HEG foram identificadas situações de improvisação como *single loop learning*, como demonstrado no relato a seguir.

[...] chega uma determinação da Vigilância Sanitária ou do Ministério da Saúde que você tem um prazo para cumprir e que é uma situação nova que aconteceu na saúde. Você não tinha isso planejado, aí você vai ter que correr e colocar isso em funcionamento. De uma maneira inicial você faz uma abordagem reativa e já resolve o problema. Mas daí já fica uma pendência para entrar no planejamento adequado, você protocolar formulário, fazer uma norma de procedimento e, no próximo planejamento, você incluir isso no teu pensar (Relato de entrevista do HEG).

O entendimento de um dirigente do HEG revela claramente a importância de improvisar e adequar-se, mesmo que reativamente, em resposta aos atratores. Verifica-se que, apesar da flexibilidade do plano estratégico do Hospital, a manifestação do entrevistado a respeito de adequar o plano com a nova ação evidencia o aspecto racional inerente ao processo.

Verificou-se, especialmente, no HEG, que a interação entre agentes e áreas tem aprimorado a execução de atividades, o que denota cooperação nos termos de Axelrod e Cohen (1999). Assim, não basta ter criatividade. A preocupação com a sintonia entre equipes e oportunidades de interação também foram identificadas como importantes e são estimuladas pelos agentes organizacionais nos dois Hospitais.

Como destacou Stacey (1996), interações entre agentes, aliás, são essenciais para a criatividade no nível de *double loop learning*. Isto acontece porque *double loop learning* representa mudança no esquema dominante da organização e, conseqüentemente, envolve mudança de esquemas individuais e compartilhados por grupos específicos. Em ambos os Hospitais, as experiências que evidenciaram *double loop learning* foram identificadas com mais frequência em atividades desempenhadas por cargos diretivos, mesmo que na sua execução tenha havido presença representativa de gestores de nível médio.

Como exemplos de situações inovadoras podem ser destacados: no HEG, a implantação de Sistema Hospitalar e das mudanças necessárias para Acreditação do Hospital e, no HPP, a ampliação da estrutura física do Hospital e a fundação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe. O exemplo da implantação de um sistema informatizado no HEG, apresentado a seguir, evidencia como os agentes organizacionais procederam para superar os atratores envolvidos, neste caso.

A gente preparou muito a equipe de TI [...] contratamos, mudamos o perfil da equipe na linha de frente que, primeiro tem que conhecer o negócio do hospital para depois poder conversar com o profissional de saúde, sem ficar de alguma forma sem resposta [...] ele vai chegar para o profissional e dizer assim “oh é isso”, ele vai saber o que está falando. Tem que ser um profissional capacitado que mostra um bom diálogo, que consegue mostrar o benefício daquilo e que ele veio para ajudar e não para atrapalhar (Relato de entrevista do HEG).

Como que a gente vem tratando isso aí? Com muito treinamento e muito diálogo. A gente tem uma parceria muito grande com o coordenador clínico [...]. A gente vai lá treina, conversa, a gente mostra para ele os benefícios, a gente mostra para ele que o maior trabalho que existe é apenas na primeira vez que o paciente chega ao hospital e que depois ele vai ver o benefício que todo histórico do paciente vai ficando e ele não vai mais precisar ficar digitando e tudo mais. A gente tenta entender o lado do médico e ver quais são as possibilidades que a gente tem para melhorar a partir da necessidade do profissional (Relato de entrevista do HEG).

O entendimento do gestor da área de tecnologia revela que é necessário identificar os impactos e se preparar para eles. Fazendo uma analogia com os processos de descoberta, escolha e ação, apontados por Stacey (1996), o comportamento do gestor evidencia atitudes como análise do contexto, escolha de atitudes a serem adotadas com base na resposta esperada e, principalmente, as ações que melhores resultados trariam, na situação que se apresenta. Ou seja, intencionalmente, o gestor definiu qual a melhor forma de agir a fim de conseguir a implantação do sistema e foi adequando-a, a partir dos resultados obtidos.

Percebeu-se o entendimento do agente de que o profissional médico demanda atenção especial, por não gostar de atividades burocráticas e por ser o maior impactado pela mudança. Esta percepção orientou-o a tomar atitudes como capacitar a equipe, definir uma abordagem por meio de diálogo que especificasse os benefícios das mudanças e interagir em busca do apoio de outras áreas envolvidas, como a coordenação médica. Verificou-se que, neste caso específico, a mudança dos esquemas recessivos junto ao corpo clínico, somente foi possível devido ao apoio do coordenador médico, da área de enfermagem e, principalmente, da alta administração, ao interagirem, assumirem e legitimarem a iniciativa pelo fato de ser benéfica para o Hospital como um todo.

Identificou-se que muitas das iniciativas dos agentes frente a situações desafiadoras nos Hospitais tiveram origem no conhecimento aprofundado de parte dos agentes, de nível médio, da situação. Todavia, mesmo os agentes organizacionais ao responderem sobre suas atitudes diante de situações novas e desafiadoras apontaram as ações derivadas de decisões da administração corporativa, como pode ser observado na Figura seguinte.

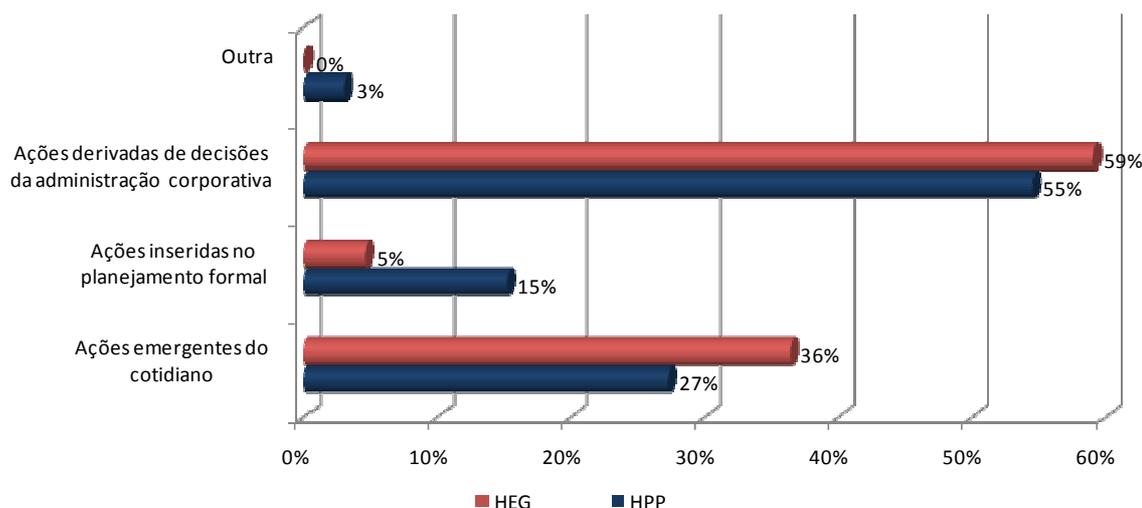


Figura 8 – Atitudes Relacionadas à Adaptabilidade dos Agentes  
Fonte: Pesquisa

Diferente das manifestações e resultados apresentados na Figura 8, a observação não participante da pesquisadora permitiu constatar que, em ambos os Hospitais, o fato de as grandes decisões de mudanças ficarem concentradas na administração corporativa, não significa que a origem das propostas restringe-se a este nível gerencial. Uma justificativa para as respostas dos agentes pode estar relacionada às características de centralização por parte da alta administração, identificadas no processo decisório de ambos os Hospitais. Embora tenha sido muito frequente que gestores de nível médio submetam à apreciação da alta administração, propostas para resolução dos problemas, na prática, as proposições vem destes colaboradores.

Hoje XX [dirigente] me dá carta branca em muitos aspectos, eu sempre alinho todas as minhas atividades com ele, para que sempre eu tenha, no meu dia a dia, até onde eu posso ir ou qual caminho eu devo seguir. [...] a gente se fala três, quatro vezes por dias sobre N assuntos (Relato de entrevista do HPP).

Agora quando é uma inovação, vamos supor, ah vamos inovar, vamos implantar uma nova tecnologia [...] a gente fala assim: “olha, a gente vai beneficiar os pacientes...” aí a administração do hospital opta por não colocar ou por colocar (Relato de entrevistado do HEG).

Como evidenciaram as duas manifestações de assessores dos Hospitais analisados, foi possível perceber em ambos os Hospitais, mas, de forma mais significativa no HPP, a existência de diferentes esquemas organizacionais. Identificou-se que os agentes têm a

percepção dos grupos de poder que compõem a organização e demonstram suas escolhas por meio do comportamento, defendendo ou se engajando as regras estabelecidas pelo seu grupo de preferência. Desta forma, embora para uma parte dos respondentes a decisão seja da alta administração, considera-se que, grande parte das iniciativas seja proposta por gestores diretamente envolvidos na execução das tarefas. O fato é ressaltado pela representatividade que a opção “*ações emergentes do cotidiano*” teve para os entrevistados de ambas as organizações, como se demonstrado na Figura 8.

As propostas criativas que evidenciam a percepção da necessidade e a capacidade de adaptação dos agentes tiveram origem nas esferas mais diferenciadas das duas organizações, como se observa nos relatos a seguir.

[...] As propostas podem ser da própria diretoria médica, como, o mais provável, de um médico ou um grupo de médicos que viaja pelo mundo [...] e vê coisas e traz ideias. Trazem a ideia para uma diretoria, que é discutida, é feita uma análise dos riscos da ideia e da viabilidade disso e da qualidade técnica e aí para ser implementada passa para uma segunda fase, de como fazer isso? Como buscar recursos pra isso? (Relato de entrevistado do HPP).

Que nem na parte da inclusão digital, que são os Telecentros, os quiosques. A ideia surgiu de um médico, um profissional de saúde, ele chegou e falou assim: “olha eu tenho contato com um hospital e uma situação vem dando certo [...] você quer que eu te passe o contato?” A ideia surgiu dele, veio para cá e a gente correu atrás e deu certo (Relato de entrevista do HEG).

A ideia da visita virtual nasceu aqui dentro, veio de todas as vias. Apareceu uma ideia, deu vontade, nós vamos correr atrás (Relato de entrevista do HEG).

É misto, eu não posso dizer assim que venha mais lá de cima ou da operação, as ideias surgem assim de todos os lados (Relato de entrevista do HEG).

Os relatos anteriormente descritos permitem inferir que os agentes estão continuamente buscando novas alternativas de melhoria para as atividades desenvolvidas em ambos os Hospitais. Como já apontado anteriormente, as iniciativas não surgem apenas das áreas responsáveis, mas, de toda a organização, e isto somente não é causa de desgastes entre equipes porque os agentes interagem diretamente entre si, desenvolvendo seus próprios canais de comunicação, como será explorado no próximo item.

### 4.1.3 Redes de *feedback*

A forma como se dão as redes de *feedback* nos dois Hospitais são essencialmente distintas, como se observa na Figura 9, a seguir.

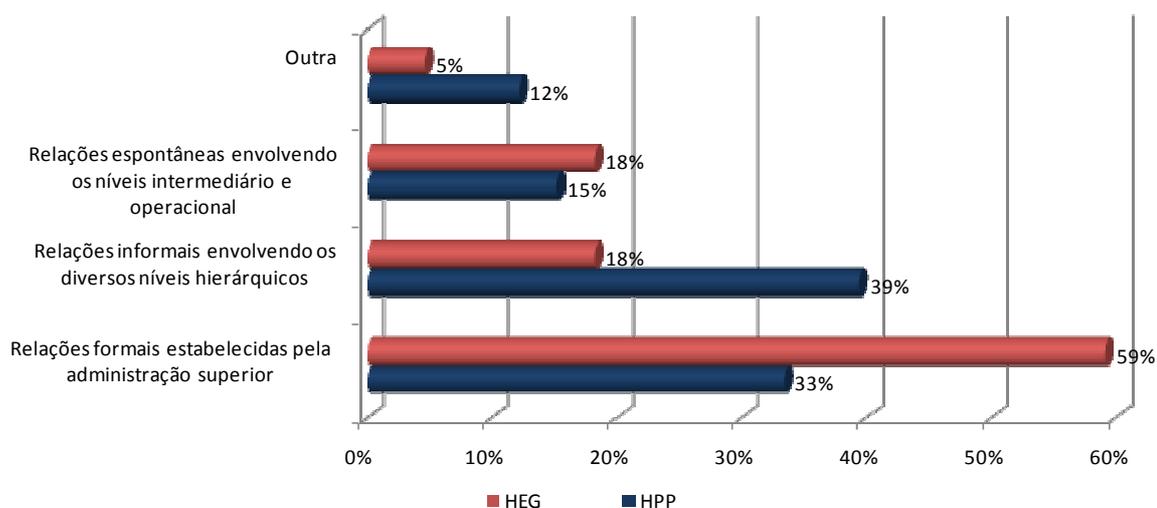


Figura 9 – Tipo de interação Predominante nos Hospitais  
Fonte: Pesquisa

No HEG, a observação não participante da pesquisadora permitiu constatar que as interações são constantes e entre diferentes níveis hierárquicos, o que diverge dos resultados apresentados na Figura 9. Uma das práticas identificadas foi o contínuo processo de interação por meio de reuniões de discussão e análise, com a participação de representantes de todos os níveis até aqueles mais próximos da operação, onde são discutidas possibilidades, prioridades e a viabilidade das ações sugeridas e o PAT, o que converge com a percepção dos 59% dos respondentes.

[...] o colaborador se sente parte integrante, todo mundo sabe que tem um plano anual de trabalho. Isso é fato e já está no DNA da instituição. Mas o que sustenta isso? [...] são os resultados. Você mostrar resultado, nós atingimos tanto, tanto não atingiu. O pessoal começou a ter maturidade pra dizer isso aqui, que não atingiu e que vai ter que reavaliar (Relato de entrevista do HEG).

A manifestação de um dirigente do HEG demonstra o seu entendimento de que as interações garantem o comprometimento, por meio da participação. Esta constatação é reforçada por meio do relato de outros dirigentes sobre o assunto.

Então na realidade as questões são bem discutidas e você na hora que se discute numa reunião colegiada você acaba envolvendo o restante do povo na participação (Relato de entrevista do HEG).

Embora você seja responsável por aquilo, por efetivar aquela ação, tudo ficou comprometido, porque eu tenho uma interface com você, que eu preciso te ajudar [...] eu preciso do marketing divulgar, eu preciso do pessoal do financeiro, eles precisam pôr recursos, então você acaba envolvendo e aí fica registrado e eu acho que isso melhorou muito com a participação. É que o processo não é específico do meu setor, né? (Relato de entrevista do HEG).

Ainda que reuniões sejam importantes para o fortalecimento das redes de *feedback*, é importante ressaltar que, de acordo com Stacey (1993) processos rigorosos limitam a capacidade de aprendizado dos agentes, bem como as interações espontâneas, como demonstra o relato a seguir.

[...] isso é a maior crítica que nós recebemos, porque a gente burocratizava tudo, antigamente duas pessoas decidiam tudo e hoje “ah, pô, tem que ir pra reunião” (Relato de entrevista do HEG).

No que se refere ao sistema informal (*shadow system*), constatou-se que esteve mais presente nas interações entre membros da alta administração envolvendo, especialmente, o corpo clínico. Nos níveis de gestão mais próximos da operação prevalecem interações, regras e normas de conduta consideradas como padrão na organização.

Na ausência de um fluxo de reuniões formalizado, as interações no HPP acontecem de forma informal e espontânea, convergente com os resultados (39%) apresentados na Figura 9. Como a existência e a periodicidade de reuniões são estabelecidas para cada área por sua diretoria ou, por demanda específica, verificou-se que os agentes do HPP desenvolvem mecanismos próprios e promovem a interação necessária junto a áreas clientes e fornecedoras, bem como com a alta administração seja para a aprovação ou para a simples execução da ação. As evidências demonstraram que, na percepção dos agentes, é dever deles mesmos resolver suas pendências, contatar os envolvidos a fim de prestar contas dos resultados.

A cooperação também foi identificada nas redes de *feedback* de ambos os Hospitais. Todavia, no HPP a cooperação foi percebida com mais frequência dentro de áreas, enquanto

que, no HEG, além de dentro de áreas, também se identificou a cooperação entre áreas. como se observa nos relatos a seguir apresentados.

“Você está indo pra Porto Alegre? Então vou te dar um contato de uma pessoa do Wal-Mart que acho que pode ser um potencial investidor e tal, tal, e tal”. As pessoas que captam recursos fazem missões para determinadas regiões e quando a gente sabe que eles estão indo pra algum lugar e a gente tem um contato bom nesse lugar, a gente já dá o contato, “olha, pode falar em meu nome” e isso ajuda também na captação de recursos (Relato de entrevista do HPP).

Então ele vem com uma ideia. Como que vai funcionar isso? O que você precisa de recursos? Eu preciso entender a tua necessidade pra tentar transformar isso num projeto e tentar captar recursos. Então ele fala: “ah, eu preciso de uma sala de quinze metros quadrados, eu preciso de seis pessoas, um custo fixo de tanto e o resultado disso vai ser isso...” É ele que vai gerar a informação, a gente é a fabriqueta de formatar e buscar o recurso. Mas, se ele não trouxer o *input* inicial não tem como fazer. As pessoas se mobilizam, se articulam [...] a gente já traz até um investidor junto... “Olha, esse é o cara que tem o projeto, o recurso é esse” (Relato de entrevista do HPP).

Na manifestação de dois assessores do HPP, percebe-se a preocupação em cooperar com áreas diferentes da sua e também, a iniciativa de gestores em descobrir onde e buscar ajuda para aquilo que julgam ser importante. No relato seguinte, a gerência do HPP destaca que a interação entre os vários agentes e áreas envolvidas conduzirá à adequação do processo até então adotado, tornando-o mais eficiente o que permite caracterizá-lo como um exemplo de redes de *feedback* positivo.

Nós estamos trabalhando agora, justamente, com a discussão dos processos. [...] para rateio [...] Então nós sentamos com todas as pessoas envolvidas no processo e as pessoas estão dando suas opiniões, suas ideias né, para que a gente monte um novo sistema ou corrija aquilo que já tem né? Eu compro uniforme, outra pessoa compra serviço, outro compra material, então, a gente está tendo reuniões sistemáticas né, pra ver no que a gente pode melhorar no processo de compras (Relato de entrevista do HPP).

O relato seguinte de uma gerência do HEG, é apresentado um exemplo de redes de *feedback* negativo, onde as interações realizadas entre as áreas de enfermagem e de recursos humanos resultaram na adoção de uma nova prática – a mudança inovadora que foi o curso preparatório para novos colaboradores de enfermagem – objetivando reduzir o *turn over* e melhor preparar o profissional recém chegado ao Hospital.

A ideia que os enfermeiros novos tinham era “como é que eu vou cuidar de cinco pacientes com essa característica, eu não vou dar conta” [...] a partir dessa necessidade a gente mudou mesmo, nós criamos uma rotina, nós conversamos com a área de Recursos Humanos e nós definimos: nós vamos contratar para começar trabalhar na enfermagem [...] nós vamos precisar de uma semana para a gente

treinar. Então a enfermeira da educação continuada tem todo um programa, tem que ter interface [...] porque a enfermagem ela se relaciona com todo mundo, né? Então a farmácia, o gerenciamento de risco, a qualidade, a chefia vai lá falar um pouquinho [...] e a gente fica com uma satisfação no final da avaliação. E com base na avaliação que eles relatam sobre os próprios treinamentos recebidos a gente vai melhorando os treinamentos. [...] E surgiu dessa forma, estabelecendo isso com o RH. [...] o gestor dá uma assistência maior para esse novo colaborador, vai acompanhando para ele não desistir (Relato de entrevista do HEG).

Neste contexto, a percepção dos agentes a respeito do comportamento predominante é apresentada na Figura 10, a seguir.

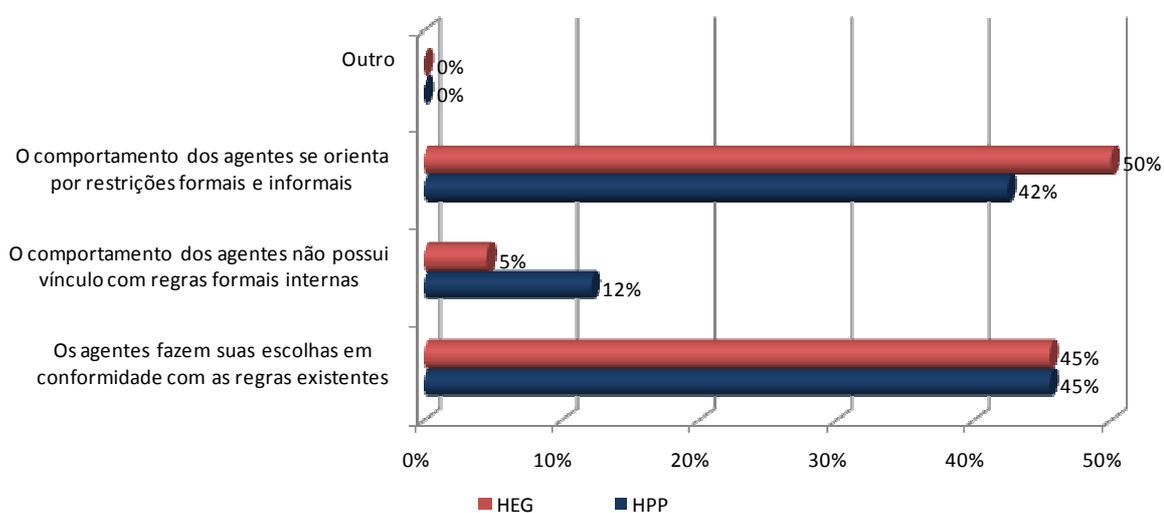


Figura 10 - Comportamento Predominante dos Agentes  
Fonte: Pesquisa

Contrário aos 45% de *conformidade às regras existentes* apresentado na Figura 10 para o HPP, a observação não participante da pesquisadora assim como a análise de entrevistas permitem inferir no HPP a preponderância de relações informais, especialmente, nas interações entre membros da alta administração e gestores de nível médio. Uma característica que reforça esta constatação é a existência de vários cargos de confiança (*staffs*), onde não são totalmente claros os seus limites de atuação, interação e alçada. Apenas para 12% dos respondentes o “*comportamento dos agentes não possui vínculo com regras formais internas*”, neste Hospital. No HEG, por outro lado, verificou-se que, na prática, as “*escolhas são orientadas pelas regras existentes*”.

Com relação aos tipos de orientação em que os agentes dos Hospitais se baseiam na execução de suas tarefas a percepção dos respondentes foi diferenciada entre os Hospitais, como se observa na Figura 11, a seguir.

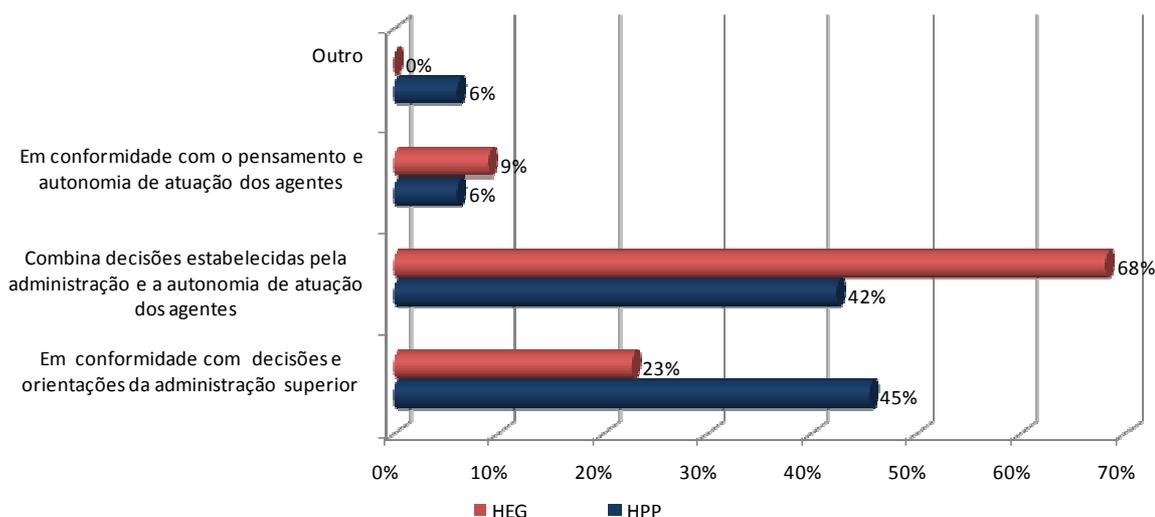


Figura 11 - Tipos de Orientação em que os Agentes se Baseiam ao Agir  
Fonte: Pesquisa

Para 68% dos respondentes do HEG as ações dos agentes “*combinam decisões estabelecidas pela administração e a autonomia de atuação dos agentes*” e para 9%, as ações acontecem “*em conformidade com o pensamento e autonomia de atuação*”, o que evidencia a existência de comportamento autônomo, especialmente destacado por gestores do nível intermediário.

Ainda de acordo com a Figura 11, para 45% dos respondentes do HPP os agentes agem “*em conformidade com decisões e orientações da administração superior*”. Neste Hospital, a análise dos dados evidenciou a constância de interações e o acompanhamento pormenor das decisões (centralização de algumas decisões como já mencionado anteriormente), por parte da alta administração com gestores de nível intermediário, especialmente, mas, também de nível operacional. Ao mesmo tempo em que esta característica permite que as decisões fluam mais rapidamente, por outro lado, estabelece canais informais que atendem a públicos específicos e fortalecem o *shadow system*.

Os dados coletados nas entrevistas revelaram que o termo “conformidade” assume, nos dois Hospitais, o significado não apenas de cumprir o que foi determinado pela Direção, mas também apresentar e obter aprovação antes da execução, como é demonstrado nos relatos seguintes.

A gente senta e conversa com as equipes, tem muita coisa de treinamento, tem muita coisa sei lá de criar uma rotina diferente [...] que é discutido com as ideias que vem da equipe, depois da equipe de auxiliares e técnicos, enfermeiros assistenciais,

depois coordenadores, chefes de departamentos e, depois, a gente apresenta para a coordenação médica que é quem debate tudo: se vai ser viável ou não, se vai apresentar ou não, já mostra ali naquela proposta (Relato de entrevista do HEG).

Temos uma reunião de diretoria [...] , onde então eu vou apresentar o trabalho, [...] antes de levar pra reunião eu já sentei com a parte de enfermagem, que é o meu grande usuário né? São 400 pessoas e conversei com elas. Olha, eu queria mudar isso aqui olha. Se a gente fizesse assim, o que você acha? Ah não, isso vai ficar bom, porque elas tinham criticado no passado, então se eu queria mudar, eu ouvia. Ah, ficou bom (Relato de entrevistado do HEG).

Conforme se observou no primeiro relato, para o gestor intermediário do HEG, as redes de *feedback* tornam-se lentas na medida em que as propostas precisam passar por vários níveis de análise para se decidir a respeito de sua implementação. Também a manifestação de uma gerência revela preocupação com as redes de *feedback*, ao interagir com a área de enfermagem, ouvi-la para, somente após seu consenso, levar o projeto para análise e aprovação da diretoria. Identificou-se que, embora haja canais de comunicação e interação altamente integrados entre os vários níveis de uma mesma atividade, eles obedecem a um modelo racional, que nem sempre ocorre na mesma ordem que as demandas.

A partir do ano 2005, a Direção do HEG iniciou um processo de profissionalização do perfil do quadro de colaboradores e que teve reflexos positivos nas redes de *feedback* entre áreas, administração e profissionais da saúde, bem como para os resultados do Hospital como um todo, como se observa nos relatos a seguir.

Na verdade, as pessoas que estavam gerenciando [...] nós vamos encontrar pessoas com formação na área de Farmácia, de Enfermagem, Bioquímico. Essas pessoas, na sua formação não tiveram a cadeira de gerenciamento. E não tiveram, dentro da empresa, informação pra isso. [...] simplesmente porque eram bons profissionais tecnicamente, eles foram colocados pra gerenciar áreas né? Só que gerenciar áreas significa, além do seu conhecimento técnico naquela área, [...] gerenciar recursos e gerenciar pessoas. E essas coisas [...] as pessoas não sabiam fazer. Outros empregados reclamavam dos gerentes, os gestores reclamavam dos empregados, não havia um diálogo (Relato de entrevista do HEG).

A Superintendência provocou uma mudança muito grande. Criou uma gestão administrativa, gerente de recursos humanos, gerente administrativo, o gerente de TI, o gerente de engenharia... Então outros gerentes que vieram de empresas privadas fora do hospital. E essas pessoas vieram com novos conceitos [...] (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se concluir, assim que, na percepção das gerências do HEG, profissionais técnicos podem e devem participar dos processos de gestão e que o Hospital tem responsabilidade na sua formação.

Os diferentes grupos existentes na organização hospitalar e a frouxidão de articulações existente entre eles (ORTON, WEICK, 1990) exigem do quadro administrativo, um esforço adicional para manter o alinhamento entre atividades executadas e os resultados almejados. Na Figura 12, a seguir, são apresentados resultados da percepção dos agentes a respeito dos elementos que contribuem neste processo.

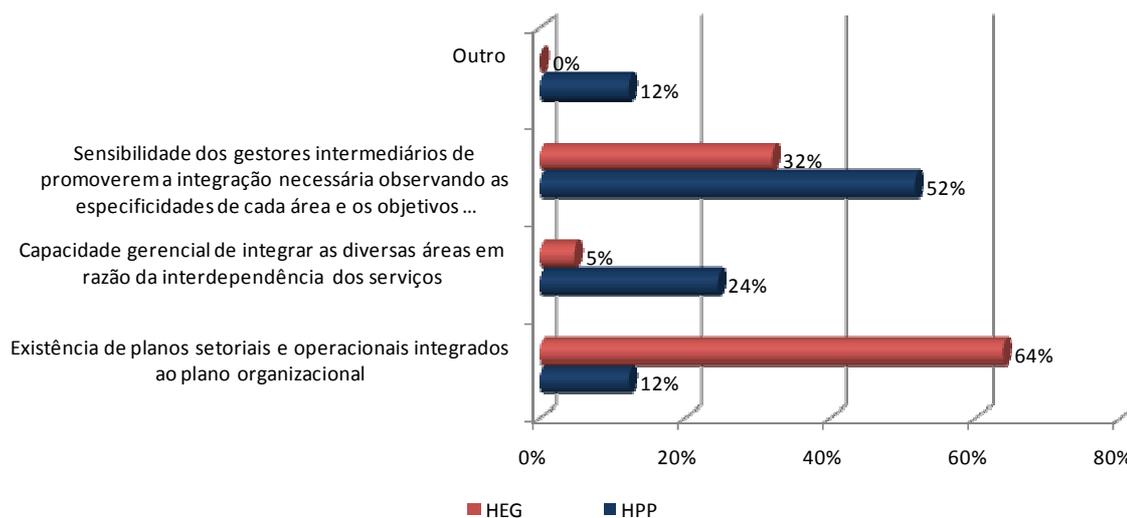


Figura 12 - Elemento que Alinha Atividades Profissionais e Resultados  
Fonte: Pesquisa

As redes de *feedback* desenvolvidas por gestores médios e intermediários do HPP tem contribuído para o alinhamento entre as atividades profissionais e objetivos organizacionais do Hospital. Conforme apresentado na Figura 12, os 52% de respostas por parte dos agentes do HPP reforçam que os gestores de nível intermediário analisam, interagem e alinham atividades por meio da interação e negociação com áreas e grupos de profissionais especialistas.

Os 64% de respostas evidenciadas na Figura 12, por agentes do HEG, pode ser justificado devido ao modelo de gestão estratégica existente. O alinhamento entre as atividades de diferentes grupos e os objetivos organizacionais tem sido conseguido por meio dos PAT's, que buscam integrar planos setoriais entre diferentes áreas, estabelecendo uma rede de atividades conectadas. Neste contexto, a sensibilidade dos gestores intermediários, especialmente do HEG, tem desempenhado papel importante nas interações estabelecidas, como também, na execução de ações e metas compartilhadas.

#### 4.1.4 Não Linearidade

A existência de diferentes grupos com interesses distintos dentro dos Hospitais faz com que os objetivos organizacionais e as estratégias adotadas gerem diferentes reações entre os agentes internos (não-linearidade). Embora, em ambos os Hospitais tenha sido identificada a presença do sistema formal e de um *shadow system*, as redes de interação tem sido, essencialmente, diferentes entre eles.

Verificou-se que, no HEG, prepondera o sistema formal. Dois principais esquemas (STACEY, 1996) foram identificados como predominantes: o esquema dominante representado pela alta administração do Hospital como também, o esquema recessivo que é representado por lideranças de gestões anteriores e que continuam fazendo parte das atividades do Hospital, no corpo clínico ou outras funções de liderança.

No HPP, tem sido maior a representatividade do sistema informal, cuja incidência predomina no nível diretivo do HPP, onde se constatou que esquemas individuais ou grupais, em algumas situações, influenciam nas escolhas institucionais. Neste Hospital, a observação da pesquisadora permitiu constatar que o esquema dominante é representado por membros da direção do Hospital. A percepção dos agentes organizacionais a respeito de influências na execução das atividades dos agentes é apresentada na Figura 13, a seguir.

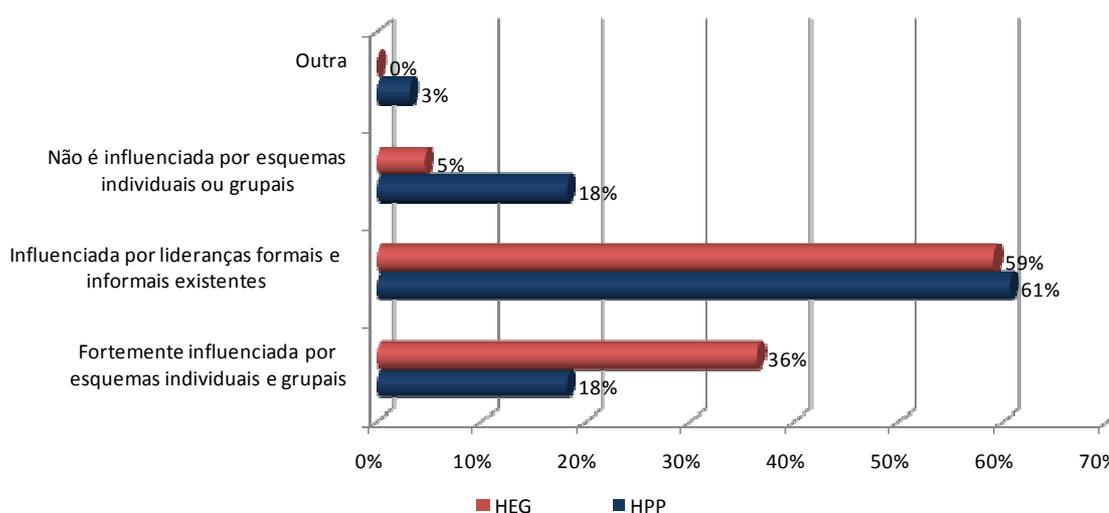


Figura 13 - Influência das Interações na Execução das Ações  
Fonte: Pesquisa

Conforme demonstrado na Figura 13, para a maior parte dos respondentes dos Hospitais (59% no HEG e 61% no HPP), a execução das ações é “*influenciada por lideranças formais e informais*”. Identificou-se que os 36% de respondentes do HEG para os quais a execução de ações é “*fortemente influenciada por esquemas individuais e grupais*” foi composto, na sua maioria, por profissionais especialistas e gerências, o que demonstrou a percepção diferenciada do público diretamente envolvido nas decisões. No HPP, os 18% que também optaram por esta resposta são representados, em sua maioria, por coordenadores, para os quais foi verificada pouca ou nenhuma participação nos canais de interação informais.

No que se refere às escolhas estratégicas e prioridades de execução, nos dois Hospitais observou-se uma disputa por prestígio, recursos e espaço entre estes grupos que, por vezes, tem desviado o foco da concretização das iniciativas. Como sistemas frouxamente articulados, ambos os Hospitais abrigam um compartilhamento de poder, nos termos de Gordon (1962), entre os diversos grupos que o integram. No HEG, o poder tem sido compartilhado, especialmente, entre membros da Direção, do Conselho administrativo, do corpo clínico e voluntários que fazem parte da Rede Feminina de Combate ao Câncer.

O compartilhamento de poder, no HPP, é semelhante àquele presente no HEG, com a exceção de que o voluntariado é interno e não autônomo. Outra característica que gera grande diferença entre o processo decisório entre ambos os Hospitais é que, no HPP, alguns membros do corpo diretivo assumem também a gestão de unidades mantidas de forma que, além do corpo clínico, há compartilhamento de poder dentro do próprio conselho e direção do Hospital, que divergem quanto às decisões como mudanças e priorização de investimento, por exemplo.

Este contexto torna crítico para os Hospitais, dois tipos de situações: primeiramente, a decisão sobre quais estratégias adotar e, depois, a obtenção do apoio necessário à sua execução. No HEG, percebeu-se uma preocupação maior da direção do Hospital em envolver e buscar o apoio do corpo clínico. Uma justificativa para este comportamento, pode estar relacionada ao fato de a direção do HEG ser composta por médicos e renovada periodicamente, além da condição financeira do Hospital que tem sido crítica nos últimos anos. Estes motivos, também de acordo com a observação não participante da observadora, têm contribuído para unir forças contrárias.

Percebe-se nos relatos de um dirigente do HEG, apresentado a seguir, a interpretação de que se deve encontrar o equilíbrio entre os fatores positivos e os negativos da diversidade.

[...] existe ainda um grupo que não entrou na “viagem”, que fica sempre puxando, que a gente chama de oposição e que eu sempre os deixo muito à vontade, porque se você tiver 100% da situação, você tem uma maioria burra, então a oposição é extremamente necessária em qualquer país, em qualquer entidade, em qualquer administração (Relato de entrevista do HEG).

Acho que a diversidade ao mesmo tempo em que atrapalha também é uma coisa benéfica, porque também nos faz repensar se aquilo que se está fazendo é certo ou não. E se alguém está falando contra, é porque precisa pelo menos uma análise daquilo que se está falando (Relato de entrevista do HEG).

A gestão estratégica no Hospital reforça uma racionalidade política – nos termos de Pettigrew (1977) e Bolman e Deal (2003) – que se mostrou presente na maior parte das iniciativas do Hospital, como pode ser observado no relato de um membro do Conselho de Administração apresentado, a seguir.

[...] se eu falar que não foi contato político, é mentira. Mas mesmo assim, eles [os médicos] bancaram essa mudança e viram os benefícios (Relato de entrevista do HEG).

Identificou-se que, no HEG, alguns cuidados são adotados no trato com o corpo clínico, com especialistas, com médicos fundadores e, externamente, com benfeitores e órgãos governamentais. Além da preocupação da gestão em manter o apoio destes grupos, constatou-se ainda, a clara percepção destes dirigentes de que tal apoio é essencial à promoção de mudanças no Hospital.

Como práticas adotadas para promover a aproximação entre corpo clínico e a gestão, o HEG conta com o apoio de formadores de opinião, como algumas chefias médicas e profissionais técnicos, respeitados pelo corpo clínico, que têm contribuído para atenuar impasses, fortalecer relações e conseguir apoio na execução de ações estratégicas. Outra prática adotada na resolução de impasses e obtenção de apoio às decisões da direção tem sido a realização de fóruns de discussão sobre temas de interesse. Nestes fóruns, voltados, especialmente, ao corpo clínico e membros fundadores, médicos de hospitais nacionais de renome são convidados a apresentar suas experiências gerenciais e relatar casos relevantes da gestão hospitalar.

O incentivo à interação entre especialistas e administração levou a direção do HEG, inclusive, a criar uma coordenação específica para ouvir suas sugestões e considerações. Também foram criados cargos gerenciais específicos para o corpo clínico que representou uma forma de minimizar impasses entre profissionais técnicos e profissionais administrativos, além de aproximá-los e integrá-los em decisões e processos. Estas atitudes incentivam

também as redes de *feedback*, necessárias ao processo de aprendizado. Observou-se ainda, um esforço da gestão do Hospital em articular os interesses dos diversos grupos de forma a minimizar as resistências e comprometê-los, em especial, seus líderes além de formadores de opinião. No relato do gestor percebe-se a preocupação de que o médico participe dos processos representativos do Hospital.

[...] as mudanças do ponto de vista de regulamentos, de estatutos, são feitas incluindo o médico, não no controle, mas na participação ativa em conjunto com a administração (Relato de entrevista do HEG).

O segredo, talvez, do Erasto seja o apoio do corpo clínico. Embora com o conflito de interesses, há maturidade suficiente para saber que numa situação crítica, tem-se que implementar mudanças (Relato de entrevista do HEG).

Os primeiros conflitos no HPP ocorrem ainda entre membros da Direção, durante o processo decisório, o que denota uma forte racionalidade política na maior parte de suas iniciativas. Neste Hospital, verificou-se que as decisões conflitantes envolvem a percepção de um grupo acerca do futuro do Hospital e o aproveitamento de oportunidades, enquanto que outro grupo diverge, defendendo a sustentabilidade que tem sido comprometida.

Historicamente, a direção do Hospital tem estado a cargo de executivos, membros de famílias fundadoras, o que lhes garante certa autonomia em termos de decisões para o Complexo Pequeno Príncipe e também contribui para minimizar divergências oriundas do corpo clínico.

Um exemplo foi a criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe, cuja manifestação de um dirigente apresentada, a seguir, evidencia o entendimento de que oportunidades devem ser aproveitadas.

Eu sempre quis formalizar o braço do ensino e da pesquisa, porque a gente faz isso desde sempre e outras instituições é que usavam esse conhecimento. A gente faria isso mais ao redor de 2010, 2012... Mas aí, ganhamos o Prêmio Bem Eficiente, do Instituto Kanitz, e um ano mais ou menos antes disso eu tinha lido que o Pelé ia apoiar um projeto do HC. Eu olhei aquilo e pensei “nossa, que legal, que oportunidade maravilhosa”, mas a gente quer que tudo dê certo, uma coisa que acontece boa para a cidade ou para um dos hospitais se reflete para todo mundo. O projeto acabou não evoluindo. Em 2005, a gente ganhou o prêmio Kanitz e um médico ligado ao Pelé nos ligou dizendo que tinham lido sobre o hospital, viram que a gente ganhou o prêmio, que há muito tempo eles estavam pensando numa aproximação, porque eles queriam nos apoiar num projeto ligado à pesquisa. E foi aí que a gente tomou a decisão de antecipar a pesquisa no nosso cronograma (Relato de entrevista do HPP).

A divergência de opiniões acerca do assunto, como se observa nos relatos seguintes de um assessor e de um dirigente, respectivamente, evidencia articulações frouxas mesmo entre membros da direção do HPP.

Ainda que alguns interpretassem como uma oportunidade estratégica para o Hospital, para a grande maioria dos membros envolvidos, seja na direção ou no corpo clínico, não era bem assim. Para uma parte destes, a iniciativa foi entendida como estratégica apenas retrospectivamente (Relato de entrevista do HPP).

Na hora que esse projeto tomou outra cara, o que aconteceu de certa forma? Como precisava de uma massa crítica com grande publicação, essa massa crítica passou a ser contratada e incorporada. Isso levou a uma dificuldade grande de condução, porque o nosso corpo médico não tinha essa qualificação científica de cientista. Eram médicos. Mesmo com mestrado e doutorado eles eram médicos. Não eram cientistas com produção científica e aí ‘eles’ tiveram que dizer pra o corpo clínico “olha, vocês não servem para esse programa”. Isso é desgastante (Relato de entrevista do HPP).

Como se observou nas manifestações anteriormente apresentadas, houve divergências quanto à assertividade da decisão tomada e, inclusive, quanto aos impactos negativos decorrentes da forma com que foi conduzida a estratégia. Na manifestação seguinte percebe-se, claramente, a interpretação do dirigente de que a execução da estratégia ocorreu sem a sua participação e, conseqüentemente, o apoio de sua área.

A minha participação nesse planejamento foi muito lá atrás (Relato de entrevista do HPP).

No relato seguinte, um gestor intermediário, envolvido no processo de formação da estratégia em questão, reforçou o aspecto político presente em algumas práticas utilizadas no Hospital que, na sua interpretação, são utilizadas para conseguir apoio.

Eu acho que tem um pouco de lobby, da comunicação de você vender, de você conseguir... É política, é uma instituição que tem as suas diretrizes, as suas prioridades, o seu orçamento, as suas metas e tal. [...] é obvio que não é todo mundo que está satisfeito (Relato de entrevista do HPP).

Todavia, o entendimento de um dirigente, apresentado no próximo, relato evidencia que houve a mudança de esquemas recessivos, a partir da demonstração de resultados, o que somente foi possível, com persistência.

Ele [dirigente] era resistente à pesquisa, quando ele viu a nota cinco da CAPES, ele tirou o chapéu. Ele falou “Meu Deus! Agora isso vai ter que deslanchar porque é

fantástico!”. Então é assim, a característica principal é que a gente não se deixa abater (Relato de entrevista do HPP).

Tal comportamento, inclusive, é percebido pelo dirigente como natural em situações de mudanças no HPP, portanto, a observação não participante da observadora permite inferir que atitudes que demonstram o exercício da autoridade – como parece ter sido a implantação do IPPPP – têm sido reincidentes pelo fato de os resultados serem aprovados como benéficos à evolução do Hospital, mesmo que retrospectivamente, nos termos de Weick (1995).

No que se refere ao tratamento de divergências com o corpo clínico, o papel atuante das lideranças do HPP tem sido o principal catalisador da integração entre objetivos organizacionais e os interesses dos grupos. O grupo tem atuado, principalmente, por meio das redes de *feedback* representado por diálogo e negociações, como se observa nos relatos seguintes.

O corpo clínico é uma situação muito especial [...] porque nós não mandamos neles [os médicos], nem eles mandam na gente (Relato de entrevista do HPP).

O entendimento de um conselheiro, apresentado a seguir, é que o apoio dos médicos é possível por meio do diálogo e do respeito mútuo. A imagem do Hospital, bem como as oportunidades de especialização e reconhecimento na profissão, por tratar-se do único hospital infantil de alta complexidade no Sul do país, é apontada por ele, como um atrativo para os profissionais da saúde e que facilita as interações com este grupo de profissionais.

[...] a relação é saudável, é de respeito, essa relação de respeito só existe porque o respeito é mútuo. Aqui na situação deste Hospital não se cria o camarada que quer fazer medicina porque quer ter uma Ferrari, sabe? [...] ninguém vai ficar milionário aqui (Relato de entrevista do HPP).

Nos próximos dois relatos, percebe-se a presença do aspecto político quando o diretor clínico ressalta a importância do momento e a forma com que profissionais autônomos são envolvidos nos processos. São bons exemplos de práxis desenvolvidas por ele, para melhor lidar com a situação.

Se eu quero fazer alguma, eu tenho que fazer uma liderança pelo convencimento, não pelo autoritarismo (Relato de entrevista do HPP).

[...] a informação tem a hora certa pra ser dada. Se você dá uma informação muito antes do seu tempo, você pode gerar muitas dúvidas e até você não concretizou sua ideia ainda. Se você der informações depois que algumas pessoas sabem, também ela perdeu o seu valor. Então eu acho que a informação tem que se dada no

momento certo. A melhor forma de agir, sabe qual é? Transparência total (Relato de entrevista do HPP).

Como ocorre em organizações profissionais, também em hospitais, a autonomia é uma condição *sine qua non* de médicos (KAST; ROSENZWEIG, 1976), exigindo que gestores desenvolvam suas práticas para conseguir cooperação. A manifestação de um dirigente, apresentada nos dois próximos relatos evidencia, claramente, sua interpretação de que lidar com o corpo clínico é delicado, tanto que ele desenvolveu uma “estratégia” para lidar com a autonomia dos profissionais. O fato de consultar o médico quando das decisões, já ameniza eventuais divergências de interesses, pelo simples envolvimento destes na questão.

Muitas vezes, por exemplo, eu peço coisas para algumas pessoas e eu já sei a resposta inteira. É muito comum eu fazer isso. Eu peço “olha, me ajuda, eu quero que você faça um modelo” [...]. Assim, eu ganho um aliado? Não, eu o afasto como inimigo (Relato de entrevista do HPP).

Então, de certa forma, eu sempre costumo partilhar com todos os envolvidos diretamente. Depois a gente faz uma comunicação geral. Eu não comunico assim, geral e restrito, é uma estratégia, pode ser geral ou não, mas assim, eu comunico diretamente o atingido preferencialmente beneficiado e os potencialmente que terão alguma perda. Às vezes nem é perda, mas é uma sensação de perda (Relato de entrevista do HPP).

Observou-se ainda, no último relato apresentado, a preocupação do diretor clínico com o diálogo e a transparência, no sentido de envolver os agentes impactados, antes dos demais. Esta atitude demonstra o respeito aos colegas, todavia, evidencia ainda, uma postura profissional firmemente orientada pela necessidade de mudanças. Nas manifestações apresentadas a seguir, fica clara a percepção de dois dirigentes do HPP a respeito da dificuldade em promover mudanças na organização hospitalar e que, mesmo com diálogo e negociações, por vezes, as mudanças não terão todo o apoio e ainda assim precisam ser executadas.

Você aqui precisa estar preparado para negociar sempre, nos múltiplos níveis que isto trás neste ambiente especial que é o hospital (Relato de entrevista do HPP).

Eu trato do seguinte jeito: eu sempre falo tudo, vamos conversar (Relato de entrevista do HPP).

Duas coisas nos movem: primeiro é a certeza de que aquilo é o melhor; e segundo é porque aquilo é o melhor e nós vamos fazer com as pessoas e de vez em quando, apesar das pessoas (Relato de entrevista do HPP).

Na percepção dos entrevistados do HPP, as divergências com o corpo clínico relacionadas às prioridades de investimento têm sido minimizadas com a prática de

elaboração de projetos integrados, que este Hospital aprimorou ao longo dos últimos anos. Internamente, já se reconhece que os projetos contemplam as prioridades de investimento e é assim que as necessidades são identificadas. Embora a maior parte dos projetos seja elaborada por equipe administrativa que coleta as demandas junto às áreas, atualmente, esta prática já se disseminou e até profissionais especialistas elaboram, propõem e apresentam seus projetos à direção do Hospital.

O fato de os médicos serem ouvidos em suas necessidades e saberem que o projeto está aguardando uma oportunidade de captação têm sido benéfico para as relações. Diferente da situação com os profissionais especialistas, dentro do grupo diretivo as divergências quanto à prática de projetos de captação ainda existem, como se pode observar no relato a seguir.

[...] foi um ganho, um avanço, o hospital ter muito mais caminhos a abrir e uma dificuldade pro hospital. Por que dificuldade? Porque toda vez que eu tenho que fazer uma ponderação financeira nos projetos dos médicos eles viram pra mim e falam: “Mas, para o outro projeto tinha recursos” [...] Isso criou uma competição. Então tem esse lado negativo. Para a instituição como um todo, acredito que tenha sido positiva, mas, para mim como gestor dos médicos eu tive mais dificuldade (Relato de entrevista do HPP).

No relato apresentado, evidencia-se a percepção de um direito de que o estabelecimento de prioridades para os recursos nem sempre é compreendido pelos médicos ou, fácil de ser explicado, evidenciando também certa discordância de sua parte.

Na captação nós seguimos dois caminhos: inicialmente nós fomos pra investimento, necessário pra manter o desenvolvimento. Só que nós vimos que o dinheiro que nós captamos investido ele vale, entre aspas, 50% do valor dele, grosseiramente, porque eu tenho custo de captação. Eu tenho despesas de captação, eu tenho que licitar coisas pra comprar, todas essas perdas. [...] só que isso amarra, dá lentidão, por quê? É a lentidão de eu colocar um projeto, aprovar, passar para o governo autorizar e para o dinheiro sair, leva seis, oito meses. E às vezes eu não tenho esse tempo pra pegar a hora certa do próprio projeto. [...] isso dá uma morosidade (Relato de entrevista do HPP).

Pode-se observar que o dirigente evidencia o entendimento de que o custo implícito dos projetos, bem como sua morosidade são aspectos deveriam ser considerados quando da decisão. Neste contexto, identificou-se que a questão financeira é um tema que tem gerado impasses, pois como os recursos, em geral, são obtidos para a implementação, os projetos depois de implementados, elevam o custo de manutenção do Hospital, gerando déficits preocupantes.

### 4.1.5 Autonomia

A autonomia dos agentes ou de grupos de agentes assume diferentes características nos dois Hospitais, além de influenciar na forma pelas quais as atividades são executadas. Na Figura 14, é apresentada a percepção dos respondentes quanto à importância da autonomia dos agentes organizacionais nas ações desenvolvidas.

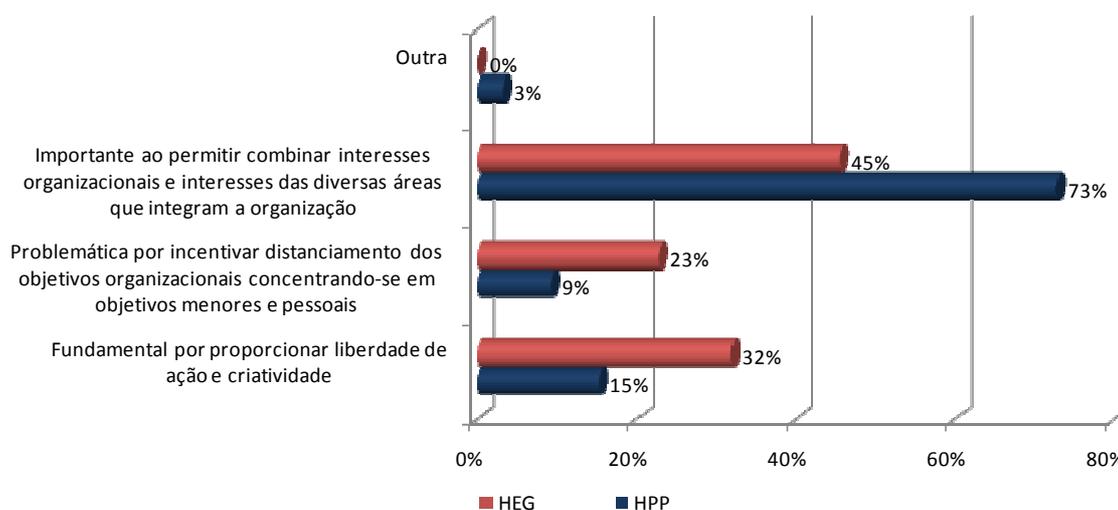


Figura 14 - Importância da Autonomia no Desenvolvimento de Ações  
Fonte: Pesquisa

Como se pode observar na Figura 14, em ambos os Hospitais preponderou a percepção de que a autonomia é importante por permitir a combinação de interesses dentro da organização (45% no HEG e 73% no HPP). Todavia, a partir das entrevistas, identificou-se que os Hospitais ainda buscam encontrar o equilíbrio entre os aspectos bons e ruins derivados da autonomia. No HEG, ao mesmo tempo em que permite a liberdade de ação e a criatividade dos agentes (para 32% dos respondentes), os respondentes identificaram também a autonomia pode exaltar interesses pessoais em detrimento dos objetivos organizacionais (para 23% dos respondentes).

A análise dos dados evidenciou características diferenciadas que a autonomia assume em cada Hospital. No HEG, o grupo de agentes autônomos se resume aos profissionais especialistas como médicos, enfermeiros, nutricionistas etc. Mesmo restrita à sua área de atuação, a autonomia destes grupos gera reflexos no desenvolvimento das atividades

administrativas e, conseqüentemente, na formação de estratégias por coibir ou apoiar as mudanças definidas pela alta administração.

No HPP, além dos profissionais especialistas, identificou-se que há gestores de nível intermediário que gozam de relativa autonomia no desempenho de suas atividades. Embora a observação não participante da pesquisadora permita inferir que esta autonomia dos gestores seja limitada e assistida pela alta administração, ela demonstrou fortalecer o sistema informal instalado e incentivar os demais agentes do Hospital a desenvolverem mecanismos alternativos para conseguirem apoio na execução de suas ações. Tal comportamento, exalta um forte aspecto político identificado nas redes de *feedback* no HPP. Ainda que compartilhem aspectos comuns, as articulações entre grupos de agentes e áreas são frouxas, nos termos de Weick (1979).

Todavia, é o comportamento autônomo do profissional de saúde – médico, especialmente – que representa o maior desafio para os gestores do HPP, como se observa nos relatos seguintes.

É um grupo [médicos] que não se subordina à área de RH, eles são diretamente ligados à diretoria clínica. Então na parte de estratégia é sempre mais difícil o envolvimento (Relato de entrevista do HPP).

[...] eles não são funcionários nossos. Alguns médicos são professores, são gestores. Então, aí você já pode até conversar “olha, doutor, aquele residente riscou lá o elevador, já aconteceu assim, escreveu alguma coisinha”. [...] mas só no nível de colocação, eu não posso exigir. [...] isso é uma coisa política né, entre as instituições. A gente tem que tomar certo cuidado (Relato de entrevista do HPP).

As manifestações da gestora de recursos humanos do HPP evidenciam, claramente, sua percepção de dificuldade quanto à gestão de profissionais especialistas como médicos, a qual tem reflexo em processos e ações estratégicas ao Hospital. Também o relato apresentado a seguir, de um diretor, reforça a dificuldade e a necessidade destes gestores encontrarem mecanismos diferenciados para convencer e ter o apoio do corpo clínico nas mudanças promovidas em processos e ações estratégicas.

É um relacionamento muito complicado, principalmente, da enfermagem com o médico. Porque a enfermagem quer participar [...] são chefes de setor. Você vai dizer pra pessoa de enfermagem “olha, você tem que controlar o número de uso de luvas descartáveis, você tem que pegar o que é necessário, não dá pra gastar mais”. Tudo bem, mas o médico usa quantas ele quer (Relato de entrevista do HPP).

No que se refere à integração de profissionais especialistas nas estratégias organizacionais, apresentada na Figura 15, ficou evidenciada a racionalidade intrínseca a

alguns processos do HEG, como o planejamento, o PAT e o orçamento (43%). Já no HPP, os resultados também convergem com constatações apresentadas anteriormente do papel atuante e, em alguns casos, autônomo de gestores, principalmente, do nível intermediário (57%), o que lhes garante facilidade para desenvolver características como a criatividade.

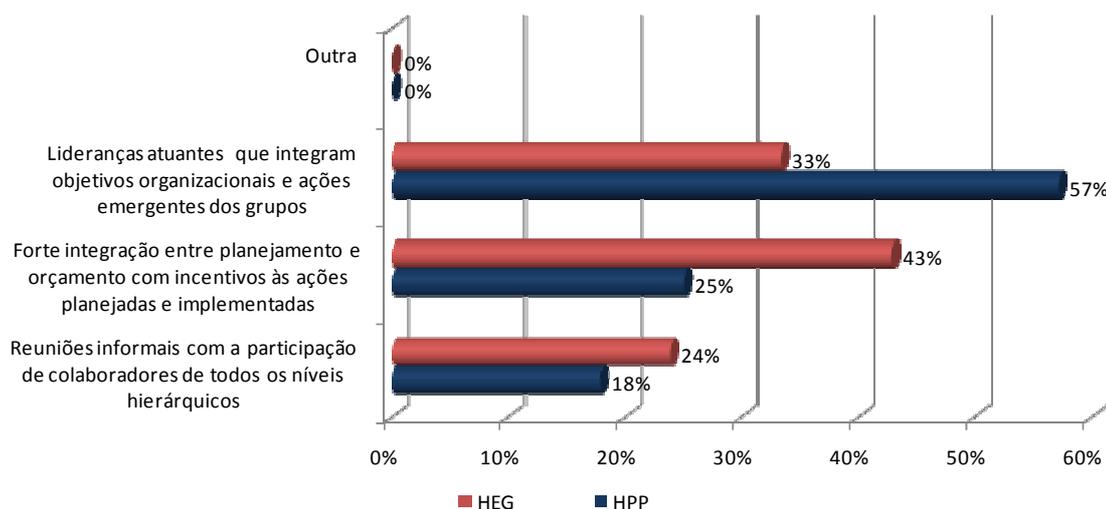


Figura 15 – Ações para Integração de Profissionais Especialistas à Gestão Estratégica  
Fonte: Pesquisa

As práticas adotadas pelos gestores de ambos os Hospitais para conseguir a contribuição do corpo clínico nas ações são informais, como o diálogo e a negociação, sempre por intermédio de membros da direção ou da coordenação médica. Quando alguma necessidade envolve aspectos legais ou cumprimento de normas internas, a orientação é a prática mais comum, como se evidencia nas manifestações da gerência de recursos humanos do HPP, apresentados a seguir.

[...] a gente tem procurado esclarecer pra eles, né? Por exemplo, a norma do Ministério do Trabalho, para o uso de adorno e tal. A instituição é penalizada independente de ele ser funcionário ou não. [...] a gente esclareceu primeiro todas as diretorias, a diretoria clínica [...] e os chefes de serviço. “A partir deste momento, se acontecer alguma coisa, se tiver alguma notificação ou alguma coisa, nós vamos passar para o senhor responder para nós”. É um tipo de uma cobrança (Relato de entrevista do HPP).

A lei ajuda, daí a gente tem no que se basear né. Agora, é complicado eu dizer para o médico “olha, você tem que dizer pro chefe de serviço, pro doutor que é seu colega, que ele não pode tratar mal o funcionário”. Hoje, graças a Deus, existe o assédio moral, então a gente fala muito de assédio moral [...] a gente fala sobre as normas [...], vai aos setores, explica, faz fiscalização, faz a notificação. [...] mas sempre é com muita luta, não é fácil (Relato de entrevista do HPP).

Como demonstrou o último relato apresentado, quando há uma determinação legal em que se baseiam determinadas medidas adotadas internamente, é mais simples para gestores cobrarem dos médicos, o seu cumprimento.

Toda vez que a gente levava pra administração todo mundo dizia: nós vamos conversar com eles [médicos], vamos passar isso para o diretor médico, vamos passar isso para o diretor clínico. Essas coisas hoje são diferentes (Relato de entrevista do HEG).

Então, na semana do médico do ano passado [...], eu trouxe uma orquestra sinfônica. [...] aí o maestro começou a contar para eles [os médicos] que a posição dos metais, a posição de cada um dos instrumentos de uma orquestra não é feita por acaso, elas têm uma finalidade. Se cada um deles tocar a sua própria música... E eles começaram, então, a tocar música em compassos diferentes, em ritmos diferentes. E fica imperceptível a música. Depois ele disse “e se todo mundo pensar igual? E se todo mundo usar a mesma regra, como é que fica?” Aí eles tocavam igual. Então todo aquele discurso que a gente fazia pra eles [...] que pra nós, dentro do hospital, eles eram uma orquestra. Eu acho que funcionou sabe. É evidente que a gente não tinha nenhuma pretensão de que isso mudasse o comportamento de imediato, mas a gente sentiu que eles perceberam que poderia haver outro tipo de participação deles dentro da organização (Relato de entrevista do HEG).

Como se observou nos relatos apresentados, da gerência de recursos humanos do HEG, as interações e ações de aproximação junto ao corpo clínico do Hospital apresentaram significativas mudanças no comportamento dos médicos. A observação não participante da pesquisadora, contudo, permitiu inferir que a participação efetiva de médicos nas ações relacionadas às estratégias organizacionais, ainda tem sido um desafio para ambos os Hospitais. Verificou-se que, em ambos os Hospitais, a participação do corpo clínico na execução ou apoio de estratégias organizacionais está diretamente relacionado a negociações e convencimento. Todavia, sua participação tem sido mais efetiva em temas relacionados a questões médicas, como aquisição de novas tecnologias, entre outras.

#### **4.1.6 Auto-organização**

Embora com ambiguidade de papéis e objetivos, imprevisibilidade e não-linearidade entre decisões e ações, identificou-se que os Hospitais tem evoluído ao longo do período de análise. A capacidade de adaptação dos agentes aos atratores e o incentivo às redes de

*feedback*, por meio de *single* e *double loop learning* permitiram que o sistema também se adaptasse e evoluísse.

As principais atividades identificadas pelos agentes organizacionais frente a fatores inesperados são apresentadas na Figura 16, a seguir.

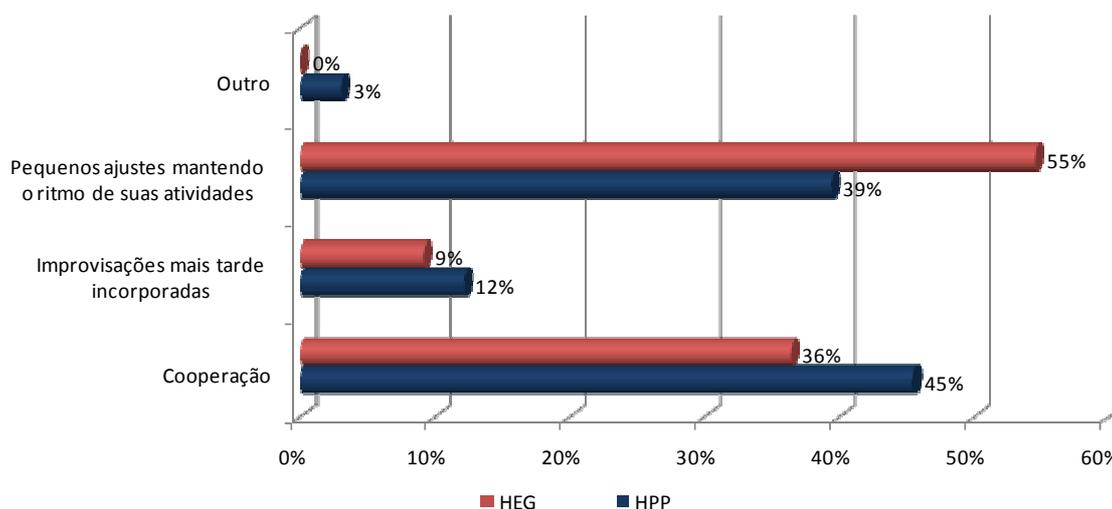


Figura 16 - Principal Comportamento Frente a Fatores Inesperados  
Fonte: Pesquisa

Para 45% dos respondentes do HPP, a principal característica dos agentes ao lidarem com eventos imprevistos durante a execução de ações consideradas estratégicas, é a cooperação. No HEG, a percepção da maioria (55%) dos agentes compreende que a execução de pequenos ajustes no processo é a característica preponderante, o que demonstra a capacidade de adaptação dos agentes organizacionais, em ambos os Hospitais, nos termos de Axelrod e Cohen (1999) e Stacey (1996).

Para Stacey, Griffin e Shaw (2000), a auto-organização do sistema é resultado da forma com que elementos como a imprevisibilidade, a não linearidade, as redes de *feedback*, o aprendizado e a autonomia, entre outros, são administrados ou explorados por gestores de sistemas complexos. Neste contexto, no Quadro 5, a seguir, apresenta-se um resumo das práticas e práxis adotadas pelos Hospitais para explorar ou inibir os efeitos dos elementos de SAC nas atividades de gestão.

Elemento	Práticas	Práxis	Aplicação
Imprevisibilidade	Influência na legislação	Representação em órgãos e entidades públicas	HEG, HPP
		Intervenção na criação de leis e regulamentos específicos	HEG, HPP
	Acompanhamento do ambiente externo	Assessoramento jurídico quanto à aplicabilidade de legislação	HEG, HPP
		Antecipação para minimizar riscos	HPP
	Planejamento	Plano macro e foco no longo prazo	HPP
		Flexibilidade e adequações	HEG
		Ações com base em oportunidades	HPP
	Fontes alternativas de recursos	Eventos beneficentes	HEG, HPP
		Parcerias institucionais	HEG, HPP
		Contatos informais	HEG, HPP
Aprendizado/ Adaptação	Adequações em processos e atividades	<i>Insights</i> e interpretação dos gestores	HEG, HPP
		Busca de experiências anteriores	HEG, HPP
		Improvisação	HEG, HPP
	Foco na execução	Aprender fazendo	HPP
	Revisões sistemáticas de metas e ações	Persistência no método	HEG
	Cooperação	Interações formais e informais	HEG, HPP
	Liderança	Incentivo à criatividade	HPP
Interações	Redes de <i>feedback</i>	Relações verticais e horizontais intensas entre diferentes níveis	HEG, HPP
		Canais de comunicação informais	HPP
	Reuniões periódicas e sistemáticas	Participação de todos os níveis hierárquicos	HEG
Autonomia	Participação do corpo clínico nas decisões	Criação de cargos administrativos para médicos	HEG
	Autonomia assistida	Para alguns cargos e áreas	HPP
Não linearidade/ <i>Shadow System</i>	“Formadores de opinião”	Ações baseadas em “ouvir, analisar e agir”	HEG
		Transparência	HEG, HPP
	Diálogo	Convencimento	HPP
		Negociação	HEG, HPP
		Fóruns para discussão de temas conflituosos	Atuar com flexibilidade e buscar o diálogo

Quadro 5 - Práticas e Práxis Adotadas em Relação aos Elementos de SAC

Fonte: Pesquisa

Mudanças ou ajustes nas atividades e comportamentos somente são possíveis porque as redes de *feedback* nos dois Hospitais são substantivas. Desta forma, ambos os Hospitais conseguem a cooperação necessária para a evolução conjunta dos macroprocessos, permitindo o alinhamento aos objetivos traçados. Verificou-se que os agentes organizacionais de ambos os Hospitais assumem as mudanças e os imprevistos como normais e, por isso, a improvisação é uma prática muito frequente frente aos atratores, embora em cada Hospital

tenha-se identificado padrões de comportamento muito diferenciados ao lidarem com tais eventos.

Os esquemas já identificados no HPP permitem que agentes, especialmente, as gerências tenham maior autonomia para agir e interagir no sistema informal, o que pode justificar a menor morosidade e maior dinamicidade/resolutividade das ações. Isso pode ser explicado pelo fato de que, mesmo com a existência de articulações frouxas entre grupos, aqueles dirigentes que detêm maior poder decisório estabelecem regras de comportamento e condições diferenciadas (autonomia) para suas equipes. Assim, algumas áreas e gestores de nível médio direcionam as mudanças ou conseguem avançar melhor nas suas atividades.

No HEG, o comportamento dos agentes pareceu ser muito alinhado à hierarquia organizacional, obedecendo aos fluxos naturais de interação. Talvez por este motivo, o processo adaptativo apresentou características mais morosas. As decisões que envolvem gestores de nível médio ou intermediário, na sua maioria, obedecem ao fluxo formal de reuniões. Exceções, neste comportamento, foram identificadas nas interações entre a direção e o corpo clínico, especialmente, onde prevalecem as interações informais.

A análise aos questionários com relação à influência que elementos da complexidade (SAC) têm na gestão estratégica dos Hospitais evidenciou aspectos positivos e negativos a partir dos quais os elementos são percebidos. Quanto a elementos como a imprevisibilidade e a não linearidade, prepondera uma percepção negativa por parte dos agentes. Esta percepção tem relação aos reflexos que imprevistos, bem como a frouxidão de articulações (ORTON; WEICK, 1990) e o forte *shadow system* (STACEY, 1993) têm na execução de ações, tornando morosos processos importantes ao desempenho organizacional.

Por outro lado, evidenciou-se que elementos de SAC como o aprendizado e as redes de *feedback* têm destacada importância para os agentes de ambos os Hospitais. Reflexos da influência destes elementos puderam ser percebidos em aspectos como a capacidade de aprendizado e de adaptação dos agentes (CHAFFEE, 1985), que tem relação direta com a criatividade deles em refletir, improvisar ou agir (AXELROD; COHEN, 1999). Em especial, foi significativa a presença de manifestações de *single loop learning*, ou seja, mudanças que representaram melhorias em atividades rotineiras. Neste processo, destacou-se a reflexão dos agentes durante a execução de práticas e práxis, o que reflete o aprendizado durante a ação, nos termos de Schön (1983).

O elemento autonomia, por sua vez, além dos aspectos negativos evidenciados na análise e reconhecidos na literatura (MINTZBERG, 1987a; 1994), identificou-se aspectos

positivos que merecem ser destacados. Trata-se da autonomia assistida, por parte de agentes administrativos do HPP, cujos reflexos foram percebidos na criatividade dos agentes ao desenvolverem práxis estratégicas aos processos em que estiveram envolvidos. Evidências desta constatação foram observadas nas respostas ao questionário aplicado, como também na observação não participante da pesquisadora.

## 4.2 Formação de Estratégias nos Hospitais Pesquisados

As estratégias das organizações pesquisadas foram identificadas por meio de entrevistas, da análise documental, como também nas práticas *in loco* pela pesquisadora, durante as inúmeras visitas e participação no cotidiano das organizações. Embora ambas as organizações tivessem planos estratégicos formais para o período analisado, a identificação das estratégias não se restringiu ao seu conteúdo, mas, compreendeu principalmente aquelas ações evidenciadas como estratégicas no discurso dos entrevistados, além dos demais critérios identificados anteriormente. A ocorrência de estratégias emergentes e o contexto em que ocorreram foram, inclusive, considerados para efeitos de análise do processo de formação de estratégias nas organizações pesquisadas.

As estratégias identificadas para o período do estudo foram agrupadas em uma árvore para cada organização, onde as estratégias são apresentadas em três diferentes níveis. Como estratégias de primeiro nível foram consideradas, os macro objetivos organizacionais (*para onde ir*), enquanto que no segundo e o terceiro grupo foram identificadas estratégias de atuação adotadas pelos Hospitais (*o que fazer*) para alcance dos objetivos. A diferença entre o segundo e o terceiro nível de estratégias é que no último deles, considerou-se um desdobramento das estratégias para o nível de micro estratégia que, em algumas situações podem assumir um caráter mais operacional. A relevância identificada para estes itens na pesquisa justificou a sua consideração.

### 4.3.1 Formação de Estratégias no Hospital Pequeno Príncipe

As principais estratégias intentadas pelo HPP no período analisado foram identificadas e distribuídas hierarquicamente em uma “Árvore de Estratégias” que é apresentada na Figura 17, a seguir. No topo da árvore foram alocados os macro objetivos, seguidos de macro estratégias adotadas para alcance dos objetivos e, por fim, as micro estratégias adotadas.

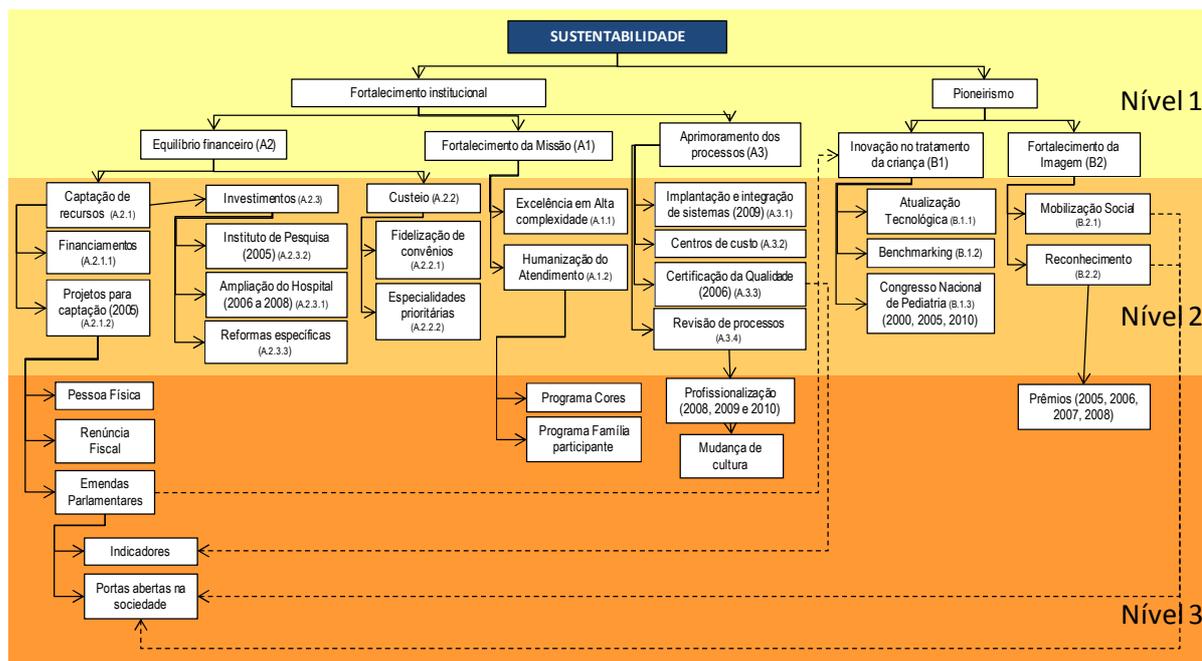


Figura 17 - Árvore de Estratégias do HPP (2005 a 2010)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A busca pela sustentabilidade é o objetivo maior do HPP. Neste intento, as duas frentes identificadas como prioritárias para o Hospital foram o Fortalecimento Institucional (A) e o Pioneirismo (B) no tratamento da criança e do adolescente. Com vistas ao Fortalecimento Institucional, num primeiro nível, se identificou objetivos complementares voltados ao: Fortalecimento de sua Missão Institucional<sup>19</sup> (A1), com Equilíbrio Financeiro (A2) e primando pelo Aprimoramento de Processos Internos (A3). Com relação ao Pioneirismo, se identificou objetivos voltados à Inovação no tratamento da criança (B1) e também o Fortalecimento da Imagem do Hospital (B2).

Na percepção da maioria dos entrevistados as estratégias que, no período pesquisado, tiveram relação direta com a missão do HPP foram a busca pela excelência em Alta Complexidade (A1.1) e a Humanização do Atendimento (A1.2). Em relação ao objetivo de Equilíbrio Financeiro, as estratégias do Hospital se concentraram em três frentes de atuação: a Captação de Recursos, a identificação dos Investimentos prioritários e o Custeio. Dentre as estratégias para a Captação de Recursos (A2.1) foram identificados o aprimoramento nos critérios adotados para Financiamentos (A2.1.1) e a especialização na elaboração de Projetos de Captação (A2.1.2), voltados a diferentes esferas e públicos.

<sup>19</sup> A Missão Institucional do HPP é “Promover a saúde da criança e do adolescente por meio da assistência, do ensino e da pesquisa” (HPP RELATÓRIO DE ATIVIDADES, 2007).

A segunda estratégia voltada ao Equilíbrio Financeiro contemplou Investimentos (A2.3) de grande porte realizados pelo HPP no período analisado. Dentre eles destacou-se a Ampliação da Estrutura Física do Hospital (A2.3.1), a Fundação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (A2.3.2) e Outras Reformas Específicas (A2.3.3). Ainda com foco no Equilíbrio Financeiro, uma estratégia foi direcionada ao controle de contas internas e buscou Melhorar as Contas de Custeio (A2.2), com foco na Fidelização e Revisão dos Contratos de Convênios (A2.2.1) e na Identificação a Priorização de Serviços de Saúde e especialidades que apresentassem melhor relação custo-benefício para o Hospital (A2.2.2).

A terceira estratégia voltada ao Fortalecimento institucional foi o Aprimoramento dos Processos Internos (A3), para o qual foram identificadas as estratégias de Implantação e Integração de Sistemas (A3.1), Aprimoramento da Gestão Orçamentária (A3.2), Certificação da Qualidade (A3.3) e Revisão de Processos (A3.4).

Com relação ao objetivo relacionado ao Pioneirismo, no que tange a Inovação no tratamento da criança (B1), as estratégias identificadas contemplaram a contínua Atualização Tecnológica (B1.1) dos serviços prestados pelo HPP, a Manutenção e Ampliação do Congresso Nacional de Pediatria (B1.2), e *Benchmarking* com Instituições Nacionais e Internacionais de Pesquisa (B1.3), por parte do quadro Diretivo e do Corpo Clínico. Estas estratégias possuem estreita relação com o Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe, estimulando tal parceira e, em outros casos, sendo resultado dela.

Com foco no Fortalecimento da Imagem do Hospital (B2) – também relacionado ao Pioneirismo – identificou-se duas principais estratégias, uma voltada a Visibilidade (B2.1) e outra ao Reconhecimento do Hospital (B2.2). A Visibilidade refere-se à participação efetiva em órgãos e entidades representativas de proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. O Reconhecimento diz respeito aos resultados obtidos por meio da participação em concursos e na proposição de projetos de lei que representem ganhos à causa, por parte de Instituições sem fins lucrativos, Hospitais Filantrópicos do Paraná e, principalmente, as crianças e adolescentes.

O foco da análise que segue são as estratégias de Nível Dois da Árvore de Estratégias do HPP. Além das estratégias selecionadas, eventos específicos, práticas e práxis adotadas pela organização, no processo de formação das demais estratégias, foram considerados na análise e considerações resultantes. As estratégias do HPP apresentadas na sequência são: 1) Captação de Recursos por meio de Projetos; 2) Ampliação da Estrutura Física do Hospital; 3) Criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe; e 4) Mobilização Social.

Cada estratégia foi reconstituída, por meio de narrativa, a partir da qual se buscou desenvolver o caminho percorrido no processo de formação da estratégia, da concepção à execução. Neste processo, foram identificadas iniciativas, práticas adotadas, praticantes e interações, foram ressaltados os elementos de SAC preponderantes e sua incidência, a partir das etapas de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996).

Por envolver diferentes agentes e tendo presente o propósito deste estudo de investigar o *sensemaking* dos agentes (WEICK, 1969) durante o processo de formação da estratégia, para cada estratégia analisada foram elaborados três mapas cognitivos de agentes envolvidos no processo e que buscaram priorizar, sempre que possível, um agente da alta administração, um agente de nível médio e um agente de nível intermediário ou operacional.

#### **4.3.1.1 Estratégia A2.1.2 do HPP: Captação de Recursos por Meio de Projetos**

A concentração do atendimento a pacientes do SUS e o déficit que ele representa, historicamente, tem exigido que hospitais filantrópicos buscassem recursos alternativos. A necessidade de recursos por parte do HPP e a curiosidade sobre como consegui-los deram início a uma mudança na legislação sobre o assunto, no Estado do Paraná.

Diferente de outros Estados, até meados do ano de 2005 a legislação do Paraná assumia regras diferentes de outros Estados, para o uso de recursos do Fundo da Infância e da Adolescência (FIA). Os recursos advindos de projetos aprovados iam para um fundo, que era gerido pelo Estado, que os distribuía de forma politizada gerando descontentamento por parte da maioria das Instituições necessitadas.

Partindo deste contexto, um conjunto de iniciativas emergentes, apresentadas na sequência, compôs o que se tornou estratégico para o Hospital. Dentre os motivos, está o fato de ter promovido mudanças na legislação Estadual, inovado o processo de captação de recursos por hospitais e implantado no HPP uma cultura orientada por projetos. Os resultados culminaram na criação de uma área específica e no desenvolvimento de outras atividades representativas para a sustentabilidade e fortalecimento da imagem do Hospital. Esta estratégia tem seu processo de formação analisado e apresentado no quadro seguinte sob o prisma das fases de Descoberta, Escolha e Ação, com base na junção do modelo Stacey (1996) e Weick (2001). Por meio da fase de Escolha, em especial, se busca evidenciar as

interpretações que conduziram aos encaminhamentos, bem como práticas e práxis adotadas a partir de então, na materialização das intenções.

Dentre as descobertas identificadas, três delas tiveram maior impacto na forma com que a estratégia foi conduzida. A primeira delas diz respeito à possibilidade de mudança da legislação (redes de *feedback*), a segunda exalta as divergências de membros do corpo diretivo (shadow system) quanto à iniciativa e a terceira envolve todas as atividades e recursos necessários à estruturação da nova atividade (aprendizado). O processo e cada uma destas fases é apresentado na sequência, explorando decisões tomadas no trato das decorrências dos elementos de SAC identificados.

A descoberta, por parte dos dirigentes do HPP, de que a maioria dos Estados adotava uma prática diferenciada para a captação de recursos por meio do FIA, incentivou-os acreditar na possibilidade de mudanças para o Estado do Paraná. O relato de um diretor do HPP evidencia essa interpretação de que mudanças eram desejáveis e possíveis.

A gente descobriu que nos Estados, onde havia um banco de projetos, onde você captava para um projeto específico e você depois fazia uma prestação de contas bem feita daquilo que você fez com a grana, a captação era assim trinta, quarenta vezes maior do que aquele outro modelo, meio difuso com o processo de gestão politizado. (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se no relato apresentado, a pró-atividade de dirigentes do HPP com relação à descoberta, permitindo inferir que eles estudaram sobre o assunto e que havia a intenção de atuar de forma a modificar a regra para o Estado do Paraná, embora não soubessem se seria possível ou ainda, como se daria o processo. A mudança era inovadora, e poderia ocorrer via intermediação do HPP junto a representantes do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) ou pelos próprios membros do HPP, como membros do CEDCA. Embora mais morosa, a segunda opção pareceu mais acertada na interpretação dos dirigentes do Hospital (escolha), pelo conhecimento já adquirido e pela capacidade de mobilização do HPP, por meio de seus dirigentes.

As ações identificadas envolveram intervenção política direta, que ocorreu por meio de interações intensas (redes de *feedback* positivo externo), participação ativa de dirigentes do HPP em entidades de classe e órgãos públicos e, principalmente, mobilização social. Iniciando como membro, um dos dirigentes veio a tornar-se presidente do Conselho, o que lhe permitiu dar início aos encaminhamentos necessários para a análise e aprovação da nova regra nas diversas instâncias do Setor Público Estadual, como demonstra o relato seguinte.

Para mudar isso, nós entramos no CEDCA, a Ety virou presidente do CEDCA, aprovou a regra dentro do CEDCA. Aprovada a regra [...] o Ministério Público era contra. Ai foi feito um longo trabalho junto ao Ministério Público até concordarem. Na hora que concordou se instaurou a possibilidade de fazer um banco de projetos. [...] Foi feito um longo trabalho junto ao Ministério Público, até o Ministério Público criar critérios para apresentação de projetos (Relato de entrevista do HPP).

Promovida a mudança, na legislação, no ano de 2005, a próxima etapa foi a elaboração de um projeto piloto por pessoas que não tinham capacitação para tal, o que transformou a tarefa em um processo de aprendizado. O trabalho foi elaborado a partir das redes de feedback estabelecidas pelos agentes que, baseados em seus mapas mentais, analisaram, interpretaram e aprenderam por meio de *loops* de descoberta-escolha-ação (STACEY, 1996). As descobertas por parte dos agentes foram seguidas de novas ações, na medida em que se envolviam e compreendiam o processo, assemelhando-se ao que Schön (1983) chamou de *reflection-in-action*.

Nós fizemos um projeto, aprovamos o projeto e começamos ir atrás de dinheiro. Para ir atrás do dinheiro, você tem que buscar empresas grandes que tenham lucro, que paguem impostos e, aí, um pedacinho deste imposto ser dirigido para o FIA (Relato de entrevista do HPP).

A gente hoje é líder hoje no Brasil em captação de recursos. Construímos de “cabo a rabo” a situação (Relato de entrevista do HPP).

Quando da aprovação do primeiro projeto, em 2005, o Hospital não estava preparado, em termos de recursos, para a sua execução. O receio de alguns membros da direção quanto à incerteza da funcionalidade do novo processo e divergências quanto às prioridades de investimento tornaram-se um novo atrator. No primeiro momento, se identificou que o atrator foi ignorado pelos responsáveis pelo projeto – numa clara atitude de autonomia por parte daqueles agentes – e, mesmo sem o apoio de todos os membros da direção, ações foram tomadas para criação de nova área, contratação de colaboradores, capacitação interna, dentre outros. A situação exemplifica como o comportamento autônomo de agentes também permite o desenvolvimento de práticas sociais em sistemas complexos. Neste caso, destaca-se também a capacidade dos agentes em modificar esquemas recessivos e o esquema dominante a fim de promover mudanças inovadoras (*double loop learning*).

No Quadro 6, a seguir, são apresentadas as principais práticas e práxis adotadas pelo Hospital, no processo de formação da estratégia em questão.

<b>Fase</b>	<b>Situação</b>	<b>Práticas</b>	<b>Práxis</b>	<b>Elemento Identificado</b>	
<b>Escolha</b>	Impedimento legal	Intervenção política	Tornar-se membro do CEDCA	Aprendizado (DLL <sup>20</sup> )	
			Tornar-se presidente do CEDCA		
	Resistências internas	Mobilização social	Exercício da autoridade	Decidir, analisar, ouvir	Autonomia
			<i>Benchmarking</i> internacional	Disseminação dos benefícios para demais Instituições irmãs	Interação (Redes de feedback negativo)
				Interações	Adaptação (Cooperação)
				Visitas e interações	Aprendizado (DLL)
Processo	Confiança na credibilidade da imagem	Elaboração de projeto piloto	Tentativa e erro	Aprendizado (Improvisação)	
		Parcerias	Redes de contatos	Interação (Redes de feedback)	
<b>Ação</b>	Impedimento legal	Intervenção política	Candidatar-se a presidente do CEDCA	Aprendizado (Inovação)	
			Intervenção na definição de critérios para projetos	Interação (Redes de feedback)	
	Resistências internas	Envolvimento no processo	Demonstração de resultados	Relatórios	Shadow System
			Formação de equipe interna especializada	Diálogo	Shadow System (Redes de feedback)
				Negociação	
	Processo	Busca sistematizada de parceiros	Convencimento	Contatos externos	Adaptação
			Estruturação e sistematização de processo	Desenvolvimento de novas atividades	Adaptação
				Tentativa e erro	Aprendizado (Improvisação)
			Cultura de elaboração de projetos	Orientação	Aprendizado (Cooperação)
			Mobilização social	Constituição de equipe de <i>trainees</i>	Aprendizado (SLL <sup>21</sup> )
		Campanhas e eventos	Interações (Redes de <i>feedback</i> )		

Quadro 6 - Estratégia A.2.1.2 do HPP: Captação de Recursos por meio de Projetos

Fonte: Pesquisa

Verificou-se que os primeiros resultados alcançados contribuíram para diminuir resistências e conquistar algum apoio por parte de membros da Direção e do corpo clínico. As práxis adotadas que contribuíram para a mudança nos esquemas individuais e compartilhados dos grupos resistentes foram o diálogo, negociações, convencimento e envolvimento de membros do corpo diretivo e do corpo clínico no desenvolvimento de projetos. Os recursos resultantes do trabalho de captação contribuíram para a mudança de esquemas recessivos

<sup>20</sup> DLL: Abreviação de *Double loop learning*.

<sup>21</sup> SLL: Abreviação de *Single loop learning*.

daqueles que eram receosos com relação à iniciativa, como se pode observar na manifestação seguinte, de um dirigente, segundo a qual a promoção de mudanças é necessária para a mudança de cultura e para a evolução do Hospital.

A partir do momento que as pessoas começam a ver que os resultados vão acontecendo, eles se permitem mudar de posição, às vezes uns demoram mais, outros demoram menos, alguns vão resistir até o último segundo final, mas as coisas precisam acontecer (Relato de entrevista do HPP).

A mudança promovida nos esquemas recessivos de agentes organizacionais é percebida no relato, a seguir, de um diretor do Hospital. Também a manifestação de um assessor demonstra sua percepção sobre a mudança no comportamento de pessoas que, inicialmente, eram resistentes à iniciativa como, por exemplo, membros da diretoria e do corpo clínico.

A hora que começou a vir [recursos], aí todo mundo queria. Dois anos depois falavam “Mas cadê o meu equipamento?” Ai eu falava “O senhor pôs na lista?” “Ah, eu não coloquei”. “Ah, então o senhor prepara uma lista que daqui um ano vai começar outro módulo”. E foi assim... (Relato de entrevista do HPP).

Hoje nós temos um time, os médicos entram e indicam empresas, a diretoria indica, todos nos procuram (Relato de entrevista do HPP).

Também era do conhecimento dos dirigentes que, havendo mudança na legislação, adequações internas como contratação e capacitação de equipe, estruturação de processos, dentre outras, precisariam ser introduzidas para atendimento das necessidades. Ainda assim, a equipe responsável pelo projeto foi surpreendida pela incerteza no que diz respeito à abrangência e escopo das atividades que seriam demandadas, como evidencia o primeiro dos relatos seguintes.

[...] nós precisamos nos estruturar muito porque nós não tínhamos quase ninguém capacitado para licitações... Enfim, nós quase fomos atropelados pela nossa própria eficiência de captação (Relato de entrevista do HPP).

Nós buscamos um consultor que atende ao Estado e pedimos apoio do pessoal do Estado para nos ajudar (Relato de entrevista do HPP).

O aprendizado foi construído ao longo dos anos e hoje nós modulamos um projeto pensando em quais indicadores vamos utilizar para mostrar o que melhorou (Relato de entrevista do HPP).

A análise das narrativas, assim como, os três relatos anteriormente apresentados (de dirigentes e um assessor), permite inferir que o processo de escolha dos agentes baseou-se no “aprender fazendo” (SCHÖN, 1983), ou seja, tinham a intenção, mas, não sabiam como proceder. Inicialmente, foram identificadas regularidades no processo a partir de contatos

externos (redes de *feedback*) estabelecidos pelos agentes. Estas regularidades foram condensadas em um esquema (modelo de mundo) elaborado pelos agentes, com práxis que foram aprimoradas continuamente no desenvolvimento da atividade e superação do atrator imprevisibilidade.

Cientes do caráter inovador da iniciativa e das respostas que suas ações provocavam na organização, os agentes utilizaram as informações descobertas para promover a adaptação do sistema. Esta atitude demonstra o aspecto político e intencional de agentes de sistemas complexos e essenciais no processo de formação de estratégias, por provocar decisões de mudança, tão difíceis em sistemas frouxamente articulados e com um forte *shadow system*.

Verificou-se que houve fases distintas, durante o processo de formação da estratégia. Algumas ações emergiram naturalmente do processo e, inclusive foram consideradas como estratégicas, retrospectivamente enquanto que, outras, assumiram uma característica deliberada (MINTZBERG, 1978). Houve ainda, manifestações de improvisação, de adaptação e aprendizado, resultantes da criatividade dos agentes, das redes de *feedback* positivo e do aprendizado gerado durante o processo de descoberta, nos termos de Stacey *et al.* (2000). Com o aprendizado desenvolvido pela nova equipe, as redes de *feedback* tornaram-se negativas, ou seja, as interações contribuíram para a inovação e adaptação do sistema. Isto acontece porque em sistemas complexos há uma relação de interdependência entre os agentes e também entre as práxis desenvolvidas por eles.

Tem-se o exemplo da capacitação em licitação, processo que evidenciou aprendizado, com base em interação e criatividade. Novamente, foram as redes de *feedback* positivo estabelecidas entre agentes internos e Órgãos Públicos, assim como relações pessoais dos agentes que garantiram as ações para o cumprimento das etapas de licitação. Inicialmente, o processo se desenvolveu de forma improvisada e, depois, como resultado do que se pode chamar de racionalidade retrospectiva – nos termos de Weick (2001) –, o processo foi sistematizado, identificando-se as tarefas que completavam a sequência de atividades.

Como resultado, a estratégia de captação de recursos tem contribuído para duas metas estabelecidas pelo Hospital: aumento significativo no volume de recursos para investimento e fortalecimento da imagem institucional. A iniciativa foi estratégica na medida em que desenvolveu *expertise* no assunto, promoveu mudanças nos processos existentes, exigiu a criação de novos e demandou a adequação do comportamento dos agentes à nova realidade (mudança de esquemas recessivos) no que se refere a obtenção de recursos. A partir de então, as necessidades de recursos são apresentadas por meio de projetos que são elaborados pela

área específica, mas, também por médicos e outros profissionais, motivados pelos resultados já alcançados pela área responsável pela atividade de captação.

Fundamentalmente, o caráter estratégico identificado não está em *o que* foi feito, mas, em *como* foi executada a estratégia: a ausência de recursos foi um estímulo à criatividade e inovação de uma equipe que aprendeu fazendo e, para isso, mobilizou diferentes instâncias sociais e políticas, por meio de redes de *feedback* positivo e negativo, para conseguir atingir os objetivos estabelecidos.

Além dos dados apresentados, os Mapas Cognitivos de agentes envolvidos no processo acrescentam subsídios para a análise de como a construção de significado por parte dos agentes, influencia na formação de estratégias em sistemas complexos. A seguir os Mapas de um dirigente e de dois gestores são apresentados e analisados nos seus pontos principais.

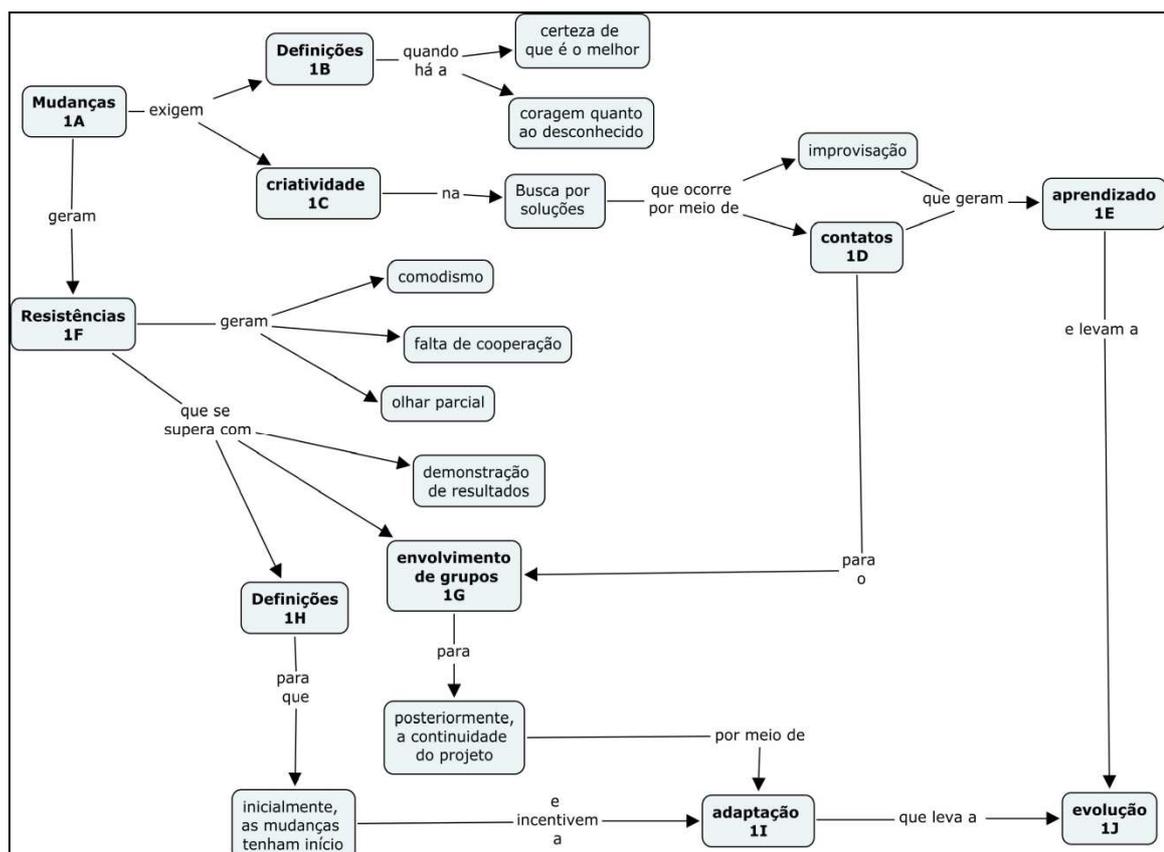


Figura 18 - Mapa 1-E1HPP (Dirigente HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

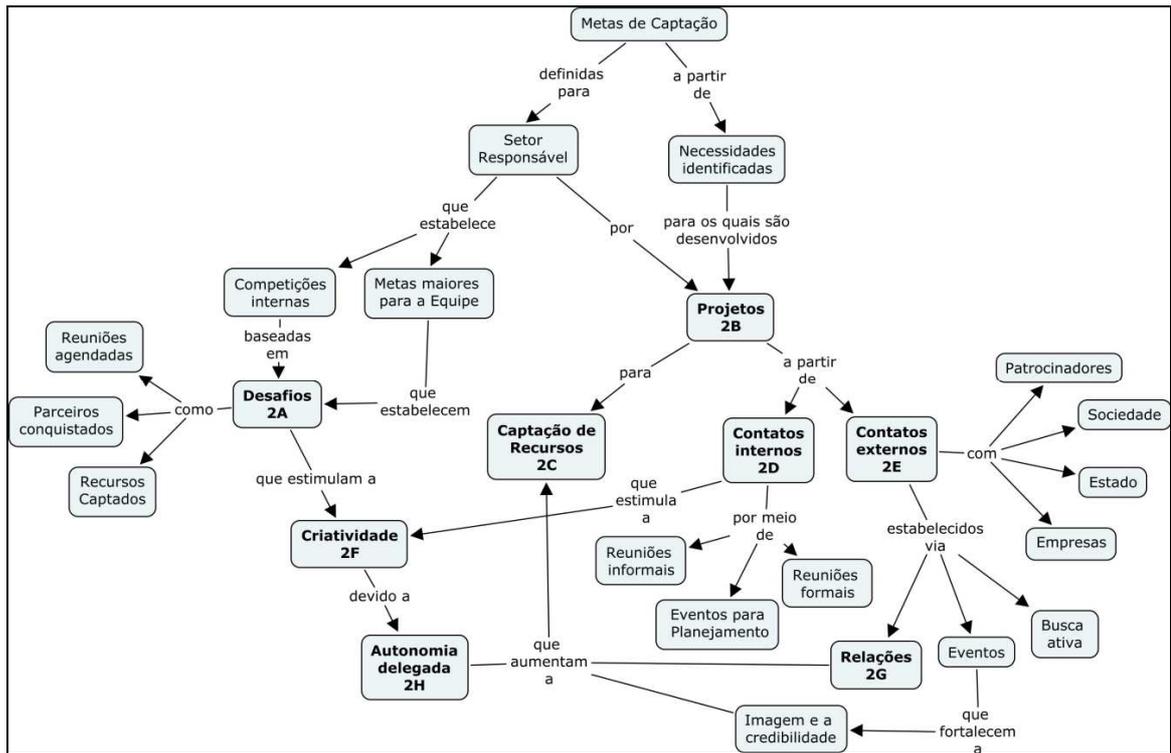


Figura 19 - Mapa 2-E1HPP (Gerência do HPP)  
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

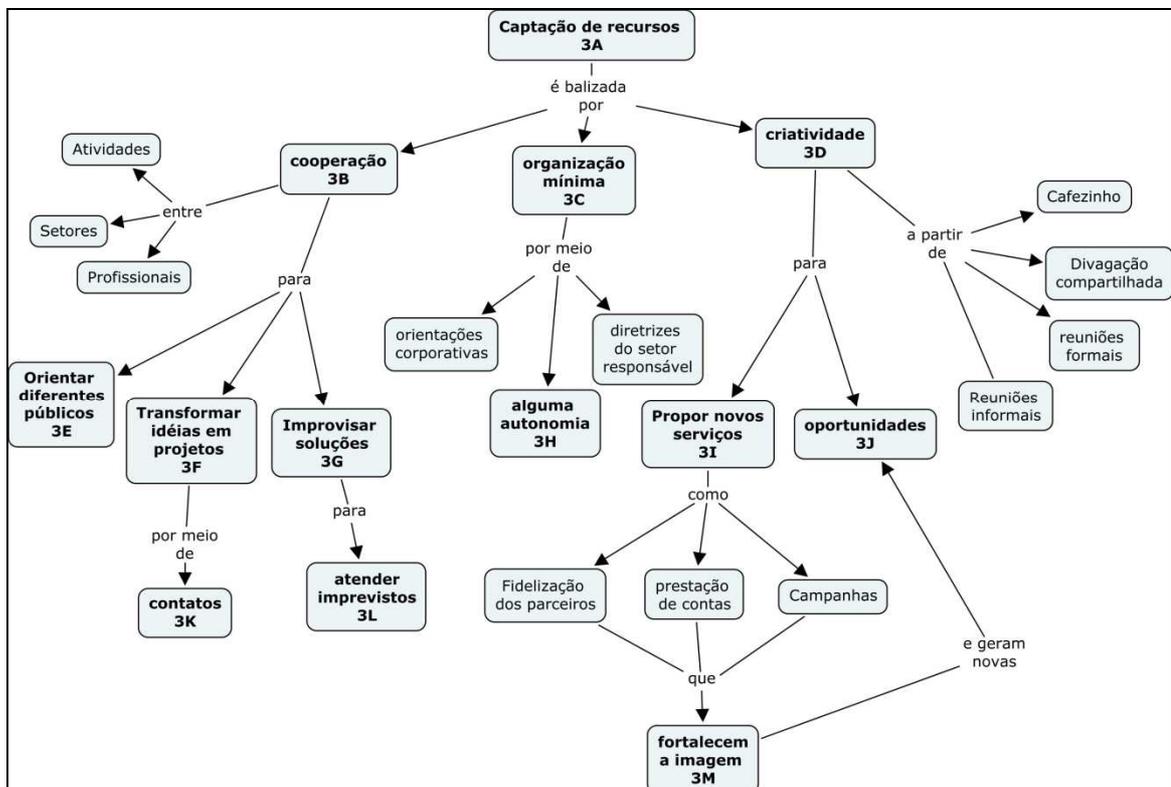


Figura 20 - Mapa 3-E1HPP (Assessor do HPP)  
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os mapas cognitivos dos três agentes entrevistados para esta estratégia contêm dados relevantes para complementar as informações sobre o processo de formação de estratégias e ainda, como os agentes interpretam e interagem com relação aos elementos de SAC.

Pela relação estabelecida no Mapa 1-E1HPP por parte do dirigente, entre os conceitos 1A e 1F, observa-se que qualquer tipo de mudança resultará em resistências no HPP, por parte de dirigentes ou do corpo clínico. Também para este dirigente, mudanças internas somente ocorrem a partir de determinações, no sentido impositivo (conforme significado evidenciado pela relação entre os conceitos 1A e deste com 1B e 1H). A presença do conceito 1F entre 1A e 1H permite inferir que “determinações” representam um tipo de práxis adotada pelo Hospital em relação ao *Shadow system*. Ainda assim, a relação estabelecida entre os conceitos 1G e 1I evidencia a importância dada pelo dirigente às interações (redes de *feedback*) entre instância decisória e grupos divergentes, evidenciando a interpretação de que a manutenção da estratégia depende do envolvimento e apoio da maioria.

A importância de metas e de desafios também é destacada nos Mapas Cognitivos. Na interpretação de uma gerência a forma com que metas foram estabelecidas assume um papel desafiador que estimula e compromete a equipe, conforme se observa nos relatos a seguir, de gerências do HPP.

As metas recebidas são realmente muito ousadas, mas, nós colocamos um teto ainda maior quando as passamos para a equipe, para que todos realmente se esforcem e não façam somente o mínimo. Nós sempre brincamos na nossa sala que o mínimo é medíocre e a gente tem que trazer muito mais (Relato de entrevista do HPP).

[...] tem meta de reuniões agendadas, eles [os *trainees*] fazem toda uma pesquisa de empresas que tenham um determinado perfil ligado à responsabilidade social. Eles marcam reunião com o principal executivo e apresentam o nosso projeto (Relato de entrevista do HPP).

Os diferenciais conquistados, evidenciados no Mapa 3-E1HPP, são também reforçados por agentes de nível intermediário do HPP. Para eles, diferenciais do HPP são resultado do processo de aprendizado desenvolvido e da capacidade de adaptação dos agentes em buscar soluções criativas, como demonstram as manifestações a seguir.

Primeiro, nós somos um setor diferente do marketing do mercado (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se nos relatos apresentados na sequência, a percepção de gerências de que houve descoberta por meio da análise e reflexão dos agentes, a partir dos quais eles buscaram na criatividade e na capacidade de adaptação, a solução para os atratores que se apresentaram.

Todo mundo vai inventando jeito. Vão fazendo e não aceitam o 'não'. Não tinha a fórmula mágica, nós fomos criando (Relato de entrevista do HPP).

Estabelecíamos projetos e fluía. Algumas coisas eram por tentativa de primeira vez (Relatos de entrevista do HPP).

A manifestação de um dirigente, apresentada a seguir, evidencia sua percepção a respeito de o ambiente hospitalar apresentar características diferenciadas e, por isso, exigir um comportamento distinto por parte de profissionais do mercado que nele venham a atuar. Neste sentido, o dirigente exalta o papel da liderança e das suas orientações, o que reforça a constatação de Child (1979) sobre a importância das definições da alta administração, na execução das estratégias.

[...] o perfil da liderança é essencial. [...] foi muito frustrante para eles [nova equipe] no começo quando uma coisa que não dava certo. Então, nós trouxemos essa capacidade que temos de nos adaptar às realidades que são mutáveis (Relatos de entrevista do HPP).

Neste sentido, dentre as práticas identificadas nas orientações das lideranças e, mesmo, para o estabelecimento de um modelo diferenciado de marketing, está o incentivo contínuo à equipe, *benchmarking* internacional, a orientação de ter sempre um plano "B" e ainda, o desenvolvimento de mecanismos de troca com empresas parceiras.

Nós fomos estudar o que o mundo fazia, principalmente o que os Estados Unidos fazem, porque eles são os maiores captadores do mundo (Relato de entrevista do HPP).

No Mapa 3-E1HPP, a relação entre os conceitos 3B e 3L demonstram que, na interpretação da Gerência, a imprevisibilidade é mais bem enfrentada, quando há preparo. Ainda para esta Gerência, a adaptação dos agentes se dá por meio da cooperação, que é evidenciado pelas relações estabelecidas entre o conceito 3B e os conceitos 3E e 3F. Evidências das relações estabelecidas entre os conceitos podem ser observadas nos relatos de uma gerência e de um conselheiro, a seguir apresentados.

Nós sabemos bem o que queremos e nós estabelecemos um plano, mas sempre tem um 'meio ponto' [espaço para imprevistos] e isso você vai criando na equipe (Relato de entrevista do HPP).

Existe sempre um monte de projetos de diversos valores. Você quer um projeto de investimento de dez mil? Tem. De vinte até cinquenta mil? Também tem. Até cem, quinhentos, um milhão? Se chegar aqui alguém querendo nos dar três milhões de reais, tem projeto pronto (Relato de entrevista do HPP).

Pode-se observar a percepção do conselheiro quanto à influência que a imprevisibilidade tem nos planos estabelecidos e a preocupação do Hospital em não deixar-se abater, nem a equipe, pelo atrator imprevisibilidade. O último relato, inclusive, apresenta uma prática adotada no Hospital para que oportunidades não sejam perdidas por falta de projetos.

Como resultado de *benchmarking*, da criatividade e cooperação entre os membros da equipe com outras áreas do Hospital, as atividades têm sido aprimoradas com o tempo. Um exemplo tem sido a prestação de contas à doadores e parceiros do Hospital que, na percepção de agentes organizacionais representou uma inovação em relação ao mercado (*double loop learning*).

É sempre importante se colocar do outro lado, então, nós vamos prestar contas! Vamos dizer “você me deu 6.000 reais, foi usado para isso aqui” (Relato de entrevista do HPP).

[...] tem uma série de contrapartidas, não é simplesmente uma doação, é um investimento. Nós queremos dar um retorno para a empresa, mesmo que seja visibilidade (Relato de entrevista do HPP).

Nós ligamos para algumas empresas e o retorno foi ‘ah, prestar contas?’, eles nunca tinham recebido prestação de contas de uma instituição (Relatos de entrevista do HPP).

A preocupação destacada no relato de assessores evidencia a interpretação de que as parcerias devem ser benéficas para os dois lados, para que o relacionamento seja duradouro. Ainda que simples, a iniciativa foi recebida com surpresa por muitos dos parceiros, como demonstrado nos relatos. O resultado de práticas como esta, tem sido o estreitamento de parcerias estabelecidas, a conquista de novas e, principalmente, o fortalecimento da imagem do HPP. Como exemplo, menciona-se o Prêmio ABERJE Brasil ganho pelo Hospital, no ano de 2006, pelo boletim informativo “*Doar-te*”, criado pelos agentes do HPP para a prestação de contas.

No tocante ao significado que a autonomia teve no processo de formação da estratégia, a relação estabelecida no Mapa 2-E1HPP entre os conceitos 2A e 2F evidencia que, para o gestor de nível médio entrevistado, a autonomia é essencial para a criatividade e permite a criação de novas práticas. Entretanto, no Mapa 3-E1HPP, por meio das relações estabelecidas

pelo assessor entre os conceitos 3A, 3H e 3C, reforçou seu entendimento sobre a autonomia de agentes administrativos assumir uma característica controlada no Hospital. Além da autonomia, também as interações demonstraram assumir significado de condição essencial para a captação para o Assessor (relação entre 2G e 2C). Os relatos seguintes corroboram as interpretações identificadas.

Nossa equipe tem uma liberdade muito grande para criar as coisas, então quando você tem essa liberdade, sua mente fica bastante estimulada e isso é muito bom (Relato de entrevista do HPP).

Nós temos a liberdade de criar [...] e isso é muito bom. Nós temos metas mensais que o campeão ganha [...] são prêmios singelos, mas que têm muito significado para eles. Então a gente sempre tenta fazer alguma coisa nesse sentido (Relato de entrevista do HPP).

Temos carta branca em muitos aspectos (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se nos relatos apresentados de uma gerência e de assessores a clara interpretação deles de que a autonomia é um elemento importante no desempenho das atividades da equipe. As manifestações apresentadas a seguir, sobre as interações com membros da direção, corroboram com a interpretação de “autonomia assistida” evidenciada no Mapa 3-1EHPP e em análises anteriores.

Nós nos falamos três, quatro vezes por dias sobre ‘n’ assuntos (Relato de entrevista do HPP).

Eu sempre alinho todas as minhas atividades com ele [diretor (a)], para que sempre eu saiba até onde posso ir ou qual caminho devo seguir (Relatos de entrevista do HPP).

Os relatos dos entrevistados ressaltam a orientação de Stacey (1996) a respeito da importância da interação para o processo criativo, seja por meio da adequação dos processos existentes (redes de *feedback* positivo) ou desenvolvimento de inovações como novas práticas e novas estratégias (redes de *feedback* negativo). Neste sentido, identificou-se que as redes de *feedback* entre os membros da equipe são informais e dinâmicas, o que contribui para que o processo de criação seja mais proativo e assertivo, como evidenciam os relatos seguintes.

Há muitas reuniões dentro da área e são reuniões, às vezes em pé, às vezes sentados [...] não são reuniões formais, do tipo ‘começou a reunião’. Às vezes alguém tem uma ideia e reúne todo mundo em círculo e a gente começa a conversar, começa a organizar as ideias e surgem novas ideias (Relatos de entrevista do HPP).

Nós temos reuniões formais, logicamente. Nas segundas-feiras às 08h00min nós reunimos a equipe para recolher da semana que passou e jogar para a semana que

está entrando. Temos também, reuniões de acompanhamento do planejamento (Relato de entrevista do HPP)

A partir da análise dos Mapas Cognitivos e das narrativas pode-se inferir que a autonomia dos dirigentes que coordenaram o projeto e dos agentes administrativos (equipe) foi essencial no processo de formação da estratégia. Outro aspecto contributivo identificado foi a característica informal das interações estabelecidas entre equipe administrativa (deste setor específico) e representantes da Direção que, ainda que essencialmente informais, encontraram um equilíbrio para o desempenho das atividades com uma organização mínima.

#### **4.3.1.2 Estratégia A2.3.2 do HPP: Ampliação da Estrutura Física do Hospital**

O primeiro projeto de captação de recursos desenvolvido pelo HPP tinha como objetivo a Ampliação da Estrutura Física do Hospital e foi aprovado no final do ano de 2005. Há tempos os gestores já haviam percebido a necessidade de ampliação e revitalização do espaço físico do Hospital. Todavia, o volume de recursos necessários, a fragilidade financeira do Hospital e outras prioridades de investimento inviabilizavam a iniciativa.

Na ausência de um plano pré-estabelecido, os gestores só identificaram a iniciativa como estratégica na medida em que ela foi se desenvolvendo, num processo de emergência (MINTZBERG, 1978; MARIOTTO, 2003). O seu caráter estratégico estava relacionado ao aumento de recursos que haveria com a ampliação da capacidade de atendimento do Hospital, especialmente, direcionado a convênios e particulares, como evidenciam as manifestações seguintes.

As instalações eram dos anos setenta, a gente precisava de um ambiente novo, estávamos perdendo cliente de convênio que nos ajuda a pagar a conta do SUS. (Relato de entrevista do HPP).

O hospital precisou concentrar um esforço grande pra ampliar, ter mais capacidade pra atendimento e trazer um pouco de qualidade na hotelaria, no visual (Relato de entrevista do HPP).

Dentre as descobertas identificadas neste período, a partir das narrativas elaboradas, duas delas tiveram maior impacto na forma com que a estratégia foi conduzida. A primeira delas estava relacionada às divergências entre membros do corpo diretivo (*shadow system*)

quanto às prioridades de investimento. A segunda descoberta estava relacionada à incerteza quanto à obtenção dos recursos necessários ao empreendimento (imprevisibilidade).

As principais práticas e práxis adotadas pelo Hospital na execução da estratégia para lidar, especialmente, com o *shadow system* e com a imprevisibilidade, considerando as fases de Escolha e Ação (STACEY, 1996), são apresentadas no Quadro 7, a seguir.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento Identificado
Escolha	Divergências quanto à prioridade	Envolver grupos resistentes	Ouvir necessidades do corpo clínico	Shadow system (Mudança de esquemas recessivos)
	Processo	Agir e depois integrar	Assumir que é o melhor Convencer com resultados	Autonomia Não linearidade (shadow system)
		Assumir riscos	Inovar	Imprevisibilidade
	Recursos	Promover Mobilização social	Promover contatos e campanhas	Interação (Redes de feedback)
Ação	Divergências quanto à prioridade	Envolver grupos resistentes	Incentivar participação do corpo clínico	Shadow System (cooperação)
		Convencer	Demonstrar resultados	
		Negociar com corpo clínico	Elaborar lista de novos projetos	
	Processo	Desenvolver <i>expertise</i>	Capacitar equipe	Aprendizado (DLL)
			Fazer <i>Benchmarking</i>	Interação (redes de feedback)
		Flexibilizar	Aproximar-se do corpo clínico	Interação (redes de feedback)
			Analisar racionalmente solicitações médicas	Aprenderizado e Adaptação (SLL e DLL)
	Recursos	Fortalecer a Mobilização social	Promover campanhas e eventos	Interações (Redes de feedback)
Interagir com sociedade e Poder Público				

Quadro 7 - Estratégia A2.3.2 do HPP: Ampliação da Estrutura Física do Hospital  
Fonte: Pesquisa

As reações e diferentes percepções por parte dos dirigentes acerca da iniciativa, apresentados nos relatos seguintes, demonstram a dimensão do *shadow system* que se instalou no início das atividades. Um dos motivos que geraram divergências de opinião diante da decisão foi a escassez de recursos, que foi destacado no relato de um conselheiro, a seguir.

“Não vai dar”, “não tem dinheiro”, “não vai ser possível”, “não vão apoiar” e tal (Relato de entrevista do HPP).

Não tinha dinheiro mesmo, mas o fato de não ter dinheiro é uma circunstância que se pode mudar (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se nos relatos apresentados, que a preocupação de membros da direção com recursos e a interpretação destes, de que o Hospital não deveria dar continuidade ao projeto de ampliação da estrutura física do Hospital. No entendimento de uma gerência, cuja manifestação é apresentada a seguir, houve descrédito por parte de membros da Direção para com a nova equipe, principalmente, devido à dimensão do valor a ser arrecadado.

[...] nós apresentamos o projeto para a Diretoria e foi uma “ducha de água fria”. “Imagina, esses jovens estão chegando, vão trazer nove milhões de reais?” Vinte e dois meses era a nossa meta. (Relato de Entrevista do HPP).

Todavia, a percepção de parte dos membros da direção era que a passividade devia e podia ser superada, demonstrando a determinação de uma parte da Direção em inovar, em promover mudanças. Os relatos de um dirigente e de uma gerência do HPP apresentados, a seguir, evidenciam o comportamento autônomo de agentes em sistemas complexos e sua capacidade de modificar esquemas recessivos e o esquema dominante a fim de promover mudanças inovadoras (*double loop learning*).

A gente não teve que convencer. Um dirigente falou: Façam acontecer (Relato de entrevista do HPP).

Para algumas pessoas isto poderia ser desmotivador [...] nós fomos para a rua mesmo [...] E nós trouxemos nove milhões de reais em 18 meses, era o maior projeto de responsabilidade social do Brasil (Relato de entrevista do HPP).

As divergências de opinião evidenciadas dentro do grupo diretivo reforçam o caráter frouxo das articulações entre membros da própria alta administração, nos termos de Orton e Weick (1990). Verificou-se ainda, que uma das práticas adotadas pelos dirigentes do HPP tem sido dar início às mudanças, independente do apoio, quando se trata de estratégias percebidas como benéficas ao Hospital. Como resultado da condução da estratégia de forma independente, houve o envolvimento de poucas áreas e a ausência de cooperação de áreas essenciais. Por outro lado, os dirigentes responsáveis pela manutenção da iniciativa se incumbiram de conseguir os recursos necessários, mesmo com apoio limitado, como demonstram relatos apresentados a seguir, de gerências e assessores envolvidos no processo.

Quando a diretoria trouxe esse objetivo de ampliar a estrutura [...] eles também trouxeram uma possibilidade de captação muito interessante, que ninguém praticava que era a renúncia fiscal (Relato de entrevista do HPP).

Como se observa no relato de um assessor, a iniciativa teve como respaldo a disponibilização de recursos pela área desenvolvedora da estratégia que, na percepção do assessor entrevistado, inovou por não gerar custos adicionais ao Hospital. O projeto contou ainda com recursos oriundos da esfera pública, que evidencia a dimensão das redes de *feedback* estabelecidas pelos dirigentes com os *stakeholders* do Hospital, como demonstrado na manifestação de uma gerência.

Eles procuraram uma iniciativa do Governo, pra que pudesse ajudar com algum valor pra ampliação do espaço. O Governo do Estado ajudou, no primeiro momento, com recurso, pra poder [...] construir as paredes (Relato de entrevista do HPP).

Na percepção de uma gerência e um assessor, apresentados a seguir, houve pouca integração entre áreas envolvidas na execução da estratégia, com redes de *feedback* falhas que, para ele, prejudicaram o processo. Os diferentes níveis de envolvimento entre áreas destacam a força e influência negativa que o *shadow system*, nos termos de Stacey (1993) teve no processo de execução da estratégia, estabelecendo diferenças entre áreas e, inclusive, exclusões.

[...] precisamos construir e eu vou captar recursos dessa maneira. [...] Agora, a administração dos recursos é você quem faz, diretor. Você quem vai escolher como pagar a conta. E nisso eu acho que pecou, porque deveria acompanhar mais de perto [...] Eu acho que aquilo ali ficou um pouco solto [...] se tivesse sido mais presente, a utilização de recursos teria sido mais inteligente (Relato de entrevista do HPP).

Não houve uma integração das demais diretorias, porque as demais diretorias que são áreas clínicas, áreas administrativas, na época, a área de manutenção e tal, não acompanhou tanto, de tão de perto esse crescimento. Por isso que não conseguiram crescer junto (Relato de entrevista do HPP).

A percepção dos dirigentes de que o apoio do corpo clínico era fundamental ao sucesso do projeto aconteceu retrospectivamente, assim como outras medidas de ajuste que foram implementadas ao longo do processo, integrando áreas e processos, de forma adaptativa (CHAFFEE, 1985). A falta de envolvimento do corpo clínico, no processo, também foi identificada por um dirigente como sendo passiva, diante da possibilidade de crescimento e melhores condições de trabalho e de prestação de serviços de saúde. Interações foram estabelecidas a fim de, além de envolvê-los, cobrar a sua participação efetiva no processo, como demonstram os relatos de dirigentes, apresentados a seguir.

Eu não posso acreditar que um hospital desse tamanho que recebe a colocação de que eles podem pedir porque eles podem e a gente vai buscar recurso, e eles só querem isso. [...] Daí veio uma segunda lista de quatro milhões de equipamentos, aí

eu falei que queria mais. Aí fui pegando por especialidades... “O que precisa? Pro nosso centro cirúrgico está ótimo”. Chama o chefe de anestésias, chama os cirurgiões e tal... [...] Não sabiam o que pedir. Ou não tinham certeza de que o dinheiro viria (Relato de entrevista do HPP).

Precisou dar uma chacoalhada (Relato de entrevista do HPP).

Na percepção do dirigente, comportamentos como o identificado no caso do corpo clínico, era resultado da insegurança com relação à disponibilidade de recursos para continuidade do projeto. Todavia, na análise dos dados se evidenciou que o descontentamento do corpo clínico também se devia à exclusão que houve deste grupo, inicialmente, no processo.

Também foi retrospectiva para alguns dirigentes a compreensão de que a prática de captação de recursos tinha um caráter estratégico para o Hospital. O fato converge com a constatação de Weick (1979) de que, na sua maioria, as decisões e ações estratégicas das organizações são compreendidas e gerenciadas retrospectivamente.

Como destacou Rouleau (2005), algumas práxis passam a ser estratégicas pelos resultados que apresentam. Além dos resultados do projeto, alcançados ao longo dos meses, algumas práxis foram desenvolvidas para minimizar as resistências de dirigentes e promover a aproximação com o corpo clínico. Destaca-se uma práxis adotada que foi a análise econômico-financeira como apoio à decisão e também como argumento de escolha junto ao corpo clínico, considerando-se as diferentes expectativas dos médicos quanto aos serviços de saúde priorizados para expansão.

A oportunidade percebida pelos médicos de fortalecerem suas áreas de atuação por meio da aquisição de equipamentos modernos, advinda da nova fonte de receitas, assumiu um papel de “negociação” que minimizou, parcialmente, efeitos do *shadow system* instalado. As manifestações apresentadas na sequência demonstram o entendimento de dirigentes e gestores intermediários de que a negociação é uma prática constante naquele Hospital.

Aqui, a gente precisa estar preparado para negociar sempre, nos múltiplos níveis que isto trás neste ambiente especial que é o hospital. Seja uma negociação ‘turca’ com o fornecedor, “Quero dez! Não, dou cinco” [...], até na outra ponta onde você está de coração aberto aos argumentos e é completamente emocional (Relato de entrevista do HPP).

Tudo isso leva à uma situação de permanente negociação (Relato de entrevista do HPP).

Mapas cognitivos de agentes organizacionais são apresentados como subsídio à análise do processo de formação desta estratégia e exploram, especialmente, a construção de significado dos agentes envolvidos no processo.

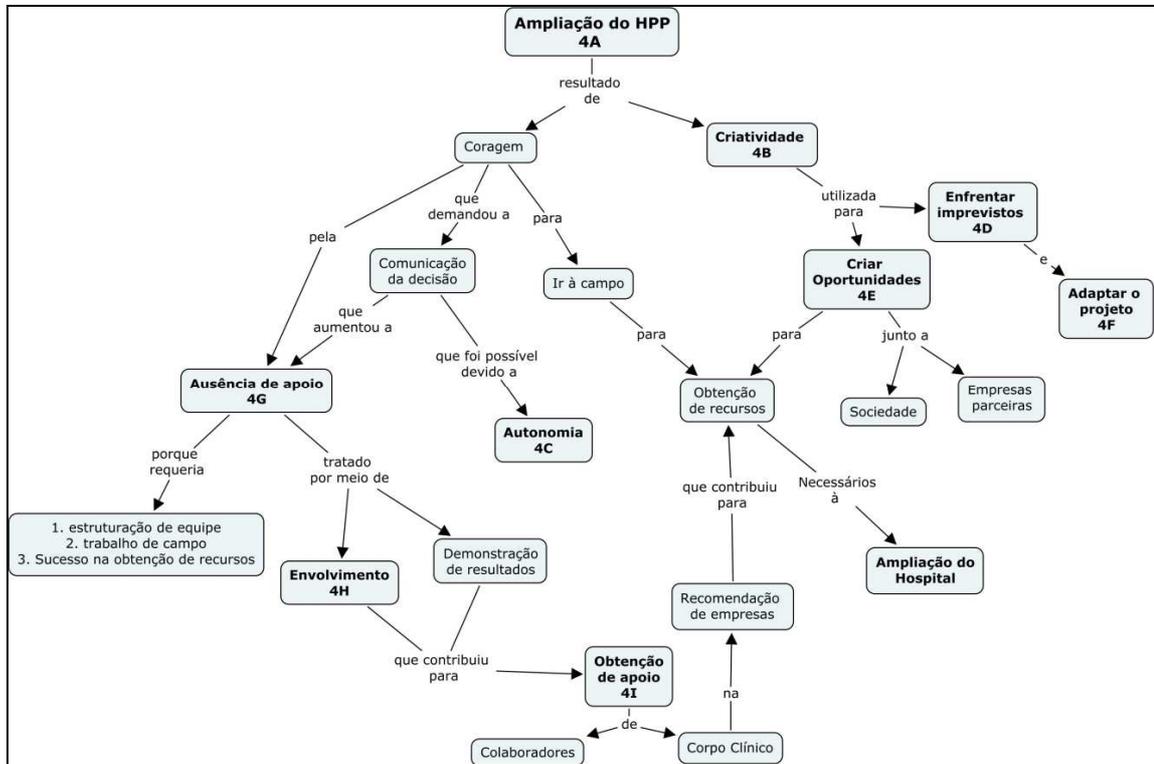


Figura 21 - Mapa 4-E2HPP (Assessor do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

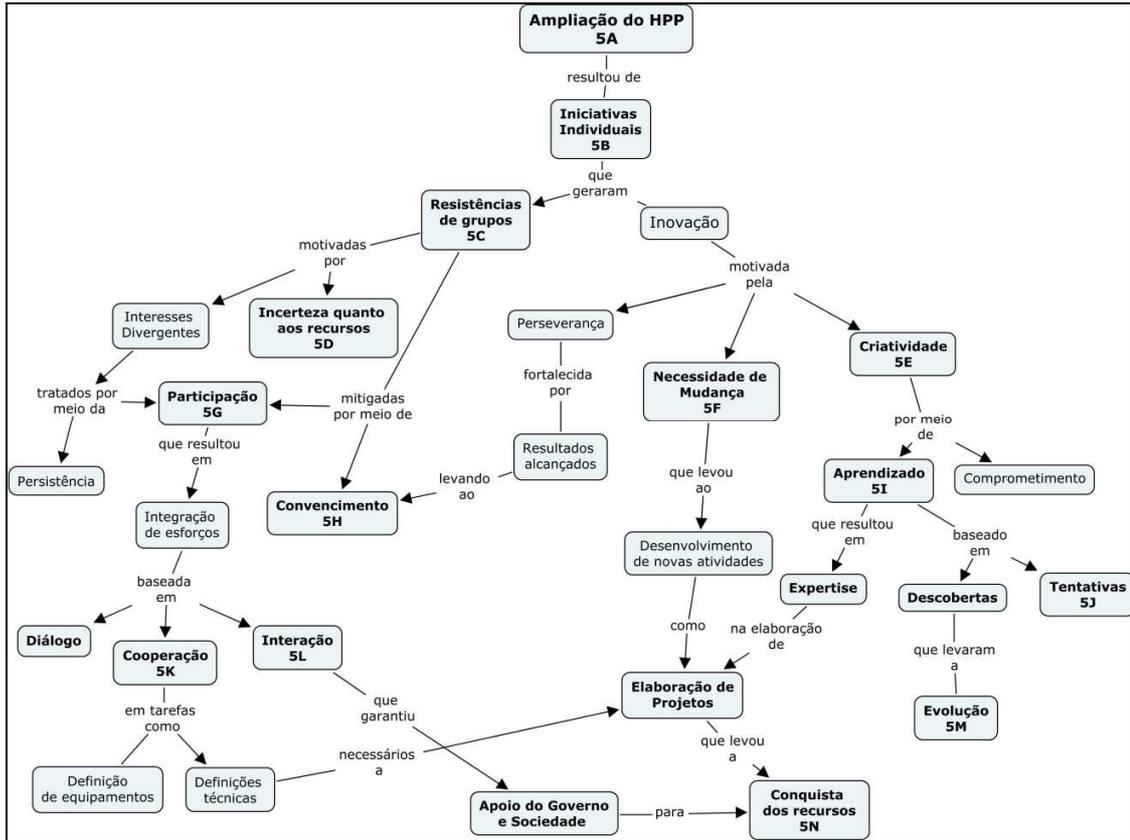


Figura 22 - Mapa 5-E2HPP (Dirigente 1 do HPP)  
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

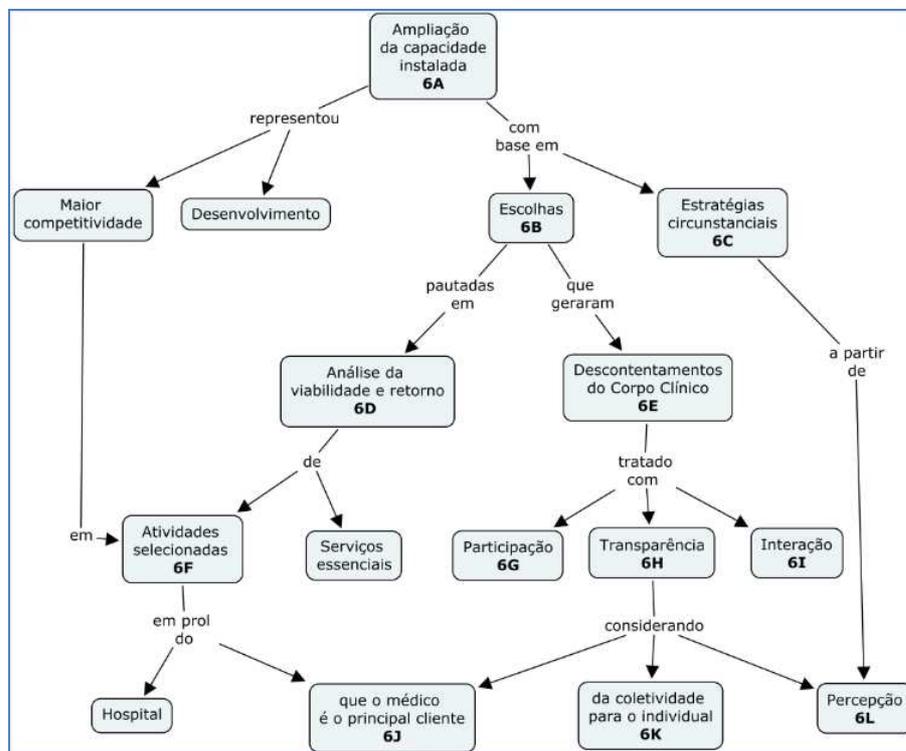


Figura 23 - Mapa 6-E2HPP (Dirigente 2 do HPP)  
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

No entendimento do Assessor, evidenciado no Mapa 4-E2HPP, os elementos Criatividade (relação entre 4A e 4B) e Autonomia (relação entre 4A e 4C) foram essenciais tanto na decisão de ampliar, quanto nos encaminhamentos para a ampliação, de fato. A mesma relação foi identificada no Mapa 5-E2HPP, quando o Dirigente 1 apontou a ampliação da estrutura física do Hospital como resultado de iniciativas individuais (conceito 5B). Isto reforça a constatação apresentada anteriormente de que a unanimidade para tomada de decisão não é uma prática adotada pelo Hospital. No relato apresentado, a seguir, um assessor corrobora com esta constatação.

Antes, as diretorias tinham a voz de comando igual. Um diretor falava assim, “Vamos comprar esse equipamento”? “Ah, não quero”. E daí, o que acontece? Não tem como. [...] Agora, quando os diretores falam assim, “Vamos comprar um equipamento?” [...] Se um diretor com ‘poder’ sobre os demais, ele fala “Vamos comprar” a coisa começa a caminhar (Relato de entrevista do HPP).

Identificou-se ainda que a participação fosse percebida como um elemento importante na promoção da mudança de esquemas recessivos (ver relações entre 4G e 4I e a posição intermediária do elemento 4H). Destaca-se a importância dada pelo Assessor à criatividade no que se refere à imprevisibilidade e à superação de desafios (evidenciado pelas relações entre 4D e 4E), o que exalta a característica ousada e oportunista do Hospital em buscar aproveitar oportunidades. Para o Dirigente 1, como demonstrado no Mapa 5-E2HPP, a criatividade também está relacionada ao aprendizado (5I) que, indiretamente, está associado a tentativas e erros (5J). Na percepção deste dirigente, o caráter iterativo das ações tem relação direta com a própria evolução (5M) do sistema. Algumas evidências que reforçam estas percepções são apresentadas nos relatos a seguir.

A área de captação de recursos tinha que correr atrás pra ver como é que eles iam inventar uma forma de ganhar dinheiro (Relato de entrevista do HPP).

Todo mundo vai inventando jeito, vai fazendo. [...] a gente foi criando... (Relato de entrevista do HPP).

Na interpretação do Dirigente 2 (Mapa 6-E2HPP), a ampliação da estrutura física do HPP esteve relacionada à escolhas (6B) e foi uma estratégia circunstancial (6C). Isto reforça a constatação anterior (caráter emergente da estratégia) de que a iniciativa não estaria planejada para o momento em que ocorreu. A partir da análise do conjunto de ações

executadas, a interpretação do Dirigente 2 evidenciou que a estratégia foi resultado da percepção de dirigentes (6L) quanto às oportunidades que se apresentaram. A relação estabelecida entre os elementos 6B e 6F demonstram a interferência dos dirigentes no processo, a partir da interpretação que dão aos fatos e consequências que lhes permite fazer escolhas.

A estratégia é percepção (Relato de entrevista do HPP).

Eu acho que as estratégias nesse aspecto, são estratégias assim, circunstanciais mesmo (Relato de entrevista do HPP).

Aí você faz gestões administrativas com prerrogativas, pra que você consiga [...] o comprometimento e participação. Se não tiver participação, não vai dar certo (Relato de entrevista do HPP).

Ele quer mais salas cirúrgicas, mas, e o outro [médico]? Como você quer que eu cancele o horário do outro pra você ter? Então me ajude. Comporta fazer mais uma sala? Não vamos mudar o teu trabalho, vamos racionalizar o teu trabalho. O que você precisa mesmo? Precisa de um ambulatório assim pra isso? Será que fazendo isso você não produz mais nessa área, não consegue aquilo que você pretende? (Relato de entrevista do HPP).

Verifica-se no último relato apresentado, a percepção de um dirigente a respeito de que, as escolhas do Hospital, independente de priorizarem uma ou outra especialidade, são selecionadas em prol dos médicos (ver também a relação entre 6B e 6J no Mapa 6-E2HPP). Identificou-se, ainda para o Dirigente 2, o significado de que os médicos são os principais clientes do Hospital. Tal manifestação reforça o poder do profissional médico na organização hospitalar, como já ressaltaram Kast e Rosenzweig (1976) e Mintzberg (1994), por exemplo. Todavia, este mesmo dirigente deixa clara a sua posição de que os descontentamentos do corpo clínico devem ser tratados do coletivo para o individual (relação entre 6E e 6K) e que envolvem participação, transparência e diálogo (relações entre 6E e 6G, 6H e 6I).

Eu talvez faça isso [administrar o *shadow system*] com mais facilidade aqui, porque é uma terra que eu piso há 30 anos. Eu tenho certeza de que se fosse outro hospital que eu nunca trabalhei, eu teria muito mais dificuldade de fazer esses diagnósticos. Ia tentar, mas não sei se ia acertar (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se na manifestação do dirigente a sua interpretação sobre a importância que a experiência e o aprendizado têm na tomada de decisão dos gestores e que são reforçados pela interação entre seus membros. Ainda de acordo com este dirigente, mais do que decisões acertadas, a interpretação adequada das situações é que permite conseguir melhores resultados

e administrar o *shadow system*. Isto converge com a premissa adotada neste estudo de que o *sensemaking* (Weick, 1979) com a interpretação da realidade por parte dos gestores e as decisões e ações dela decorrentes, influenciam fortemente o pensar e o agir estratégico.

A análise do processo de formação da estratégia de ampliação da estrutura física do HPP evidenciou: o papel autônomo de alguns dirigentes na determinação e promoção das mudanças; a importância de ousadia, da definição de rumos e do respaldo por parte da alta administração nas decisões, nos termos de Child (1979); a preocupação do Hospital em primeiro executar, depois envolver; o tratamento transparente e racional dispensado ao corpo clínico com participação, cooperação e convencimento.

#### **4.3.1.3 Estratégia A2.3.2 do HPP: Criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (IPPPP)**

A apresentação da iniciativa de criação do IPPPP procurou evidenciar exemplos de adequações ocasionadas no processo de formação da estratégia, principalmente, por características de sistemas complexos como autonomia e não-linearidade de respostas, o que exaltou características como *Shadow System* (STACEY, 1996) e a frouxidão das articulações (ORTON; WEICK, 1990) entre os grupos (*Loosely Coupled System*).

A forma com que a iniciativa do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe (IPPPP) surgiu e foi executada – processo de Descoberta, nos termos de Stacey (1996) – assumiu um caráter estratégico para o Hospital. Isto aconteceu devido à possibilidade de manter no Hospital o conhecimento gerado pelos profissionais da casa, atrair novos pesquisadores e investimentos para a pesquisa e fortalecer a imagem da Instituição por meio da atuação em prol do bem estar de crianças e adolescentes, em nível mais amplo, como se observa nos relatos seguintes.

[...] a gente pensava em formalizar a pesquisa por vários motivos: pela dificuldade de disseminação do conhecimento, pela busca de melhores ou novos resultados ou novos métodos de tratamentos e diagnósticos, pela sustentabilidade e porque sempre os melhores e grandes hospitais do mundo trabalham nesse tripé (Relato de entrevista do HPP).

[...] pro Hospital [...] isso abre um canal de relacionamento muito maior, abre oportunidades gigantescas que talvez a gente não tivesse só com uma estrutura hospitalar... (Relato de entrevista do HPP).

Embora fosse percebida como importante por alguns agentes – entre dirigentes e médicos –, até então a proposta assumia caráter mais utópico do que factível, conforma a manifestação de dois dirigentes, apresentadas a seguir.

A gente tinha no nosso planejamento informal a pesquisa, mas pra formalizar um braço, era para mais ou menos 2011, 2012. Esse hospital sempre fez pesquisa e sempre fez ensino, só que outras instituições é que ficavam com esse conhecimento (Relato de entrevista do HPP).

[...] algumas pesquisas começaram a despontar no cenário médico, clínico e começaram a trazer algumas premiações... Então, alguém tinha que [...] dar uma estrutura, subsidiar pra que “olha, organize dessa maneira” [...] porque é muito mais interessante daí [...] o Hospital Pequeno Príncipe tem um nome internacional também. O pesquisador sozinho ele tem um potencial, com uma instituição com poder internacional, é outra história (Relato de entrevista do HPP).

A concepção da estratégia teve início a partir de uma oportunidade envolvendo o ex-jogador de futebol Pelé, e que foi aproveitada, mesmo na ausência de planejamento e de recursos.

Eu tinha lido, um ano antes que o Pelé ia apoiar um projeto do Hospital [...] daqui, relacionado à pesquisa em pediatria... E eu olhei aquilo e pensei “Nossa, imagina que legal ter o Pelé apoiando um projeto, como deve facilitar a captação”. O projeto acabou não evoluindo, a gente ganhou o Prêmio Kanitz [em 2005] e o médico ligado ao Pelé nos ligou dizendo que tinham lido sobre o Hospital, viram que a gente ganhou o Prêmio, que há muito tempo eles estavam pensando numa aproximação, porque eles queriam nos apoiar num projeto ligado à pesquisa. E foi aí que a gente tomou a decisão de antecipar a pesquisa no nosso cronograma... (Relato de entrevista do HPP).

A percepção de oportunidade fica clara no relato de um diretor do HPP, ao ressaltar a decisão de antecipação de um plano que estava reservado para o futuro.

O que eu não vi [...] foi um planejamento assim, o gerenciamento de um projeto, tipo análise de riscos, essas coisas todas [...] e uma preparação assim, “Depois que construir, como que nós vamos manter?” [...]. Eu só vi mesmo “Vamos construir e pra construir nós precisamos de dinheiro” (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se, ainda, o entendimento de um assessor sobre a ação ser algo não planejado, ao destacar a ausência de um plano, de orientações ou de como proceder a partir da decisão tomada. Tais evidências, além da não sistematização das ações sequentes, permitem inferir que a iniciativa assumiu um caráter de estratégia emergente, nos termos de Mintzberg e

Waters (1985) e Mariotto (2003). Ressalta-se, entretanto que, ainda que alguns interpretassem como uma oportunidade estratégica para o Hospital, para a grande maioria dos membros envolvidos, seja da Direção ou do Corpo Clínico, a iniciativa foi entendida como estratégica apenas retrospectivamente.

As resistências eram fundadas na interpretação de que o Instituto seria um investimento muito elevado sem ser prioritário, que o perfil de pesquisadores internos era insuficiente e que a contratações de profissionais pesquisadores externos seria uma afronta ao corpo clínico. Como resultado, as divergências fortaleceram o *shadow system* existente.

A resistência foi muito grande, muito grande. Num primeiro momento todo mundo pensou “Poxa, mas por que vão criar uma unidade nova se o hospital precisa tanto de dinheiro?”. Dois ou três médicos acreditaram e entenderam o projeto (Relato de entrevista do HPP).

Todavia, a interpretação de alguns dirigentes a respeito da relevância que o apoio de uma personalidade como o Pelé teria para a captação de recursos, estimulou a decisão e foram buscadas as condições para superação dos atratores e desenvolvimento do empreendimento. Esta atitude, por parte de alguns dirigentes, de enfrentar o *shadow system* evidencia o comportamento autônomo que é intrínseco ao desenvolvimento de práxis, como destacou Campbell-Hunt (2007), como também o papel da liderança, destacado por Stacey (1993) como essencial para a promoção de mudanças em SAC.

Como se pode observar nos relatos apresentados a seguir, a justificativa dos dirigentes para o exercício da autoridade partia da convicção de que os resultados seriam benéficos e que haveria apoio quando os resultados comesçassem a aparecer.

É a lógica do mercado, porque um hospital só melhora se ele tiver assistência, ensino e pesquisa. A hora que você tem pesquisa, você oportuniza a capacitação da tua equipe, você oportuniza um novo olhar pra essas maneiras diferentes de fazer [...] e a gente acreditava que iria transformar o Pelé numa oportunidade boa junto com captação de recursos (Relato de entrevista do HPP).

O Pelé faz com que a gente ganhe essa repercussão internacional e mais do que isso, a pesquisa é replicada pra qualquer lugar do mundo. [...] se eu descobrir qualquer coisa ali no Instituto de Pesquisa eu posso replicar isso pra qualquer lugar do planeta. Então é um grande diferencial. Até por isso que o Pelé se tornou parceiro, né? Como ele é internacional, a pesquisa também é (Relato de entrevista do HPP).

A manifestação de um assessor a respeito do processo decisório sobre o IPPPP, apresentado a seguir, evidencia o seu reconhecimento de que a decisão de criar o Instituto foi

resultado da análise e interpretação de alguns dirigentes, nos termos de Weick (1979), a respeito de uma oportunidade para o Hospital.

Eles [dirigentes que assumiram o projeto] concentraram um grande esforço na estruturação do Instituto de Pesquisa, na construção de uma parceria com alguém que pudesse levar o nome do Instituto pro mundo e que deu certo né? Foi o Pelé (Relato de entrevista do HPP).

Também no processo de descoberta (STACEY, 1996), a partir da construção de significado por parte dos dirigentes, foram identificados três atratores: 1) escassez de recursos; 2) divergências e não apoio de membros do corpo diretivo; e 3) resistência do corpo clínico gerada pelo descontentamento com a contratação de médicos pesquisadores externos.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento identificado	
Escolha	Resistências motivadas por divergências de interesses	Aproveitar oportunidade	Assumir decisões	Autonomia	
		Agir e depois integrar	Convencer por meio de resultados	Mudança de esquemas recessivos ( <i>shadow system</i> )	
	Processo	Inovar	Assumir riscos	Imprevisibilidade	
			Buscar soluções criativas	Aprendizado (SLL e DLL)	
	Recursos	Valorizar a imagem de pesquisa	Associar Pelé & HPP	Criatividade (Aprendizado)	
			Promover mobilização social	Promover eventos e campanhas	Interação (Redes de feedback)
Ação	Resistências motivadas por divergências de interesses	Convencer	Articular a partir dos resultados alcançados	Interações / Sistemas frouxamente articulados	
		Dialogar	Intervir em situações conflituosas		
	Processo	Inovar	Fazer <i>Benchmarking</i> internacional	Interação (redes de feedback)	
			Inovar no Marketing para captação	Criatividade (Aprendizado)	
		Promover readequações constantes	Criar Núcleo de Pesquisa Básica	Shadow system	
			Aprender com base em tentativa e erro	Aprendizado e Adaptação (SLL e DLL)	
	Recursos	Promover mobilização social	Perseverar	Aprendizado	
			Promover campanhas e eventos	Interações (Redes de feedback)	
		Captar recursos	Captar recursos	Buscar captação internacional	
				Desenvolver novos programas de captação (Ex.: Jovens Talentos)	Criatividade e Redes de feedback
				Fortalecer programa Seleção Gols pela Vida	

Quadro 8 - Estratégia A2.3.2 do HPP: Criação do IPPPP

Fonte: Pesquisa

A partir deste contexto de Descoberta – da oportunidade, mas, também dos atratores envolvidos – as principais práticas e práxis identificadas no processo de Escolha e Ação (STACEY, 1996), bem como no trato dos elementos da complexidade inerentes, são apresentadas no Quadro 8.

A necessidade de recursos para a criação do Instituto desencadeou divergências entre os dirigentes acerca do ônus extra que acarretaria ao Hospital, cuja situação econômica era delicada já que, em paralelo, estava acontecendo a ampliação do Hospital.

Na área administrativa tinha muita resistência mesmo, porque o olhar era mais financeiro, como que ia se pagar, principalmente porque já sabia que a ampliação já ia acontecer ao mesmo tempo (Relato de entrevista do HPP).

No relato apresentado fica clara a percepção de uma gerência de que a preocupação de dirigentes estava na questão financeira. Além da incerteza (imprevisibilidade) com relação aos resultados da iniciativa, percebe-se na manifestação de um assessor, o entendimento de que havia, também, o receio de mudar o que estava funcionando.

Tudo que é novo assusta, ainda mais quando envolve dinheiro e tal né. Quando se lançou essa alternativa, os diretores ficaram assim meio... “ah, o que vai acontecer?”, “E agora como nós vamos sustentar? O resultado do hospital está quase equilibrado, é difícil pagar suas próprias contas, como nós vamos manter mais essa estrutura” (Relato de entrevista do HPP).

As divergências resultantes do comportamento não linear de agentes evidenciam quão frouxas se mostraram as articulações (ORTON; WEICK, 1990) entre agentes e até mesmo entre membros da própria diretoria. Neste sentido, verificou-se que a resposta dos dirigentes envolvidos na iniciativa aos membros resistentes foi “agir e depois integrar” (Relato de entrevista do HPP), como demonstra a manifestação de um assessor, apresentada a seguir.

As coisas aconteceram meio que assim “Olha, agora já existe e agora você tem que ajudar”. Essa foi a minha percepção (Relato de entrevista do HPP).

Evidências de *single* e *double loop learning* foram identificadas nas práxis desenvolvidas por agentes. Elementos de SAC como a criatividade, o aprendizado e as redes de *feedback* tiveram substantiva importância no processo de formação da estratégia, haja vista que as ações necessárias eram desconhecidas, como se percebe na manifestação de uma gerência, apresentada a seguir.

Por onde nós vamos começar? Como é que nós vamos construir isso? (relato de entrevista do HPP)

Observa-se nos relatos apresentados, a seguir, que a criatividade e as redes de *feedback* estabelecidas são valorizadas pelos agentes organizacionais. Na medida em que a criatividade gera resultados, os agentes passam a ousar mais e a valorizar esta capacidade do grupo, como se observa na manifestação seguinte de um assessor do HPP.

Essas coisas que a gente inventa, maluquices que a gente inventa, sempre com um gancho, na criança, na responsabilidade social, isso ai é uma espiral, porque quanto mais se faz, mais surge pra você fazer (Relato de entrevista do HPP).

Ainda em relação à criatividade, identificou-se várias práxis e práticas adotadas pelo Hospital na execução de ações estratégicas à criação do IPPPP, o que demonstra a capacidade de criar, aprender e se adaptar, inerentes aos agentes de sistemas complexos (STACEY *et al.*, 2000). Algumas práxis essenciais, neste processo, estão contidas nos relatos de um assessor e de uma gerência apresentados, a seguir.

Um foi procurar o governo, outro foi pro instituto de pesquisas internacionais que quisessem investir em pesquisa aqui, até não deu muito certo. Outra ação foi a estruturação de uma equipe de captação de recursos junto às empresas, que fossem às empresas pra ter recursos aqui, a construção de projetos junto ao governo que pudesse permitir a captação de renúncia fiscal (Relato de entrevista do HPP).

O grupo Jovens Talentos é só para o Instituto de Pesquisa. Foi um projeto que a gente conseguiu criar, que foi um desafio muito grande, o primeiro processo seletivo eram oito vagas e nós tivemos 900 candidatos. E sem um tostão, é importante ressaltar isso (Relato de entrevista do HPP).

Dentre as práxis identificadas neste processo constaram interações com *stakeholders* nacionais e internacionais, *benchmarking*, criação de campanhas, eventos e programas específicos (por exemplo, “Jovens Talentos” e “Seleção Gols pela Vida”) com objetivo de captar recursos, atrair pesquisas e fortalecer a imagem do hospital também no ramo da pesquisa.

Nas conjecturas iniciais acerca do Instituto de Pesquisa, se intencionava que a iniciativa beneficiasse o corpo clínico e as suas pesquisas, por constituir-se um ambiente propício integrado à atividade de Ensino, já existente. O fato de o perfil do corpo clínico não ser de pesquisadores exigiu a contratação de profissionais externos para assumirem a direção e desenvolverem suas pesquisas no Instituto. Esta decisão causou grande descontentamento e

fomentou o *shadow system* junto ao corpo clínico, como se observa nos relatos de dois dirigentes, apresentados a seguir.

Na hora de colocar em prática, esse projeto veio com outra cara (Relato de entrevista do HPP).

Eu acho que foi um ganho, um avanço, o Hospital ter muito mais caminhos a abrir... e uma dificuldade pro Hospital. Por que dificuldade? Porque toda vez que eu tenho que fazer uma ponderação financeira nos projetos dos médicos eles viram pra mim e falam “Mas para o outro projeto tinha recursos” (Relato de entrevista do HPP).

Isso [disputa por recursos] criou uma competição (Relato de entrevista do HPP).

Os relatos apresentados demonstram insatisfação com relação às mudanças não consensadas, bem como aos efeitos negativos decorrentes da não possibilidade de valorizar membros do corpo clínico. No entendimento de um dirigente, apresentado a seguir, tal situação foi desgastante.

Como precisava de uma massa crítica com grande publicação, essa massa crítica passou a ser contratada e incorporada. Isso levou a uma dificuldade de condução porque o nosso corpo médico não tinha essa qualificação científica de cientista [...]. Mesmo com mestrado e doutorado eles eram médicos. Não eram cientistas com produções científicas. Aí eles [os dirigentes] tiveram que dizer pra eles [médicos] “Olha, vocês não servem pra esse programa”. Isso é muito desgastante (Relato de entrevista do HPP).

Diante do contexto, medidas complementares foram adotadas por parte dos dirigentes para minimizar o *shadow system* envolvendo o corpo clínico, representando a flexibilidade e a capacidade dos agentes em identificar necessidades e adaptar o processo, nos termos de Chaffee (1985). Uma delas foi a estruturação de um Núcleo de Pesquisa Básica privilegiando os profissionais internos, como demonstram os relatos seguintes.

A gente estruturou um núcleo de pesquisa básica que é ligado ao Instituto de Pesquisa, mas tem uma sala aqui no hospital. Isso trouxe a pesquisa básica pra um plano de realidade (Relato de entrevista do HPP).

As pesquisas básicas também estão aumentando. E muitas das pessoas circulam entre a básica e a clínica... (Relato de entrevista do HPP).

Como era esperado pelos dirigentes idealizadores do Instituto, os bons resultados obtidos com a divulgação de pesquisas e da avaliação de Órgãos Reguladores contribuiu para a conquista de apoio de outros dirigentes, como de membros do corpo clínico. Observa-se nas manifestações de dirigentes envolvidos diretamente no processo de formação desta estratégia,

que muitos dos agentes que, inicialmente, discordavam do IPPPP foram convencidos pelos resultados apresentados.

O Instituto, hoje está saindo dessa culpa, mas ele passou por um mau momento... Hoje, se você for conversar sobre o instituto de pesquisa, já tem vários admiradores que gostaram (Relato de entrevista do HPP).

Você há de convir que uma nota cinco da CAPES ajuda [...], pois, mesmo com poucos recursos a equipe lá se desdobra e eles são sensacionais também, e eles só precisam de uma oportunidade... (Relato de entrevista do HPP).

Muita gente já falou “Bom, então não é uma brincadeirinha, isso está acontecendo de verdade”. E depois os resultados de algumas pesquisas [...] e que já salvaram um monte de vidas... (Relato de entrevista do HPP).

A partir da análise desta narrativa, identificou-se que alguns fatores foram essenciais para a continuidade do projeto. Dentre eles, consta a autonomia dos dirigentes idealizadores do projeto, que assumiram os riscos e distribuíram metas audaciosas de captação à equipe responsável. Igualmente importante foi a capacidade de interação de dirigentes do Hospital, os quais buscaram equipe competente para a direção do Instituto a fim de ter resultados convincentes (redes de *feedback*). Os resultados positivos que o uso do nome “Pelé”, de fato, proporcionou à obtenção de recursos no nível local, nacional e internacional (redes de *feedback*) também foram essenciais à continuidade do projeto.

Outra característica relevante identificada na formação desta estratégia foram a flexibilidade das áreas envolvidas em perceberem necessidades e adequarem decisões e processos diante dos atratores (aprendizado e adaptação) e a criatividade no uso dos recursos (aprendizado), especialmente, os intangíveis para a criação de oportunidades por meio de campanhas, projetos e mobilização social.

A partir da análise de Mapas Cognitivos elaborados para dois Dirigentes e um Assessor do HPP, elementos complementares são identificados e outros são reforçados a partir da percepção destes agentes sobre a estratégia em referência.

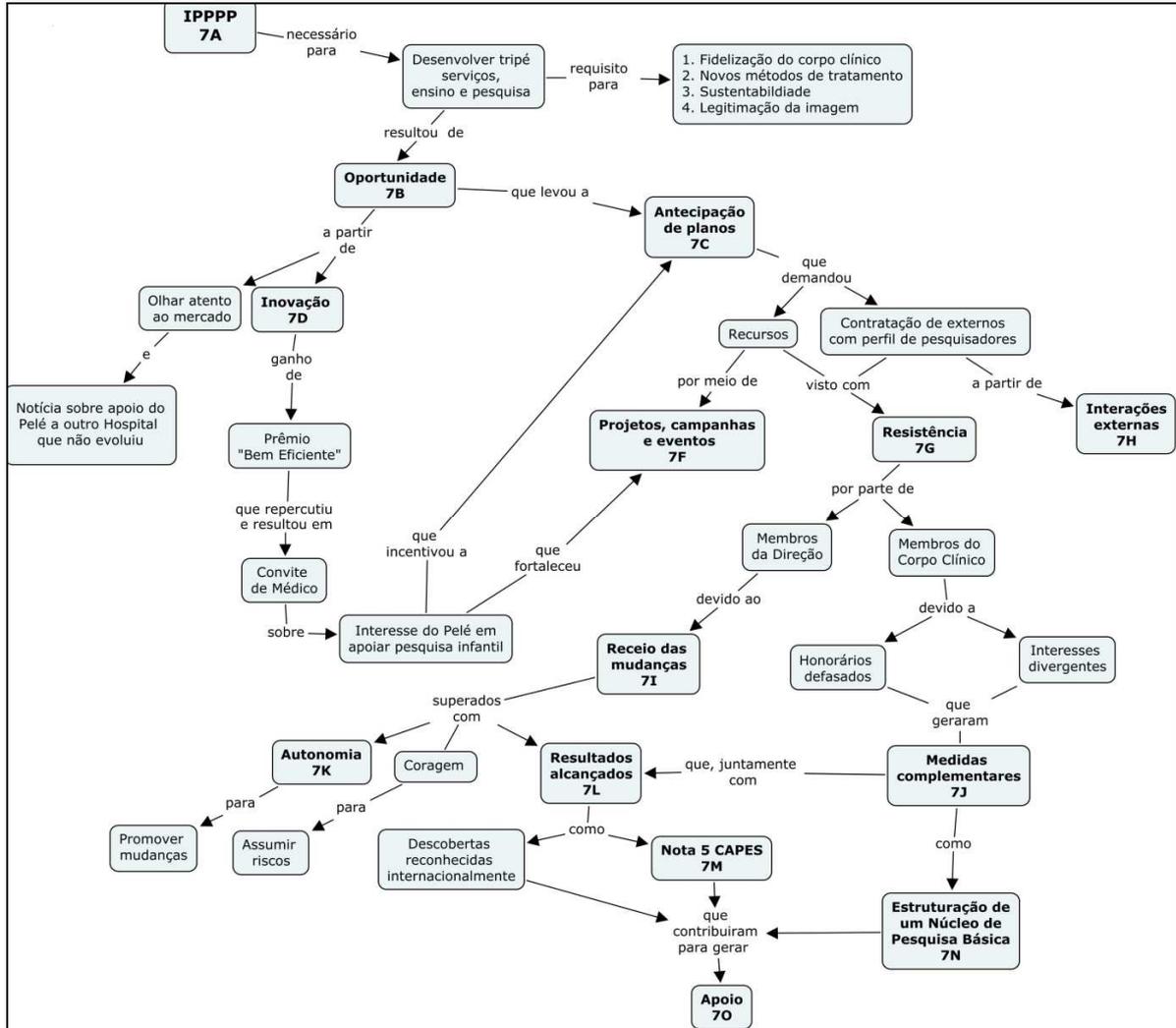


Figura 24 - Mapa 7-E3HPP (Dirigente 1 do HPP)  
 Fonte: Elaborado pela pesquisadora

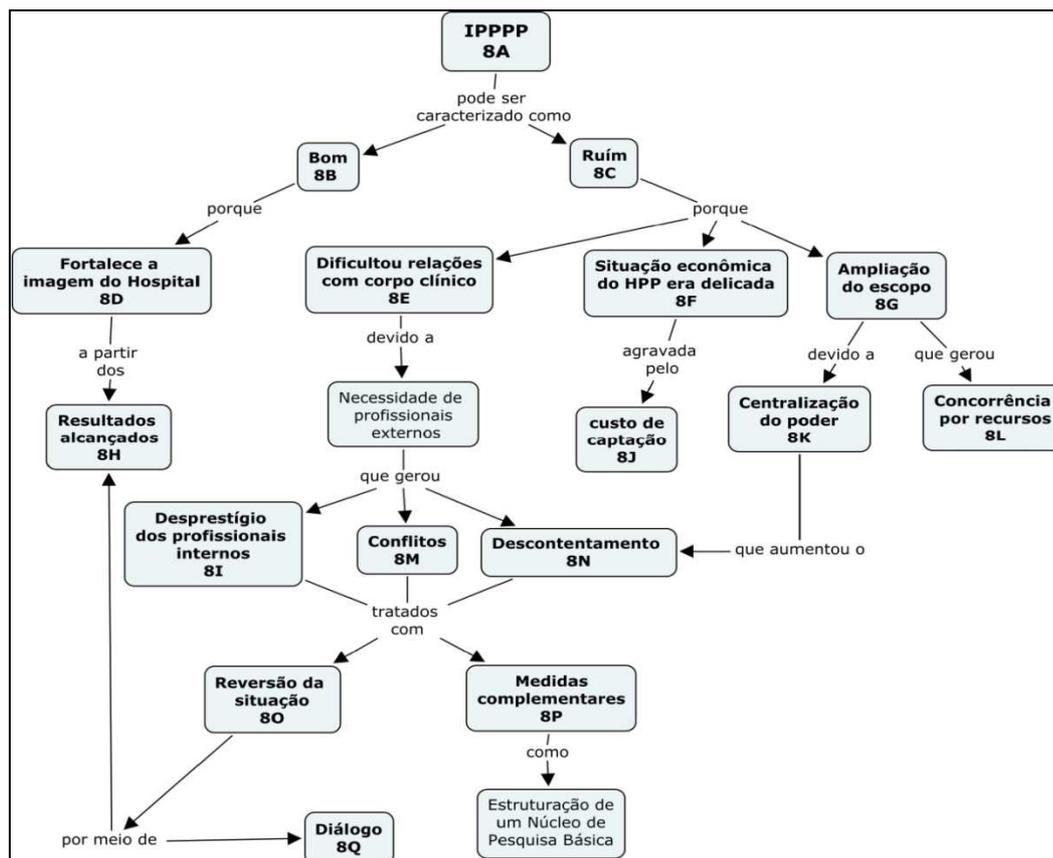


Figura 25 - Mapa 8-E3HPP (Dirigente 2 do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

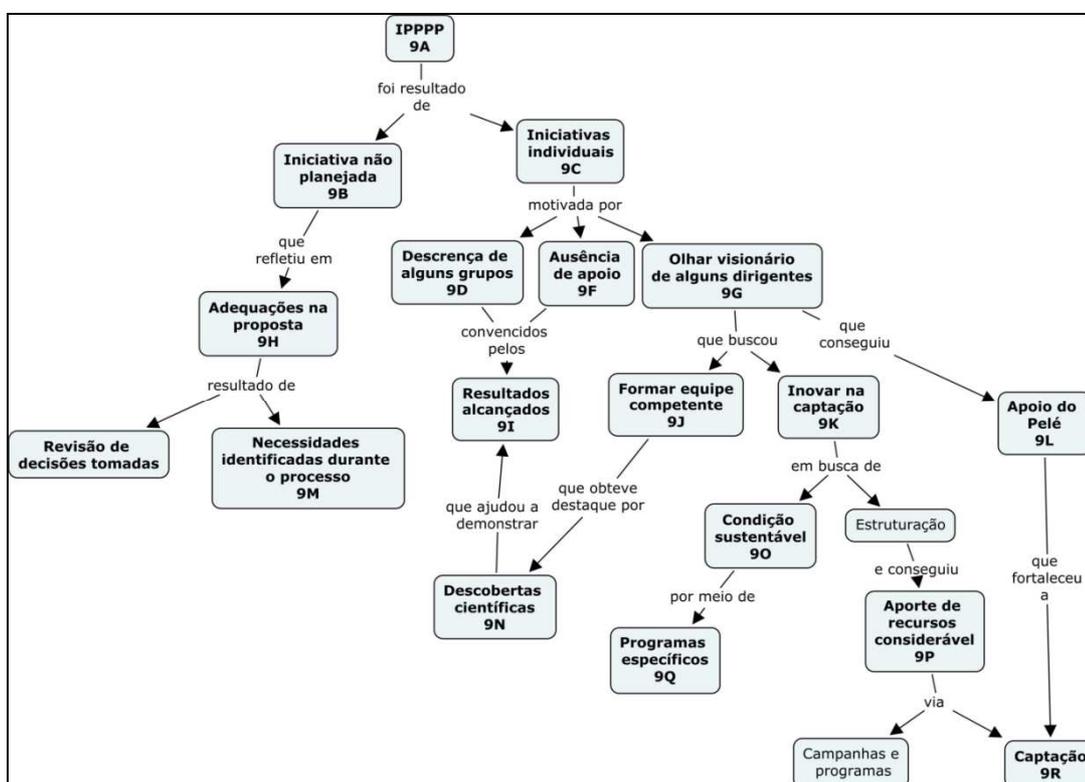


Figura 26 - Mapa 9-E3HPP (Assessor do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

No Mapa 7-E3HPP identifica-se que, na interpretação do Dirigente 1 a resistência em mudar, por parte de agentes internos é resultado de receio por parte destes, que é superado por meio dos resultados alcançados (relações entre 7G e 7I e, indiretamente, 7L). Esta constatação também foi evidenciada no Mapa 8-E3HPP por parte do Dirigente 2, quando ressaltou que os resultados alcançados (8H) contribuem para minimizar os conflitos (8M) e para reversão da situação (8O), nestes casos. Neste sentido, identificou-se que a divulgação de resultados é uma práxis que foi aprimorada pelo Hospital, ao longo do tempo.

Relatos comentados, a seguir, reforçam a percepção de que, naquele ambiente, resistências são interpretadas pelos dirigentes como normais (ver grifo acrescentado no terceiro relato). Elas podem, ainda, ser resultado da imprevisibilidade, tão natural em sistemas complexos, todavia, não podem inibir que decisões sejam tomadas.

Isto [o amor ao HPP] facilita um pouco esse trabalho contínuo, constante, diuturno, de convencimento desses dois blocos, porque tem aqui a organização e tem esse outro enorme bloco que são os médicos, com os quais a gente mantém um relacionamento de interdependência, cuja negociação é contínua. Todo dia, toda hora, um dia depois do outro, permanentemente (Relato de entrevista do HPP).

Tudo isso [resistência] acontece nos pequenos e nos grandes projetos dentro da sua dimensão. Aqui não é diferente. A diferença é que tem pessoas e alguns médicos que acreditam... (Relato de entrevista do HPP).

Ele [um membro da diretoria] era resistente à pesquisa, quando ele viu a nota cinco da CAPES, ele tirou o chapéu. Ele falou “Meu Deus. Agora isso vai ter que deslanchar porque é fantástico” e é assim que é. Então é assim, a característica principal é que a gente não se deixa abater... Então foi assim que foi crescendo (Relato de entrevista do HPP. Grifos acrescentados).

O comportamento autônomo por parte de dirigentes é percebido de forma diferenciada, internamente. No Mapa 7-E3HPP, a autonomia é compreendida pelo Dirigente 1 como um elemento que contribui para a evolução do sistema, por coibir o receio de mudanças (relação entre 7K e 7I). Entretanto, o Dirigente 2 (Mapa 8-E3HPP) interpreta a mesma situação como uma centralização de poder (8K) e a relaciona com descontentamento (8N) dos agentes envolvidos, sejam do corpo diretivo como do corpo clínico, evidenciando a não linearidade de respostas encontrada dentro de um mesmo grupo de profissionais. Já a interpretação do Assessor sobre o assunto, conforme demonstrado no Mapa 9-E3HPP, é que a decisão individual e autônoma (9C) é resultado da ausência de apoio (9F) motivada pela descrença de alguns grupos (9D), o que permite inferir o entendimento de que, se a responsabilidade por mudanças não for assumida por alguns, elas não ocorrem.

Note-se que o Dirigente 2 (Mapa 8-E3HPP) não demonstrou descontentamento com a criação do Instituto, embora tenha destacado aspectos bons (8B) e ruins (8C). De acordo com sua interpretação, as modificações efetuadas na proposta inicial informal, desconsiderou as redes de *feedback* necessárias, além de promover um impacto no resultado financeiro do Hospital, pois, também a captação de recursos possui um custo. Para estes dirigentes, as medidas complementares adotadas pós-conflitos, resultam daquele estilo de decisão (ver relação entre 8M e 8P). Uma terceira interpretação foi identificada no Mapa 9-E3HPP que exalta um aspecto racional por parte do Assessor ao relacionar as adequações efetuadas com a falta de planejamento inicial (ver relações entre 9B e 9H).

As evidências encontradas no processo de formação da estratégia de criação do IPPPP evidenciaram que o Hospital desenvolve características próprias para tratar a frouxidão nas articulações identificadas entre membros e grupos de profissionais internos. Diferente de outras organizações hospitalares, a autonomia que prevalece é a de dirigentes e de alguns funcionários administrativos. Entretanto, ressalta-se a flexibilidade e a capacidade de aprendizagem destes e de suas equipes em adequar-se rapidamente quando identificadas necessidades de ajustes, de envolvimento e mesmo, de redirecionamento de rumo. Pode-se inferir, ainda, que a característica flexível e informal dada à iniciativa por seus dirigentes desde a concepção à execução, mostrou-se essencial para os resultados encontrados.

#### **4.3.1.4 Estratégia B2.1 do HPP: Mobilização Social**

A Mobilização Social do HPP foi identificada pelos agentes organizacionais como estratégico por vários motivos. Entre eles está o fato de que os resultados alcançados por algumas iniciativas no período estudado somente foram possíveis, em grande parte, devido às redes de *feedback* internas e externas desenvolvidas pelos agentes e equipes do Hospital em suas atividades. Considerou-se, portanto, a capacidade de mobilização social como uma estratégia emergente, por sua característica não estruturada e porque a percepção sobre a mobilização ser estratégica aconteceu apenas na medida em que foi se desenrolando, ao longo dos anos (MINTZBERG, 1978; MARIOTTO, 2003).

As atividades de Mobilização Social remetem ao início dos anos 2000 e à percepção de alguns dirigentes de que atividades, campanhas e causas assumidas em prol de crianças e

adolescentes, também se revertiam em benefício do Hospital (Descoberta, nos termos de Stacey, (1996)). Verificou-se que, para os agentes organizacionais, a exposição da imagem do Hospital ganhou um enfoque diferenciado quando a Diretoria de Marketing, que veio a ser chamada de Diretoria de Relações Institucionais, passou a ser assumida por um membro da família responsável pela administração do HPP.

A presença desse diretor executivo foi muito interessante, porque nós sempre fizemos tudo isso, mas houve um trabalho de visibilidade acentuado a partir de 2005. Ou pelo menos se ele começou antes, os frutos começaram a aparecer desse período pra cá (Relato de entrevista do HPP).

Na interpretação de um dirigente verificada no relato, a visibilidade trouxe resultados positivos para o Hospital. Situações pontuais que demonstraram a forma com que elementos da complexidade como o Aprendizado (em *Single e Double Loop Learning*) e a Interação no sistema formal (via redes de *feedback* positivo e negativo) tem sido explorados pelos agentes organizacionais em prol do Hospital, são apresentadas e analisadas neste item.

As principais práticas e práxis adotadas para alcance dos resultados mencionados no relato do dirigente são apresentadas no Quadro 9 (página 209), por meio dos processos de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996).

A Escolha do Hospital (STACEY, 1996) foi resultado da interpretação dos seus dirigentes sobre os benefícios que poderiam advir de suas ações. Verificou-se que, para os dirigentes, a representatividade do Hospital em sua área de atuação poderia gerar resultados positivos para a sociedade e também para o Hospital.

Assim, ações foram desenvolvidas para associar o conhecimento gerado pela prestação de serviços de saúde às crianças com a tarefa de conscientização, prevenção e promoção de mudanças, por meio da participação de dirigentes e profissionais internos em entidades representativas da sociedade. Observa-se, claramente, no relato de um conselheiro, este propósito.

[...] a ideia da assistência, ensino e pesquisa... a mobilização social é uma decorrência desses três primeiros, porque [...] tem relação direta com as coisas que você vai descobrindo, vai fazendo... (Relato de entrevista do HPP).

Uma das práticas identificadas, neste processo, foi o desenvolvimento de projetos visando o bem-estar das crianças e adolescentes e que trouxessem um resultado intangível para o Hospital, como demonstrado nos relatos seguintes, de um dirigente e dois diferentes gestores de nível intermediário.

São projetos pontuais que não trazem lucro, mas, trazem qualidade e uma imagem de respeito e preocupação de fazer cada vez melhor. Do ponto de vista de marketing eles são muito interessantes (Relato de entrevista do HPP).

Às vezes, não adianta fazer, você tem que ter uma política de disseminação e de contar mesmo um pouquinho (Relato de entrevista do HPP).

[...] também tem uma questão de você buscar esse reconhecimento formal mesmo. E aí você se torna conhecido, aí isso te ajuda pra busca de recursos, por exemplo (Relato de entrevista do HPP).

A interpretação de um gestor médico, percebida no primeiro relato é de que algumas atividades ainda que não tenham lucro, podem ser benéficas ao Hospital. A preocupação com o fortalecimento da imagem do Hospital é ressaltada nos dois últimos relatos, pois, somente com o aumento da captação de recursos é que o Hospital consegue ampliar esta atividade.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento identificado
Escolha	Benefício interno	Aprender com os melhores	Contatar instituições internacionais <i>experts</i>	Redes de <i>feedback</i> e aprendizado
	Benefício externo	Defender temas de responsabilidade social	Influenciar mudanças Promover mudanças	
Ação	Benefício interno	Fortalecer imagem	Intervir na criação de leis para entidades comunitárias	Aprendizado (DLL)
			Legitimar imagem socialmente responsável	
			Manter rede de relações	
	Benefício externo	Inovar no Marketing	Participar de entidades e órgãos de classe	Interações (SLL e DLL)
			Envolver personalidades em eventos e campanhas	
			Desenvolver programas diferenciados Captar internacionalmente	
Representar e causa da criança e do adolescente	Promover campanhas de alerta, reflexão e promoção de mudanças	Interação (redes de <i>feedback</i> positivo e negativo)		
Benefício externo	Promover mobilização social	Elaborar e veicular campanhas sociais	Aprendizado e Adaptação (SLL e DLL)	
		Participar de entidades e órgãos de classe	Desenvolver projetos voltados ao bem estar de crianças e adolescentes	Aprendizado e Interações (redes de <i>feedback</i> positivo e negativo)
			Promover mobilização nacional e internacional para a causa das crianças	

Quadro 9 - Estratégia B2.1 do HPP: Mobilização Social

Fonte: Pesquisa

Além de fortalecer a imagem do Hospital, atividades como a prevenção, a preocupação com a defesa dos direitos da criança e do adolescente, atraem doadores e parceiros. Neste contexto, o fato de ser um Hospital de crianças torna-se uma característica facilitadora pelo poder de sensibilização que apresenta, como se observa na manifestação de um gestor intermediário.

Outro aspecto que, de certa forma, é contributivo é o fato de ser um hospital de crianças (Relato de entrevista do HPP).

As ações de mobilização social acontecem em dois níveis: o fazer e o influir (Relato de entrevista do HPP).

A manifestação de um dirigente, apresentada a seguir, evidencia a percepção de que a atuação social do Hospital se assemelha com um negócio que é, ao mesmo tempo, benéfico para a sociedade e para o Hospital.

A cada momento tem um exemplo de pessoas que chegam pra nós aqui e dizem “Eu quero ajudar porque eu vim aqui e quando meu filho estava doente com meningite, não me perguntaram se eu era juiz, se eu era isso, se eu era aquilo”. É interessante isso. Então eu vejo que esse altruísmo, entre aspas, ele tem uma visão de negócio, porque mostra que é uma coisa útil pra sociedade e hoje eu acredito que esse é o nosso principal valor (Relato de entrevista do HPP).

A visão dos gestores a respeito da oportunidade que se apresentava à captação e a interpretação sobre como agir neste contexto (WEICK, 1969), geraram o que pode ser chamado como um círculo virtuoso, pois, quanto mais o Hospital ajuda a sociedade, mais a sociedade o ajuda e assim ele consegue retribuir ainda mais.

A postura assumida pelo Hospital em relação às causas sociais, envolvendo crianças e adolescentes, tem lhe garantido benefícios, mas, também responsabilidades como ressaltou um conselheiro, de acordo com o relato apresentado a seguir.

Tem um conjunto de questões que precisam ser levadas de alguma forma pra sociedade, pra diminuir a demanda porque a gente não é do segundo setor, a gente não é uma empresa, a gente não trabalha para ter cada vez mais cliente [...] é o contrário disso. O jeito de trabalhar [...] é levando o resultado dos nossos conhecimentos, seja da pesquisa, seja das situações do dia a dia, pra diminuir o número de crianças que a gente atende (Relato de entrevista do HPP).

Mas, tal reconhecimento somente é possível em razão de práticas desenvolvidas pelo Hospital como forma de atuar ou influenciar na promoção de melhores condições de vida para crianças e adolescentes. Um exemplo de práticas é apresentado no relato a seguir, por um conselheiro do HPP.

A gente é referência nacional em atendimento de crianças vitimizadas por qualquer tipo de violência, física, psicológica, sexual, todas. [...] esse fato nos leva a dominar muitas informações que normalmente não estão tão acessíveis a todos. [...] A escola é absolutamente essencial para a percepção do que seja o abuso e do que seja trazer isso para o público especializado poder cuidar da criança abusada. Aí, nós montamos uma grande campanha que começou em Curitiba, foi pro Paraná e foi pro Brasil, com parcerias. Como é que são as parcerias? É com a Sociedade Brasileira de Ortopedia, com a Sociedade Brasileira de Radiologia... Porque tem alguns tipos de fraturas, alguns tipos de situações perceptivas que são típicas de violência, algumas situações comportamentais da criança que também são típicas dessa situação. Então nós lançamos uma cartilha capacitando as pessoas, pra essas pessoas capacitarem outras (Relato de entrevista do HPP).

A prática apresenta, desenvolvida pelo HPP, representa uma manifestação de *double loop learning*, resultado de redes de *feedback* negativo (AXELROD; COHEN; STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Assim como a prática apresentada, identificou-se ainda a participação de dirigentes do HPP em entidades como o Conselho dos Direitos da Criança e do adolescente (CEDCA e COMTIBA), o Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente (nacional e estadual), a Comissão Estadual Interinstitucional de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, participação na Comissão da Criança e do Adolescente da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), participação no Conselho Paranaense de Cidadania Empresarial da Federação das Indústrias do Estado do Paraná e no *World Family Organization*, da Organização das Nações Unidas (ONU).

Num nível de Ação (STACEY, 1996) identificou-se que, com o passar do tempo, o Hospital foi associando exposição da imagem com oportunidades para a captação de recursos e se especializando nesta tarefa.

Se eu estou participando de uma concorrência com outras organizações [...] o que a gente tem de diferencial? Então entender que também as questões de responsabilidade social valorizam (Relato de entrevista do HPP).

Pode-se inferir da manifestação apresentada de um dirigente, que o Hospital prima pela diferenciação e acredita que as boas práticas internas devem ser expostas e disseminadas. Nos relatos seguintes, o processo de aprendizado (identificado como de *Single Loop Learning*) é destacado por um assessor e um dirigente ao se referirem à criação de diferenciais e à prestação de contas por meio de indicadores.

Tudo que uma organização que vai apoiar socialmente quer é ter um projeto que seja mensurável, com bons indicadores [...] a gente precisou entender qual era o discurso (Relato de entrevista do HPP).

A gente é um círculo que tem muito pra dar, muito pra receber, mas a gente precisa criar canais de comunicação e ter um pouco de ousadia, né? (Relato de entrevista do HPP).

Observa-se no último relato a percepção de um dirigente de que ousadia e interações são essenciais, o que explica a forte influência externa verificada nas ações do Hospital e o incentivo à inovação de processos e atividades (*Double Loop Learning*), por parte dos dirigentes.

Verificou-se que papel de defesa dos direitos de crianças e adolescentes deu legitimidade ao Hospital em nível local e nacional, gerando oportunidades para as iniciativas relacionadas à própria sustentabilidade. Um exemplo foi a participação do Hospital em concursos e prêmios e tem lhe rendido conquistas<sup>22</sup> relevantes nos últimos anos, de forma que se tornou uma prática na Instituição. Para tanto, identificou-se práxis voltadas à formação e capacitação de equipe que os estimula a criar e aproveitar oportunidades, gerando um círculo virtuoso – fortalecimento da imagem do Hospital, que permite o aumento da captação de recursos e que fortalece a imagem do Hospital.

Os reflexos que o fortalecimento da imagem do Hospital teve na captação de recursos e, conseqüentemente, na sua expansão e atualização tecnológica, conquistaram o apoio dos mais diversos grupos internos. As interações acontecem em diferentes níveis e a convergência entre Redes de *Feedback* interno e Redes de *Feedback* externo (do tipo positivo e negativo) lhes têm garantido parcerias e facilidades, além de abrir oportunidades em termos de contatos.

Verificou-se que as redes de *feedback* estabelecidas entre e por meio dos agentes são dinâmicas e eficientes e que os resultados acontecem não porque o processo foi planejado, mas porque os agentes aprendem (STACEY, 1993). Uma práxis muito comum e desenvolvida individualmente pelos agentes (ver grifo no terceiro relato) é o contato entre agentes e sua rede de relações em busca de patrocínio, apoio, informações, orientações, parcerias, doações, investimento em equipamentos, entre outras necessidades, como evidenciado na manifestação de um gestor intermediário, a seguir.

É um trabalho de tentar falar pro mundo que estamos aqui, o que fazemos, que somos referência, que temos dificuldades financeiras, então precisamos de ajuda de quem puder ajudar e temos alguns princípios, alguns valores que mantêm o nosso

---

<sup>22</sup> Dentre eles, o Prêmio Bem Eficiente e o Prêmio de Marketing *Best* de Responsabilidade Social no ano de 2005, o Prêmio ABERJE Brasil pelo melhor informativo nacional para *Doar-te* no ano de 2006, o *Grand Prix Top of Marketing* pelo melhor *case* de marketing do Paraná com o Projeto de Ampliação do Hospital e o Prêmio Mulheres Mais Influentes do Brasil, no ano de 2007 (Relatório de Atividades do HPP, 2007).

trabalho. Então, a humanização, a equidade, a alta complexidade e excelência médica... e isso, a gente precisa contar pro universo de algum jeito. E aí, as estratégias são diversas (Relato de entrevista do HPP).

Como se observa nos relatos a seguir apresentados, de um assessor e um gestor intermediário, a capacidade de interação e articulação dos agentes organizacionais tem reflexos diretos e indiretos nos resultados do Hospital. Ressalta-se, ainda, a convicção dos entrevistados a respeito da imagem do Hospital e do que ela representa em termos de apoio.

Nós temos crédito, somos uma Instituição de muita credibilidade, então isso facilita muito. A credibilidade faz com que a porta esteja somente encostada, nós vamos lá e abrimos a porta (Relato de entrevista do HPP).

Às vezes o Diretor Médico nos fala “Nós precisávamos tanto do equipamento X”. “Qual é a marca?”. “GE”. “Nós temos contato na GE”. O processo sempre é muito demorado, mas, nós conseguimos a doação ou conseguimos alguém que pague a conta desse equipamento. Nós sempre damos os nossos ‘pulos’, buscando parceiros (Relatos de entrevista do HPP. Grifos acrescentados).

Como resultado, o Hospital conta com o apoio de empresas, doadores e parceiros. São contatos que garantem isenção ou redução de custos em campanhas e eventos beneficentes e também por meio da aproximação entre Hospital e personalidades, o que contribui para atração de participantes em eventos e fortalecimento da imagem do Hospital, como ressaltado pela gerência, no relato apresentado a seguir.

É sempre assim, desde evento, bebida, música, telão. O evento deve ter custado um milhão de reais, mas ele custou para nós uns cinco mil, porque nós fomos atrás de parceiros (Relato de entrevista do HPP).

Além das redes de *feedback* e da capacidade de adaptação dos agentes, a criatividade foi uma das características identificadas nas atividades de mobilização social. Para os agentes, a ousadia de suas ações é que lhes tem garantido bons resultados, como se observa nos relatos seguintes.

Hoje, as instituições filantrópicas que precisam de doação ousam muito pouco. Eu acho que o nosso grande diferencial aqui é ousar (Relato de entrevista do HPP).

Nós somos muito pioneiros em tudo, os nossos *benchmarks* são internacionais porque os hospitais nacionais têm características diferentes das nossas (Relato de entrevista do HPP).

O Marketing fez com que o Hospital aparecesse mais para a sociedade, mostrasse mais o seu trabalho. Apesar de nós sermos filantrópicos, apesar de recebermos pouco, nós fazemos um trabalho de qualidade (Relato de entrevista do HPP).

Pode-se observar nas manifestações apresentadas a clara percepção de dirigentes e de assessores de que a inovação é prezada pelo Hospital em suas ações. Para tanto, identificou-se a adoção de praxis como o estímulo de dirigentes, o aprendizado gerado a partir de experiências anteriores, como também de interações e *benchmarks* com *experts* internacionais.

O papel que atividades relacionadas à Mobilização Social assumem para os agentes organizacionais é apresentado na sequência sob a ótica de um Dirigente, uma Gerência e uma Assessoria, por meio de seus Mapas Cognitivos.

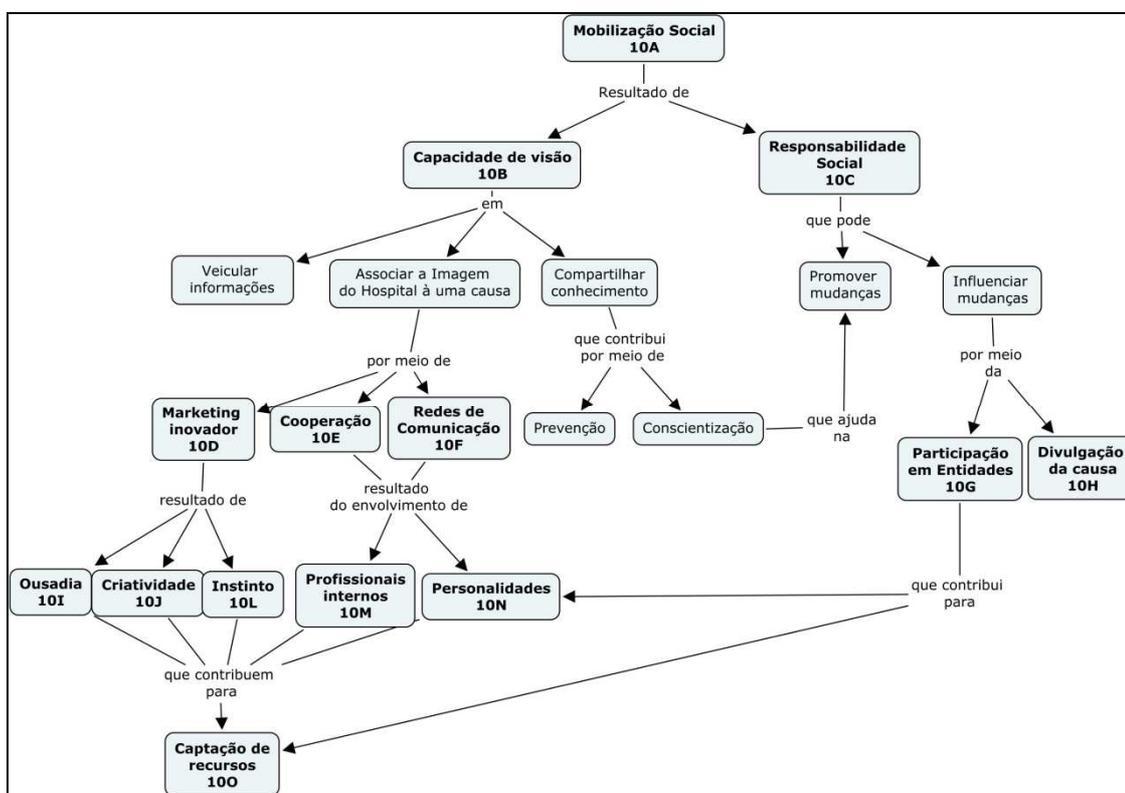


Figura 27 – Mapa 10-E4HPP (Dirigente do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

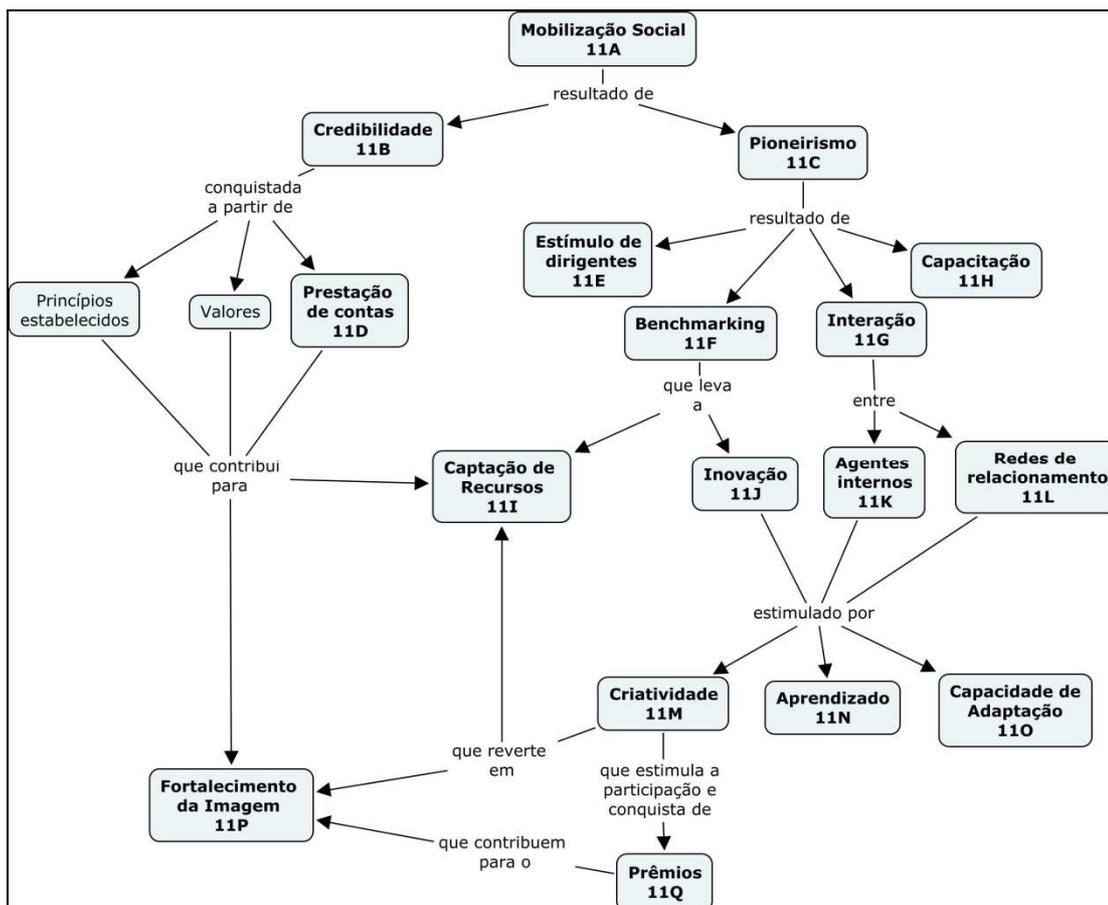


Figura 28 - Mapa 11-E4HPP (Gerência do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

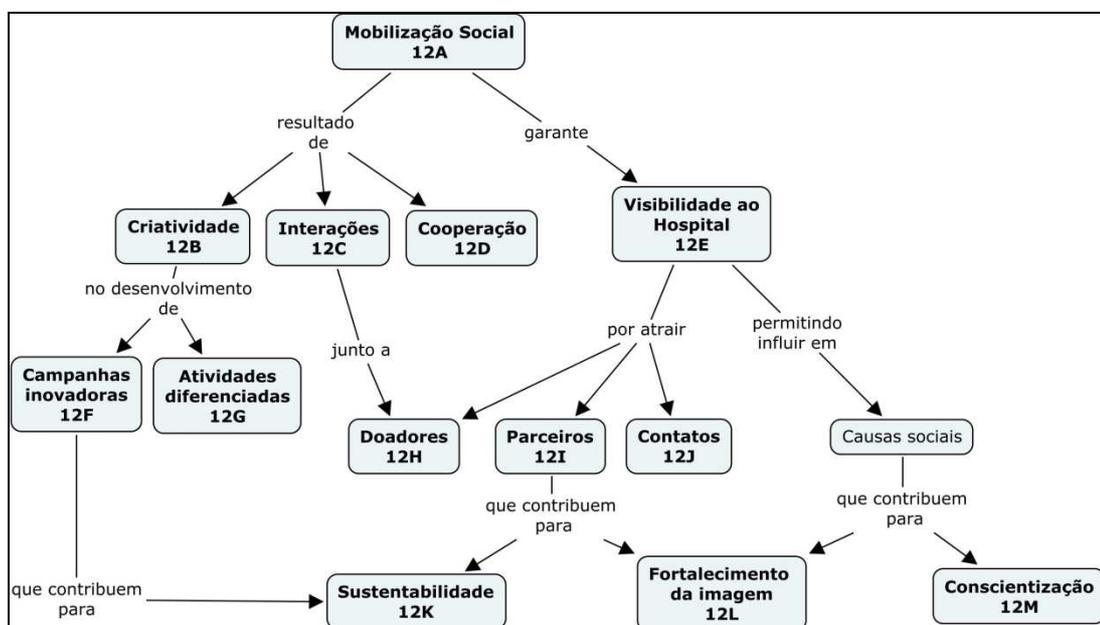


Figura 29 - Mapa 12-E4HPP (Assessoria do HPP)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Conforme se pode observar nos Mapas Cognitivos apresentados, para os três agentes organizacionais as ações desenvolvidas refletem positivamente na visibilidade ou fortalecimento da imagem do Hospital. No Mapa 10-E4HPP, de acordo com a interpretação de um dirigente, a mobilização conseguida pelo HPP tem relação direta com a capacidade de visão dos agentes e dirigentes (relação entre 10A e 10B) e relação indireta com captação de recursos (10O). Esta última relação também foi verificada nos Mapas 11-E4HPP e 12-E4HPP.

Outra semelhança identificada na construção de sentido por parte dos agentes diz respeito a criatividade e interações. Para a percepção do dirigente representada no Mapa 10-E4HPP, um marketing inovador (10D) somente reflete no aumento da captação de recursos (10O) se houver criatividade (10J), ousadia (10I) e instinto (10L).

Neste contexto, percebe-se na interpretação do dirigente o reconhecimento da capacidade de inovação (potencial e atual) e de adaptação dos agentes organizacionais do Hospital, assim como é clara a sua convicção existente sobre a capacidade deles em mudar os esquemas recessivos do sistema. No Mapa 11-E4HPP se observa que o elemento Pioneirismo (11C) do Hospital, na interpretação da Gerência entrevistada, está relacionado diretamente com *benchmarking* (11F) e, indiretamente, com a capacidade de inovação (11J) e criatividade (11M) dos agentes. Ressalta-se ainda, o significado dado pela Gerência ao estímulo por parte dos dirigentes.

A cooperação já foi destacada por Stacey (1996) como um elemento essencial no processo de adaptação de SAC. No Mapa 12-E4HPP, um Assessor relaciona a mobilização social com cooperação entre agentes (ver relação entre os conceitos 12A e 12D). Também para a Gerência, no Mapa 10-E4HPP a Gerência evidencia seu entendimento de que, além da representatividade das redes de *feedback* internas (também mencionada nos três Mapas Cognitivos apresentados) é significativo o estabelecimento de uma Rede de *Feedback* externa.

#### **4.3.1.5 Síntese da Análise das Estratégias do HPP**

A partir da análise de estratégias selecionadas do HPP, foram identificadas as principais práticas e práxis adotadas pelo Hospital em três fases (STACEY, 1996) que, mesmo sem a delimitação clara entre elas, foram consideradas como essenciais no processo de formação de estratégias em SAC: o surgimento da estratégia (Descoberta), a interpretação dos agentes a

partir de sua análise sobre as possibilidades de atuação (Escolha) e, por fim, as atitudes e comportamentos adotados na execução das ações (Ação).

Neste item, objetiva-se apresentar as principais características evidenciadas no processo de formação de estratégias no HPP, a partir da análise das estratégias selecionadas. Para tanto são apresentados, inicialmente, os reflexos positivos e negativos que elementos da complexidade (SAC) tiveram no processo de formação das estratégias selecionadas do HPP.

Elementos da Complexidade (SAC)	Reflexos no Processo de Formação de Estratégias do HPP	
	Positivos	Negativos
Aprendizado	Incentiva a improvisação, a criação de práxis, a evolução e sua adaptação	Não há.
Autonomia	Aumenta incidência de aprendizado complexo entre administrativos	Limita o apoio às ações estratégicas pela desarticulação entre grupos e especialistas
Auto-organização	Promove integração espontânea entre agentes, práxis e estratégias	Aumenta vieses negativos e de divergências que prejudicam a execução
Imprevisibilidade	Estimula a ousadia e flexibilidade, gerando oportunismo e evolução	Aumenta o caráter iterativo das ações e exige flexibilidade
Não linearidade	Gera oportunidade para ações inovadoras, a partir dos conflitos	Gera morosidade e necessidade de adequações devido ao <i>shadow system</i>
Redes de <i>feedback</i>	Estimula o aprendizado e garante o suporte político	Possui menor reflexos em cooperação, devido ao aspecto político

Quadro 10 - Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias do HPP

Fonte: Pesquisa

Verificou-se que, no HPP, as iniciativas tornam-se estratégicas em grande parte pela capacidade dos agentes de se adaptarem (STACEY, 1996; 2000) e de aprenderem (STACEY, 1996; 2000; MINTZBERG, 1990; ARGYRIS; SCHÖN, 1978), juntamente com o sistema. Por tratar-se de um processo não estruturado, na medida em que novas demandas emergem no decorrer do processo, os agentes buscam e desenvolvem alternativas para aproveitar oportunidades, de forma que improvisam, usam de criatividade e acabam por inovar em soluções e processos. Em alguns casos, não ocorrem mudanças significativas e sim, uma adaptação de processos e comportamentos (*single loop learning*) enquanto que, em outros, identificou-se inovações responsáveis por alterações significativas no esquema dominante e nos esquemas recessivos da organização (*double loop learning*).

Dois elementos essenciais identificados foram a criatividade e as redes de *feedback* que, no HPP, assumem características especiais. A criatividade é estimulada por meio de uma “autonomia controlada” por parte de agentes administrativos, enquanto que as interações ocorrem espontaneamente, na informalidade e entre diferentes níveis hierárquicos. Pela constância de adequações e mudanças que sofreram algumas das estratégias analisadas, ao

longo de sua execução, pode-se inferir ainda que, na maioria dos casos do HPP, somente uma análise retrospectiva da sequência de atividades desenvolvidas permite identificar se tratar de uma ação estratégica (MINTZBERG, 1978).

No que se refere à capacidade de auto-organização do Hospital, pode-se inferir que houve uma evolução do sistema ao longo do período analisado. Verificou-se que os dirigentes aprenderam a administrar efeitos negativos da imprevisibilidade e da não linearidade e a potencializar os aspectos positivos das redes de *feedback*, do aprendizado e da autonomia seletiva. A adaptação dos agentes e do sistema às mudanças foi evidenciada por meio da capacidade de iniciar ações sem uma lógica e sequência pré-estabelecidas, de improvisar ações não vivenciadas no passado, de aprender com o processo em andamento (*reflection in action*) – nos termos de Schön (1983) –, de inovar em processos e de estabelecer redes de *feedback* envolvendo grupos divergentes, promovendo mudança em esquemas recessivos sempre e, algumas vezes, em esquemas dominantes (AXELROD; COHEN; 1999; STACEY; GRIFFIN, SHAW, 2000).

Verificou-se que os agentes reconhecem os reflexos negativos da imprevisibilidade e da não linearidade de respostas de grupos internos nas decisões e ações. Todavia, as poucas evidências de prejuízo nas estratégias analisadas demonstraram que o Hospital tem encontrado uma forma particular de administrar seus efeitos. O fato de não terem sido identificados canais de interação formais ressalta a forma espontânea com que os agentes interpretam eventos, fazem escolhas, modificam os seus ou promovem a mudança dos esquemas recessivos dos demais agentes, de forma a conseguirem desenvolver ações essenciais ao processo de formação de estratégias. Assim, tanto os agentes quanto o sistema, se adaptam e evoluem.

No que se refere aos efeitos do comportamento autônomo dos agentes, identificou-se que a autonomia apresenta-se com diferentes manifestações entre os diferentes grupos de agentes. Além da reconhecida autonomia de profissionais especialistas (MINTZBERG, 1994; KAST; ROSENZWEIG, 1976), há ainda, uma representativa autonomia por parte de profissionais administrativos. A autonomia de agentes decisores tem reflexos diretos nas escolhas e ações do Hospital. É importante destacar também o aspecto positivo que a autonomia de alguns dirigentes deu ao processo, na medida em que algumas estratégias somente surgiram e foram executadas devido à insistência e quase imposição deste grupo que, assumiu riscos e conseguiu promover a mudança de esquemas recessivos, a partir dos resultados alcançados.

Identificou-se ainda, uma autonomia aqui chamada de “autonomia controlada” por parte de agentes administrativos, mais próximos da direção do Hospital. Diferente das características negativas da autonomia profissional (MINTZBERG, 1994; KAST; ROSENZWEIG, 1976), percebeu-se que a “autonomia controlada” identificada no comportamento de agentes administrativos resultou na criação de práxis, por permitir a associação entre conhecimento tácito com liberdade de atuação. Por outro lado, o comportamento autônomo de profissionais especialistas tem sido administrado por meio de práxis como a negociação e o diálogo. Ressalta-se, todavia, que a práxis do diálogo na maioria dos casos foi identificada pós-decisões, demonstrando claramente que o objetivo dos dirigentes tem sido tão somente alinhar arestas e não, solicitar consentimento ou envolvimento no processo decisório.

Na grande maioria dos hospitais comunitários, a imprevisibilidade é uma decorrência da dependência de recursos (PORTER; TEINSBERG, 2006). Neste sentido, identificou-se que ao lidar com a imprevisibilidade, a escolha do HPP foi atacar a falta de recursos, atuando fortemente na captação. Ao invés de inibir iniciativas, verificou-se que a imprevisibilidade tem incentivado decisões ousadas no que se refere ao aproveitamento de oportunidades (oportunismo).

Na interpretação dos agentes, a superação da imprevisibilidade é uma questão de análise de riscos, ousadia e interações políticas. Outras características encontradas no HPP que pareceram contribuir para minimizar efeitos negativos da imprevisibilidade foram: a informalidade do plano estratégico que fica no nível de grandes rumos e orientações, e também, a flexibilidade na definição das estratégias, que passam a ser resultado muito mais do aproveitamento de oportunidades. Também a participação de dirigentes do Hospital em entidades e órgãos de classe tem contribuído tanto para ciência prévia, como para a interferência do Hospital antes que medidas que afetem negativamente organizações hospitalares sejam aprovadas.

A presença do elemento não linearidade foi identificada no HPP desde a concepção até a execução de estratégias, o que equivale a dizer que a maior parte das escolhas é influenciada por esquemas grupais ou individuais, nos termos de Stacey (1996). Neste sentido, percebeu-se um sistema informal (*shadow system*) representativo entre os profissionais especialistas, mas, principalmente, entre membros do quadro administrativo.

Como mencionado anteriormente, verificou-se que a autonomia de alguns dirigentes tem orientado grande parte das decisões administrativas. Neste contexto, identificou-se que

algumas escolhas estratégicas no período estudado não tenham sido consensadas pelo grupo, tendo como resultado o descontentamento e a resistência dos demais dirigentes no que se refere ao “o quê” foi feito, como também ao “como” foi executado. Para o grupo de decisores, seu comportamento é justificado pela necessidade de mudança da cultura “conformista” instalada, enquanto que os demais dirigentes apontam a prudência como justificativa para um comportamento mais cuidadoso, ressaltando a piora do déficit financeiro do Hospital ao longo dos últimos anos.

A análise dos dados e a observação não participante da pesquisadora evidenciaram aspectos positivos e negativos desta conduta. O aspecto positivo tem relação ao fato de que a incerteza quanto ao futuro não tem impedido a busca pela evolução do sistema. Em geral, após iniciadas, as iniciativas estratégicas são apoiadas pelos demais membros do grupo diretivo e corpo clínico o que minimiza a morosidade natural de sistemas complexos. Como aspecto negativo identificou-se, principalmente, um *shadow system* cada vez mais robusto e fortalecido pelo conhecimento, por parte dos agentes organizacionais, acerca de quais grupos detém o poder e a influência sobre as decisões (PFEFFER, SALANSIK, 1974; PETTIGREW, 1977).

Este contexto destacou a acentuada frouxidão (ORTON; WEICK, 1990) existente entre grupos. Tal característica pode incentivar que prevaleçam interesses individuais ao invés dos grupais. As constantes alterações e complementos efetuados durante a execução da estratégia resultam dos aspectos apontados, entretanto, não evidenciaram prejudicar a execução das estratégias. Uma possível justificativa pode estar relacionada à destacada capacidade dos agentes e do Hospital em adaptarem-se às novas condições exigidas ao longo do processo.

As redes de *feedback* do HPP também demonstraram possuir características especiais. Nos processos de formação de estratégias analisados, em alguns aspectos as interações externas foram identificadas como mais preponderantes e intensas para os resultados alcançados, do que as interações internas. A participação de alguns dirigentes em esferas sociais e políticas tem sido uma prática adotada pelo Hospital com reflexos positivos na captação de recursos que, de certa forma, impulsionou algumas das estratégias analisadas. Ainda assim, redes de *feedback* positivo e, principalmente, redes de *feedback* negativo (STACEY *et al.*, 2000) são incentivadas e foram identificadas em interações externas e internas.

Mesmo na ausência de um fluxo de interação formal, observou-se que níveis de agentes mais voltados à operação – como gerências, coordenações e assessorias – desenvolveram seus

próprios canais de interação que primam pela informalidade e em conformidade com as regras informais existentes, o que reforça o aspecto político mencionado anteriormente. Internamente, prevalece o *shadow system* (STACEY, 1996), mas há cooperação entre agentes e setores. Nestas instâncias, foi identificada maior incidência de *feedbacks* positivos, ou seja, de interações que geram adequações em processos, todavia, sem inovação. Já os *feedbacks* negativos que representam interações que resultaram em estratégias, novas práticas ou mudanças radicais de processos, se mostraram concentrados na direção do Hospital ou nas interações entre dirigentes e algumas poucas áreas ou *staffs*, grupos estes que possuem maior autonomia na execução de suas atividades.

Identificadas as implicações positivas e negativas que os elementos da complexidade têm no processo de formação de estratégias no HPP, no Quadro 11, a seguir, é apresentado o comportamento adotado pelo Hospital no tratamento de elementos de SAC preponderantes em cada estratégia selecionada. Para cada estratégia analisada buscou-se identificar:

- 1. Processo estratégico:** composto pela dimensão do Pensamento Estratégico (deliberada ou emergente), a dimensão de Formação Estratégica (racional ou criativo) e a dimensão da Mudança Estratégica (evolução ou revolução), com base em Wit e Meyer (2010).
- 2. Elementos de SAC preponderantes:** a presença de elementos de SAC preponderantes no processo, considerando-se o aprendizado, a autonomia, a imprevisibilidade, a não linearidade de respostas e as redes de *feedback* (interações). A consideração do elemento auto-organização acontece posteriormente, quando da consolidação dos elementos e análise do processo, no final deste tópico.
- 3. Comportamento predominante do Hospital perante o elemento de SAC:** representa o padrão de comportamento dos agentes identificado no tratamento dos elementos de SAC preponderantes em determinada estratégia. É resultado da análise de escolhas e ações dos agentes.

<b>Estratégias Seleccionadas do HPP</b>	<b>Classificação</b>	<b>Elementos de SAC Preponderantes</b>	<b>Comportamento Predominante Perante o Elemento de SAC</b>
Captação de Recursos por meio de projetos	Emergente Criativa Evolutiva	Aprendizado	- Conduz à adaptação por meio da criatividade e inovação - Promove mudança nos esquemas recessivos individuais e compartilhados
		Redes de <i>feedback</i>	- Apresenta forte aspecto político - Característica vertical e informal - Estabelecida entre grupos restritos - Caracterizada por feedback negativo
Ampliação da Estrutura Física do Hospital	Emergente Criativa Evolutiva	Imprevisibilidade	- Antecipação, interferência - Ousadia, improvisação e adaptação - <i>Loosely coupled</i> com corpo clínico e entre Dirigentes
		Não linearidade	- Shadow system: forte, resistente e influente - Corpo clínico: Negociações 'posteriores' - Dirigentes: informa e convence
Criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe	Emergente Criativa Evolutiva	Autonomia	- Dirigentes: irrestrita e decisiva - Administrativos: assistida - Corpo clínico: controlada
		Não linearidade	- <i>Loosely coupled</i> com corpo clínico e entre Dirigentes - Shadow system forte, resistente e influente - Corpo clínico: flexibilidade e adequações - Dirigentes: decidem e informam
Mobilização Social	Emergente Criativa Evolutiva	Aprendizado	- Adaptação com criatividade e inovação - Mudam esquemas dominantes
		Redes de <i>feedback</i>	- Característica vertical e informal - Forte aspecto político - Entre grupos restritos - Preponderância de feedback negativo

Quadro 11 - Síntese das Estratégias Seleccionadas versus Elementos de SAC no HPP

Fonte: Pesquisa

O fato de o modelo de gestão estratégica adotado no HPP restringir-se a orientações e objetivos contribui para que as estratégias assumam um carácter emergente (pensamento estratégico), tanto que se verificou que algumas das iniciativas somente são percebidas como estratégicas, retrospectivamente (WEICK, 1995). Constatou-se que o processo de formação das estratégias destaca-se pela criatividade, como resultado de ações espontâneas e não coordenadas de inúmeros agentes, característica inerente a sistemas complexos. Verificou-se, ainda, que as mudanças identificadas (mudança estratégica) no período de análise resultaram de um processo evolutivo (WIT; MEYER, 2010).

As redes de *feedback* identificadas no período foram essencialmente verticais, informais e marcadas por um forte aspecto político. O resultado positivo de tais características é o incentivo ao aprendizado dos agentes, perceptível por meio de eventos que representaram

*single e double loop learning*, demonstrando uma representativa capacidade de adaptação e de inovação. Um possível reflexo negativo está no fato de que a ausência de interações envolvendo níveis operacionais pode estabelecer uma lacuna entre pensamento e ação, de forma a inibir resultados mais efetivos em termos de micro estratégia (ROULEAU, 2005).

A não linearidade de respostas exaltou um *shadow system* forte e influente, sobrepondo o sistema legitimado existente. Ressalta-se, todavia, que a composição do *shadow system* foi identificada muito mais entre agentes administrativos do que junto aos membros do corpo clínico. Como consequência das articulações frouxas (WEICK, 1979) dentro do grupo decisor, mas, também entre áreas e grupos de profissionais, a busca por apoio tem assumido um forte aspecto político (PETTIGREW, 1977).

Identificou-se uma intervenção intencional de dirigentes com reflexos nos direcionamentos, resultado da influência dos esquemas individuais e compartilhados (STACEY, 1996; ANDERSON, 1999) destes agentes. Como resultado da observação não participante da pesquisadora, pode-se afirmar, portanto, que esquemas individuais influenciaram encaminhamentos adotados no período estudado. Tal evidência remete a John Child (1972) e à constatação de que a postura da liderança é fundamental no processo decisório, podendo também ser aplicado aos SAC.

Contudo, verificou-se que o processo de formação de estratégias tem se restringido a participação da alta administração e de gestores de nível médio. Estes últimos, em especial, gozam de uma autonomia assistida, ou seja, têm liberdade para decidir, criar e modificar processos. Evidências encontradas permitem inferir que esta característica lhes é garantida pelas estreitas relações de trabalho mantidas junto aos dirigentes e pela constância dos contatos estabelecidos, essencialmente, informais.

A partir da análise das estratégias selecionadas, pôde-se verificar o que pode compor um padrão de comportamento no processo de formação de estratégias do Hospital. No HPP, o processo de formação de estratégias demonstrou ser composto por ações episódicas representadas por oportunidades criadas individualmente ou exploradas por agentes que detenham autonomia mínima para promover a sua execução. O processo tem sido estabelecido por meio de interações caracterizadas por forte aspecto político e, principalmente, a partir de um processo contínuo de aprendizado com destacada capacidade de adaptação e de inovação por parte dos agentes (CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987b; STACEY, 1993; WIT; MEYER, 2010).

Os processos de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996) pareceram ocorrer, simultaneamente, e em diversas fases do processo na medida em que os agentes percebem novas oportunidades ou desenvolvem novas táticas para fazer valer suas propostas. Neste sentido verificou-se que, em geral, as ações refletem experiências anteriores vivenciadas pelos agentes. Não obstante, houve ocasiões em que se identificou que a pró-atividade dos agentes lhes permitiu desenvolver práxis sem conhecimento prévio, num claro exemplo de construção de aprendizado durante a ação ou, *reflection-in-action* no termo adotado por Schön (1983).

O constante “vai” e “volta” verificado na execução de ações que compuseram os processos analisados, permite a constatação de que algumas das ações são percebidas como estratégicas apenas retrospectivamente (WEICK, 1995), devido à dificuldade de compor uma sequência lógica do processo (MINTZBERG, 1978). As principais ocorrências que geram o “vai” e “volta” identificado na execução das ações, são resultado da influência do *shadow system* que, ainda que cause a necessidade de ajustes – especialmente, decorrentes do comportamento autônomo do corpo clínico – apresentou mais aspectos positivos do que negativos (KAST; ROSENZWEIG, 1976; MINZTBERG, 1994). Neste contexto onde as articulações são frouxas, a materialização das ações é resultado do seguinte lema “primeiro executar e depois ajustar para resgatar”, sem questionamentos prévios e buscando “100” para alcançar “70” cientes de que o convencimento se dá pela demonstração de resultados.

Em geral, a imprevisibilidade resulta em estagnação ou ousadia por parte dos agentes e sistemas. No HPP, a imprevisibilidade estimulou um comportamento ousado que pudesse interferir nas mudanças ou invés de ser atingido por elas.

### 4.3.2 Formação de Estratégias no Hospital Erasto Gaertner

As principais estratégias intentadas pelo HEG, no período analisado, foram identificadas e distribuídas hierarquicamente em uma “Árvore de Estratégias” que é apresentada na Figura 30, a seguir. No topo da árvore foram alocados os macro objetivos, seguidos de macro estratégias adotadas para alcance dos objetivos e, por fim, as micro estratégias adotadas.

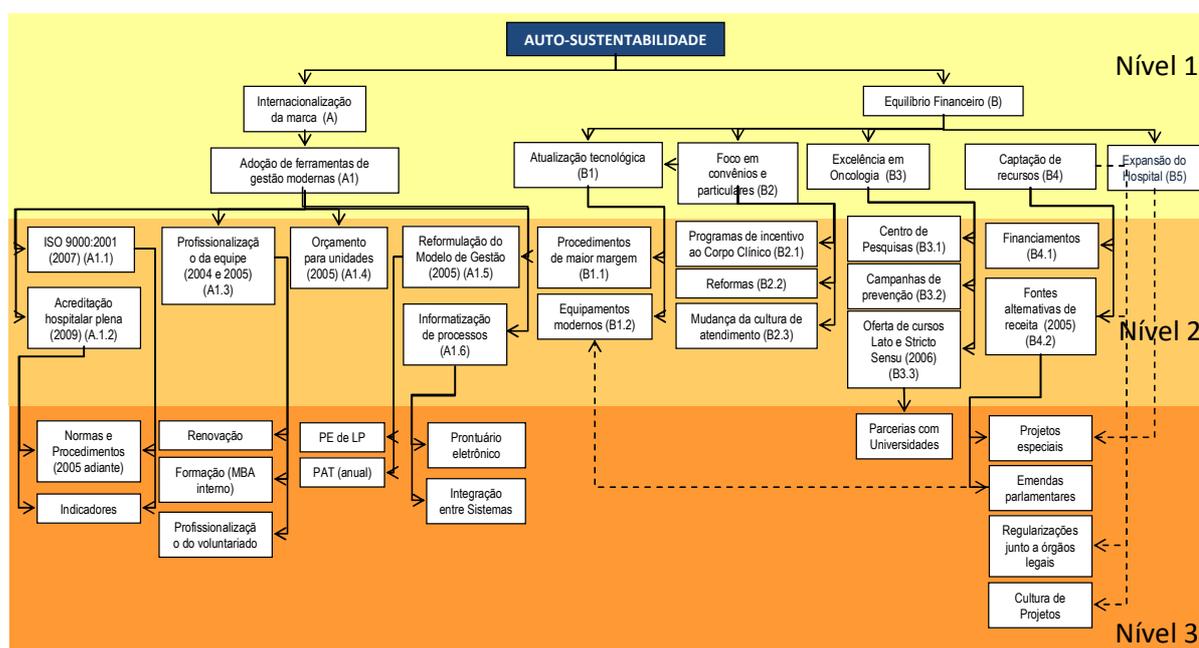


Figura 30 - Árvore de Estratégias do HEG (2005 a 2010)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A auto sustentabilidade foi identificada como o principal objetivo do HEG. Neste intento, as duas frentes identificadas como prioritárias para o Hospital foram a Internacionalização da Marca (A) e o Equilíbrio Financeiro (B). Com vistas a Internacionalizar a Marca, num primeiro nível, se identificou um objetivo complementar voltado à Adoção de Ferramentas Modernas de Gestão (A1).

Na busca de Equilíbrio Financeiro esforços se concentraram na Atualização Tecnológica (B1) do Hospital, na Atração de pacientes de Convênios e Particulares (B2) cujos valores unitários dos serviços prestados são maiores do que aqueles pagos pelo SUS, o fortalecimento da imagem de Excelência em Oncologia (B3), a Captação de Recursos (B4) de

fontes alternativas e ainda, a Expansão do Hospital (B5) para atendimento a demanda atual reprimida e a nova esperada.

Na percepção dos entrevistados as estratégias que, no período pesquisado, tiveram relação direta com a Adoção de Ferramentas Modernas de Gestão foram a busca por Certificações como a ISO 9001 (A1.1) no ano de 2007 e a Acreditação Hospitalar Plena (A1.2) que ocorreu em 2009. Outra medida que assumiu um caráter estratégico para os entrevistados e que teve maior ênfase no ano de 2005 foi a Profissionalização da Equipe (A1.3), por promover alterações representativas no perfil de colaboradores e na postura do Hospital frente ao mercado de saúde. Duas outras estratégias também associadas ao objetivo mencionado foram a implantação da Gestão Orçamentária (A1.4) e a elaboração do primeiro Planejamento Estratégico (de longo prazo) que ocorreram, ambos, no ano de 2005.

No que tange ao objetivo do Hospital de alcançar o equilíbrio financeiro, as estratégias adotadas para a Atualização Tecnológica foram a priorização de Procedimentos de Maior Margem (B1.1) e a aquisição de Equipamentos Modernos (B1.2). Algumas das estratégias voltadas à atração de um maior número de pacientes de Convênios e Particulares foram o desenvolvimento de Programas de Incentivo ao Corpo Clínico (B2.1), Reformas (B2.2) específicas em salas e ambientes do Hospital e, especialmente, uma Mudança na Cultura de Atendimento (B2.3) por parte dos colaboradores, fundamental para a fidelização de um público mais exigente.

Também relacionado à busca pelo Equilíbrio Financeiro, o Hospital empreendeu esforços para o fortalecimento da imagem de Excelência em Oncologia. Para tanto, foram identificadas estratégias como ampliação do Centro de Pesquisas (B3.1), o desenvolvimento e veiculação de Campanhas de Prevenção (B3.2) e conscientização sobre o Câncer. Outra estratégia adotada pelo Hospital a partir do ano de 2006, foi a estruturação e oferta, em parceria com Universidades locais e nacionais, de cursos de especialização nos níveis de *Lato* e *Stricto Sensu* (B3.3) específicos para as diversas áreas da Oncologia.

A Captação de Recursos também foi uma das frentes adotadas pelo Hospital para equilibrar suas contas. Neste intento, Financiamentos (B4.1) e Projetos (B4.2) voltados à captação de recursos foram as principais estratégias adotadas, as quais também tinham como objetivo a Expansão do Hospital. A elaboração de Projetos, especificamente, assumiu um caráter estratégico devido às diversas frentes de contribuição relacionadas a esta iniciativa, como expansão da área construída, atualização tecnológica e a própria necessidade de custeio do Hospital.

O foco da análise que segue são as estratégias de Nível Dois da Árvore de Estratégias do HEG. Além das estratégias selecionadas, eventos específicos, práticas e praxis adotadas pelo Hospital no processo de formação das demais estratégias foram considerados na análise e considerações resultantes. As estratégias do HEG apresentadas na sequência são: 1) Reformulação do Modelo de Gestão; 2) Certificação ISO 9001:2000; 3) Fontes Alternativas de Receita; e 4) Informatização de processos.

Cada estratégia foi reconstituída por meio de uma narrativa a partir da qual se buscou desenvolver o caminho percorrido no processo de formação da estratégia, da concepção à execução. Neste processo, foram identificadas iniciativas, práticas adotadas, praticantes e interações, foram ressaltados os elementos de SAC preponderantes e sua incidência a partir das etapas de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996). Por envolver diferentes agentes e, pelo propósito desta tese de investigar o *sensemaking* dos agentes durante o processo de formação da estratégia, para cada estratégia analisada foram elaborados três mapas cognitivos de agentes envolvidos no processo e que buscaram priorizar, sempre que possível, um agente da alta administração, um agente de nível intermediário e um agente de nível operacional.

#### **4.3.2.1 Estratégia A1.5 do HEG: Reformulação do Modelo de Gestão**

A constituição de uma gestão estratégica no HEG foi considerada pelos agentes organizacionais como uma iniciativa estratégica na medida em que foi associada, pelos dirigentes que a assumiram, como parte de um conjunto de medidas necessárias à promoção de uma reviravolta, em termos de imagem e situação financeira do Hospital.

Como se observa nas manifestações de dirigentes, apresentadas a seguir, fica claro que planejamento, na interpretação de dirigentes, estava associado à opção de o Hospital estabelecer seus próprios rumos e buscá-los, ao invés de ser conduzido pela instabilidade gerada por uma situação financeira precária.

O Erasto é uma empresa como qualquer empresa, como uma panificadora, um banco e como um hospital. [...] E toda empresa precisa ter um planejamento estratégico (Relato de entrevista do HEG).

[...] a gente tem que ter fluxo de caixa positivo, mas não é isso que vai resolver essas coisas todas. A gente tem que saber pra onde ir se tiver um dinheirinho. A gente tem

que ter prioridade pra não ficar gastando energias só em cobrir a conta negativa no final do mês (Relato de entrevista do HEG).

Eu tinha uma visão de onde a gente precisava chegar que era um hospital autossustentável, de referência e que ele precisava passar por uma reformulação administrativa e precisava dar um salto (Relato de entrevista do HEG).

Partindo da interpretação de que o estabelecimento de rumos e a mudança de cultura interna contribuiriam para a revigoração do Hospital, decisões começaram a ser tomadas pelos dirigentes para a reformulação intencionada e superação dos atratores identificados no processo de Descoberta (STACEY, 1996). Dentre eles, havia uma imagem institucional muito comprometida pela situação financeira precária que ameaçava a sobrevivência do Hospital, se rápidas medidas não fossem adotadas. A imagem, como se observa nos relatos de um dirigente e de um assessor, a seguir, necessitava ser revigorada prioritariamente.

Outro objetivo era aumentar a recepção de doações. Fortalecer [...] as bases de comunicação social, isso é, a visão do hospital como uma empresa, um hospital com outra imagem, né? Imagem de vencedor, imagem de quem aposta na prevenção do câncer e não em quem está no fim da linha. Porque isso ajuda a trazer investidores interessados em investir em prevenção (Relato de entrevista do HEG).

O maior objetivo estratégico do hospital é se tornar autossuficiente (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se nos relatos apresentados, que a imagem era um pré-requisito para a obtenção de recursos, com reflexo direto no objetivo de auto sustentabilidade. Outras medidas necessárias diziam respeito à defasagem da gestão, em termos de recursos humanos e técnicos. A equipe era percebida pelos dirigentes como acomodada, embora, fortalecida pelas relações de poder existentes. Neste contexto, o caminho parecia incerto, embora, as resistências advindas fossem certas.

Eu sabia o que nós queríamos, sabia onde nós precisávamos chegar, eu sabia que haveria um conflito, eu sabia que tinha que ter treinamento, isso já era claro. Eu só não sabia como fazer (Relato de entrevista do HEG).

Às vezes a gente entende isso, a gente expressa isso como *feeling*, então o que acontece? Se você me perguntasse se eu tinha um desenho do Hospital feito na cabeça... eu até imaginava, mas não tinha essa formatação feita. Eu sabia que pra se chegar a um determinado caminho no nosso plano estratégico de 2015 [...] iríamos passar por um monte de dificuldade (Relato de entrevista do HEG).

As manifestações apresentadas demonstram, claramente, uma mistura de incerteza e ousadia com relação às mudanças que deveriam ser implementadas. Percebe-se ainda, que havia mais certeza *do que seria encontrado* do que de *como agir a respeito*, evidenciando a

característica emergente da estratégia, por não contemplar uma sequência lógica e programada de ações (MINTZBERG, 1978). Ressalta-se ainda, a presença de elementos da complexidade (SAC) como a imprevisibilidade, a não linearidade e a necessidade de aprendizado percebida pelos dirigentes para os agentes internos. Portanto, a adaptação do sistema à nova realidade ocorreu por meio de pequenas mudanças, num caráter evolutivo (WIT, MEYER, 2010).

A promoção das mudanças almeçadas e a superação dos elementos identificados demandaram a adoção de práticas e práxis, cujas principais delas são apresentadas por meio do processo de Escolha e Ação (STACEY, 1996), no Quadro 12, a seguir.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento Identificado
Escolha	Mudança de cultura	“Oxigenar” a equipe administrativa	Envolver com transparência Escolher e ousar	Shadow system (não linearidade)
		Buscar apoio na Missão Institucional	Analisar e revisar conteúdo para papel orientador	Adaptação em DLL
	Profissionalização	Profissionalizar a equipe de gestão	Negociar informalmente	Shadow system (não linearidade)
		Revisar o modelo de gestão	Adequar-se às novas demandas do mercado	Aprendizado em DLL
		Assumir riscos	Convencer sobre necessidade de ousadia nas escolhas	Interações e Imprevisibilidade
		Adotar metodologias de gestão modernas	Elaborar planejamento estratégico	Imprevisibilidade
Ação	Mudança de cultura	Avaliar Cultura-análise da equipe	Analisar e definir perfis adequados ou não	Shadow system (não linearidade)
		Reformular a Missão Institucional	Disseminar Missão via campanhas	Redes de feedback positivo (Interações)
			Incorporar missão	Aprendizado
	Profissionalização	Profissionalizar a gestão	Cobrar a prática da Missão	Interações / adaptação
			Mudar quadro gradativamente	Não linearidade
			Manter apoio de formadores de opinião	Redes de feedback (Interações)
Adotar Planejamento Estratégico		Homenagear desligados	Shadow system (Não linearidade)	
		Valorizar colaboradores aderentes		
		Sensibilizar agentes	Não linearidade	
Promover formação continuada	Improvisar e operacionalizar	Aprendizado e adaptação		
	Elaborar PAT	Autonomia		
	Capacitar grupos	Adaptação e aprendizado		
	Definir indicadores e metas	Racionalidade		
		Acompanhar resultados de forma sistematizada		
		Ofertar MBA <i>in company</i> para novas necessidades	Aprendizado por meio de SLL	

Quadro 12 - Estratégia A1.5 do HEG: Reformulação do Modelo de Gestão

Fonte: Pesquisa

No processo de Escolha (STACEY, 1996) sobre como agir, se identificou dois focos de atuação por parte dos dirigentes e que foram tratados em paralelo: a profissionalização da equipe e a adoção de metodologias de gestão mais arrojadas, como o Planejamento Estratégico. O relato de um assessor, apresentado a seguir, corrobora com esta constatação.

Ele [Superintendente] queria dar uma modernizada em todo o hospital e pra isso ele disse: “Precisa ter um norte, precisa ter uma orientação de longo prazo”. Daí ele chamou as principais influências da administração nova dele [...] e instaurou esse trabalho pra elaborar o planejamento estratégico (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar, na fala do assessor, a ênfase dada à participação de “*principais influências da administração nova*” a partir do que se pode inferir a importância dada à atitude do dirigente. Uma das práticas adotada pelo dirigente foi o uso de suas redes de *feedback* para executar a ação intencionada e que envolveu médicos fundadores e, até mesmo, membros da oposição existente, à época.

Na percepção de uma gerência, evidenciada no relato a seguir, além de orientações macro, o Hospital definiu planos mais voltados à operação (PAT), de fato, com ações específicas e metas.

Tudo que a gente elaborava em planos macros, eles eram sue especificados em planos micros, que se somavam. Então cada setor tinha sua meta para o próximo ano e a gente acompanhava isso né? E a gente conseguia ‘matematicar’ e capitalizar isso em termos de metas alcançadas (Relato de entrevista do HEG).

No entendimento da gerência, percebe-se a importância dada ao acompanhamento sistematizado, com ações integradas em diferentes níveis hierárquicos. Ao mesmo tempo, tais características evidenciam, claramente, a perspectiva racional do plano estratégico do HEG. Juntamente com a proposta de profissionalizar a gestão, verificou-se um intenso trabalho com muitas ações voltadas à mudança de cultura interna, para assimilação, aceitação e apoio às mudanças, como se observa no relato de um dirigente, a seguir.

O plano nada mais foi do que um orientador com grandes rumos, que especificava, dentro do operacionalizável, aquelas atividades em que os agentes poderiam contribuir. A iniciativa teve o apoio da maioria por tratar-se de algo que inovava o processo e estava relacionada ao avanço do Hospital para um patamar moderno (Relato de entrevista do HEG).

A ousadia de tais mudanças, dentro do contexto que o Hospital vivia à época, representou a manifestação de um *double loop learning* (ARGYRIS; SCHÖN, 1978), dado o

impacto inovador que geraram no Hospital. Como parte deste processo, uma das iniciativas dos dirigentes foi promover uma reformulação da Missão Institucional<sup>23</sup>.

A gente precisava criar uma missão muito forte, que pudesse ser, digamos assim, orquestrar todo esse trabalho (Relato de entrevista do HEG).

Na interpretação do dirigente, evidenciada no relato anterior, resultados efetivos somente seriam alcançados se houvesse receptividade por parte dos agentes e a adequação de seu comportamento à nova imagem que o Hospital estava construindo, conforme se evidencia nos relatos seguintes. Desta forma, buscou-se impregnar a nova Missão Institucional no dia-a-dia do Hospital. A explicação para a escolha da Missão como um mecanismo de mudança é evidenciada por meio dos relatos de um conselheiro e de um dirigente, apresentados a seguir.

Se você entra com processos de transformação para um modelo empresarial capitalista, digamos assim, você destrói a Instituição. Então conseguimos, através de uma Missão forte, equalizar a situação (Relato de entrevista do HEG).

Às vezes, quando uma pessoa passava um pouco dos limites, alguém mandava uma cartinha dizendo assim: “Olha, aquela pessoa não está agindo com humanismo”, entra na discussão do que é humanismo, entendeu? [...] então uma coisa foi aprimorando a outra. [...] Da mesma forma quando a pessoa era puramente humanitária, ela começou a analisar números e resultados do planejamento (Relato de entrevista do HEG).

Percebe-se, claramente, no último relato, a percepção do dirigente acerca da necessidade de encontrar o equilíbrio entre o humanitário e o racional, como condição indispensável a uma situação autossustentável. Além de criativa, a ideia de basear-se na Missão também ajudou a enfrentar as divergências encontradas junto à alguns grupos, por associar as mudanças necessárias à sobrevivência do Hospital.

Assim, a nova direção do Hospital conseguiu o apoio da maioria dos agentes organizacionais – entre administrativos, médicos e fundadores – para as mudanças que ocorreram neste período, o que denota a presença de cooperação, uma característica que, segundo Axelrod e Cohen (1999), faz parte dos processos de mudança em SAC.

Entretanto, para os dirigentes do Hospital, a aceitação era apenas um dos atratores existentes. O despreparo dos agentes organizacionais era um grande impeditivo. Uma cultura de planejamento foi construída por meio de práticas como treinamento, cursos, valorização de colaboradores, programa de reuniões, dentre outras.

---

<sup>23</sup> A Missão Institucional instituída pelo HEG no ano de 2005 e vigente até a finalização desta tese é “Combater o Câncer com Humanismo, Ciência e Afeto” (Relatório de Atividades do HEG, 2005).

A observação não participante da pesquisadora permite inferir que tais ações tiveram um caráter estratégico no contexto em que aconteceram. E, principalmente, não resultaram de uma programação prévia, mas, do *sensemaking* e do *feeling* de alguns dirigentes médicos em identificar como agir naquele contexto e, principalmente, ter a ousadia para fazê-lo. Tal comportamento evidencia a manifestação do que Campbell-Hunt (2007, p.796) chamou de “*artful interpreter*”. Ações mais específicas que evidenciam esta constatação podem ser observadas nas práxis e práticas mencionadas nos relatos apresentados.

A gente tinha que iniciar o processo, eu diria assim, de aprendizado mesmo. [...] Então precisava se criar uma cultura [...] de obedecer ao planejamento, de discutir o planejamento, de não ter medo de ver as coisas do planejamento, isso foi feito através de treinamento. Então se não houvesse esse treinamento, essa sensibilização das pessoas, com toda a certeza nós não conseguiríamos (Relato em entrevista do HEG).

Pode-se perceber na manifestação anterior, por parte de uma gerência, que a sensibilização e a apresentação dos agentes ao processo, por meio de treinamento foram essenciais, pois, a realidade daqueles colaboradores era muito diferente, até então. Também o relato de um dirigente, apresentado a seguir, reforça a representatividade da iniciativa ao evidenciar, claramente, sua interpretação de que houve um processo de adaptação por parte dos agentes, associado ao aprendizado em *double loop learning*.

As pessoas precisavam entender o que é uma missão, o que é visão, o que é política institucional, o que são valores, então tudo isso foi feito com treinamento. Tivemos cursos aqui sobre missão, cursos sobre visão, sobre política. Tudo isso foi acontecendo automaticamente, com muito treinamento (Relato de entrevista do HEG, grifo acrescentado).

Houve ainda, a preocupação – e a criatividade – de dirigentes do Hospital, em associar teoria e prática para contribuir com a adaptação dos agentes à nova realidade que se instalava, como se pode perceber na manifestação de um dirigente, apresentada a seguir.

Logo no primeiro ano [...] foi desenvolvido um MBA *in company*, a gente formou três turmas. E essas pessoas [...] começaram a ter aulas, começavam a ouvir professores, fora aquilo que eles estavam ouvindo na prática. E aí a coisa começou “Olha, isso aí tem um fundamento”, então a gente foi treinando muita gente (Relato em entrevista do HEG).

Foi perceptível, como se pode observar no relato a seguir apresentado de um conselheiro, as diferentes respostas à iniciativa (evidência de não-linearidade). A observação

não participante da pesquisadora permitiu constatar que, em parte, a não linearidade de respostas era resultante da cultura de hospital público estabelecida em algumas áreas internas.

O pessoal do operacional tinha uma visão de uma empresa familiar [...]. O pessoal tático era completamente um espírito de hospital público, de serviço público. As pessoas não paravam aqui com o foco na resolução dos problemas, em acelerar... (Relato de entrevista do HEG).

Como resposta, houve a iniciativa da direção do Hospital em promover uma readequação de pessoas e cargos e, neste processo, houve muitas substituições. Embora estratégica para a organização, como evidenciado por um dirigente no relato a seguir, tal iniciativa exaltou forte aspecto político que exigiu práxis específicas, por parte da equipe promotora da mudança como a necessidade de se constituir um time fortalecido para apoiar as decisões da Direção em gerar resultados.

Algumas coisas foram estratégicas. Primeiro, a pessoa certa no cargo certo, é fundamental. Porque quando se tem a pessoa errada no cargo errado, é problemático (Relato em entrevista do HEG).

Nós sabíamos com quem nós poderíamos contar, sabíamos quem nós poderíamos treinar para pode contar e sabíamos quem nós não poderíamos contar e que seriam, digamos assim, ovelhas negras no processo e esses grupos, essas pessoas precisavam ser eliminadas. É claro que nós não tivemos condições de fazer isso num processo rápido, mas lentamente (Relato em entrevista do HEG).

Uma das Escolhas (STACEY, 1996) identificadas por parte da direção do Hospital foi a profissionalização da equipe, por meio da contratação de profissionais do mercado, para assumir cargos de gestão.

Trouxemos gente da outra área de administração, fora da área hospitalar e isso foi um choque muito grande, realmente. Eu tive que fazer o meio de campo, muito complicado porque, quem vem de fora e entra num hospital... as ferramentas de administração podem ser as mesmas, mas a forma como você implanta essas ferramentas é muito mais complicado. Eu preciso de ferramentas de uma indústria de móveis [...] mas isso aqui não é uma indústria de móveis (Relato de entrevista do HEG).

Profissionalizar não é trazer um diretor aqui, administrativo e profissionalizar tudo. Ele faz um plano aqui e não consegue atravessar o corredor... Tem que trabalhar toda a entidade (Relato de entrevista do HEG).

A decisão por profissionais do mercado teve como base a busca por qualificação, todavia, como se observa nos relatos apresentados, a importância ressaltada por um dirigente acerca da necessidade de preparo a estes profissionais evidenciando que, para ele, a

administração hospitalar possui características diferenciadas da administração de outras organizações, o que converge com a constatação de Etzioni (1964), por exemplo.

Ia ter um choque a qualquer momento. E eu não sabia qual era o final dessa história (Relato de entrevista do HEG).

A ousadia da iniciativa é destacada na manifestação apresentada de um dirigente, ao mencionar a indefinição quanto aos resultados advindos, o que reforça o aspecto emergente (MINTZBERG, 1978) de decisões como esta, e que compuseram o processo de formação da estratégia relacionada à mudança do modelo de gestão do Hospital.

Observou-se ainda, um esforço dos dirigentes do Hospital em articular os interesses de diversos grupos de forma a minimizar articulações frouxas existentes (ORTON; WEICK, 1990), bem como as resistências e comprometê-los, em especial, os líderes destes grupos. Os relatos apresentados a seguir evidenciam as escolhas e ações articuladas por dirigentes, neste intento.

As primeiras pessoas que foram procuradas foram do corpo clínico: “Então, pra facilitar sair desse buraco nós precisamos isso de vocês e vocês vão ganhar isso em troca...” Foi isso (Relato de entrevista do HEG).

[...] a grande maioria do corpo clínico sustentou isso, bancou, né? Então se falar que não foi contato político, é mentira. Mas mesmo assim, mesmo eles bancaram essa mudança e eles viram os benefícios (Relato de entrevista do HEG).

Para tanto, o Hospital buscou e passou a contar com o apoio de um grupo de médicos, o qual tem desempenhado um importante papel de “formadores de opinião”. Outra prática adotada foi a criação de cargos gerenciais, específicos para o corpo clínico, que representou uma forma de minimizar impasses entre profissionais técnicos e profissionais administrativos, além de aproximá-los e integrá-los em decisões e processos, como é evidenciado no relato seguinte de um conselheiro.

Tivemos que colocar o corpo clínico na posição de líder, agora não mais pela hierarquia e sim pelo conhecimento, pela expertise. Mas eu acho assim, quando precisava eles se aproximaram, eles se reuniram e se agruparam por uma série de fatores. Eles tinham essa segurança de que iam participar do processo. Quando surgiram dificuldades a gente ajudou. Todos os planos contam com eles para que [...] a instituição continue a evoluir, então eu acho que é isso que nos ajuda. Não que não tenhamos pessoas contra lá dentro, até tem, mas acho que o que ajuda é o apoio da massa do corpo clínico (Relato de entrevista do HEG).

[...] a união do corpo clínico, a segurança que você vai ter participando do processo de administração..., então você tem essa segurança, embora seja mais profissional, mas têm médicos (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar nos relatos apresentados, de um conselheiro e de uma gerência do Hospital, a clara percepção sobre a importância de contar com o apoio do corpo clínico para o sucesso das decisões tomadas, o que reforça o papel autônomo do profissional médico nestas organizações, já destacado por Mintzberg (1994). Por constituir-se em um sistema frouxamente articulado (ORTON; WEICK, 1990) é comum as divergências entre os grupos de poder existentes. As manifestações apresentadas evidenciaram que tais divergências têm sido tratadas pela direção do Hospital por meio de interações, transparência e negociações.

Para os gestores de nível intermediário e operacional, a mudança do modelo de gestão e, mesmo, a existência de um planejamento estratégico foram percebidas como benéficas. Esta constatação, evidenciada no relato de um assessor apresentado a seguir, ressalta a capacidade de adaptação dos agentes organizacionais.

Ninguém sabia direito o que era, mas ficaram mais ou menos contentes de ter uma coisa moderna, uma coisa nova que está surgindo (Relato em entrevista do HEG).

A manifestação de uma gerência, apresentada a seguir, evidencia sua percepção sobre o sucesso da aceitação do planejamento resultar da integração de esforços nos diferentes níveis hierárquicos (redes de *feedback* promovidas) e do comprometimento dos gestores de nível intermediário. Isto foi resultado do modelo de planejamento adotado pelo Hospital – mais racional e detalhado – que combina desde objetivos macros, até metas e ações operacionais. A justificativa para tal pode ser observada no relato de uma gerência apresentado a seguir.

Quem vai seguir os caminhos é a base, né? [...] quando se demonstra que aquilo é pra melhorar, é pra facilitar, é pra ajudar no final das contas o paciente, eles se propõem, eles têm um grande envolvimento com essas políticas que a gente coloca. Então o comprometimento da base, às vezes não sabendo direito como fazer, mas querendo fazer, às vezes fazendo errado, a gente erra também... junto a gente vê a maneira correta e faz novamente, eles são incansáveis nisso (Relato de entrevista do HEG).

A postura do Hospital, destacada no relato do entrevistado, reforça o entendimento de que, mesmo sem total compreensão sobre o conteúdo da mudança, houve a receptividade e aprendizado por parte dos agentes – e dos próprios dirigentes em rever o processo, quando necessário, o que evidencia flexibilidade e adaptação, nos termos de Chaffee (1985).

Ao mesmo tempo em que apresentou orientações, o plano estratégico manteve sob a responsabilidade dos agentes organizacionais a definição do *como* agir para que as ações fossem desenvolvidas, como demonstra o relato seguinte.

O “como” ele [o plano] não diz. O “como” ele dá algumas dicas. Tem que investir o dinheiro que vem do SUS, buscar recursos externos através de interações, de telemarketing, de convênios com outras instituições governamentais ou privadas, dá algumas normas assim né. Agora, o como fazer isso é o gerente do telemarketing que vai dizer olha (Relato de entrevista do HEG).

Verificou-se que a operacionalização do plano estratégico do Hospital acontece por meio do PAT, como evidencia o relato de um assessor, apresentado a seguir.

Ele [o PAT] traz alguns desafios [...] com relação a chamar, com relação a provocar (Relato de entrevista do HEG).

Como um dos grandes atratores identificados no Hospital tem sido a escassez de recursos, uma adequação implantada no PAT foi que as ações de melhoria estabelecidas independessem de recursos. Isto fazia com que o PAT deixasse de ser cumprido. A adequação no modelo adotado, como destacado no relato de um assessor apresentado a seguir, resultou em várias melhorias caracterizadas como aprendizado, do tipo *single loop learning*.

As pessoas colocam no PAT, realmente, coisas bacanas. Desenvolver curso de feridas, coisas assim que enfermeiro gosta né? Mas eles colocam isso como objetivo, montam uma equipe, chamam gente de fora pra dar aula, reservam aula... e sem um tostão. Fazem tudo sem grana nenhuma. É convidado daqui, é gente que cede o auditório não sei de onde, é laboratório farmacêutico que doa [...] eles fazem tudo dessa forma. Por isso que é muito elogiado o trabalho, porque a diretriz [...] é montem um PAT sem recurso (Relato de entrevista do HEG).

Eu diria que das 500 [ações], umas 480 vão acontecer [no ano de 2010] porque não dependem de recurso, dependem de muito pouco (Relato de entrevista do HEG).

Além de orientações e metas anuais apresentadas no PAT, fez parte do processo, a adoção de um calendário de reuniões sistematizadas, para acompanhamento dos resultados. O calendário, como se pode observar nos relatos de dirigentes apresentados a seguir, evidenciam a percepção da direção do Hospital de disseminar a informação e de integrar grupos que compartilham atividades.

A informação chega à operação, na ponta. Hoje nós temos muitas reuniões (Relato de entrevista do HEG).

As questões são bem discutidas e quando isto acontece em uma reunião colegiada, acaba-se envolvendo todos os gestores na decisão (Relato de entrevista do HEG).

Verificou-se que os agentes, como resposta da sua participação no processo, desenvolveram um comportamento mais criativo e se comprometem mais com os resultados de suas ações. A criatividade dos agentes evidenciada nas manifestações dos entrevistados demonstra a capacidade de aprendizado e de adaptação dos agentes ao novo. Identificou-se que os gestores de nível médio e intermediário participam ativa e continuamente de um processo de aprendizagem organizacional oportunidade em que avaliam as ações, detectam e corrigem erros, contribuindo para um melhor redirecionamento das ações e melhoria do desempenho.

Mapas cognitivos elaborados para um dirigente, um assessor e uma gerência permitem analisar em profundidade a interpretação destes agentes a respeito da iniciativa analisada.

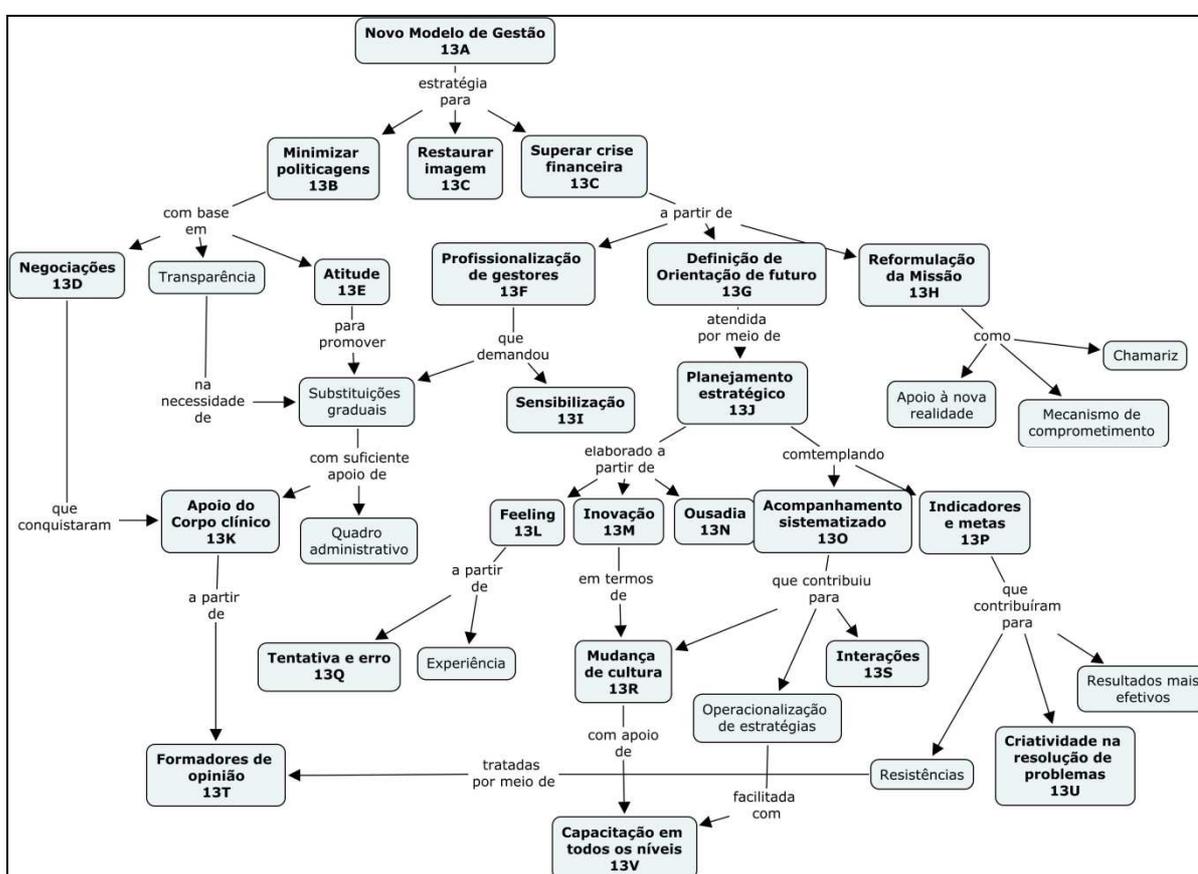


Figura 31 - Mapa 13-E1HEG (Dirigente do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

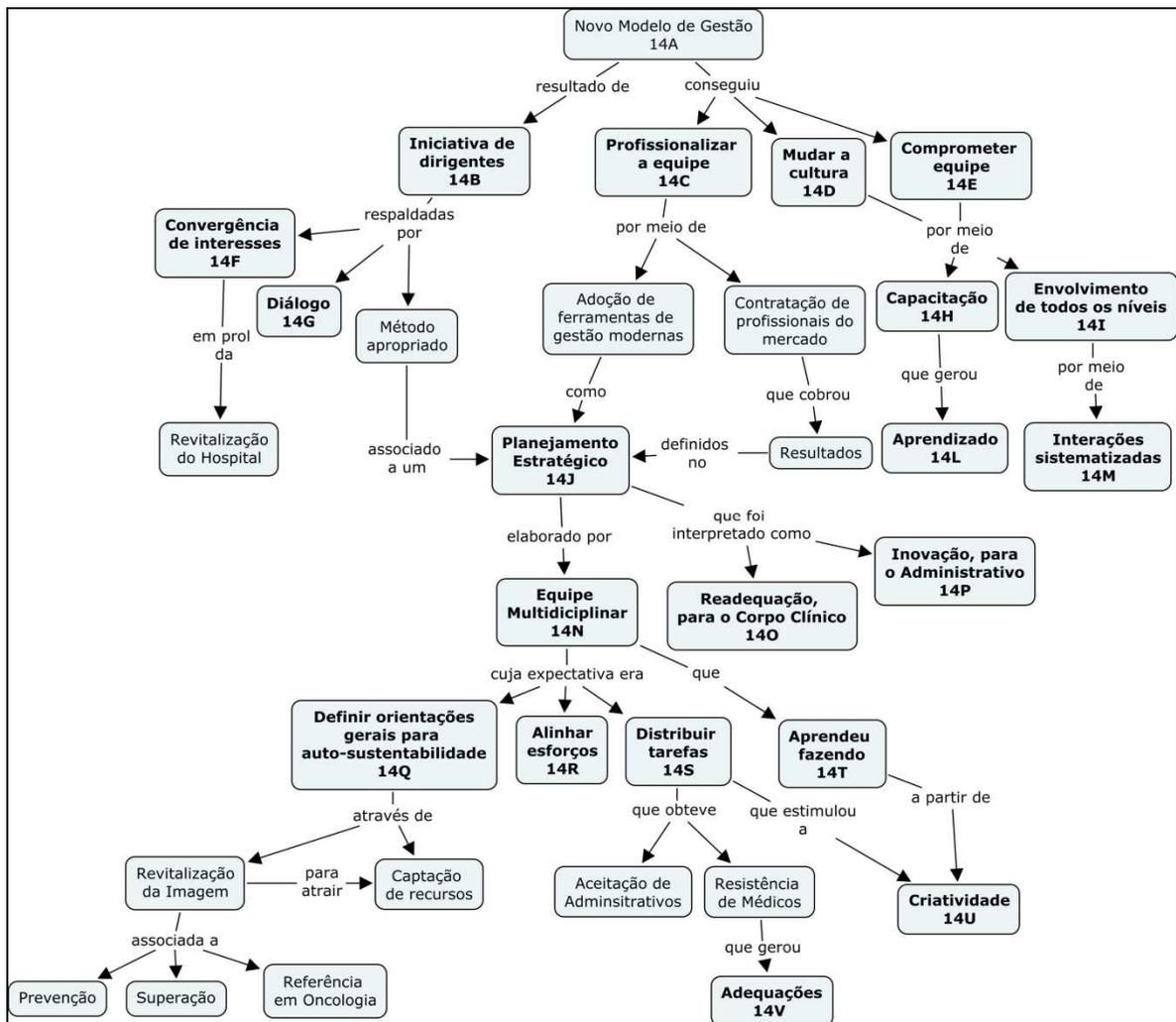


Figura 32 - Mapa 14-E1HEG (Assessor do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

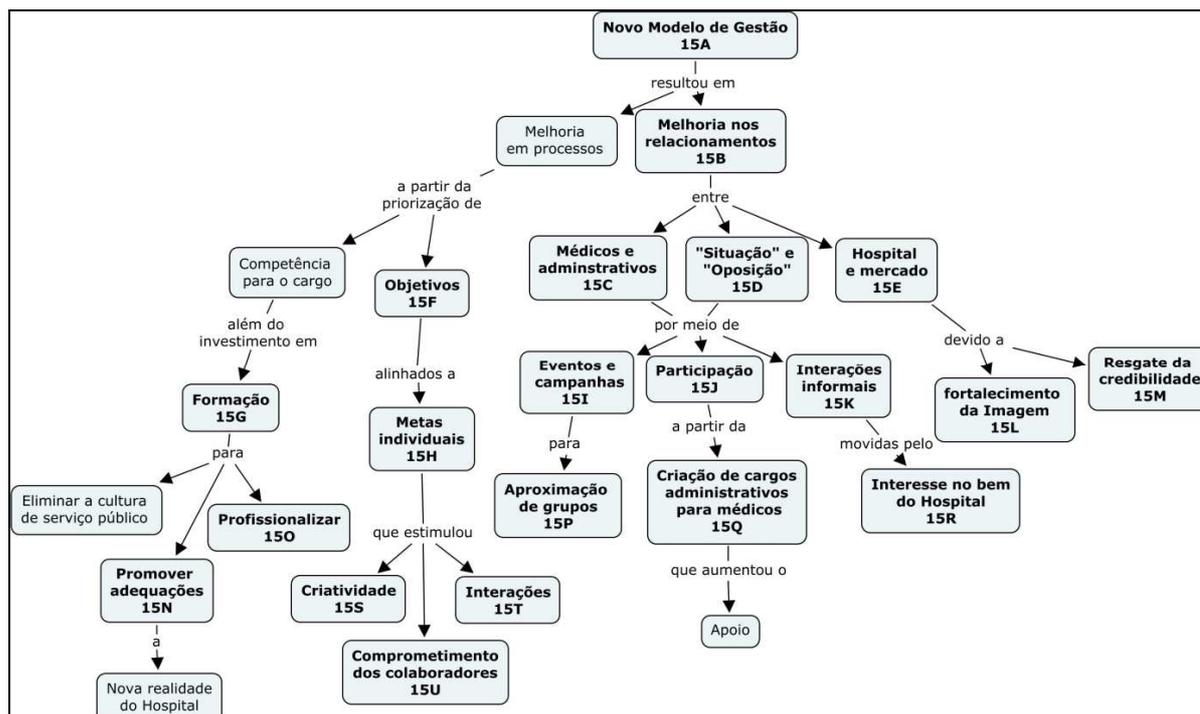


Figura 33 - Mapa 15-E1HEG (Gerência do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Verificou-se que os três Mapas apresentados evidenciam uma lógica muito similar, no que se refere à percepção dos três agentes específicos, quanto à renovação da cultura interna, profissionalização da equipe e, principalmente, a necessidade de orientações de médio e longo prazo.

Por meio do Mapa Cognitivo 13-E1HEG pode-se evidenciar uma relação (indireta) estabelecida pelo Dirigente entre os elementos 13A e 13E, o que converge com a constatação de Stacey (1993) de que, em sistemas complexos, mudanças exigem escolhas. Também Child (1972), já demonstrou, empiricamente, que a postura das lideranças é fundamental ao processo decisório. Na interpretação do dirigente, práticas como a negociação (13D) fizeram a diferença, no processo de formação da estratégia.

Ressalta-se ainda que a elaboração do Planejamento Estratégico (13J) para o Hospital, na interpretação do próprio dirigente, envolve um conjunto de elementos como *feeling*, tentativas e erros, ousadia e Inovação (ver relações entre 13L, 13Q, 13N e 13M no Mapa 13-E1HEG). Também foi destacado pelo assessor, no Mapa 14-E1HEG, a importância do aprendizado na elaboração do Planejamento Estratégico (14J e 14T). A criatividade, o aprendizado e a determinação também foram identificados no próprio trabalho do grupo que, inicialmente, elaborou o planejamento estratégico do Hospital.

No grupo dessas 10, 15 pessoas... devia ter uma ou duas só que sabia alguma coisa de planejamento. Os outros eram enfermeiras, médicos... eram técnicos de laboratório (Relato de entrevista do HEG).

Mesmo sem entender direito o que estava escrito lá no livro, eles colocaram objetivos, metas... toda aquela matriz de dados, ambiente externo, ambiente interno... (Relato de entrevista do HEG).

Lógico que saiu (o planejamento)... Pela iniciativa, pelo esforço, pela dedicação (Relato de entrevista do HEG).

Os relatos de gerências e de uma Assessoria demonstram uma situação de aprendizado que gerou inovação (em *double loop learning*) nos processos do Hospital e assim foi reconhecido pela equipe.

Identificou-se ainda, no Mapa 13-EIHEG uma mescla de lógica e sensibilidade por parte do dirigente ao relacionar elementos como a profissionalização dos gestores e orientação de futuro (13F e 13G), com reformulação da Missão e a superação da crise financeira (13H e 13C). O fato permite inferir a percepção do entrevistado de que, de nada adiantaria, a adoção de metodologias modernas e a profissionalização da equipe, se não houvesse a motivação por parte dos agentes e o comprometimento com a nova situação.

Evidenciou-se, nos três mapas apresentados, a importância dada pelos entrevistados ao estabelecimento de metas e indicadores que, na interpretação deles, seria um importante instrumento de cobrança e demonstração de resultados, como se observa nos relatos seguintes.

Era preferível ter toda aquela quantidade de indicadores, mesmo que não fossem mensurados, até as pessoas aprenderem. [...] o importante é que as pessoas estão aprendendo a medir o seu trabalho e dizer por que deu errado ou não deu errado (Relato de entrevista do HEG).

Nós temos uma série de metas operacionais no hospital que são acompanhadas semanalmente. Até porque se você não cumprir as metas que você tem no contrato com o principal cliente, você tem penas proporcionais no recurso que você obtém né? (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se inferir, a partir dos relatos apresentados, um substantivo aspecto racional presente no PAT. Todavia, tal característica foi percebida como relevante para o aprendizado dos agentes organizacionais envolvidos. Há que se destacar que o PAT foi aplicado, inicialmente, a todos os profissionais do Hospital e cerca de dois anos depois deixou de ser aplicado ao corpo clínico. Conforme se pode observar no relato a seguir, de um médico, as orientações da direção do Hospital para o corpo clínico, continuaram existindo, embora, sem o estabelecimento de metas.

Os médicos não tinham que cumprir indicador, não. Talvez o Hospital determinasse que tivesse que ser, por exemplo, cirurgias oncológicas, [...] “Olha, nós pedimos pra vocês que vocês façam cirurgias oncológicas” [...]. “Olha, procurem operar somente pacientes com câncer” entendeu? “Procurem evitar cirurgias de média complexidade”, mas, não que estabelecia uma meta assim tá entendendo? ...porque isso aí é uma coisa que não tem como entendeu? Não tem como. “Oh, eu quero que você atenda 50 pacientes de câncer de pulmão por mês”. Como eu vou fazer isso aí entendeu? o paciente é aquele que chega (Relato de entrevista do HEG).

No Mapa 15-EIHEG, uma gerência destacou a não linearidade de respostas gerada pela iniciativa e como a situação foi tratada pelo Hospital. O fato pode ser observado pela relação estabelecida, pelo gestor, entre a melhoria nos relacionamentos entre grupos, incluindo a oposição (15B, 15C e 15D). Verificou-se que a percepção do gestor foi que a mudança do perfil de colaboradores, a adoção de novas metodologias e tarefas decorrentes do Planejamento Estratégico aproximaram lados opostos e conquistaram apoio pelo bem do Hospital (ver relações entre 15K e 15R).

A participação do corpo clínico nas decisões, por meio de cargos administrativos também foi identificada pela gerência como essencial ao processo de formação da estratégia em foco (15J e 15Q). De acordo com a percepção deste gestor, o apoio do corpo clínico resultou de interações (redes de *feedback*) estabelecidas pela direção do Hospital, em termos de participação no processo e negociações. Neste sentido, identificou-se que o *shadow system* envolvendo, especialmente, os profissionais especialistas mostrou ser mais forte do que a rede legitimada da organização, entretanto, a direção do Hospital tem demonstrado buscar e promover articulações, inclusive por meio da própria Missão Institucional, para integração de esforços.

A análise do processo de gestão estratégica desenvolvido demonstrou um grande esforço da administração da organização para manter um alinhamento entre planos, metas e prazos definidos no Planejamento Estratégico da organização e o Plano Anual de Trabalho, esforços estes de natureza, essencialmente, racional. Entretanto, pode-se inferir que, na prática, as estratégias emergem de forma incremental, nos termos de Quinn (1978), pois, as constantes adequações efetuadas no plano e nas metas resultam de atitudes conscientes e intencionais por parte de seus gestores.

Outro aspecto a ser ressaltado é que mesmo havendo a “intenção de mudar” por parte de dirigentes não havia a ciência sobre como se daria o processo – apenas que haveria riscos – de forma que a sequência de ações somente pôde ser considerada como estratégica retrospectivamente, nos termos de Weick (1979), caracterizando-se também como emergente

(MINTZBERG, 1978). O relato do dirigente responsável pela iniciativa, a seguir apresentado, evidencia esta constatação.

Eu confesso a você que muitas vezes eu tinha que tomar uma decisão entre A e B e teria que correr o risco daquilo. Aí eu aprendi algumas coisas, que a entidade não pode ficar parada naquilo que deixou de fazer e sim naquilo que fez e vai pra frente (Relato de entrevista do HEG).

Como resultado dos esforços de modernizar a gestão do Hospital, profissionalizar a equipe e adotar um Planejamento Estratégico, o Hospital conseguiu resultados positivos, em termos de superávit financeiro já no ano de 2005 (Relatório de Atividades do HEG, 2005), que foi associado pelos agentes organizacionais, em grande parte, às ações desenvolvidas.

#### **4.3.2.2 Estratégia A1.2 do HEG: Certificação ISO 9001:2000**

Também relacionado ao objetivo maior de ser autossustentável, o Hospital definiu no seu planejamento a busca pelo reconhecimento internacional como Hospital referência em Oncologia. O alcance deste propósito perpassa por requisitos como a obtenção de certificações relevantes no mercado, como a ISO e a Acreditação Hospitalar, como demonstram os relatos seguintes de um dirigente e uma gerência do Hospital.

Uma das linhas de ação, quando a gente fala em melhorar a imagem externa do hospital, é investir em qualidade, é ter uma assessoria de qualidade, é ter um grupo de qualidade forte (Relato de entrevista do HEG).

É o objetivo estratégico, nos termos o selo da ISO 9000, da Acreditação Hospitalar, da ANVISA... Todos os selos que existem na área de saúde são nossos objetivos (Relato de entrevista do HEG).

São desdobramentos em questões mais práticas [qualidade], operacionais, que estão ligadas à estratégia de crescimento, de se tornar referência, se tornar nacional e reconhecido e se melhorar a imagem externa pra se conseguir mais doações, se conseguir mais convênios com o Governo (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar na manifestação dos gestores, a valorização dada à qualidade, onde se identifica uma interpretação relacionada à captação de recursos. Por motivos diversos, o Hospital já havia sido certificado anteriormente e perdido a certificação. Um dos entrevistados destacou que:

Em 98 [1998] fomos a primeira instituição filantrópica que conseguiu o selo da Acreditação no Brasil. Só que depois teve alguns problemas administrativos, um retrocesso né, naquela época, não foi dada continuidade ao trabalho (Relato de entrevista do HEG).

Neste sentido, a experiência acumulada e a necessidade daquele momento deram à iniciativa um aspecto desafiador. Neste intento, uma das Descobertas (STACEY, 1996) do Hospital foi que o sucesso da iniciativa era quase que, totalmente, dependente do convencimento e da aceitação de médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, que executam mais de 90% das atividades desenvolvidas em um hospital. Ou seja, descobriu-se um atrator, pois, além de nada acostumados com o cumprimento de protocolos administrativos, prevalece o comportamento autônomo destes profissionais.

As Escolhas (STACEY, 1996) do Hospital sobre como explorar as redes de feedback para lidar com a autonomia dos agentes e a não linearidade de respostas são exaltados no processo de formação desta iniciativa, que foi considerada como estratégica pelos agentes, por sua importância no fortalecimento da imagem Institucional. Por tratar-se de uma prática comum no mercado, com fases e ações pré-definidas e um planejamento com apoio de empresa terceirizada, a estratégia foi caracterizada como deliberada (MINTZBERG, 1978), embora muitas das ações, diretamente relacionadas à execução e à continuidade do processo, tenham assumido um caráter emergente, pelas próprias características organizacionais complexas.

No Quadro 13, a seguir, são apresentadas as principais práticas a práxis adotadas pelos agentes organizacionais no processo de certificação da ISO, as quais também representaram um importante aprendizado para o processo de Acreditação do Hospital.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento Identificado
Escolha	Conscientização	Fortalecer a imagem do Hospital	Associar com recursos	Não linearidade
			Manter apoio de Dirigentes	
Escolha	Processo	Mudar cultura	Capacitar em todos os níveis	Shadow system
			Contratar Certificadora	
Ação	Conscientização	Sensibilizar	Manter apoio da Direção e de formadores de opinião	Autonomia ( <i>Loosely coupled</i> )
			Premiar agentes	Aprendizado (SLL)
			Disseminar via campanhas e eventos de integração	Redes de feedback (Interações)
	Processo	Elaborar manuais, protocolos e indicadores	Promover participação de médicos na elaboração de documentos	Redes de feedback (Interações)
			Elaborar indicadores e metas operacionais	Aprendizado (SLL)
			Integrar processos de gestão como o PAT	
Processo	Capacitar	Promover treinamentos, campanhas e integração	Aprendizado (SLL)	
		Persistir na orientação do método aos gestores técnicos		
Processo	Controlar	Manter direção forte (define, compromete e controla)	Redes de <i>feedback</i> (Interação e <i>loosely coupled</i> )	
		Promover acompanhamento sistematizado		

Quadro 13 - Estratégia A1.2 do HEG: Certificação ISO 9001:2000

Fonte: Pesquisa

A Certificação da ISO ocorreu no ano de 2005, mas, os encaminhamentos para tal tiveram início muito antes com a identificação das prioridades de certificação, por unidade e a criação de uma Assessoria de Qualidade no ano de 2003.

Isso começou com a implantação da assessoria da qualidade e com a busca da primeira certificação da ISO 9000. Foi em 2005 (Relato de entrevista do HEG).

Uma necessidade detectada foi tornar os colaboradores engajados para se envolver no sistema de qualidade. Adotou-se, então, o Programa 5S, de baixo custo de implantação e que traz benefícios rápidos em curto prazo. Em médio e longo prazos, esse programa serve de base para que a ISO 9001 seja implantada (ERASTO GAERTNER, 2005).

Observa-se no relato de um assessor, a seguir, que houve um planejamento, em termos de prioridades, além da preocupação com os benefícios que o selo de qualidade traria ao Hospital.

Ele [o CETEP] enquanto centro de desenvolvimento de pesquisas e de estudos clínicos que tem toda a parte de residência médica em oncologia, ele é formador de oncologistas, referência aqui no Brasil... ele tinha que ter essas certificações pra poder se qualificar e poder se preparar pra estudos clínicos, dentro das exigências

que os laboratórios internacionais fazem. Eles querem que tenha uma ISO 9000, por exemplo, que é base hoje em dia no mercado (Relato de entrevista do HEG).

É representativo para o Hospital, por isso que a certificação [...] começou com o CETEP (Relato de entrevista do HEG).

A manifestação do assessor e dirigente, apresentados, evidencia sua percepção de que o Hospital possui reconhecida competência e precisa estar alinhado às necessidades do mercado que, no caso, é representada pela ISO. Este também foi um argumento, amplamente, utilizado pelo Hospital para conquista do apoio de áreas administrativas e profissionais técnicos.

Dentre as ações desenvolvidas, a criação de indicadores e metas gerou questionamento por parte de algumas áreas, resistência por parte de outras e a aceitação de alguns, necessitando da intervenção dos dirigentes, como demonstram os relatos seguintes.

A primeira força motivadora, na base da marra, de criar indicadores e seguir isso, foi a ISO (Relato de entrevista do HEG).

Foi mais ou menos imposto, todas as áreas têm que mandar publicar no dia tal, de tal mês, cinco ou dez indicadores (relato de entrevista do HEG).

Como se pôde observar nos relatos apresentados, de um assessor e de um gestor de nível operacional, o processo de aprendizado foi, inicialmente, imposto. Verificou-se que tal comportamento foi resultado da ausência de comprometimento de grande parte dos agentes organizacionais, com questões administrativas como resultado, custo operacional das atividades, entre outros fatores.

A observação não participante da pesquisadora permite constar que o foco dos agentes na operação, até então, parecia voltar-se quase que, exclusivamente, à saúde dos pacientes, sem a devida preocupação com a “saúde do Hospital”. Este comportamento da direção do Hospital em assumir a escolha pela certificação e apoiar as ações necessárias à sua implantação convergem com a constatação de Stacey (1993), de que, em sistemas complexos, deve-se encontrar o equilíbrio entre consenso e conflito e, em alguns casos, faz-se necessário o uso do poder.

Todavia, como destaca a manifestação de um gestor, apresentada a seguir, embora difícil, a atividade foi benéfica em termos de resultados.

No primeiro momento têm que adequar ao que está sendo mandado e tem que fazer. Depois a coisa entra no eixo, com altos e baixos, mas sempre se tem um ganho, né? (relato de entrevista do HEG).

Ao longo do processo, identificou-se que houve a adaptação dos gestores (STACEY, 1996) ao conjunto de atividades relacionadas à Gestão da Qualidade e, mais uma vez, uma das práticas adotadas foi a formação e a mudança da cultura dos agentes, por meio do aprendizado conjunto, como destaca um assessor envolvido no processo:

Os momentos são de treinar a equipe, pra dizer para eles que tem que fazer. Você vai lá, você treina e você vai acompanhando, é muito acompanhamento do dia a dia, não tem assim uma estratégia (Relato de entrevista do HEG. Grifos acrescentados).

A gente ensinou a analisar o problema, a tomar ações imediatas pra resolver o problema e que tem que fazer uma análise mais profunda pra ir à causa do problema. É um aprendizado contínuo onde as pessoas têm que ser forçadas a fazer né? (Relato de entrevista do HEG).

Identificou-se, especialmente, a contribuição da alta administração e dos níveis operacionais mais próximos da operação, que assumiram um papel de fiscalizadores de alguns processos, como se observa no relato de um dirigente, apresentado a seguir.

Está resistindo? O supervisor tem que ir lá, tem que ver, tem que avaliar, tem que... [...] é muito democrático, se tem que fazer com os enfermeiros, com médicos também, mas esse contato assim maior é com os coordenadores. Médicos, diretores, e tudo mais, mas a gente cobra também (Relato de entrevista do HEG).

Como demonstrado na manifestação de um gestor da enfermagem, apresentado a seguir, havia as medidas adotadas nem sempre eram planejadas, mas, aconteciam no dia-a-dia, na medida em que vivenciam e acompanham o processo.

Já tinham [indicadores e manuais] pra seus controles né, pra seu segmento, pras suas tarefas do dia a dia né e não achavam que aquilo era importante para se mostrar pra toda a instituição. Então, foi mais compilar e resgatar isso... e estruturar isso numa rotina de compilação, de divulgação daí do relatório, fazer pequenos comentários, uma pequena análise (Relato de entrevista do HEG).

A manifestação do entrevistado, evidencia a presença e a constância de adequações efetuadas nos processos, por parte dos próprios gestores de nível operacional, por meio de improvisação e resultado do conhecimento tácito a respeito da tarefa que executam, que lhes permite resolver pendências pontuais e desenvolver novas práxis, nos termos de Jarzabkowski (2003) e Rouleau (2005).

Assim, a sistematização do acompanhamento dos resultados dos indicadores foi o instrumento adotado pela direção do Hospital para que houvesse o uso das informações por

meio da análise dos resultados encontrados, bem como a promoção de melhorias nos processos, por parte dos seus responsáveis, como demonstra o relato seguinte.

Tem as reuniões já fechadas, reuniões ordinárias que a gente faz, por exemplo, supervisão a cada quinze dias na quarta-feira a tarde, a gente senta para debater as necessidades que eles tem, tem reunião de orientação, de gestão, para monitorar o indicador, para fazer análise de indicador com eles, para fazer análise não, para ver o que eles colocaram e dar umas orientações (Relato de entrevista do HEG).

A experiência de criação de indicadores para a Qualidade culminou também na criação dos indicadores para acompanhamento do PAT e do Planejamento Estratégico que, além de integrar processos e atividades, conseguiu envolver agentes organizacionais de diferentes níveis hierárquicos e atividades. Como principal impactado no processo, o corpo clínico foi o grupo que apresentou maior resistência à iniciativa, resultado da não linearidade do sistema, como também da própria característica do profissional médico, destacada por um dirigente a seguir.

O doutor vai lá, tira o curativo e joga no lixo. Chega o funcionário, o varredor e fala assim “Doutor, não é nesse lixo, é no outro tanque, porque o lixo é reciclável” aí ele faz assim. Daqui a pouco ele vai fazer outro procedimento, chega outro funcionário e diz “Doutor, não é assim que faz, é assim”. O que acontece? [...] Então, ele começou a se afastar e cada vez mais se apertava no jargão que ele sabia usar “Não, eu sou técnico nisso e não quero que mexa nessas coisas”. E aí nós tivemos que chamar eles, trabalhar, pegar todo o corpo clínico, tirar da instituição, fechar um ou dois dias, tirar do hospital, levar pra um hotel, conversar, reintegrar (Relato de entrevista do HEG).

Neste contexto, o principal mecanismo adotado pela gestão do Hospital foi a ativa participação dos Dirigentes no processo de conscientização do corpo clínico, bem como a orientação contínua e a insistência no método, como destacaram, a seguir, um dirigente e um assessor, respectivamente:

As necessidades básicas do corpo clínico são muitas... você vai fazendo devagar, implanta, mostra a melhoria e apresenta e aí você vai começar a implantar, é que esse exemplo é real aqui, ele aconteceu aqui (Relato de entrevista do HEG).

Pra você fazer uma pessoa da área técnica ela entender isso [necessidade de registro] e participar disso é difícil. Você tem que estar junto, tem que mostrar a importância... É coisa de literalmente arregaçar a manga e estar junto mostrando para eles, olha porque que a gente registra... (Relato de entrevista do HEG).

É repetir a mesma coisa todo dia, todos os meses, todos os anos, é fazer igual sempre (Relato de entrevista do HEG).

Como se observou nos relatos apresentados foi grande a dificuldade encontrada, junto aos médicos, para implantação das rotinas e procedimentos administrativos, necessários à Certificação. Tal situação evidencia também o caráter iterativo das ações que compuseram a formação desta estratégia, especificamente. Dentre as práticas identificadas junto ao corpo clínico, se destacaram as redes de *feedback* estabelecidas por parte dos Dirigentes, o apoio de formadores de opinião, bem como treinamentos e eventos voltados à capacitação e integração.

Além de tratar-se de atividades administrativas, não contempladas na formação de profissionais técnicos como médicos e enfermeiros, outro fator complicador identificado no processo de formação da estratégia em pauta, diz respeito ao tempo restrito de permanência diária de grande parte do corpo clínico no Hospital. A distribuição do tempo destes profissionais em diferentes instituições inibe um envolvimento maior com as iniciativas internas e o aprendizado sobre metodologias de gestão utilizadas. Como consequência, surgem resistências que podem ser atribuídas ao puro desconhecimento dos processos ou da sistematização demandada por algumas atividades.

Por se constituir em sistema frouxamente articulado (ORTON; WEICK, 1990), verificou-se que os processos tornam-se morosos e desgastantes. O cumprimento das necessidades estabelecidas pelo Órgão Certificador somente ocorreu sob determinação dos dirigentes do Hospital.

Nesse momento foi pessoal, foi um trabalho pessoal dos Dirigentes (Relato de entrevista do HEG).

Foi por força superior né?... *top-down* e pela força da base, de relações humanas, de escrever processos, escrever fluxogramas de trabalho e querer ser realmente certificados e se profissionalizar [...] e colocar isso em prática (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se nos relatos apresentados a presença do aspecto político, ao se mencionar a necessidade do contato direto e informal de dirigentes para a superação da dificuldade. A percepção sobre a importância do diálogo e de fatos que convençam, no trato com os médicos, foi destacada por um dirigente no relato seguinte:

Conversar e convencer, sem criar atrito, é o grande “macete” (Relato de entrevista do HEG).

A manifestação de um médico, apresentada a seguir, destaca a solução encontrada junto às secretárias, o que demonstra uma interpretação de aquiescência da gestão do Hospital com relação ao comportamento dos médicos, ainda que proativo na busca de soluções paliativas.

A Qualidade [Setor] cobrava, por exemplo, sempre colocar carimbo nas suas prescrições... Eram coisinhas chatas que pros médicos aquilo lá não tinha muita importância. Pra eles o que interessa é atender o paciente e acabou. Só que pra Qualidade isso é importante. [...] Então o que é que a gente fez? [...] quando a gente prescreve alguma coisa no prontuário já orientamos as secretárias, as funcionárias a avisar o médico “olha faltou o carimbo do senhor. Coloque o carimbo”. Então esta entendendo? Porque, por si só, o médico não ia fazer (Relato de entrevista do HEG).

Como se pode observar no relato apresentado, foi essencial neste processo, o apoio e participação direta dos agentes organizacionais administrativos, como as secretárias dos médicos e a própria coordenação médica. Estas ações representam práxis desenvolvidas pelos agentes, enquanto analisam o contexto e buscam formas de promover ações e adaptar processos, que são identificados como essenciais à execução da estratégia, nos termos de Weick (1969), de Chaffee (1985) e de Axelrod e Cohen (1999), por exemplo.

Coube aos agentes operacionais, diretamente envolvidos em atividades com o corpo clínico, contribuir na análise do cumprimento de protocolos e manuais, na conscientização sobre a coleta de assinaturas e carimbos faltantes, bem como na correção das não conformidades encontradas. Como destacou um dirigente no relato apresentado, a seguir, apesar do *shadow system* e das resistências, os processos acabam sendo implantados se houver flexibilidade e paciência.

Existem grupos que são a favor e grupos que são contra e no final das contas eles acabam concordando que aquilo lá foi o melhor, mas até eles chegarem a essa concordância demora tempo. Demora tempo de gerir bem essas atitudes sabe? (Relato de entrevista do HEG).

Mesmo com as dificuldades apresentadas, o Hospital normatizou processos, descreveu procedimentos, foi auditado e recebeu o certificado da ISO. Todavia, o comportamento autônomo dos médicos e sua resistência com relação a atitudes exigidas em protocolos e manuais ainda tem sido um desafio para o hospital. O relato de um assessor, a seguir apresentado, evidencia a continuidade das orientações e cobranças, para a manutenção do processo.

Ah, daí na urgência se pega todos os prontuários que ele tem, traz o médico numa salinha, num canto “Olha, tem que assinar agora, já e daqui a meia hora levar de volta para o auditor que está fechando o relatório da auditoria e ele tem que ver a

comprovação da ação”. Daí ele sentava, assinava tudo (Relato de entrevista do HEG).

Eu tenho a sensação que vai demorar ainda um tempo pra poder ser implantado sabe, continua sendo feito, continua sendo feito as mesmas cartas... Então isso aí, também tem que ir mostrando o porquê, mandando cartinhas (Relato de entrevista do HEG).

Para melhor compreender como o processo foi interpretado pelas principais partes envolvidas, foram elaborados mapas cognitivos de um dirigente, um assessor e um médico, os quais são apresentados na sequência.

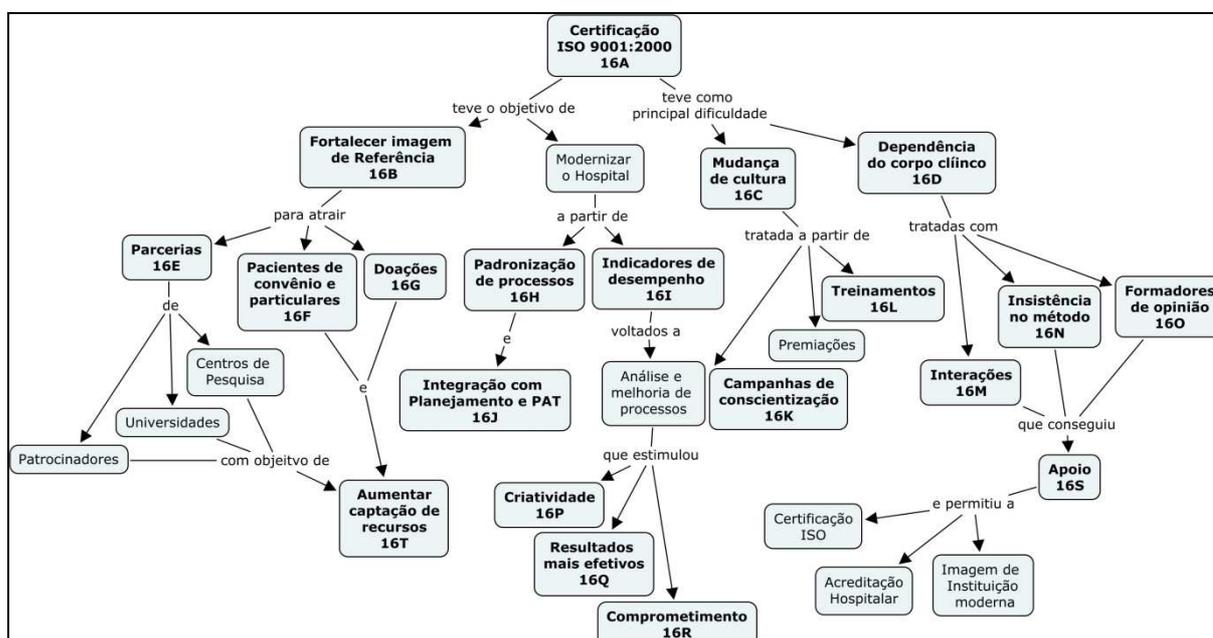


Figura 34 - Mapa 16-E2HEG (Dirigente do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

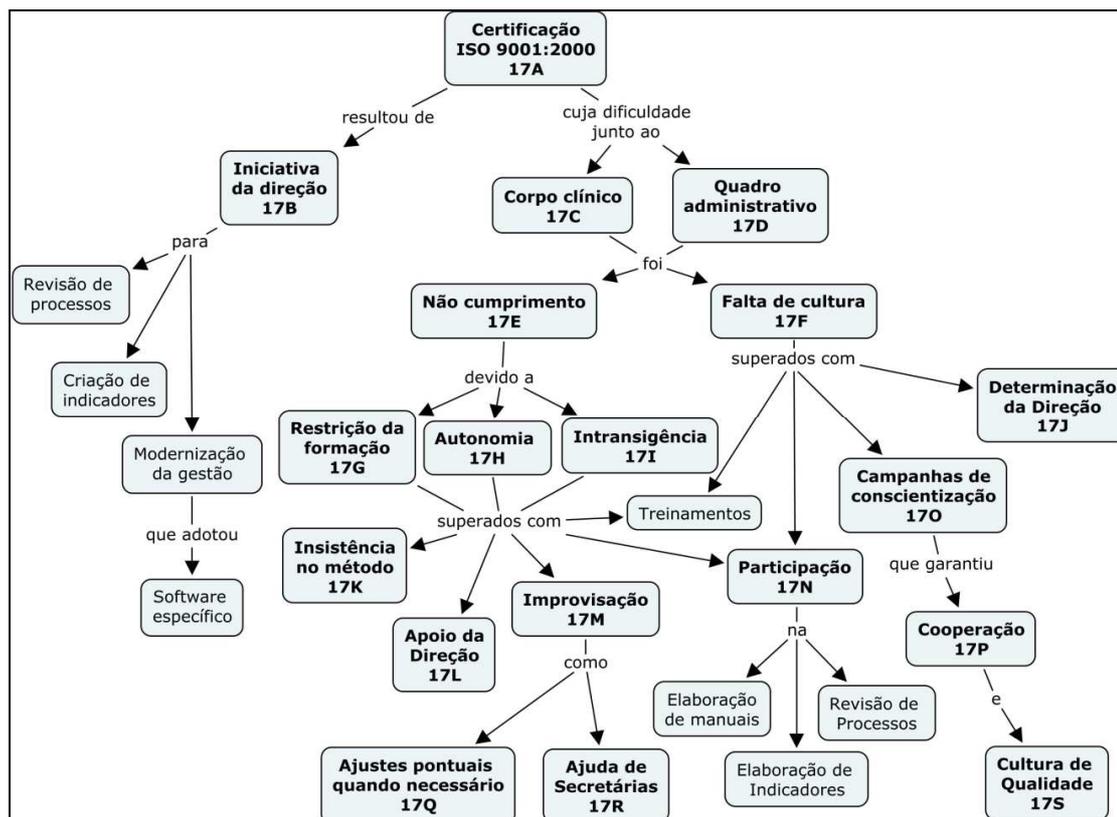


Figura 35 - Mapa 17-E2HEG (Assessor do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

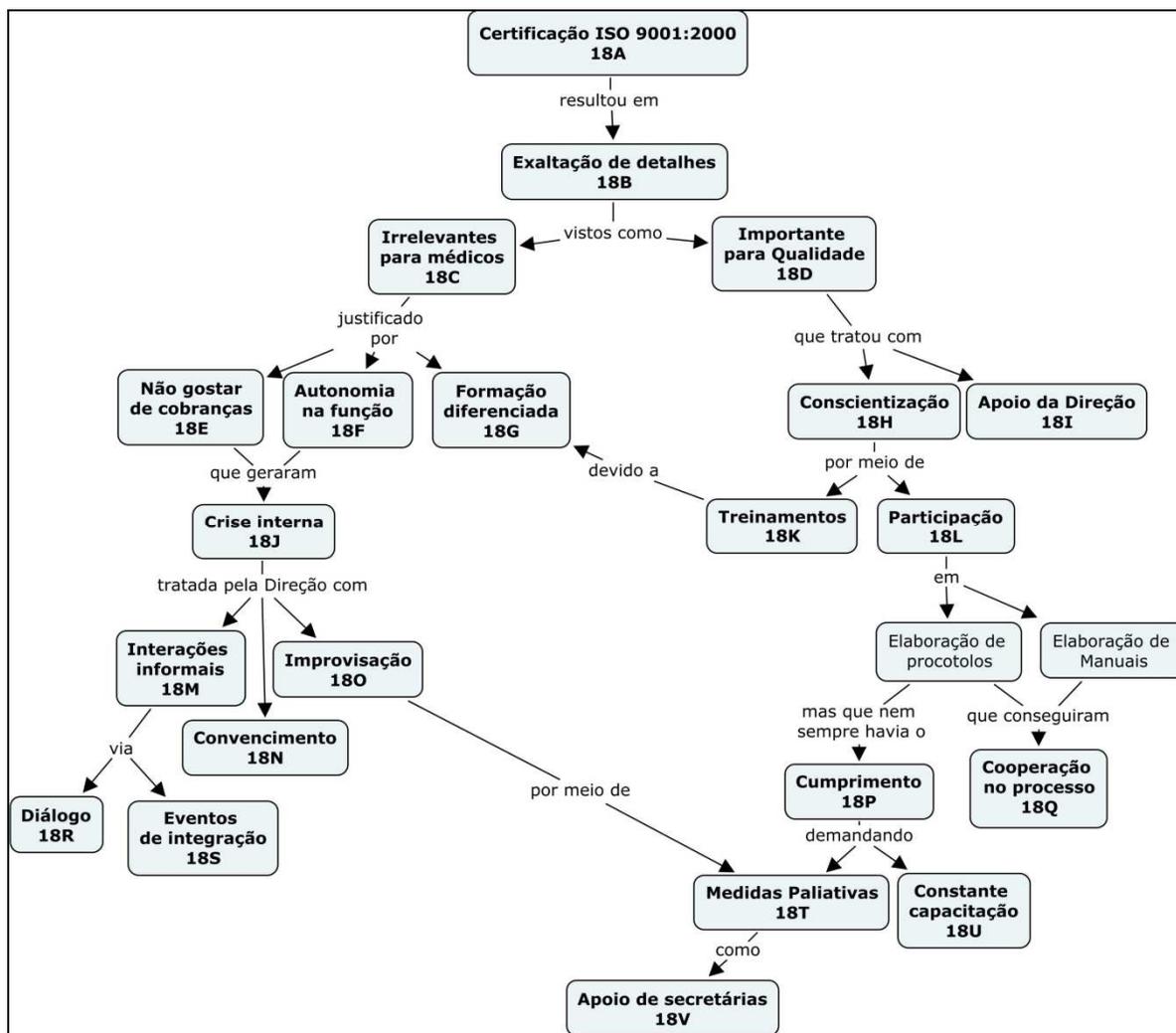


Figura 36 - Mapa 18-E2HEG (Médico do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Identificou-se que a percepção dos agentes converge em alguns aspectos, a partir da análise dos seus Mapas Cognitivos. Dentre elas, consta a dificuldade de promover mudanças quando há dependência de profissionais especialistas, em Hospitais. Neste sentido, ressalta-se a clara percepção identificada no Mapa elaborado para o médico entrevistado de que, algumas atividades administrativas, são por demais burocráticas e que a resistência do corpo clínico tem base também, em deficiências que vem da própria formação destes profissionais.

Outro aspecto convergente entre os Mapas analisados, foi a clara interpretação dos agentes de que a Certificação do Hospital necessitaria de uma mudança de cultura por parte dos agentes organizacionais. No Mapa 16-E2HEG esta constatação foi evidenciada por meio de relações estabelecidas entre os elementos 16A, 16C e 16D, percebidas pelo dirigente como uma dificuldade no processo de formação da estratégia.

No Mapa 17-E2HEG, a falta de cultura dos agentes internos também é destacada pelo assessor (ver relações entre 17F, 17C e 17E). Na interpretação do Médico, evidenciada por meio da análise do Mapa 18-E2HEG, o processo de Qualidade intencionado pela gestão do Hospital era percebido pelo corpo clínico como uma exaltação de detalhes que burocratizavam o atendimento ao paciente (conceito 18B).

A dificuldade encontrada junto ao corpo clínico, devido ao seu comportamento autônomo e não cumprimento de regras administrativas foi outra convergência identificada nos Mapas Cognitivos. A análise dos Mapas permite inferir que para conseguirem o cumprimento das decisões, a direção do Hospital tem adotado como práticas a determinação (STACEY, 1993) em alguns casos e, com alguns grupos internos, e um tratamento cuidadoso, que exalta um forte aspecto político (PFEFFER; SALANSIK, 1974), junto ao corpo clínico, fundamentado no diálogo, convencimento de grupos específico como apoio e, principalmente, flexibilidade representada pela adoção de medidas paliativas.

As medidas adotadas pela direção do Hospital no trato das dificuldades encontradas junto ao corpo clínico foram destacadas pelo médico, no Mapa 18-E2HEG, como sendo interações informais, convencimento e, até mesmo, improvisação (ver relações entre 18J, 18M, 18N, 18O). Também no Mapa 16-E2HEG se evidenciou a importância dada pelo dirigente às redes de *feedback* para que fosse possível a Certificação do Hospital (relação entre 16D e 16O), o que reforça a influência de elementos da complexidade (SAC) no processo de formação de estratégias em hospitais.

A dificuldade encontrada pelo Hospital em obter o apoio de médicos na execução de ações é comum em organizações formadas por profissionais especialistas (MINTZBERG, 1994). As atividades que extrapolam o limite de suas atividades técnicas são consideradas periféricas por estes profissionais e, a dependência que a organização tem deles, acarreta ao hospital um constante conflito e a convergência de esforços torna-se um desafio. Identificou-se que as práticas adotadas no trato dos efeitos da autonomia de profissionais na gestão estratégica do Hospital não têm eliminado as dificuldades identificadas, todavia, tem conseguido minimizar divergências e o alcance de melhores resultados.

Outra constatação identificada diz respeito a percepção dos agentes sobre a importância da conscientização e do apoio da base operacional na implementação de mudanças. Isso foi evidenciado, por exemplo, por meio da relação estabelecida pelo assessor no Mapa 17-E2HEG entre os elementos 17O e 17P. Como resultado, percebeu-se o importante papel

desempenhado pelas Secretárias no monitoramento e auxílio ao corpo clínico. Práxis que teve relevância destacada também nos Mapas do médico (18V) e do assessor (17R).

A determinação da direção do Hospital na conquista da ISO evidencia a clara interpretação de que imagem de organização profissional e moderna está diretamente associada com a obtenção de fontes alternativas de receita. Entretanto, mesmo que já se tenha identificado uma adaptação dos agentes à cultura de qualidade instalada – resultado do processo de aprendizado construído – o Hospital ainda tem buscado continuamente a promoção de mudança nos esquemas recessivos de alguns grupos, necessários à manutenção da Certificação.

#### **4.3.2.3 Estratégia B4.2 do HEG: Fontes Alternativas de Receita**

Na busca pelo equilíbrio financeiro, uma das estratégias identificadas no HEG e também contempladas no Plano Estratégico foi a busca por fontes alternativas de receita. Verificou-se que a iniciativa visava suprir o déficit derivado da concentração de atendimento à pacientes do SUS, como também expandir a atividade do Hospital por meio da atualização tecnológica e expansão da área construída.

O objetivo maior dentro do hospital [...] é tratar aquele paciente que vem aqui, sem perguntar pra ele qual o time que ele torce, a religião, escola de samba, se ele é pobre, se ele é rico[...] eu acho que isso é o objetivo mor do hospital, porque senão não há razão de ser do Hospital Erasto Gaertner. E pra que esse objetivo seja cumprido, a gente tem que manter o hospital e quando a gente diz manutenção, dentro de uma estrutura assim, bastante complexa, a gente está falando de dinheiro (Relato de entrevista do HEG).

A grande meta hoje que a gente trabalha [...] uma é da ampliação da estrutura física do Erasto Gaertner, pra que a gente possa atender à demanda sempre crescente dos novos casos de câncer [...] Também era né, ou está sendo ainda, não totalmente cumprida, a aquisição de novos equipamentos para a manutenção e tratamento dos casos cada vez mais diferentes que o câncer provoca (Relato de entrevista do HEG).

O processo de Descoberta, nos termos de Stacey (1996), evidenciou que o atrator que maior influência tem na dificuldade de promover mudanças no HEG tem sido a própria escassez de recursos. Por este motivo, a captação de recursos foi identificada pela maioria dos entrevistados, como estratégica para o Hospital.

Dentre as ações necessárias para reversão desta situação e estruturação da atividade de captação, se fazia necessária a constituição e capacitação de equipe e ainda, a restauração da imagem e da credibilidade do Hospital. Esta última, em especial, requeria a regularização de pendências financeiras que, além de impedir a participação do Hospital em processos de captação, afastava parcerias e doadores.

A análise da narrativa elaborada para a estratégia em pauta evidenciou que a Escolha (STACEY, 1996) do Hospital para superar os atratores perpassou pela criatividade, como parte de um processo de aprendizado e das redes de feedback estabelecidas, elementos estes que são exaltados na análise. No Quadro 14, a seguir, são apresentadas as principais práticas e práxis adotadas pelos agentes organizacionais nos processos de Escolha e Ação (STACEY, 1996) em prol de Fontes Alternativas de Receitas.

Fase	Situação	Práticas	Práxis	Elemento Identificado
<b>Escolha</b>	Imagem	Revigorar imagem do Hospital	Atuar na esfera política	Redes de feedback positivo e negativo (interações)
			Atuar junto à órgãos públicos e da saúde	
	Fontes de receita	Diferenciar canais de captação	Marketing social	Aprendizado (SLL e DLL)
			Expor resultados na Mídia	
	Imagem	Revigorar imagem do Hospital	Promover colaboração interna	Redes de feedback positivo e negativo (interações)
			Elaborar programas para PF	
	Fontes de receita	Diferenciar canais de captação	Elaborar programas para PJ	Aprendizado em SLL e DLL
			Atuar nas esferas municipal, estadual e governamental	
	Imagem	Revigorar imagem do Hospital	Regularizar contas	Redes de feedback positivo e negativo (interações)
			Associar imagem do HEG a prevenção	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Expandir a imagem para o nível nacional	Redes de feedback (interações)
			Reformular modelo	
<b>Ação</b>	Fontes de receita	Alavancar captação	Ter foco em campanhas	Aprendizado em SLL e DLL
			Fidelizar doadores	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Estruturar equipe	Aprendizado em SLL e DLL
			Capacitar e improvisar	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Elaborar projetos para parlamentares	Aprendizado em SLL e DLL
			Prestar contas	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Planejar necessidades	Imprevisibilidade
			Interagir social e tecnicamente	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Ser imparcial (apartidários)	Redes de feedback (Interações)
			Manter apoio da Direção	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Promover mobilização interna	Redes de feedback (Interações)
			Fortalecer parcerias e doações	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Criar oportunidades	Inovação (DLL)
			Fortalecer redes de contato	
	Fontes de receita	Alavancar captação	Contatar e interagir com empresas	Redes de feedback Negativo (Interações)
			Fortalecer redes de contato	

Quadro 14 - Estratégia B4.2-HEG: Fontes Alternativas de Receita

Fonte: Pesquisa

No entendimento de gestores e dirigentes do HEG, se fazia necessário uma mudança (WIT; MEYER, 2010) radical que revertesse tanto a imagem externa do Hospital como também o comportamento dos agentes organizacionais, internamente. Como é destacado por alguns dirigentes nos relatos a seguir apresentados, a imagem do HEG estava comprometida por eventos do passado e que precisariam ser, definitivamente superados.

É muito fácil você destruir uma imagem, difícil é você construí-la novamente (Relato de entrevista do HEG).

O Hospital estava abalado, o nome dele, mas o trabalho em si não foi, porque os pacientes continuarão a vir no hospital (Relato de entrevista do HEG).

E com a administração nova [...] a imagem do hospital foi mudada pra melhor, então assim, tudo isso auxiliou (Relato de entrevista do HEG).

Foi construindo essa imagem novamente, do Erasto [...]. Através das campanhas que a gente fez, através do boca a boca mesmo (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar nos relatos apresentados de gerências e dirigentes, que a revitalização da imagem do Hospital era um pré-requisito para a sua sobrevivência. De acordo com a manifestação de agentes, apresentadas a seguir, tal necessidade gerou os estímulos necessários para a mobilização de esforços em prol da revitalização.

[...] ninguém sabia que o Erasto Gaertner precisava [de recursos]. Então o que a gente fez? A gente, com a nova superintendência, a Diretoria do Erasto, a gente conseguiu então ser visto, ser lembrado e a gente conseguiu receber (Relato de entrevista do HEG).

Só é lembrado quem é visto (Relato de entrevista do HEG).

Dentre as práxis adotadas pelo Hospital relacionadas para fortalecimento da imagem, identificou-se a disseminação de uma postura socialmente responsável por meio de campanhas de prevenção – que lhe abriu as portas à mídia –, a exaltação do relevante papel do Hospital para a sociedade e, acima de tudo, as interações nas diversas esferas sociais e políticas. Estas práticas foram destacadas por gestores de nível intermediário e operacional, apresentados a seguir.

[...] é talvez uma forma de você poder ajudar a sociedade e é uma imagem positiva que o hospital precisa ter. Isso volta em ajuda, em doações, em reconhecimento, em indicação... (Relato de entrevista do HEG).

Conscientizar e educar, de certa forma, é um aspecto positivo para a instituição, porque você vai levar o nome da instituição num programa, num jornal (Relato de entrevista do HEG).

A gente tem sempre procurado colocar o hospital, de certa forma como um educador da sociedade, ou seja, campanhas contra o tabagismo, campanhas de combate ao fumo, de combate ao câncer, ou seja, a gente vem tentando participar junto à sociedade nessas datas onde você consegue expor o seu trabalho, também em programas de rádio, de televisão (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar no relato de um gerente, apresentado a seguir que, ao invés de sensibilizar a sociedade para contribuir com o Hospital, o tratamento do Câncer traz para o Hospital, um grande preconceito.

[câncer] é uma palavra forte. Mas, talvez o preconceito [...] seja uma coisa involuntária (Relato de entrevista do HEG).

A nova imagem que era construída para o Hospital exigiu, ainda, ações que promovessem uma mudança da postura em termos de foco, de processos, como também de comportamento por parte dos agentes organizacionais. Como destacou um assessor, cuja manifestação é apresentada a seguir, era fundamental a mudança do comportamento assistencialista por parte dos agentes.

“Coitados que precisam de doação de leite”. Até então a ideia que o hospital passava era essa [...]. Nós estamos em outra fase agora. Hoje, a gente não quer doação de leite, a gente quer doação de equipamento de radioterapia que vem da Alemanha, que custa dois milhões de euros. Então, é outro nível de relacionamento com os poderes de sociedade e Governo (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar no relato apresentado, a percepção de que a postura assistencialista era prejudicial ao Hospital. O resultado foi a disseminação de uma imagem de competência e responsabilidade social, que se tornou muito mais benéfica para o Hospital, em termos de captação de recursos, do que a imagem de “coitados”, que era explorada até então. Esta mudança de comportamento do Hospital e os por meio dela alcançados, são destacados por uma gerência, a seguir.

A mídia também ajudou bastante nesta mudança. As campanhas que o hospital começou a desenvolver na sociedade [...] fez com que a nova imagem positiva do Erasto, revertisse para o lado de recursos financeiros (Relato de entrevista do HEG).

Entretanto, de uma imagem positiva até a captação de recursos propriamente dita, havia a regularização de contas, essencial à obtenção de certidões negativas como parte da estruturação de qualquer processo de captação, como se observa nos relatos de duas gerências, apresentados na sequência.

Toda entidade, pra angariar qualquer tipo de recurso precisa ter um balanço ajustado, precisa ter suas contas em dia, precisa ter suas certidões negativas em dia, isso pras organizações sérias. E se você não planejar isso, esqueça, você não tem como conseguir recursos (Relato de entrevista do HEG).

Se você não tiver uma certidão negativa, seja do Município, do Estado ou Federal, a gente não consegue receber recurso público. E pra você manter essas certidões todas em dia, você tem que tirar dinheiro do seu caixa [...] isso dá um recurso muito alto na verdade [...] isso pro Erasto Gaertner mensalmente, pesa. Mas assim, você investe, você paga os tributos, vamos supor 200 mil reais de tributos, mas você chega ao final do ano e você recebe 4,5 milhões... São escolhas (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se, claramente, na manifestação dos gerentes, a percepção de que o enquadramento do HEG como uma “organização séria” era essencial para a mudança da imagem, bem como para a captação de recursos. Destaca-se ainda defesa destes agentes de que o Hospital tivesse uma atuação mais ousada, enfrentando o incerto, pois, a estabilidade com estagnação poderia representar não sobrevivência. Por estes motivos, pode-se inferir que a regularização das contas do Hospital tenha sido um dos maiores atratores desta iniciativa, dadas as circunstâncias.

Também se fazia necessário, ainda, a definição de um foco, de uma postura de *marketing* mais audaciosa e de novas frentes de atuação, pois, naquele ritmo, conforme manifestou um assessor:

[...] é de muito de gotinha em gotinha. Daqui a pouco a gente vai esperar 30, 20 anos pra poder ampliar e até lá a gente vai precisar aumentar mais ainda. O câncer ele está crescendo também à medida que cresce a população (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se na manifestação do assessor, a percepção de ineficiência de algumas campanhas desenvolvidas, frente às necessidades identificadas. Neste processo, verificou-se que as mudanças assumiram caráter evolutivo (WIT; MEYER, 2010), devido à dificuldade de recursos tanto para as regularizações financeiras, como para estruturação de equipe com a qualificação necessária.

A estruturação da captação se compôs de ações de origem independente e esparsa que foram, posteriormente, integradas. Verificou-se que, a grande maioria das ações, emergiu a

partir dos acontecimentos e descobertas dos agentes organizacionais durante a execução. A presença de um *expert* na gestão da atividade contribuiu para que algumas das iniciativas tivessem como base experiências passadas (WEICK, 1976), todavia, também se verificou a descoberta de práxis a partir da reflexão dos agentes, durante a ação, nos termos de Schön (1983).

O sensemaking do gestor responsável pela atividade também pareceu ter sido essencial na evolução do processo de captação de recursos, na medida em que, sendo um profundo conhecedor do assunto, transformou os recursos existentes em uma “ferramenta” eficaz. Como se observa no relato do gestor da área, apresentado a seguir, houve todo um trabalho de formação.

O que eu tinha era [...] aquele material humano e que tinha que ser lapidado (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se que tal situação se aproxima de características destacadas por Weick (2001) ao mencionar as atividades desenvolvidas por um *Bricoleur*. Algumas ações direcionadas à captação de doadores pessoa física resultaram em completa reformulação do modelo de *Telemarketing* praticado.

O que começou timidamente, com um telemarketing que pedia leite e bolachas, vislumbrou outras oportunidades. A gente começou a fidelizar as pessoas e os colaboradores... e esta questão de fidelização não tinha antes, este projeto de você fidelizar os colaboradores pra que eles pudessem ajudar ao invés de uma vez ao ano, ajudar seis vezes ao ano [...] todos os meses a gente mudava o foco da campanha (Relato de entrevista do HEG).

A percepção dos resultados estimulou o desenvolvimento da capacidade interna para adoção de novas práticas, consideradas comuns no mercado, como a captação junto à pessoa jurídica de grande porte, bem como projetos junto aos parlamentares.

A gente começou a ver de outra forma, quer dizer, a equipe já estava formada, já sabiam qual caminho direcionar e aí outra mudança... o que aconteceu? Eu comecei a vislumbrar que existia a possibilidade de políticos utilizarem de recursos que eles tinham pra poder ajudar o hospital. Então, aí a gente começou a ir atrás de políticos em 2004, em 2005... Em 2007, a gente já teve mais de um milhão e setecentos mil reais de recursos (Relato de entrevista do HEG).

Os relatos apresentados na sequência, por parte de um dirigente, do assessor da área e de gerências, evidenciam algumas das práxis que passaram a ser adotadas pelo Hospital e que contribuíram para o alcance de melhores resultados.

A gente começou a fazer eventos, a gente começou a participar de campanhas, começaram a surgir outras ideias que eles mesmos [equipe] davam pra gente (Relato de entrevista do HEG).

[...] começamos a trabalhar com grandes empresas. A gente montou uma equipe dentro do próprio telemarketing de pessoas que faziam parte do administrativo. A gente colocava a pastinha debaixo do braço com nosso relatório anual, nós íamos visitar empresas pra conseguir grandes doações (Relato de entrevista do HEG).

Nós visitávamos os empresários, aqueles que gostariam de ajudar e tinham condições de ajudar com um poder maior. Então a gente também fez essa questão dos projetos especiais (Relato de entrevista do HEG).

A gente buscava [...] estas empresas pra gente poder conseguir ou então focava na questão do anexo do hospital [...] a gente focava em equipamentos, na manutenção, no atendimento, na troca dos equipamentos (Relato de entrevista do HEG).

A questão de ideias é assim... é correções de rumos pra que nós pudséssemos seguir (Relato de entrevista do HEG. Grifos acrescentados).

Como se pode observar nos relatos apresentados, no processo de formação desta estratégia do HEG houve a presença de *single* e *double loop learning*, resultado do aprendizado que se constituiu internamente. Evidencia-se, claramente, no último relato, a percepção do assessor a respeito do aprendizado construído a partir da análise das ações executadas, nos termos de Weick (1976).

Verificou-se que a criatividade é, reconhecidamente, importante na percepção dos gestores de nível intermediário e operacional, como destaca o relato seguinte de uma gerência.

E eu acredito que a dificuldade gere a criatividade. (Relato de entrevista do HEG).

Isso são estratégias que a gente, ao longo do tempo, a gente foi moldando pra saber realmente aquilo, como a gente deveria fazer né? E tem dado certo, acho que tem dado certo (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se nas manifestações apresentadas, o destaque dado à capacidade desenvolvida pelos agentes de buscar alternativas para aprimoramento do processo de captação, o que demonstra sua interpretação de que houve inovação, mesmo sem a qualificação necessária. A importância de interações e redes de *feedback* constituídas durante reuniões existentes na organização tem para o desenvolvimento de soluções, também é destacada por uma coordenação, a seguir.

Foi no dia a dia mesmo, isso foi das reuniões e pautas que sempre a gente teve dentro da administração, que foram colocadas essas nossas dificuldades e daí criadas as respostas pra que a gente pudesse ter soluções né. Então, tudo isso foi criado mesmo, não apenas surgiu assim do nada, né? (Relato de entrevista do HEG).

Durante a estruturação da atividade no Hospital identificou-se que houve uma aproximação de grupos cujas articulações, em geral, eram consideradas frouxas (ORTON; WEICK, 1990), como também uma integração espontânea entre grupos e atividades. Como exemplos, se identificou ações como a disseminação e veiculação de campanhas na mídia por meio do Marketing, assim como programas desenvolvidos pelo voluntariado e aplicados em escolas e entidades afins. Além de contribuir no processo, o corpo clínico começou a identificar potenciais doadores entre pacientes estabelecendo redes de *feedback*, entre outras frentes de colaboração interna identificadas. A importância da integração entre áreas envolvidas na captação e, especialmente, os profissionais especialistas, é destacada nos relatos de um assessor, apresentados a seguir.

Eles [médicos] ajudam a formatar a questão da especificação técnica, “Ah olha, a questão do microscópio ele tem que ser ondulado que é pra gente poder ensinar o nosso residente, tem que estar do lado pra vê se ele está olhando da mesma forma”..., quer dizer, os médicos, hoje, também eles são proativos nesse sentido de ajudar a gente, e na cobrança também, porque eles cobram pra caramba (Relato de entrevista do HEG).

O médico sabe da equipe que está por trás disso, então as peças do tabuleiro estão muito bem colocadas. E aí a gente consegue fazer um trabalho legal (Relato de entrevista do HEG).

Mesmo com a imprevisibilidade inerente à organização hospitalar e ao processo de captação, verificou-se que o Hospital desenvolveu mecanismos para reduzi-la, ao planejar as prioridades para a distribuição de recursos. Destaca-se aqui, que a imprevisibilidade acompanha os gestores e interfere nas estratégias em qualquer contexto organizacional (MINTZBERG, 1978), pois, não há ferramentas para que os gestores possam lidar, antecipadamente, com o futuro.

[...] quando você faz um projeto você precisa ter prioridades. E a gente precisa [...] ver o que é mais importante, o que vai ser mais emergencial pro Erasto Gaertner Independentemente do tempo que fosse levar [...] você precisava ter o dinheiro e você sabia qual era o objetivo desse convênio, desse projeto. É muito mais fácil você trabalhar assim, porque você vê isso em longo prazo (Relato de entrevista do HEG).

Na captação de recursos, se você quer uma doação em longo prazo, você tem que planejar. Se você não planejar, você não consegue. Então não adianta você visitar uma empresa, tipo Votorantim: “Ah eu tenho aqui um prédio, eu quero construir esse prédio agora”. “Você tem um projeto?” “Ah, eu tenho”. Só que o meu orçamento de 2010 já foi aprovado em 2009. Só pra 2011 (Relato de entrevista do HEG).

Como se observou nos relatos de gerências do HEG, a iniciativa estimulou ações que permitiram a estruturação de processos desde a identificação da necessidade até a análise de custo benefício e elaboração de projeto para captação, de fato. Possíveis divergências quando da priorização de equipamentos têm sido resolvidas por meio da análise a respeito de custo benefício do equipamento e as necessidades técnicas identificadas, o que evidenciou reduzir impasses quanto a prioridades, como também os reflexos do *shadow system*, neste processo. Os relatos de dirigentes e de um assessor ressaltam os benefícios advindos desta iniciativa.

Pra nós montarmos o plano de utilização de recursos foram ouvidos os médicos, os chefes da radioterapia. E eles que apontaram quais equipamentos, a marca, o modelo, a versão, a quantidade dos equipamentos que precisávamos pra modernizar, pra aumentar a capacidade, pra aperfeiçoar o tratamento, o diagnóstico, novas tecnologias (Relato de entrevista do HEG).

Hoje os departamentos eles se reúnem pra ver qual a prioridade de equipamentos que tem que ser adquirida dentro da área de atuação da sua especialidade. Estas prioridades de equipamentos são passadas pra coordenação técnica do hospital, e depois ai a gente já começa elaborar o projeto (Relato de entrevista do HEG).

Observa-se a partir dos relatos apresentados, que a interação e as redes de *feedback* constituídas interna e, externamente, contribuíram para alcance de resultados mais efetivos. Internamente, verificou-se a presença de redes de *feedback* positivas entre direção do Hospital e o corpo clínico. Os resultados já alcançados pelo Hospital, em termos de evolução tecnológica, têm estimulado a participação e colaboração ativa do corpo clínico. O reconhecimento do trabalho do corpo clínico, por parte da gestão do Hospital, também contribui neste processo, como demonstra o relato seguinte, de um dirigente do HEG.

Nós entendemos também que o nosso cliente não é só o doente, o paciente final, mas, o médico também é nosso cliente (Relato de entrevista do HEG).

Outro foco de atuação identificado nas ações do HEG foi a promoção de interações com entidades, com órgãos do setor público e a sociedade como um todo. A imagem de referência em oncologia, que o Hospital detém, tem permitido a participação e o voto de representantes do Hospital em temas relevantes como a legislação da saúde, tabelas de pagamentos do SUS, entre outros no âmbito da saúde, além de estreitar relações com entidades representativas para o Hospital, como evidenciam as manifestações de dirigentes do HEG, apresentadas a seguir.

E ai surgiu a questão de a gente trabalhar com políticos [...] porque a gente está sempre precisando deles, em termos de informações, em termos de eles estarem colocando pra gente pontos importantes de leis que tem que ser seguidas e

regulamentação... E como a questão da saúde ela é bastante... (Relato de entrevista do HEG).

A questão de relacionamento é tudo hoje, se você não tiver um bom relacionamento nas áreas em que a gente precisa. Hoje a gente vai ao Ministério, a gente entra no ministério, conhece tudo, vai desde o gabinete do ministro até o pessoal da alta complexidade, todo mundo sabe quem é o Erasto Gaertner, né? (Relato de entrevista do HEG).

Como demonstraram os relatos apresentados, a interação política também foi uma forma encontrada pelo Hospital para mitigar efeitos da imprevisibilidade natural do setor de saúde e intervir, quando possível, na legislação. Alguns benefícios de relações políticas que o HEG tem estabelecido junto aos *stakeholders* externos, são destacados por um gestor do Hospital, no relato seguinte.

A liberação de um equipamento da Receita Federal, não tem nada a ver com recursos, mas se você tiver uma pessoa que lá dentro tenha, do seu conhecimento, da sua área de atuação, você conhece lá o diretor geral da Receita Federal, “doutor nós temos aqui assim, assim, assim, será que pode nos ajudar”? Ah pro Erasto Gaertner? Ah é lá uma fonte de vídeo que está lá parada lá dois meses por causa da greve do pessoal... “Pode deixar que a gente vai liberar” (Relato de entrevista do HEG).

A dimensão política identificada nas interações do Hospital, também tem demandado práxis específicas por parte do Hospital. Dentre elas, identificou-se a prestação de contas por meio de relatórios, contato telefônico e cafés da manhã, entre outras, foram desenvolvidos durante o processo de formação da estratégia, na medida em que os agentes agiam, aprendiam, se adaptavam e interagiam.

É assim, ele [o doador] quer saber onde é que o dinheiro dele foi (Relato de entrevista do HEG).

A gente faz um café da manhã em Brasília... dois cafés todos os anos. Um no início pra gente agradecer as emendas, e outro pra gente pedir as emendas. Quando a gente vai, tanto pra pedir quanto pra agradecer, nós levamos um jornalzinho, onde está naquele jornalzinho tudo que a gente já comprou, a gente convida pra que quando este equipamento chegar, ele venha aqui [...] que foi com recurso dele (Relato de entrevista do HEG).

Como resultado, identificou-se uma percepção de evolução do Hospital, por parte dos agentes. Mais do que a revigoração, a interpretação dos agentes foi de ter havido fortalecimento da imagem do Hospital, com reflexo na captação de recursos. Fatores como a mudança de cultura assistencialista para uma cultura profissional, além da mobilização gerada

pelo aprendizado e a integração de grupos internos, foram considerados essenciais para os resultados.

Pela característica iterativa e não programada das ações executadas no processo de formação da estratégia de captação de recursos do HEG, pode-se inferir que a iniciativa assumiu um caráter emergente (MINTZBERG, 1978; MARIOTTO, 2003). Ou seja, houve a preponderância de iniciativas individuais e não sistematizadas de vários agentes organizacionais e, principalmente, que ainda continuam em processo de construção e/ou aprimoramento.

Para melhor compreender como o processo foi interpretado pelas principais partes envolvidas, foram elaborados mapas cognitivos de um dirigente, um assessor e um médico, os quais são apresentados na sequência.

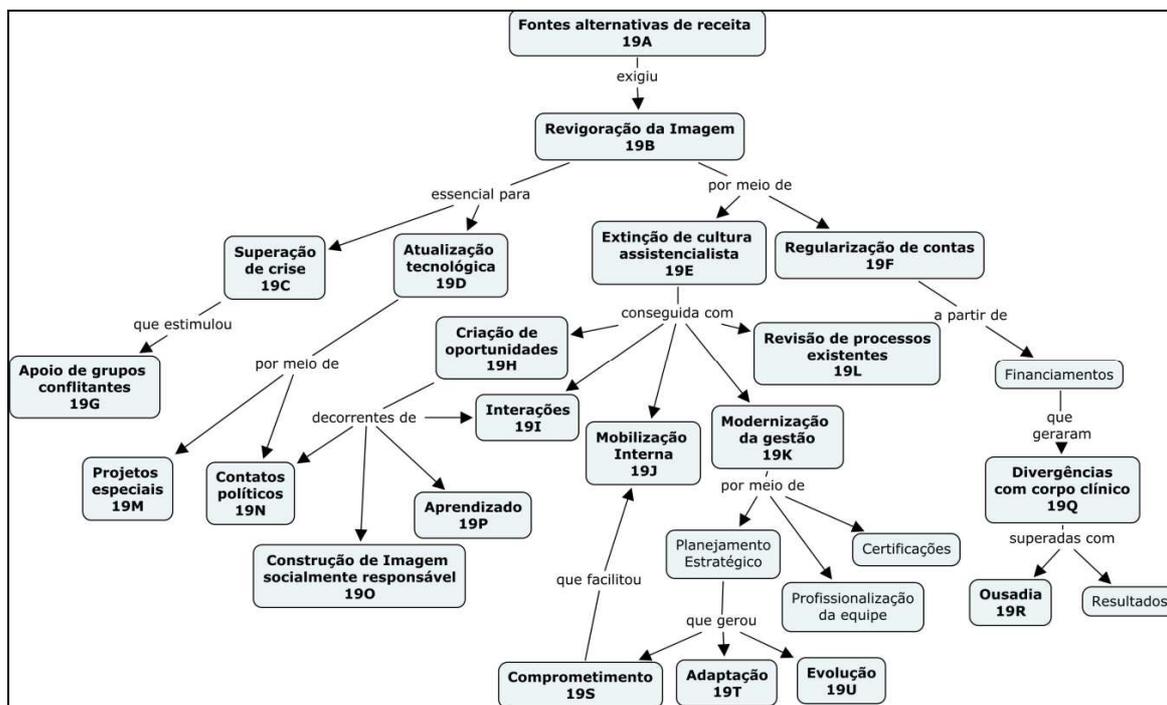


Figura 37 - Mapa 19-E3HEG (Dirigente do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

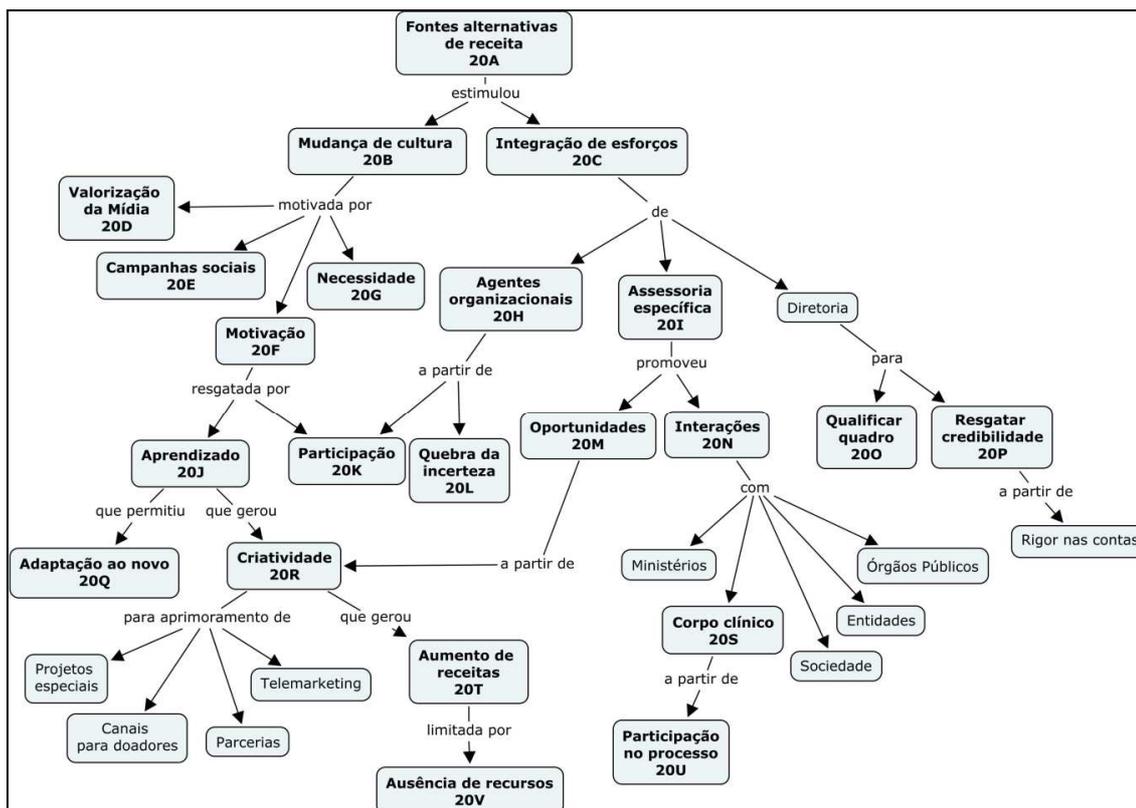


Figura 38 - Mapa 20-E3HEG (Assessor do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

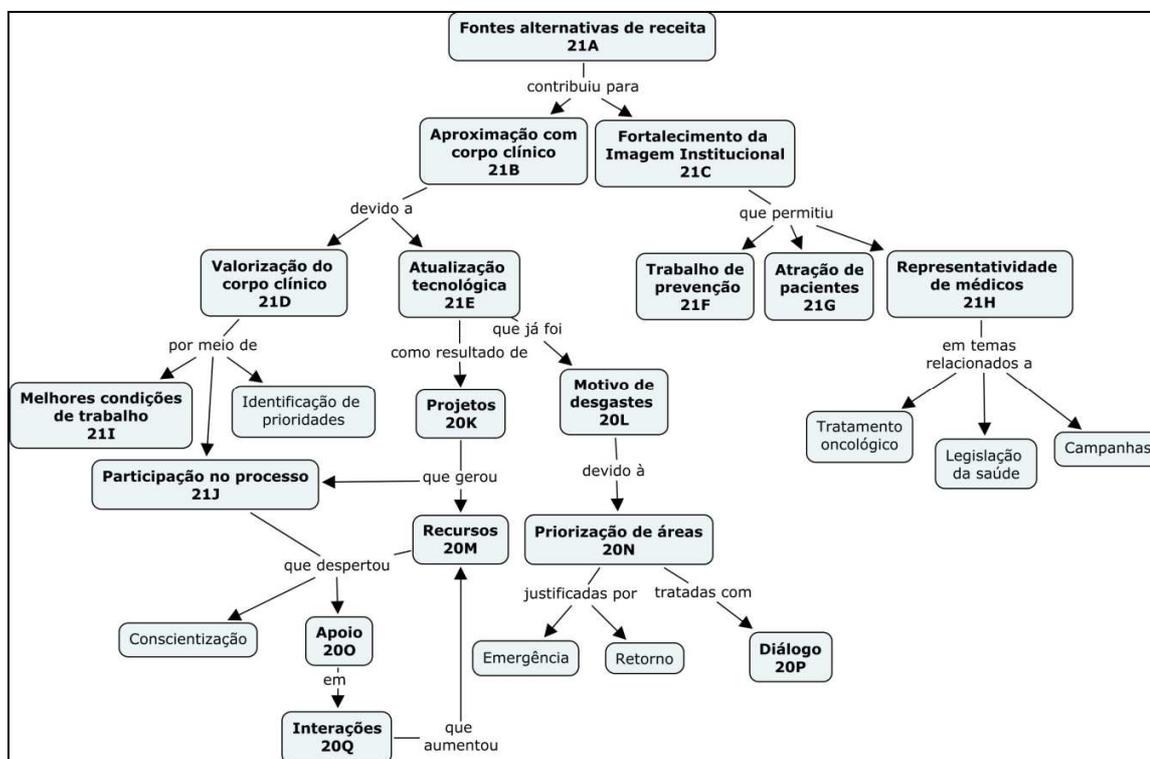


Figura 39 - Mapa 21-E3HEG (Médico do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A análise dos Mapas Cognitivos dos agentes organizacionais revelou que a revitalização da imagem institucional foi interpretada por eles como sendo uma das mais importantes conquistas do Hospital, por ter permitido a superação de uma crise associada ao passado do Hospital. No Mapa 19-E3HEG esta percepção é evidenciada por meio da relação estabelecida pelo dirigente entre os conceitos 19B e 19C. Também no Mapa 21-E3HEG, o médico faz menção ao benefício gerado ao Hospital, por meio da relação estabelecida entre os conceitos 21C e 21G.

Outra convergência de interpretação identificada nos Mapas elaborados revela que a profissionalização da equipe e o Planejamento Estratégico, por exemplo, foram representativos para os resultados alcançados quanto à novas fontes de receita. Evidências desta constatação podem ser observadas nas relações estabelecidas no Mapa 19-E3HEG, entre os conceitos 19E e 19K, como também entre os conceitos 20C e 20O, evidenciados no Mapa 20-E3HEG. Tais evidências permitem inferir que, na interpretação destes entrevistados, construiu-se uma convergência entre as diferentes frentes de iniciativas adotadas pelo Hospital, com reflexos positivos nos resultados na imagem, nos processos e no desempenho do Hospital.

Ficou claro no exame dos Mapas Cognitivos a percepção dos dirigentes sobre o processo de adaptação e aprendizado dos agentes organizacionais, pois, a mudança da cultura interna e o comportamento autônomo de alguns grupos – como destacado anteriormente – foram identificados como dificultadores no processo. A mudança de cultura representou uma forma de adaptação dos agentes às novas demandas e evolução do sistema, como demonstrado no relato de um dirigente, apresentado, a seguir.

Eu acho que hoje o hospital, ele está numa ascendência assim que é difícil agora parar, porque a máquina ela engrenou entendeu, as pessoas, elas estão hoje, é comprometidas com a causa (Relato de entrevista do HEG).

Neste processo, elementos como aprendizado e criatividade foram mencionados como foi o caso do Mapa 20-E3HEG onde o assessor relaciona oportunidade com criatividade (20M e 20R). Outra evidência desta mesma relação pode ser observada no Mapa 19-E3HEG e nas relações entre os conceitos 19H e 19P. Neste contexto, ainda no Mapa 19-E3HEG, o dirigente destaca a relação entre conceitos como comprometimento, adaptação e evolução (19K, T, U), demonstrando sua interpretação de que houve evolução do sistema, como um todo.

Verificou-se que redes de *feedback* positivo e negativo, exploradas pelos agentes durante a execução de ações, foram essenciais nas interações internas e externas. Nos três Mapas Cognitivos apresentados, os agentes demonstraram valorizar as interações estabelecidas entre os agentes organizacionais, especialmente, envolvendo o corpo clínico. Ainda que sempre houvesse o apoio da direção do Hospital. Neste caso, as interações assumiram uma característica espontânea entre os envolvidos internamente e que contribuíram ainda para as interações externas, como se pode observar nos relatos seguintes de gestores.

Surgem ideias e depois as pessoas que vinham até a gente pra dizer assim: “Eu conheço fulano”, hoje nós temos aqui dentro do hospital os próprios médicos que tem alguns pacientes que têm bastante recurso, eles falam: “Olha tem esse, eu sou médico desse paciente, este paciente quer ajudar o hospital” (Relato de entrevista do HEG).

Quando abre qualquer edital de participação que você precisa de uma opinião a respeito do câncer, eles informam o hospital Erasto Gaertner que tem este edital aberto pra que os nossos profissionais possam optar, com uma lei, com uma regularização... [...] isso que é importante pra gente (Relato de entrevista do HEG).

No caso do corpo clínico, em especial, o Mapa 21-E3HEG evidencia a percepção do médico entrevistado, a respeito da expectativa positiva que as fontes alternativas de receita geraram junto ao corpo clínico, devido às novas perspectivas geradas sobre a obtenção de recursos para a modernização do Hospital, bem como melhoria de suas atividades. As relações que evidenciam esta constatação foram observadas entre os conceitos 21A, 21B, 21I e 21J.

#### **4.3.2.4 Estratégia A1.6 do HEG: Informatização de Processos**

A apresentação da estratégia de informatização de processos do HEG evidencia que, no ambiente hospitalar medidas aparentemente simples, como a implantação de um novo sistema, podem tornar-se desafios. Nos últimos anos, um esforço tem sido feito para a atualização tecnológica do Hospital, necessária ao atendimento de exigências legais, mas também para a integração e sistematização de sistemas e informações, bem como para a segurança e conforto dos pacientes.

O processo de Descoberta (STACEY, 1996) desta iniciativa evidenciou que, maior do que escassez de recursos para atendimento à exigência legal envolvida, seria o desafio de convencer e capacitar o corpo clínico – maior impactado – quanto à adoção do sistema. A superação das dificuldades decorrentes da autonomia dos profissionais e shadow system estabelecido ressaltam o processo de aprendizado e capacidade de adaptação por parte dos agentes e da organização. As principais práticas e práxis identificadas neste processo são apresentadas no Quadro 15, contemplando o processo de Escolha e Ação (STACEY, 1996).

<b>Fase</b>	<b>Situação</b>	<b>Práticas</b>	<b>Práxis</b>	<b>Elemento Identificado</b>	
<b>Escolha</b>	Processo	Sensibilizar	Capacitar todos os níveis	Shadow system	
		Manter direção forte	Ouvir, analisar e agir	Shadow system	
			Definir, comprometer e controlar	Autonomia, <i>loosely coupled</i> e Imprevisibilidade	
<b>Ação</b>	Processo	Promover interação entre grupos	Contar com apoio de formadores de opinião	Redes de <i>feedback</i> positivo (Interações) e Shadow System	
			Promover campanhas com foco no corpo clínico		
			Demonstrar benefícios		
		Flexibilizar	Convencer	Customizar sistema	Shadow system
			Facilitar		
			Formar Analistas de Negócios da TI	Redes de <i>feedback</i> positivo (Interações)	
Capacitar	Treinar individualmente o corpo clínico				
Apoiar Dirigentes nos treinamentos	Shadow system				
Persistir	Aprendizado (SLL)				

Quadro 15 - Estratégia A1.6 do HEG: Informatização de Processos  
Fonte: Pesquisa

Fez parte do esforço de modernização das atividades desenvolvidas pelo Hospital, a aquisição de um software de administração hospitalar. A decisão teve como principal objetivo a segurança e a guarda de informações de pacientes, como também a integração de sistemas internos. A dificuldade encontrada pelos profissionais especialistas é destacada, por um médico dirigente, no relato apresentado a seguir.

Quando o prontuário começou a ser informatizado, havia muitos médicos que não queriam fazer, escrever no computador. Um deles era eu, inclusive, tá entendendo? Porque a gente tem, eu tenho até agora essa dificuldade em lidar com computador então eu faço o básico, mas não sou um *expert* (Relato de entrevista do HEG).

Como se pode observar no relato dos dirigentes, foi grande a dimensão da resistência encontrada pelo Hospital durante o processo de implantação do novo sistema. A manifestação de dois dirigentes, apresentadas a seguir, deixa clara a percepção da gestão do Hospital de que toda mudança gera resistência, quando se trata do corpo clínico.

Então é esse fator da mudança, da aceitação dos profissionais médicos tá, que já estavam acostumados com uma forma de você colocar os dados dos pacientes e agora mudou tudo foi a maior barreira que a gente encontrou e ainda encontramos (Relato de entrevista do HEG).

Tudo isso aí passou por um problema de adaptação grande de fazer as receitas médicas dos pacientes, de fazer solicitação dos grupos regionais, das solicitações dos vales, descrição dos atos cirúrgicos, tudo no computador..., quer dizer, tudo isso aí passou por uma adaptação e por reclamações: reclamação de médicos, reclamação de que aquele sistema nosso não funcionava. Mas na verdade, é porque o sistema era novo e tudo que é novo, causa certa mudança na rotina. Eu acho que essa foi uma das coisas que mais deu trabalho (Relato de entrevista do HEG).

Neste contexto, as decisões de mudança identificadas durante a formação desta estratégia podem ser caracterizadas como evolutivas, por terem acontecido de forma gradual (WIT, MEYER, 2010). A estratégia, por sua vez, assumiu um caráter adaptativo, pela presença de inúmeras adequações e mudanças sofridas durante o processo.

Os dois relatos apresentados a seguir, de um médico e de uma gerência, evidenciam as diferentes perspectivas com que o processo foi percebido pelos grupos que representam.

O médico ou profissional de saúde [...], não quer dizer que a grande maioria não gosta de utilizar a tecnologia, ele estudou a vida inteira para entender o paciente para estar diagnosticando, estar examinando e não para estar digitando as informações dentro do sistema. O que é que acontece? O sistema começa a pedir muitas informações que o corpo estratégico quer que gere indicadores para tomada de decisão e alguém tem que inserir essas informações... Aí o médico acha que é muito burocrático para ele, pois ele perde mais tempo digitando informações do que atendendo o paciente (Relato de entrevista do HEG).

É claro que o maior benefício sempre é administrativo, geralmente é administrativo, porque eu tenho as informações *online*, que são mais rápidas, então eu tenho um paciente entrando lá e eu já estou vendo a conta do paciente aqui [...]. Então se o médico, se o enfermeiro não inserir essas informações nós, que somos o administrativo, não olhamos, então isso é para gestão hospitalar. (Relato de entrevista do HEG).

A partir das manifestações apresentadas, evidenciou-se a percepção do médico de que o trabalho destes profissionais seria atender e diagnosticar pacientes. Por outro lado, verificou-se que, na percepção da gerência, o registro das informações é essencial para que o Hospital conheça seus pacientes e contribua para o próprio trabalho do médico, quando da análise do

histórico dos seus pacientes. Cria-se um paradoxo, pela interdependência entre as atividades, a falta de consenso e a frouxidão das articulações existente (ORTON; WEICK, 1990).

Dentre as práxis adotadas pelo Hospital para minimizar este impasse, destacou-se a demonstração dos benefícios advindos da informatização dos prontuários, a conscientização, a capacitação e o direcionamento de profissionais de Tecnologia da Informação (TI) para ensinar, apoiar e acompanhar os profissionais. Adotou-se ainda, o apoio de formadores de opinião e de membros da direção do Hospital em tarefas básicas, como o próprio treinamento de médicos. Os relatos de gerentes do HEG, apresentados a seguir, evidenciam algumas das práxis mencionadas.

Como que a gente vem tratando isso aí? Com muito treinamento e muito diálogo (Relato de entrevista do HEG).

A gente preparou muito a equipe de TI, então, a gente se preocupou bastante com as pessoas. Antigamente tínhamos três pessoas, hoje nós já estamos com 11 e a gente mudou o perfil da equipe. Então, hoje a gente começou a criar uma linha de frente que são os analistas de negócios que primeiro tem que conhecer o negócio do Hospital para poder conversar com o profissional de saúde sem ficar de alguma forma sem resposta. Ele vai chegar para o profissional [...] vai saber o que está falando ta? Esse é um profissional capacitado que tem um bom diálogo (Relato de entrevista do HEG).

Mesmo com os treinamentos e a capacitação, mencionados nos relatos apresentados, a presença de um forte sistema informal exaltou a necessidade de interações informais por parte da direção (STACEY, 1996) como demonstram as práxis adotadas pelo Hospital, evidenciadas nos relatos seguintes.

A gente tem uma parceria muito grande com o coordenador clínico. Então o coordenador do médico [...] consegue ter uma flexibilidade com o profissional e isso facilita (Relato de entrevista do HEG).

Foram feitas reuniões e treinamentos, reuniões e treinamento tá entendendo? E sempre ficando à disposição tanto a informática como eu [Diretor Clínico]. Ficamos sempre à disposição... e continua tendo treinamento ainda, essa educação continuada ainda continua (Relato de entrevista do HEG).

Por tratar-se de sistema frouxamente articulado, a não linearidade de respostas por parte dos diferentes grupos, era esperada pela direção do Hospital. Como resposta, adotou-se mecanismos como a demonstração de aspectos legais envolvidos, bem como dos resultados benéficos ao Hospital. Negociações e convencimento também foram medidas adotadas para a aproximação do corpo clínico, como demonstram os relatos apresentados a seguir.

Isso [resistência] é normal. Principalmente os antigos, talvez, sejam mais resistentes à modificação eletrônica. Agora, é uma questão, eu acho, de explicar melhor pra eles, os avanços e que isso vai ajudar ele próprio (Relato de entrevista do HEG).

A gente vai lá treina, conversa. A gente mostra para ele [médicos] os benefícios, a gente mostra pra ele que o maior trabalho que existe é apenas na primeira vez que o paciente chega ao hospital e que depois ele vai ver o benefício, que todo histórico do paciente vai ficando e ele não vai mais precisar ficar digitando e tudo mais... (Relato de entrevista do HEG).

Foi na base da conversa, muitas vezes do convencimento mesmo, por parte da Informática, da gerência administrativa, do... convencimento pessoal por parte do Superintendente, enfim, todos ali, acaba que aprendem as funções básicas, o que tem que fazer, onde tem que ficar e acaba aprendendo e vai ensinar (Relato de entrevista do HEG).

A flexibilidade da gestão do Hospital, em decorrência do comportamento dos médicos foi evidenciada por meio de práxis, como a solicitação de customizações no sistema, por exemplo. Também se identificou medidas como a promoção de fóruns, onde são convidados outros Hospitais para apresentarem suas experiências. Os relatos de gestores envolvidos no processo, apresentados a seguir, demonstram a compreensão, por parte dos gestores, da característica autônoma do profissional médico, bem como da resistência que estes profissionais têm no que se refere aos processos administrativos.

Nós tentamos entender o lado do médico e ver quais são as possibilidades de melhorar a partir daquela necessidade do profissional. Por exemplo, a gente conseguiu uma parceria junto com a fornecedora em que a prescrição médica quando o paciente está internado, geralmente ele está internado e é a mesma prescrição de todos os dias, ele vai tomar os mesmos medicamentos, então ele não precisa digitar tudo de novo, ele pode copiar a prescrição do paciente do dia anterior e só revalidar ela (Relato de entrevista do HEG).

[...] numa reunião do corpo clínico tivemos que chamar pessoas de fora para explicar como que era superar essa barreira [sistema], daí tivemos que marcar reunião com o corpo clínico pra eles entenderem o porquê destas mudanças [...] então é aí que nós, a gente tem que facilitar, entendeu, toda essa burocracia pro médico continuar trabalhando (Relato de entrevista do HEG).

Pode-se observar nos relatos apresentados, a importância da flexibilidade por parte de ambas as partes. Ainda que a direção do Hospital tenha empreendido esforços para inovar, estabelecendo redes de *feedback*, fornecendo condições para o desenvolvimento de aprendizado e integração entre os grupos, devido ao comportamento autônomo do corpo clínico, os resultados tornam-se morosos e desgastantes porque a cooperação de profissionais especialistas é reduzida (MINTEZBER, 1994; AXELROD; COHEN, 1999) e não há mudança

do esquema dominante (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Neste contexto, a adaptação dos agentes e do sistema organizacional é lenta, a ponto de comprometer sua evolução e auto-organização.

Durante o processo de formação desta estratégia, identificou-se o desenvolvimento de novas práticas, a partir da identificação de necessidades por parte da informática, bem como, de possíveis ações que poderiam ser mais efetivas no trato com o corpo clínico. Portanto, as ações demonstraram ser persistentes. O sistema foi implantado e tem sido utilizado pelos profissionais, apesar de existirem ainda, resistências pontuais. Um exemplo de prática adotada quando da implantação do prontuário eletrônico é destacado por uma gerência, a seguir.

Os médicos, aos poucos, vão se adaptando e foram aceitando também e está normal agora esta entendendo, mas passamos por um período de adaptação (Relato de entrevista do HEG).

Neste contexto, destaca-se ainda, a capacidade de improvisação e de adaptação de algumas áreas. É o caso da área de tecnologia que, mesmo no caso de mudanças resultantes de exigências legais, há a necessidade de encontrar alternativas e desenvolver os mecanismos para o desempenho do seu trabalho. Como destacam os relatos de gestores de nível intermediário apresentados a seguir, a equipe se especializou em improvisar e inovar nas soluções desenvolvidas.

Você tem a questão de legislação que nós temos que cumprir. Temos os prazos em que o Governo diz: “Olha o prazo é esse aqui” então nós temos que correr atrás né (Relato de entrevista no HEG).

Eu posso dizer assim, que o pessoal de TI são camaleões para adaptar-se a qualquer projeto que entra aqui ou eles não sobrevivem na área de TI, porque as mudanças são muito constantes (Relato de entrevista no HEG. Grifos acrescentados).

Como destacado nos relatos de gerências e de um assessor Hospital, a percepção é de que a imprevisibilidade e a decorrente necessidade de adaptação são constantes no ambiente hospitalar. Esta percepção pode ser observada, em especial, no trecho destacado com grifo, no último relato de uma gerência.

Na sequência, são apresentados Mapas Cognitivos elaborados para um dirigente médico, um assessor e para uma gerência do Hospital. A partir de sua análise pode-se melhor compreender sobre práticas e práticas adotadas no trato de elementos de SAC preponderantes, em prol da execução de atividades consideradas estratégicas pelo Hospital.

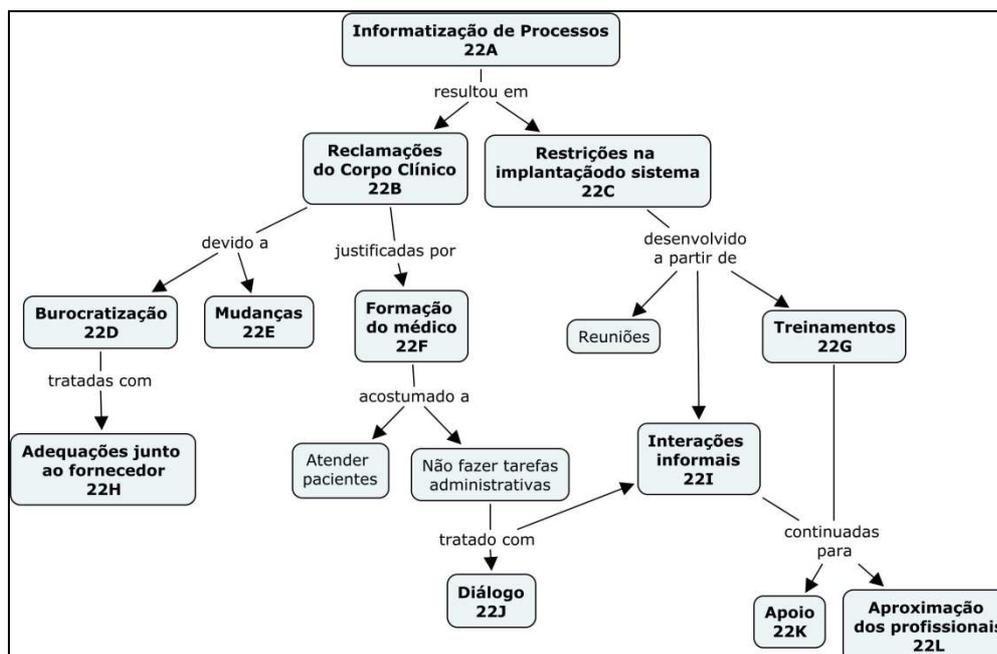


Figura 40 - Mapa 22-E4HEG (Médico Dirigente do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

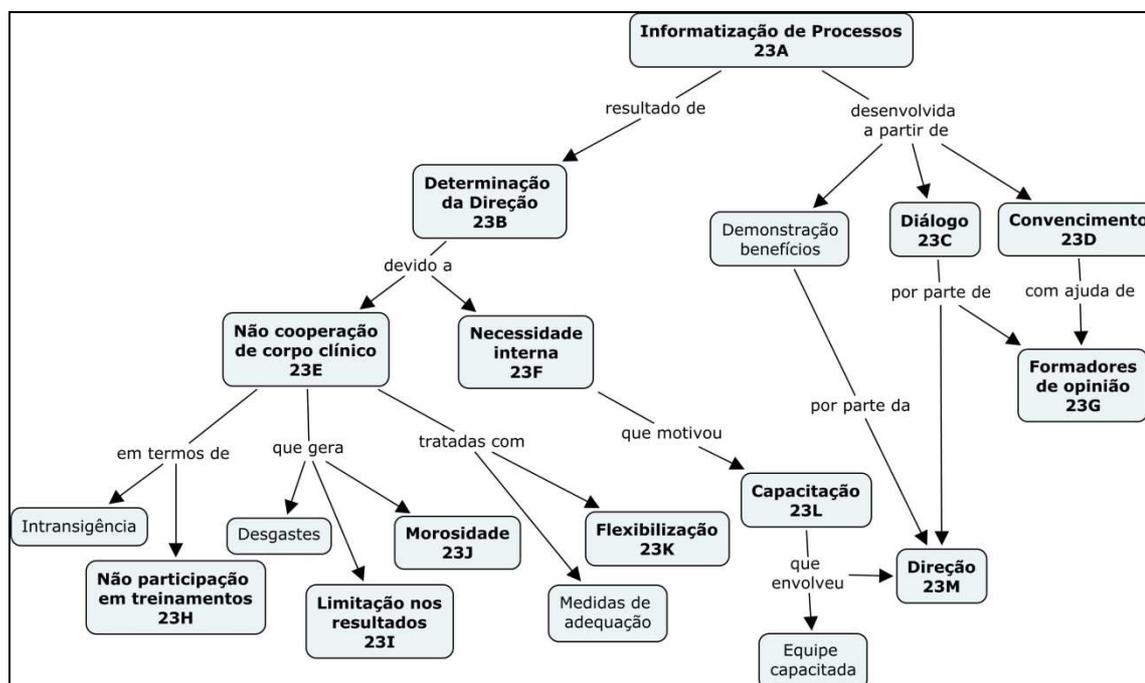


Figura 41 - Mapa 23-E4HEG (Assessor do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

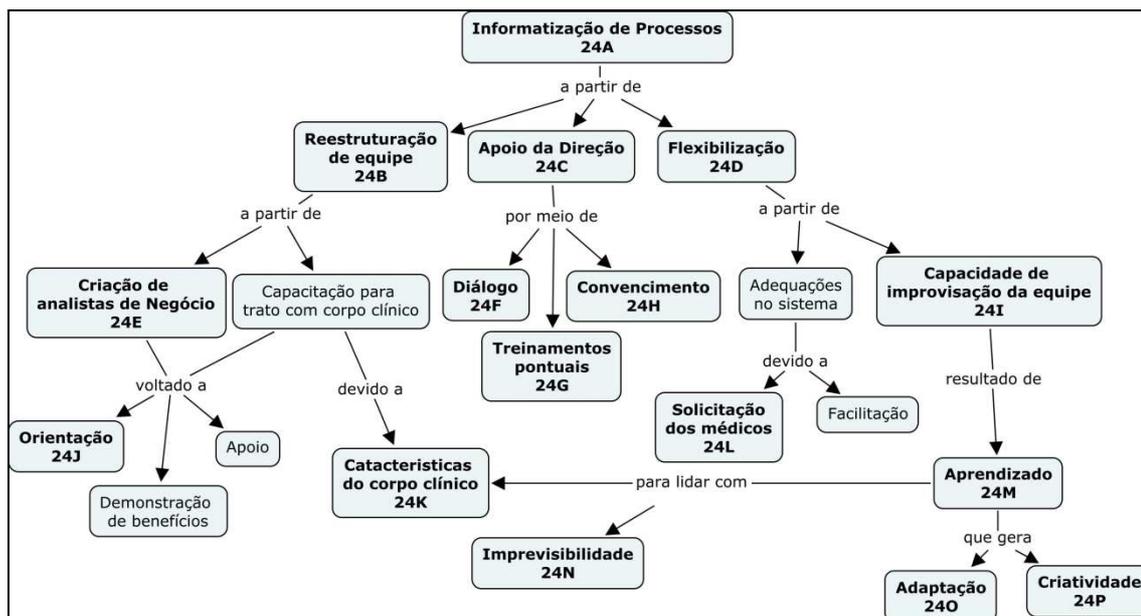


Figura 42 - Mapa 24-E4HEG (Gerência do HEG)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A partir da análise dos Mapas Cognitivos, se identificou pontos convergentes que ressaltaram, em especial, a presença de um forte e resistente sistema informal, como também, o cuidado por parte da gestão do Hospital no tratamento das articulações que se apresentaram, essencialmente, frouxas entre grupos. A observação não participante da pesquisadora permitiu constatar a existência de uma mescla de três elementos: determinação da direção nas decisões, flexibilização posterior, decorrente da resposta observada no comportamento do corpo clínico e, ainda, a criatividade a capacidade de adaptação da equipe administrativa.

O cuidado da direção do Hospital no trato com o corpo clínico pôde ser observado, explicitamente, no exame dos Mapas Cognitivos dos três entrevistados. No Mapa 22-E4HEG, as evidências estão na relação estabelecida entre os 22B e 22F, onde se verificou ainda, a percepção do médico dirigente de que tal situação não é um problema local do HEG, mas sim, uma especificidade de toda a classe médica. Ainda assim, como dirigente, ficou evidenciado o seu entendimento sobre a dificuldade que o comportamento autônomo de médicos acarreta ao Hospital (relações entre 22C, 21I e 22L).

Ainda relacionado à percepção dos gestores sobre a frouxidão das articulações com o corpo clínico, no Mapa 24-E3HEG pode-se observar a percepção da gerência acerca da necessidade de adequação, por parte da organização, a fim de conquistar o apoio do corpo clínico (relações entre 24E, 24K). A relação estabelecida pelo assessor, no Mapa 23-E3HEG,

entre os conceitos 23E e 23K reforça a constatação de que as decisões do Hospital são, fortemente, influenciadas pelo sistema informal.

Todavia, destaca-se que a flexibilização, em geral, foi percebida durante a execução de decisão já tomada, num processo iterativo (AXELROD; COHEN, 1999). Uma evidência desta percepção pode ser observada no Mapa 23-E3HEG, nas relações estabelecidas entre os conceitos 23B e 23F, a partir do qual se percebe o entendimento de que necessidades geram escolhas, nos termos de Stacey (1993), mesmo que depois sejam adotadas medidas de aproximação (relações entre 23C e 23G), como ressaltam os relatos seguintes de um dirigente.

Hoje todos os projetos nossos de certificação envolvem os médicos. [...] Tem que estar certificado o centro cirúrgico, a UTI, todos eles. Então o médico viu essa mudança da administração. E falou “Poxa, se eu não seguir eu vou ficar à margem”. Então com isso a gente conseguiu modificar esse raciocínio. Mas eu digo uma coisa pra você, se não fossem essas cabeças pensantes que eu acho que a duras penas eles conseguiram derrubar esses estigmas de uma sociedade que vinha sendo perpetrada dentro do Erasto Gaertner. Se não fosse uma geração mais jovem, mas não menos responsável do que a antiga, o Erasto Gaertner não estaria hoje no patamar que está (Relato de entrevista do HEG).

Na verdade, eles [Direção] precisaram colocar as suas ideias à prova e muitas das vezes utilizaram outros artifícios que seja imperativo, “faça” e o comando, pra que você conseguisse moldar essas novas mentalidades pra que a gente pudesse ter administração hoje (Relato de entrevista do HEG).

Neste contexto, identificou-se uma destacada capacidade de adaptação de áreas e agentes diante da imprevisibilidade, que também foi percebida nos Mapas dos entrevistados. Para a gerência, como se pode observar no Mapa 24-E3HEG, mais importante do que a flexibilização diante das especificidades do corpo clínico (24A e 24D) foi a criatividade da equipe, para que se conseguisse a informatização de processos. Na percepção da gerência, é a capacidade de improvisação dos agentes organizacionais que lhes permite melhor lidar com a imprevisibilidade e ainda, com as características comportamentais do corpo clínico.

Ainda relacionado ao Mapa 24-E3HEG, verificou-se que, na percepção da gerência, as oportunidades criadas pelos agentes estão associadas com o aprendizado tanto no desempenho de suas atividades como também em relação às características do contexto hospitalar. Esta constatação foi evidenciada por meio das relações estabelecidas entre os conceitos 24I, 24M, 24O e 24P.

Assim, o que assumiu caráter estratégico parece não ter sido a decisão de informatizar, mas, sim, as práticas e práxis (JARZABKWSKI, 2004; ROULEAU, 2005) adotadas pelo Hospital na execução da iniciativa. Assim como a experiência da adoção do Sistema

Hospitalar, verificou-se que outras iniciativas emergiram como fruto de uma intenção inicial (MINTZBERG, 1978). Todavia, percebeu-se que tais iniciativas dependem totalmente da criatividade dos agentes em desenvolver ações para que sejam implementadas.

Neste processo, verificou-se que as ações emergem a partir da percepção dos agentes e de inúmeras práxis por eles adotadas – ou improvisadas – que garantem ao sistema a adaptação necessária. Fato este constatado a partir do relato de entrevistados que algumas ações nem são mais recordadas, de tão pontuais que foram. Assim sendo, pode-se afirmar que o fato de a iniciativa ser ou não estratégica somente é percebido quando da leitura das ações executadas historicamente (WEICK, 1976).

#### **4.3.2.5 Síntese da Análise das Estratégias do HEG**

A partir da análise de estratégias selecionadas do HEG, foram identificadas as principais práticas e práxis adotadas pelo Hospital em três fases (STACEY, 1996) que, mesmo sem a delimitação clara entre elas, foram consideradas como essenciais no processo de formação de estratégias em SAC: o surgimento da estratégia (Descoberta), a interpretação dos agentes a partir de sua análise sobre as possibilidades de atuação (Escolha) e, por fim, as atitudes e comportamentos adotados na execução das ações (Ação).

Neste item, objetiva-se apresentar as principais características evidenciadas no processo de formação de estratégias no HEG, a partir da análise das estratégias selecionadas. Para tanto são apresentados, inicialmente, os reflexos positivos e negativos que elementos da complexidade (SAC) tiveram no processo de formação das estratégias selecionadas do HEG.

Elementos da Complexidade (SAC)	Reflexos no Processo de Formação de Estratégias do HEG	
	Positivos	Negativos
Aprendizado	Incentiva a improvisação, a criação de praxis e a adaptação ao novo	Não há.
Autonomia	Não há.	Limita o apoio às ações estratégicas devido á desarticulação entre grupos
Auto-organização	Promove integração espontânea entre agentes, praxis e estratégias	Aumenta vieses negativos e de divergências que prejudicam a execução
Imprevisibilidade	Estimula a criatividade e flexibilidade dos agentes em mudar e adaptar-se	Inibe mudanças devido a comportamento passivo
Não linearidade	Gera oportunidade para ações inovadoras, a partir dos conflitos	Gera morosidade e perda de oportunidade devido ao <i>Shadow system</i>
Interações	Estimula a cooperação, o aprendizado e a redução da ambiguidade	Limita e criatividade devido à sistematização e ao controle

Quadro 16 - Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias do HEG  
Fonte: Pesquisa

O Aprendizado foi um dos elementos identificados como fundamentais no processo de formação de estratégias. A capacidade de adaptação dos agentes organizacionais demonstrou ser significativa na formação de estratégias, com episódios de criatividade, improvisação e inovação que representaram *single e double loop learning* (STACEY, 1996). Dois aspectos foram identificados como fundamentais neste processo: 1) a forma com que as mudanças foram administradas pela Direção, que associou toda e qualquer mudança ao cumprimento da Missão Institucional e conquistou o apoio maciço da instituição; e 2) a capacidade de aprendizado dos agentes organizacionais que permitiram ao Hospital evoluir sem recursos, por meio da criatividade, improvisação e adaptação espontânea.

No HEG, a autonomia é uma característica que prepondera entre profissionais do corpo clínico. Ainda que a autonomia do corpo clínico, em especial, seja identificada por Dirigentes como limitadora na formação de estratégias organizacionais, eles – que também são médicos – demonstraram compreender que esta é uma característica proveniente da formação do médico e que necessita ser administrada com flexibilidade.

Neste contexto alguns comportamentos da Direção contribuíram para a formação de estratégias. Dentre eles, a ousadia de algumas das decisões tomadas, a flexibilidade em negociar e promover adequações com o corpo clínico durante o processo e, principalmente, a associação de ações estratégicas com a missão institucional do Hospital. Tais atitudes demonstraram que, ao ceder, o Hospital também evoluiu porque consegue o apoio de parcela considerável do corpo clínico. Persistência, treinamentos, participação nos processos decisórios até mesmo por meio da criação de cargos administrativos para médicos são

também práxis adotadas pelo Hospital para minimizar os efeitos negativos da autonomia dos profissionais médicos.

No que se refere à auto-organização, a análise e a observação não participante da pesquisadora permitem inferir que o Hospital tem conseguido encontrar a ordem, apesar de uma aparente desordem (STACEY *et al.*, 2000). Apesar de certa morosidade decorrente do *shadow system* e de características centralizadoras da gestão, as interações formais e informais contribuem para que a formação de estratégias seja caracterizada pela cooperação em prol das estratégias executadas, que levam à adaptação do sistema.

Eventos recentes têm demonstrado uma nova postura do Hospital com impacto positivo nas estratégias em andamento. De uma condição de “conduzido pelo ambiente”, com o estabelecimento de prioridades e maior ousadia por parte dos decisores, o Hospital passou a “conduzir ações” promovendo mudanças que se tornaram estratégicas. Constatou-se que o sistema de controle representado por indicadores, metas e acompanhamento por meio de reuniões sistematizadas adotados tem efeitos negativos no processo espontâneo de auto-organização. Como resultado as redes de *feedback* e o processo criativo tornam-se mais morosos.

No HEG, os reflexos negativos da imprevisibilidade têm estreita relação com recursos. A incerteza quanto à disponibilidade de recursos, em especial, tem sido causa de competição de áreas e grupos de profissionais internos, alimentando o *shadow system*, como é comum em organizações profissionais (MINTZBERG, 2007). A não associação das ações do PAT com recursos financeiros e a constância das adequações demonstram que a organização hospitalar tem aprendido a lidar com a imprevisibilidade. Constantemente, verificou-se a alteração no “como fazer” e não, em “para que fazer”, definido anteriormente. Contudo, se reconhece que resultados são mais morosos naquele contexto organizacional.

Neste contexto, verificou-se a presença de atitudes como a improvisação e o desenvolvimento de soluções criativas por parte dos agentes, em especial, os de nível intermediário. Ressalta-se, entretanto, um comportamento que lembra o trabalho de um *Bricoleur* (WEICK, 2001) por permanecer no limite de suas funções, onde o agente é especialista e, a partir do uso de seu ferramental de trabalho.

A não linearidade de respostas no HEG envolve, essencialmente, membros fundadores e do corpo clínico que compõem o que é chamado de oposição. Ainda que tenha sido identificada a presença de um forte *Shadow System*, em detrimento do sistema legitimado, a observação não participante da pesquisadora permitiu inferir que seus efeitos têm sido mais

amenos no período estudado, do que no passado. Em parte, isso é resultado de uma aproximação promovida pela direção junto ao corpo clínico – e destes com o quadro administrativo –, bem como dos bons resultados que as mudanças de imagem, de cultura e de processos trouxeram ao Hospital, permitindo-lhe a superação de uma crise recente. Ainda assim, a evolução de processos administrativos e o espaço conquistado por estes colaboradores são resultados de negociação e flexibilidade nas relações estabelecidas com o corpo clínico que, em geral, são intermediadas por dirigentes.

Dentre as práticas adotadas em situações de impasse ou interesses divergentes envolvendo o corpo clínico, podem ser destacadas as interações informais, essencialmente, por parte de membros da Direção como, também, de formadores de opinião. Também são realizados fóruns para tratar de assuntos conflituosos onde profissionais – muitas vezes, médicos – de instituições renomadas são convidados para apresentarem suas experiências ao corpo clínico. O diálogo, a transparência, a flexibilidade e a demonstração de resultados também compõem o rol de práticas adotadas. Mesmo o “cumpra-se” mencionado por alguns entrevistados ao referirem-se à postura de alguns dirigentes, pode ser considerado como parte importante no processo de formação de estratégias analisadas. A presença de cooperação foi identificada entre áreas e mesmo entre grupos com interesses divergentes, o que demonstra a capacidade dos agentes de conseguirem promover mudanças nos esquemas recessivos existentes.

Verificou-se que, no HEG, as interações acontecem por meio de canais formais e informais. Os canais formais são representados por um fluxo de reuniões sistematizadas, que contam com a participação de profissionais administrativos e técnicos de diferentes níveis hierárquicos. Este modelo de reunião, onde são apresentados resultados e discutidas propostas e encaminhamentos para as ações do dia-a-dia, representam uma prática adotada pela direção na tentativa de integrar atividades e áreas. Todavia, a análise dos dados e a observação não participante da pesquisadora permitiram constatar que o resultado de reuniões sistematicamente programadas tem sido uma maior morosidade das redes de *feedback*, ao inibir a pró-atividade dos agentes em promover interações. Identificou-se ainda que, na maioria das vezes, a integração de atividades é resultado de interações informais, a partir do incentivo ou determinação da direção.

Identificou-se também a existência de um fluxo de reuniões formais voltado ao corpo clínico. Na prática, entretanto, verificou-se que as interações são essencialmente informais já que a sua disseminação dentro da equipe médica, quando adotados os canais formais, não ocorre.

Identificadas as implicações positivas e negativas que os elementos da complexidade têm no processo de formação de estratégias no HEG, no Quadro 17, a seguir, é apresentado o comportamento adotado pelo Hospital no tratamento de elementos de SAC preponderantes em cada estratégia selecionada. Para cada estratégia analisada buscou-se identificar:

- 1. Processo estratégico:** composto pela dimensão do Pensamento Estratégico (deliberada ou emergente), a dimensão de Formação Estratégica (racional ou criativo) e a dimensão da Mudança Estratégica (evolução ou revolução), com base em Wit e Meyer (2010).
- 2. Elementos de SAC preponderantes:** a presença de elementos de SAC preponderantes no processo, considerando-se o aprendizado, a autonomia, a imprevisibilidade, a não linearidade de respostas e as redes de feedback (interações). A consideração do elemento auto-organização acontece posteriormente, quando da consolidação dos elementos e análise do processo, no final deste tópico.
- 3. Comportamento predominante do Hospital perante o elemento de SAC:** representa o padrão de comportamento dos agentes identificado no tratamento dos elementos de SAC preponderantes em determinada estratégia. É resultado da análise de escolhas e ações dos agentes.

<b>Estratégias selecionadas do HEG</b>	<b>Processo Estratégico</b>	<b>Elementos de SAC Preponderantes</b>	<b>Comportamento Predominante Perante o Elemento de SAC</b>
Reformulação do Modelo de Gestão	Emergente Criativo Evolutiva	Não linearidade	- <i>Loosely coupled</i> com corpo clínico - Shadow system existente e poderoso - Interações pré e pós-mudanças - Negociações
		Imprevisibilidade	- Improvisação e adaptação
		Aprendizado	- Adaptação por meio da criatividade que promoveu mudança de esquemas dominantes - Double loop learning
Certificação ISO 9001:2000	Deliberada Racional Evolutiva	Não linearidade	- <i>Loosely coupled</i> com corpo clínico - Shadow system existente e poderoso - Interações pré e pós-mudanças - Apoio de Formadores de opinião - Flexibilidade em adequações
		Redes de <i>Feedback</i>	- Formais e informais, sistemáticas e com influenciam nos resultados - Entre diferentes linhas hierárquicas - Maior presença de feedback positivo
		Autonomia	- Balanceada e não harmoniosa
Fontes Alternativas de Receita	Emergente Criativo Evolutiva	Aprendizado	- Adaptação por meio da criatividade que promoveu mudança de esquemas dominantes - Double loop learning
		Redes de <i>Feedback</i>	- Formais e informais, proativas e com influenciam nos resultados - Entre diferentes linhas hierárquicas - Maior presença de feedback negativo
Informatização de processos	Deliberada Emergente Evolutiva	Não linearidade	- <i>Loosely coupled</i> com corpo clínico - Shadow system existente e poderoso - Interações pré e pós-mudanças - Flexibilidade em adequações
		Aprendizado	- Adaptação por meio da criatividade que promoveu mudança de esquemas recessivos - Single loop learning

Quadro 17 - Síntese das Estratégias do HEG versus Elementos de SAC

Fonte: Pesquisa

Verificou-se que as estratégias do HEG têm duas fontes diferenciadas. A primeira delas é composta por diretrizes estratégicas representadas por objetivos e metas que determinam “aonde chegar” que emergem de decisões da administração pautadas em análise racional e sistema de informação e, consolidadas no PAT. A segunda fonte é composta por estratégias voltadas ao “como fazer” que emergem da ação efetiva dos gestores que, sob forte influência de aspectos psicológicos como interpretações da realidade, experiências e *insights* procuram responder aos desafios criando e implementando estratégias não previstas no referido Plano.

Ainda que haja um empenho por parte do Hospital em transparecer a gestão estratégica como algo ordenado emitindo imagem de gestão sofisticada, verificou-se que, na realidade a

maioria das ações é emergente e ocorre de forma esparsa e fragmentada (pensamento estratégico). Constatou-se que o processo de formação das estratégias mescla aspectos racionais com eventos criativos, especialmente, no campo de micro estratégia ou micro ação, por iniciativa de agentes do nível médio e intermediário envolvidos no processo.

O aspecto racional ficou explicitado na sistematização dos mecanismos de controle estabelecidos, como indicadores e reuniões para prestação de contas e acompanhamento dos resultados, por exemplo. Tais mecanismos inibem ao mesmo tempo, as ações individuais e criativas, como também as interações entre agentes e grupos de agentes (AXELROD; COHEN, 1999). Um motivo para este comportamento são as características centralizadoras verificadas por parte da gestão, influência do *shadow system* e falta de autonomia dos agentes, os quais podem inibir a capacidade criativa dos agentes e também os efeitos das redes de *feedback* estabelecidas por meio das reuniões.

As mudanças identificadas na formação de estratégias no HEG assumiram um caráter evolutivo (WIT, MEYER, 2010). O comportamento evolutivo foi predominante apesar de uma das mudanças consideradas estratégicas (Quadro 12 - Estratégia A1.5 do HEG: Reformulação do Modelo de Gestão, na página 229), ter assumido um aspecto mais ousado para o padrão verificado no Hospital.

Neste sentido, constatou-se ainda articulações frouxas (WEICK, 1979) entre alguns grupos internos, especialmente, envolvendo o corpo clínico. Esta situação é reforçada pelo fato de a Direção do Hospital ser composta por profissionais médicos eleitos que, durante seu mandato, além de assumirem a função diretiva continuam medicando, o que dificulta que medidas mais enérgicas sejam adotadas devido às relações de dependência estabelecidas entre pares.

Ainda assim, o Hospital demonstrou buscar a aproximação entre o *shadow system* e o sistema legitimado, para integração de esforços. Verificou-se também, maior ousadia nas decisões tomadas, o que ressaltou uma mudança de postura por parte da Direção do Hospital durante o período analisado. Destaca-se que foram vários os exemplos de situações onde se identificou a cooperação por parte de representantes de grupos internos, apesar do forte e influente *shadow system*. É provável que esta conduta seja resultado da preocupação identificada na alta administração em promover interações com grupos divergentes antes e após as decisões, numa atitude flexível e consultiva, mas, não determinante das decisões. Enfim, verificou-se que na mesma arena onde grupos expõem suas divergências, em outras situações também foram o local de criação de soluções inovadoras (STACEY, 1996).

A partir da análise das estratégias selecionadas, pôde-se verificar a existência de um padrão no processo de formação de estratégias do Hospital. No HEG, o processo de formação de estratégias é composto por ações episódicas representadas por reações de agentes autônomos na busca da concretização de necessidades identificadas nas diretrizes estratégicas que, apesar de balizar-se em um processo racional, não elimina a criatividade e a capacidade de aprendizado da massa de agentes que conseguem promover mudanças incrementais e adaptar-se ao sistema, apesar do forte e influente *shadow system* que é tratado na base do “ouvir, analisar e agir”.

Verificou-se que os processos de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996) ocorrem simultaneamente e em diversas fases do processo, na medida em que os agentes percebem novas oportunidades ou desenvolvem novas táticas para fazer valer suas propostas. Neste sentido identificou-se que, em geral, as ações refletem experiências anteriores vivenciadas pelos agentes. Não obstante, houve ocasiões em que se identificou que a proatividade dos agentes lhes permitiu desenvolver práxis a partir de sua construção de significado, a partir de sua leitura sobre as características inerentes ao Hospital, como imprevisibilidade, *shadow system* e escassez de recursos, num claro exemplo de construção de aprendizado durante a ação ou, *reflection-in-action* conforme expressão cunhada por Schön (1983).

O constante “vai” e “volta” verificado na execução de ações que compuseram os processos analisados, permitiu constatar que as ações são percebidas como estratégicas apenas retrospectivamente, devido à dificuldade de compor uma sequência lógica do processo. As principais ocorrências que geram o “vai” e “volta” identificado na execução das ações, são resultado da influência do *shadow system*, que tem influenciado na característica essencialmente incremental do processo e na morosidade dos resultados. A não linearidade de respostas e a frouxidão das articulações existentes, especialmente, entre grupos e atividades exigem que as ações, em geral, sejam continuadas. Da mesma forma, verificou-se que a eficácia alcançada na sua execução está atrelada ao esforço da Direção do Hospital em conquistar algum suporte político antes e, depois, promover adequações.

No HEG, a imprevisibilidade estimulou um comportamento mais passivo por parte dos agentes organizacionais, no que se refere às iniciativas ousadas. Em outros casos – geralmente voltados à micro ações sem grandes impactos no resultado – se identificou a importância da criatividade na busca de soluções para reduzir o impacto da imprevisibilidade e para garantir a continuidade, apesar da escassez de recursos. Verificou-se também que o plano estratégico e

o PAT possuem grande flexibilidade em termos de inclusão, exclusão ou alteração de ações, o que é contraditório com o forte aspecto racional com que foi elaborado.

### 4.3 Análise Comparativa dos Casos

Após a análise individual são, a seguir, reunidas as informações de ambas as organizações foco do estudo. O objetivo foi analisar convergências e divergências entre os Hospitais estudados, tendo como referência os elementos de SAC e suas implicações no processo de formação de estratégias nas organizações estudadas. No Quadro 18, a seguir estão apresentadas as convergências e divergências identificadas no tratamento de elementos da complexidade (SAC), por parte dos Hospitais.

Elementos de SAC	Convergências	Divergências
Aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destacada capacidade de adaptação</li> <li>- Criatividade para desenvolver práxis</li> <li>- <i>Reflection-in-action</i></li> <li>- Predominância de mudança em esquemas recessivos</li> </ul>	<p><i>Mudanças</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: mais evolutivas</li> <li>- HPP: mais inovadoras</li> </ul> <p><i>Diálogo e cooperação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: mais acentuados</li> <li>- HPP: instrumento político</li> </ul>
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Balanceada e não harmoniosa</li> </ul>	<p><i>Abrangência</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: restrita ao corpo clínico</li> <li>- HPP: estendida à administrativos</li> </ul>
Auto-organização	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interação política e aprendizado complexo</li> <li>- Interpretação e experiência dos agentes reduzem a ambiguidade</li> </ul>	<p><i>Liberdade de atuação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: restringida por mecanismos de controle</li> <li>- HPP: estimulada pela autonomia</li> </ul>
Imprevisibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intuição baseada na experiência</li> <li>- <i>Reflection-in-action</i></li> <li>- Instiga a promoção de mudanças</li> <li>- Adaptação com improvisação</li> </ul>	<p><i>Comportamento preponderante</i></p> <p>HEG: maior passividade</p> <p>HPP: antecipação e interferência</p>
Não linearidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença de <i>loosely coupled</i></li> <li>- <i>Shadow system</i> forte, resistente e influente</li> <li>- Flexibilidade e negociações</li> <li>- Aspecto político é fator chave</li> </ul>	<p><i>Em situações de mudanças</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: ouve, analisa e age</li> <li>- HPP: define, informa e convence</li> </ul> <p><i>Uso do poder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: busca pelo consenso</li> <li>- HPP: exercício da autoridade</li> </ul>
Redes de <i>feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduz a ambiguidade</li> </ul>	<p><i>Interações</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HEG: formais, informais e sistematizadas</li> <li>- HPP: essencialmente informais</li> </ul>

Quadro 18 - Convergências e Divergências no Tratamento de Elementos da Complexidade (SAC)

Fonte: Pesquisa

O tipo de aprendizado encontrado em ambos os hospitais revela a forma com que cada Hospital lida com a imprevisibilidade. A imprevisibilidade pode ser extremamente positiva se for enfrentada com oportunismo e, prejudicial, no caso de passividade (WIT; MEYER, 2010).

Constatou-se que o comportamento mais ousado de gestores de ambos os hospitais analisados foi fundamental para a emergência e execução das estratégias organizacionais selecionadas. Ao ousar e assumir riscos, gestores do HPP têm permitido a emergência de oportunidades e outras vezes, têm interferido em situações que se tornaram estratégicas para o Hospital. Neste sentido, verificou-se que a ausência de um planejamento estruturado instiga a constante busca por inovação, por questionar crenças enraizadas e buscar a mudança de modelos mentais existentes. Contudo, a presença de núcleos de poder na esfera administrativa do Hospital, ao mesmo tempo em que provoca mudanças, também inibe a cooperação entre algumas áreas, fortalece o *shadow system* e dificulta a formação de estratégias.

No HEG, a história recente revelou que ao evitar iniciativas arriscadas, o Hospital acabou por ameaçar a sua sobrevivência. A análise dos dados e a observação da pesquisadora permitem inferir que a adoção de um comportamento mais ousado por alguns gestores nos últimos anos foi fundamental para estratégias que permitiram ao HEG sair da estagnação, superar a crise e mudar o perfil assistencialista que o Hospital detinha.

Ainda que as mudanças estratégicas no HEG, assim como também no HPP, tenham assumido um caráter evolutivo, elas aconteceram como em surtos surpreendentes e esparsos, sempre relacionados a decisões cruciais para a sobrevivência do Hospital. No dia-a-dia do HEG, entretanto, percebeu-se que o *shadow system* tem inibido o exercício da autoridade por parte de alguns dirigentes, tornando a formação de estratégias morosa devido à busca de consenso, o que tem feito com que oportunidades sejam perdidas (aspecto cultural afetando a ação estratégica).

Verificou-se que a forma com que a distribuição de poder ocorre em cada Hospital tem reflexos na formação de suas estratégias. No HPP a distribuição de poder é assimétrica e o suporte político obtido por alguns grupos – de diretores e de assessores – lhes permite promover mudanças. Ao invés de buscar o consenso, na maior parte das vezes, verificou-se o exercício da autoridade por dirigentes do HPP. Tal modelo de atuação pode representar uma saída encontrada para evitar a estagnação ou perda de oportunidades decorrentes de conflitos estendidos.

Outra possibilidade está relacionada com a liderança firme de dirigentes do Hospital, por razões de parentesco com fundadores, além do poder burocrático e legitimado, necessário para integrar os diversos sistemas frouxamente articulados da organização. Como resultado, a maior parte das ações estratégicas é executada mesmo com adequações, mas sem morosidade.

Nas palavras de um dirigente o processo ocorre “*com ou apesar das pessoas*” (Relato de entrevista do HPP).

No HEG a distribuição de poder assume características diferenciadas. Além de a distribuição de poder ser linear observou-se também que o fato de o Hospital ser administrado por médicos torna toda decisão uma situação onde variáveis essencialmente políticas se fazem presentes, independente do cargo do tomador de decisão. Verificou-se que a busca pelo consenso é quase uma norma interna, com reflexos negativos na formação de estratégias devido à morosidade e a ausência de apoio ocasionar perda de oportunidades. Ressalta-se que, em sistemas complexos, novas perspectivas só acontecem como resultado de um comportamento alternado entre consenso e conflito, entre confusão e clareza (STACEY, 1993).

Também o comportamento dos Hospitais, em situações de mudança, demonstrou seguir posições extremas, sem a busca de um equilíbrio, talvez mais adequado. Enquanto no HEG a insistente busca pelo consenso limita o aproveitamento de oportunidades, o uso do poder para determinar mudanças no HPP cria um ambiente submisso, que inibe o aprendizado complexo. Este comportamento do sistema tem relação com a constatação de Stacey (1993) de que grupos em estado de conformidade ou rebelião são incapazes de aprendizado complexo.

A cooperação e o diálogo tiveram destacada presença nas interações entre os agentes do HEG. Todavia, pôde-se constatar que a ausência de autonomia entre administrativos e a presença de controles podem estar inibindo a pró-atividade e a criatividade inovadora dos agentes. Tais características fazem parte do aprendizado complexo e são essenciais para o desenvolvimento de práxis estratégicas e, como consequência, para a formação de estratégias. A sistematização de controles e de interações identificados no HEG exaltou uma abordagem racional cujos elementos divergem das características organizacionais de hospitais (MINTZBERG, 2003; GORDON, 1962). A sistematização identificada não só dificulta o desenvolvimento de redes de *feedback* espontâneas como também pode atrofiar o processo de evolução, dela decorrente.

Verificou-se que o aspecto simbólico tem sido representativo, especialmente, na gestão estratégica do HEG. Embora o discurso dos agentes pretenda demonstrar uma imagem de gestão moderna – com ênfase na análise, planejamento e controles – verificou-se que, na prática, as ações são revistas, adequadas ou substituídas a partir da interpretação dos agentes. Ao invés de analítico, tal comportamento evidencia um processo intuitivo e interpretativo, face ao contexto que é dinâmico. Esta evidência e suas decorrências, apresentadas

anteriormente, reforçam o entendimento de que o processo de formação de estratégias em sistemas complexos – como os Hospitais analisados – não segue uma abordagem racional, predita em modelos sequenciais e lógicos de planejamento.

Apesar da sistematização de reuniões estabelecidas no HEG, identificou-se que as interações em prol da execução de ações estratégicas ocorrem informalmente e no *shadow system*. Este processo pode, em parte, ser caracterizado como espontâneo – pelas próprias características autônomas inerentes aos agentes de SAC – e, por outro lado, ser considerado como intencional e resultado da interpretação e escolha de agentes por desenvolver mecanismos (práxis) para atingir interesses individuais ou compartilhados. Isto faz com que ações sejam, essencialmente, iterativas e resultantes da criatividade dos agentes em buscar práticas e práxis diferenciadas para conseguir ações estratégicas que sejam executadas.

Como destacou Weick (1979, p. 189), “*the inability of people in organizations to tolerate equivocal processing may well be one of the most important reasons why they have trouble. [...] It is the unwillingness to disrupt order, ironically, that makes it impossible for the organization to create order*”. A ordem em sistemas complexos é representada pelo caos. O caos, por sua vez, não pode ser controlado, mas, apenas acompanhado. Neste contexto, pode-se inferir que os mecanismos de controle e a sistematização identificados no HEG podem inibir a espontaneidade das redes de *feedback* e, conseqüentemente, o aprendizado e as soluções criativas que surgem a partir destes eventos.

A análise dos dados combinada com observações de natureza não participante da pesquisadora levam à conclusão que estratégias mais diretamente relacionadas com a missão institucional dos Hospitais (crianças e câncer) tiveram maior êxito. Dentre os motivos está o fato de tais estratégias possuírem maior apelo social (e emocional) internamente e externamente, especialmente, quanto à captação de fundos. Nestas situações, verificou-se que as articulações entre grupos que são, naturalmente, frouxas se unem em prol de causas institucionais nobres integrando-se os esforços.

A existência de articulações frouxas e do *shadow system* faz com que a formação de estratégias nos Hospitais tenha assumido um caráter, essencialmente, iterativo. No HPP o constante “vai e vêm” de ações e práxis para adequações é resultado do exercício da autoridade representado por um contínuo fluxo de “definição, convencimento e adequações” onde dirigentes arriscam mais porque sabem que precisarão retroagir. Um dos motivos identificados para tal retroação esteve relacionado às divergências com os profissionais especialistas, de quem os hospitais são dependentes. No HEG, por sua vez, o “vai e vêm” de

ações e práxis para adequações é resultado do forte *shadow system*. Diante da estrutura de poder existente, especialmente, envolvendo o corpo clínico, o lema adotado por dirigentes deste Hospital de “ouvir, analisar e agir” (busca de consenso) torna as redes de *feedback* ainda mais lentas e o *shadow system* ainda mais fortalecido que, por vezes, impede ou deturpa o resultado de algumas iniciativas consideradas estratégicas.

A partir dos aspectos analisados, o comportamento prático identificado como preponderante no processo de formação de estratégias dos Hospitais estudados são apresentados de forma comparativa no Quadro 19, a seguir:

<b>Características</b>	<b>HEG</b>	<b>HPP</b>
<b>Pensamento</b>	Informal, com regras variadas	Informal, com regras variadas
<b>Estilo cognitivo dominante</b>	Intuitivo e interpretativo	Intuitivo e interpretativo
<b>Ênfase</b>	Lógica sobre a criatividade	Criatividade sobre a lógica
<b>Direção do pensamento</b>	Vertical	Lateral
<b>Postura em relação ao futuro</b>	Planejar	Aproveitar oportunidades
<b>Natureza da estratégia</b>	Emergente sobre deliberada	Emergente sobre deliberada
<b>Processo de formação</b>	Criativo sobre o racional	Essencialmente criativo
<b>Sequência do processo</b>	Primeiro pensar, depois agir	Pensar e agir entrelaçados
<b>Estrategistas</b>	Níveis superior, médio e intermediário	Níveis superior e médio
<b>Tomada de decisão</b>	Hierárquica	Dispersada
<b>Interações</b>	Formais e informais	Informais
<b>Mudanças</b>	Evolutivas	Evolutivas
<b>Postura nas mudanças</b>	Busca do consenso	Exercício do poder
<b>Tipo de Execução</b>	Iterativa	Iterativa
<b>Foco da execução</b>	Aprendizado (desenvolvimento organizacional)	Aprendizado (desenvolvimento organizacional)
<b>Autonomia</b>	Balanceda e pouco harmoniosa	Administrada
<b>Apoio</b>	Flexibilidade e negociação “pré”	Flexibilidade e negociação “pós”

Quadro 19 - Processo de Formação de Estratégias nos Hospitais: Análise Comparativa

Fonte: Pesquisa

Em essência, o contexto em que ocorre o processo de formação de estratégias nos Hospitais é similar. As respostas das organizações hospitalares, analisadas às implicações decorrentes deste contexto, é que determinam os resultados encontrados por suas estratégias.

As iniciativas estratégicas do HPP são episódicas e compostas por ações estratégicas, resultado do comportamento oportunista e ousado do Hospital ao lidar com a imprevisibilidade. As inúmeras ações ou práxis que compõem a formação de estratégias, na sua maioria, emergem ou resultam de iniciativas individuais da alta administração e de gestores de nível intermediário que gozam de uma autonomia assistida. A execução das ações estratégicas ocorre sob forte influência de aspectos políticos e de interações informais. O

processo de aprendizado é contínuo e caracterizado pela criatividade, capacidade de adaptação e de inovação por parte dos agentes.

No HEG, o processo de formação de estratégias é composto por ações estratégicas episódicas representadas por reações de agentes autônomos. Embora tenha base em um processo racional composto por diretrizes estratégicas, na sua maioria, as ações emergem do cotidiano e de *insights* dos agentes. A sistematização e o controle de processos limitam, mas, não eliminam a criatividade dos agentes em improvisar e desenvolver práxis além daquelas estabelecidas nos planos formais. Na formação de estratégias, as mudanças são evolutivas, as estratégias são adaptativas e, na maioria das vezes, buscam o consenso, como resultado do forte e influente *shadow system*.

## 5. Conclusões

Esta tese foi desenvolvida com o objetivo de compreender como se desenvolve o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos. As conclusões estão divididas em três seções: na primeira são examinadas as hipóteses do estudo e sua validade, com base na análise dos dados. Na segunda seção é respondido o problema central de pesquisa. Por fim, são apresentadas recomendações para novos estudos.

### 5.1 Análise das Hipóteses da Pesquisa

Com base nos dados analisados e no referencial teórico que norteou o estudo passa-se, a seguir, a examinar as seis hipóteses que nortearam a pesquisa, examinando sua validade.

#### **1. Características organizacionais de Sistemas Adaptativos Complexos, representadas por elementos como o aprendizado, a autonomia, a auto-organização, a imprevisibilidade, a não linearidade e interações, afetam a formação de estratégias (STACEY, 1993; 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000; REBELO, 2004).**

As implicações que elementos de SAC apresentaram no processo de formação de estratégias nos Hospitais permitem confirmar esta hipótese. Evidências que corroboram esta constatação foram apresentadas no item 4.1 (A influência de Elementos de SAC na Formação de Estratégias, página 132) e, mais especificamente, no Quadro 10 (página 217) e Quadro 16 (página 277) do item 4.2, que apresentaram os reflexos positivos e negativos que os elementos da complexidade (SAC) tiveram na formação das estratégias selecionadas.

As principais implicações positivas e negativas que elementos da complexidade (SAC) têm na forma com que estratégias surgem e são desenvolvidas foram consolidadas e são apresentadas no Quadro 20, a seguir:

Elementos da Complexidade (SAC)	Reflexos no Processo de Formação de Estratégias	
	Positivos	Negativos
Aprendizado	Permite criação de práxis, incentiva a adaptação e gera inovação	Não há.
Autonomia	Resulta em criatividade por parte de agentes administrativos	Fortalece a desarticulação quando as redes de <i>feedback</i> são falhas
Auto-organização	Garante integração espontânea, fundamental à formação de estratégias	Expande também vieses negativos aumentando divergências existentes
Imprevisibilidade	Propicia mudanças evolutivas se houver comportamento oportunista, ousado e flexível	Causa estagnação se houver comportamento passivo
Não linearidade	Representa oportunidade para inovação, como resultado de soluções dos conflitos	Fortalece o <i>shadow system</i> e dificulta a formação de estratégias
Interações	Reduz a ambiguidade das informações e estimula a cooperação e o aprendizado	Compromete a formação de estratégias no caso de centralização

Quadro 20 – Reflexos de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias em Hospitais  
Fonte: Pesquisa

Pode-se constatar que além de elementos da complexidade (SAC) terem interferido no processo de formação de estratégias, as implicações decorrentes estiveram diretamente relacionadas ao modo com que as organizações reagiram a tais elementos.

Verificou-se que a liberdade dos agentes no pensar e agir, destacada por Stacey (1993), foi essencial para a evolução dos Hospitais, devido às implicações decorrentes da criatividade e aprendizado. Identificou-se também que, no processo de formação de estratégias dos Hospitais estudados, a criatividade dos agentes em criar novas práxis e ações estratégicas foi significativa e, principalmente, esteve relacionada ao nível de autonomia dos agentes. Constatou-se que a autonomia dos agentes administrativos, quando existente, foi benéfica à execução das estratégias organizacionais. A autonomia assistida – como foi nominada neste estudo e verificada na experiência do HPP – criou uma atmosfera propícia para o processo de curiosidade e de criatividade dos agentes.

A autonomia assistida teve dois principais efeitos no processo de formação de estratégias. No caso onde houve maior autonomia para os agentes administrativos, verificou-se que foi significativa a presença de criatividade no desenvolvimento de práxis, num processo de tentativa e erro. Um dos possíveis motivos para tal comportamento decorre de uma atitude dos agentes, explicitada por Axelrod e Cohen (1999), segundo a qual os agentes observam e interpretam as reações daqueles com quem interagem e/ou mantém relações de dependência, antes de executarem suas ações. O segundo efeito se refere ao suporte político que um grupo de pessoas que compartilham os mesmos objetivos e interesses conseguem angariar para a execução de estratégias organizacionais, quando possuem alguma autonomia

para agir e interagir. Contatou-se, portanto, que a autonomia também pode ter implicações positivas na formação de estratégias. Este tema é explorado com mais detalhes na resposta ao problema central de pesquisa, ainda nesta seção.

Com maior ou menor grau, todos os elementos considerados neste estudo tiveram algum tipo de impacto no processo de formação de estratégias, como demonstrado no Quadro 20 (página 292). Além da contribuição que elementos como o aprendizado e as interações têm na formação de estratégias – identificadas também no estudo de Rebelo (2004) – acrescenta-se, ainda, a autonomia (para agentes administrativos) e o suporte político como uma decorrência da não linearidade.

Verificou-se, entretanto, que a não linearidade e a imprevisibilidade apresentaram reflexos mais negativos do que positivos na formação de estratégias. Constatou-se que os resultados no trato da imprevisibilidade por parte dos Hospitais podem ser extremos: ao mesmo tempo em que pode incentivar um comportamento proativo e oportunista, pode também gerar passividade e estagnação. A não linearidade de respostas, por sua vez, tem estreita relação com a característica frouxamente articulada (ORTON; WEICK, 1990; WEICK, 1982) dos grupos de agentes que compõem hospitais. Dentre as implicações resultantes, se destacam a morosidade resultante das divergências acerca de decisões, a ausência de apoio e de cooperação em ações estratégicas e a desarticulação dos grupos que compartilham o poder.

As interações (redes de *feedback*) demonstraram ser fundamentais para diminuir os efeitos da diversidade e da não linearidade na formação de estratégias nos Hospitais. Tal influência das interações na formação de estratégias pode ser resultado da capacidade individual dos agentes – que é fortalecida pelo nível de autonomia detido – em estabelecer mecanismos de cooperação para tornar o ambiente propício às ações intencionadas por eles, como destacou Stacey (1993; 1996). Neste contexto, evidências demonstraram que a cooperação é um pré-requisito para o aprendizado complexo por incentivar a criatividade e a ousadia no tratamento da imprevisibilidade.

**2. A formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos, como a organização hospitalar, é inversamente relacionada com a abordagem racional (MINTZBERG, 1978; MINTZBERG, WATERS, 1985; STACEY, 1993; 1996;**

**LISSACK; GUNZ, 1999; BOLMAN; DEAL, 2003; MARIOTTO, 2003; REBELLO, 2004).**

Esta hipótese pode ser sustentada pelas diferenças encontradas entre as características identificadas no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados, em relação às características de modelos racionais como o apresentado por Wit e Meyer (2010) (Quadro 2, p. 90) e por Chaffee (1985) no Modelo de Estratégia Linear.

Identificou-se que, no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados, houve a preponderância do emergente sobre o deliberado. Observou-se que, na sua maioria, as estratégias e ações estratégicas identificadas em ambos os Hospitais emergiram ao longo do processo de formação como resultado do esforço de agentes – da alta administração, mas, também do nível intermediário – visando superar as barreiras (atratores) encontradas.

Tal constatação reforça os achados de Mintzberg (1978) de que prescrições e técnicas formais de análise e planejamento parecem ser incapazes de retratarem a realidade complexa da formação de estratégias em organizações, em especial, em organizações hospitalares. A preponderância do caráter emergente identificado nas estratégias dos Hospitais pode ser resultado da influência que elementos como a imprevisibilidade, a não linearidade, e o aprendizado têm na gestão estratégica de SAC (STACEY, 1993; LISSACK; GUNZ, 1999).

Mesmo em situações onde se identificou uma intenção estratégica, as ações executadas durante o processo de formação caracterizaram-se como emergentes. Constatou-se, ainda, que ações (práxis estratégicas), identificadas como essenciais na formação de estratégias, tiveram sua origem muito mais relacionada à capacidade de interpretação, de aprendizado e de improvisação dos agentes do que em planos formalmente elaborados.

Algumas características presentes na realidade de ambos os Hospitais foco do estudo corroboram para com esta constatação. Uma das características que impediu que estratégias dos Hospitais analisados tivessem sido executadas tal como formuladas, tem relação com a representatividade que componentes sociais, políticos e interativos tiveram no processo de formação de estratégias (BOLMAN; DEAL, 2003). Também a imprevisibilidade e o paradoxo que se estabeleceu entre comportamento autônomo e a interdependência entre os agentes, demonstrou reforçar o *shadow system* e comprometer a efetividade do uso de mecanismos de prescrição e controle. O desenvolvimento de práxis foi o mecanismo encontrado por agentes para execução de estratégias organizacionais, a partir de interações simultâneas e informais.

Outra característica identificada na análise do processo de formação de estratégias diz respeito à inexistência de evidências que demonstrem uma relação de causa e efeito

estabelecida previamente pelos gestores entre metas e resultados alcançados. Ao invés de um planejamento prévio, a maior parte das estratégias analisadas assumiu uma característica emergente e as ações decorrentes não resultaram de escolhas deliberadas.

Assim como demonstrado no Quadro 16 (página 277), controles sistematizados e planos formalmente elaborados podem gerar estagnação do Hospital, na medida em que inibem o processo espontâneo de auto-organização. Controles e processos muito sistematizados demonstraram bloquear a capacidade dos agentes em criar (REBELLO, 2004) e buscar soluções alternativas durante a execução de ações, além de alimentar a passividade deles em relação a mudanças.

Contatou-se ainda que, mesmo em iniciativas caracterizadas como estratégias deliberadas, o caráter iterativo das ações desenvolvidas ao longo do processo de formação da estratégia impossibilitou que se identificasse a sequência lógica de acontecimentos (MINTSBERG; WATERS, 1985; MARIOTTO, 2003). Uma possível razão para este comportamento nos Hospitais estudados pode estar relacionada à simultaneidade com que os agentes descobrem, escolhem e agem (STACEY, 1996) em situações inesperadas que ocorrem durante o processo de formação de estratégias (como demonstrado no Quadro 6, Quadro 7, Quadro 8 e Quadro 9 para as estratégias selecionadas do HPP, assim como no Quadro 12, Quadro 13, Quadro 14 e Quadro 15 para as estratégias selecionadas do HEG).

O caráter mutável da organização hospitalar, as relações de dependência e comportamento autônomo dos agentes também se constituem motivos que dificultam a identificação da sequência lógica de ações no processo de formação de estratégias destas organizações. Tais características de SAC impedem que estratégias sejam consideradas como realizadas, apenas pelo fato de terem sido iniciadas. A única certeza que os dirigentes têm é que, se a estratégia for executada, significa que está enquadrada em um modelo diferente daquele pensado preliminarmente.

Ressalta-se, ainda, que o uso de metodologias de gestão adotado no mercado ao invés de ajudar na gestão estratégica dos hospitais, em alguns casos, tem dificultado este processo. Tais metodologias, quando não são readequadas para a realidade hospitalar, tendem a inibir a capacidade dos agentes em analisar, fazer escolhas e agir.

Verificou-se que, em algumas situações, a percepção dos benefícios do uso de metodologias de gestão modernas tem base muito mais na necessidade de exaltar uma imagem moderna de gestão, por parte de dirigentes, do que pelos resultados efetivamente alcançados com o seu uso. Este comportamento pode ser caracterizado como uma profecia

autorrealizável, nos termos de Merton (1968). Ou seja, um senso comum baseado na percepção de dirigentes de que tais metodologias são benéficas ao Hospital se instala entre os agentes organizacionais, estimulando-os a forçar e, principalmente, a valorizar o seu uso.

Assim, algumas práticas adotadas no mercado – como técnicas de análise, planejamento e controle, essencialmente, racionais – são quase “espremidas” ao serem aplicadas em organizações hospitalares. Todavia, elas são utilizadas e valorizadas porque assim se espera que o sejam. Como resultado, as metodologias não apresentam os mesmos resultados em termos de efetividade, enquanto que os Hospitais prejudicam o curso natural de alguns processos devido ao seu uso inadequado. Os resultados alcançados, quando o são, decorrem muito mais de um efeito auto-organizante do sistema, do que da aplicação ou uso de métodos racionais, propriamente ditos.

**3. A formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos, como a organização hospitalar, é fortemente influenciada por aspectos adaptativos (WEICK, 2001; CHAFFEE, 1985; STACEY, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY, GRIFFIN, SHAW, 2000).**

As evidências encontradas a partir da análise das estratégias selecionadas, apresentadas no item 4.2 (Quadro 10, página 217 e Quadro 11, página 222 para o HPP; Quadro 16, página 277 e Quadro 17, página 281, para o HEG) e na análise comparativa demonstrada no item 4.3 permitem confirmar a hipótese de que a formação de estratégias em hospitais é fortemente influenciada por aspectos adaptativos.

Características identificadas contribuíram para a constatação de que o processo de formação de estratégias em Hospitais é fortemente influenciado por aspectos adaptativos. Dentre elas, destacou-se o caráter simultâneo e contínuo de monitoramento do ambiente e promoção de mudanças (STACEY, 1996) durante a formação de estratégias, por ambos os Hospitais. O caráter iterativo e sutil identificado nas mudanças estratégicas também evidenciou o comportamento adaptativo de agentes e suas ações estratégicas, às necessidades do contexto organizacional (CHAFFEE, 1985). A representatividade de atitudes como, por exemplo, a capacidade de improvisação desenvolvida pelos agentes na execução de estratégias também reforçam a constatação de que as ações que compuseram o processo de formação de estratégia nos Hospitais analisados foram, essencialmente, adaptativas.

Outra característica identificada diz respeito ao fato do processo de formação de estratégias nos Hospitais ser menos centralizado (embora a alta administração assuma um papel de liderança), mais multifacetado e as ações estratégicas serem menos integradas. Uma possível justificativa está no fato de que, em hospitais, o processo de formação de estratégias envolve diferentes grupos – administrativos e técnicos especialistas – com expectativas, interesses e graus de comprometimento diferenciados. Por fim, identificou-se a destacada capacidade dos agentes destas organizações em adequarem-se, com flexibilidade e criatividade, durante o processo de formação de estratégias, seja motivados por necessidades de mudança como resultado das redes de *feedback*, ou ainda, por imposição do *shadow system*.

Neste processo, verificou-se que cada iniciativa estratégica analisada compôs-se de inúmeras micro estratégias desenvolvidas, individualmente, pelos agentes. Tais ações (práxis) estratégicas foram desenvolvidas e executadas por agentes, a partir do seu jeito particular de interpretar o ambiente, de interagir e de desenvolver mecanismos para influenciar os resultados, no afã de atender esquemas individuais ou compartilhados. Constatou-se que as estratégias nos Hospitais estudados emergem e assumem um caráter adaptativo, tendo como base os *insights*, a criatividade e a interpretação da realidade por parte de agentes envolvidos, o que denota a representatividade do caráter interpretativo neste processo. Em suma, a formação de estratégias nos Hospitais se caracterizou muito mais por um processo de adaptação com base no *sensemaking*, do que em análises racionais.

A burocracia profissional, característica típica de organizações hospitalares também contribuiu para que o processo de formação de estratégias, nestas organizações, tenha assumido caráter adaptativo. Episódios apresentados, especialmente, na análise das estratégias selecionadas, evidenciaram o esforço dos agentes administrativos e da alta administração dos Hospitais em promover contínuas adequações durante o processo de formação. Tais adequações decorreram muito mais do comportamento autônomo de profissionais especialistas do que do *shadow system* existente. Ademais, o caráter adaptativo das ações estratégicas foi evidenciado também na forma com que o sistema se auto organizou, espontaneamente, durante cada uma das estratégias analisadas, em especial, naquelas em que a não linearidade de respostas foi predominante.

**4. Fatores cognitivos, como a construção de significado (*sensemaking*) dos agentes organizacionais, são decisivos no processo de formação de estratégias em Sistemas Adaptativos Complexos (WEICK, 1969; 1979; 2001; CHAFFEE, 1985; MINTZBERG, 1987b; SCHÖN, 1993; STACEY, 1993; 1996).**

Esta hipótese foi validada com base em evidências apresentadas no item 4.2, mais especificamente, no Quadro 5 (página 169), na análise dos Mapas Cognitivos elaborados para cada estratégia selecionada, bem como nos Quadros resumo evidenciando práticas e práxis adotadas pelos Hospitais nos processos de Descoberta, Escolha e Ação (STACEY, 1996). Também as informações apresentadas no Quadro 18 (página 285) corroboraram com esta constatação. A análise dos dados revelou que o processo de formação das estratégias nos Hospitais possui características dinâmicas e que não há separação entre pensamento e ação, nos termos de Schön (1983).

Constatou-se que o viés dado às estratégias nos Hospitais exprimiu características como, por exemplo, a construção de significado, preferências e interesses dos agentes envolvidos. Ou seja, as estratégias e ações dela decorrentes foram construídas com base em escolhas individuais. Este comportamento demonstrou, claramente, a capacidade dos agentes das organizações hospitalares de interpretar, analisar e fazer escolhas que melhor atendam às suas expectativas e àquelas dos grupos a que pertencem (WEICK, 1969; 2001; CHAFFEE, 1985). O papel do *sensemaking* no *strategizing* é explorado com maior profundidade na resposta à quinta Hipótese.

Dois comportamentos extremos, por parte dos agentes organizacionais, foram identificados no processo de formação de estratégias. Ao mesmo tempo em que os agentes possuíam uma destacada capacidade de flexibilidade e adaptação (STACEY, 1996), eles foram também os grandes responsáveis por articular e provocar mudanças por meio de suas ações. Verificou-se que os agentes escolhem e assumem posicionamentos, de forma a influenciar no desenvolvimento de ações estratégicas e na construção do suporte político necessário para que elas sejam executadas. Tal comportamento demonstrou ser resultado de análise e construção de significado (WEICK, 1969) por parte dos agentes – especialmente, membros da alta administração e gestores de nível intermediário – acerca tanto do ambiente e das estratégias organizacionais como, também, das consequências avindas de suas próprias interações e ações (AXELROD; COHEN, 1999). Tal comportamento por parte dos agentes foi caracterizado por uma espécie de intencionalidade (pensar antes de agir).

Ainda que se tenha evidenciado o caráter retrospectivo do *sensemaking*, quando os agentes interpretam suas ações com base em experiências passadas, nos termos de Weick (1979), outras situações demonstraram que, nos Hospitais estudados, o aprendizado também foi construído durante as ações. Verificou-se que muitas das práticas desenvolvidas pelos agentes constituíram-se em reações espontâneas motivadas pelo contexto, pela necessidade e, principalmente, pela percepção dos agentes acerca de como agir para atingir seus propósitos individuais, bem como os propósitos coletivos por eles compartilhados.

Um dos motivos para tal comportamento pode estar relacionado à imprevisibilidade, presente na realidade da organização hospitalar, que incentiva os agentes a agirem de forma ousada (STACEY, 1993) e impulsiva. Este tipo de ocorrência, chamado de *reflection-in-action* por Schön (1983) foi evidenciado, especialmente, em situações criativas e de improvisação diante do imprevisto e durante a formação das estratégias.

Verificou-se, entretanto, que os efeitos da interpretação e construção de significado, por parte dos agentes, durante a formação de estratégias limitaram-se ao nível de autonomia do agente. Uma possível justificativa para tal comportamento pode estar relacionada ao fato de a emergência de novas práticas serem determinadas pela liberdade dos agentes no pensar e no agir. Neste contexto, constatou-se que a autonomia – num nível assistido – é uma das formas que dirigentes de organizações hospitalares têm para criar um ambiente propício ao uso do conhecimento tácito e da criatividade, por parte dos agentes diretamente envolvidos na operação.

**5. Em sistemas complexos, há relação entre formação de estratégias, práticas adotadas e elementos cognitivos dos agentes organizacionais representados pela construção de significados (*sensemaking*) (WEICK, 1979; 2001; WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKY, 2004; ROULEAU, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007; CAMPBELL-HUNT, 2007).**

A análise dos dados e a observação não participante da pesquisadora permitiram confirmar que a relação existente entre formação de estratégia e construção de significado por parte dos agentes, apresentada na hipótese quatro. Evidências que corroboram com esta constatação foram apresentadas por meio da análise dos Mapas Cognitivos para as estratégias selecionadas, apresentada no item 4.2.

Entretanto, verificou-se que as ações resultantes das escolhas individuais dos agentes foram representadas muito mais por práxis, do que por práticas estratégicas (ver Quadro 5, página 169; Quadro 11, página 222 e Quadro 17, página 281). Assim, a validação desta hipótese não se confirmou em sua plenitude.

Tal constatação tem base em características assumidas por práxis e práticas no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados. A dinamicidade do processo de formação de estratégias no contexto hospitalar exigiu dos agentes um constante esforço de interpretação e adequação, a fim de promoverem adequações necessárias à execução da estratégia. Tais adequações constituíram-se em práxis estratégicas por terem sido, na maioria das vezes, pontuais e direcionadas, ao invés de terem assumido uma dimensão social, o que caracterizaria uma “prática” (WHITTINGTON, 1996; JARZABKOWSKI, 2004; ROULEAU, 2005; JOHNSON *et al.*, 2007).

A dinâmica do processo de formação de estratégias impede que a maior parte das práxis virem rotina e ganhe a dimensão social necessária para tornarem-se práticas. Desta forma, constituiu-se um círculo virtuoso e iterativo composto por “análise, interpretação, desenvolvimento de práxis”, seguido por “análise, interpretação e desenvolvimento de práxis” que se repetiu durante todo o processo de formação de estratégias. Tais evidências permitiram inferir que por motivo dos efeitos da imprevisibilidade, da não linearidade e da criatividade dos agentes organizacionais, muitas das práxis desenvolvidas em hospitais nunca se tornarão práticas.

Esta constatação evidencia, ainda, que na formação de estratégias os agentes baseiam-se em análise e interpretação antes de agir e que práxis são as ações resultantes deste processo. A prática, por sua vez, assume um caráter mais amplo e posterior à práxis, na medida em que envolve uma dimensão social que extrapola a dimensão individual. O fato de as iniciativas estratégicas, em hospitais, resultarem de inúmeras ações decorrentes da interpretação e do esforço individual (práxis) e coletivo (práticas) dos agentes demonstra quão social, interpretativo e (até) operacional torna-se o processo de formação de estratégias nestas organizações. Portanto, compreendeu-se que a hipótese pode ser validada parcialmente.

Constatou-se ainda, que o desenvolvimento de práxis necessárias à execução das estratégias nos Hospitais esteve diretamente relacionado ao nível de interações e à eficácia das redes de *feedback* entre dirigentes e agentes de nível intermediário (CAMPBELL-HUNT, 2007). Tal constatação tem base no fato de que, apenas cientes dos objetivos almejados e dos atratores encontrados, é que os agentes podem contribuir desenvolvendo mecanismos (práxis)

para efetivar intenções presentes nos esquemas compartilhados, o que exalta a importância do *sensemaking* neste processo.

Em hospitais, o processo de formação de estratégias envolve diferentes níveis hierárquicos. Neste contexto, verificou-se que práticas estratégicas desenvolvidas pela alta administração estiveram mais voltadas à busca do suporte político para sustentação de escolhas e decisões por eles tomadas. Por outro lado, o desenvolvimento de práticas estratégicas relacionadas à execução das estratégias, concentrou-se nos níveis mais próximos da operação, em especial, junto aos agentes de nível intermediário.

Ainda que o papel da liderança tenha sido essencial, verificou-se que os agentes foram os responsáveis por identificarem lacunas e promoverem ajustes (práticas) espontâneos no processo de formação, a partir de suas próprias descobertas e escolhas (construção de significado). Os agentes têm e refletem os seus interesses nas ações que executam. Portanto, planejamento e controle muito estruturados e com limitada perspectiva de intervenção por parte dos agentes impedem a criatividade e o aprendizado complexo.

**6. A execução de estratégias em sistemas complexos como hospitais, se desenvolve, em sua essência, no sistema informal (STACEY, 1993, 1996; AXELROD; COHEN, 1999; STACEY; GRIFIN; SHAW, 2000).**

A análise do processo de formação de estratégias nos Hospitais, demonstrado no item 4.2 e, mais especificamente, na análise dos Mapas Cognitivos, permitiu confirmar que a execução de estratégias nos Hospitais estudados se desenvolveu, em sua essência, no sistema informal. Evidências mais específicas que corroboram com esta constatação podem ser observadas no Quadro 11 (para o HPP, página 222), no Quadro 17 (para o HEG, página 281), como também no Quadro 18 (página 285), nos itens que trataram a respeito do elemento “não linearidade”.

O exame do processo de formação de estratégias nos Hospitais identificou um elevado número de práticas estratégicas resultantes de intenções individuais e coletivas. Foi no *shadow system* – algumas vezes assumido e, em outras, não – que se identificou os principais focos de redes de *feedback* não lineares responsáveis pela característica iterativa e fragmentada da formação de estratégias nos Hospitais.

Neste processo, verificou-se a existência de um fluxo contínuo e intercalado de avanços e retrocessos. Tal característica iterativa ocorria, na medida em que dirigentes promoviam,

conseguiam ou regrediam em sua intenção de mudar esquemas recessivos e buscar suporte político para a execução de ações estratégicas. Um dos motivos para este comportamento esteve relacionado ao fato de que, enquanto há um grupo de agentes (dirigentes, por exemplo) tentando promover mudanças em esquemas recessivos a fim de conseguir suporte político para determinada ação, o comportamento autônomo dos demais agentes (dirigentes, conselheiros ou profissionais especialistas) lhes permite resistir às pressões de mudança. Tal situação gerou um impasse, com reflexos diretos no processo de formação de estratégias.

Verificou-se ainda, que os interesses individuais se alteraram constantemente durante o processo de formação de estratégias nos Hospitais, tendo como consequência alterações na formatação de suas estratégias. Uma das justificativas para este tipo de situação pode estar relacionado ao fato de os agentes refletirem o comportamento de outros agentes dos quais são dependentes, analisando suas respostas e alterando o seu comportamento na medida em que percebem que a resposta de outrem não lhe é favorável (STACEY, 1996; AXELROD; COEHN, 1999).

Devido à alternância de posições, por parte dos agentes organizacionais, constatou-se que durante o processo de formação a estratégia passa a ser, inevitavelmente, alterada de forma fragmentada e adaptativa, visando atender aos interesses de diferentes grupos envolvidos. Tal característica tem origem nas articulações frouxas entre grupos autônomos, bem como no *shadow system* instalado que, em hospitais, se sobrepõem à autoridade hierárquica. Em tal ambiente de divergências e poder compartilhado, a manutenção do foco das estratégias e o desenvolvimento de novas perspectivas (iniciativas estratégicas) somente acontece se houver destreza por parte de dirigentes na consecução do devido suporte.

As características do uso do poder têm implicações na forma com que a organização trata a não linearidade de respostas e, conseqüentemente, no processo de formação de estratégias. Tal constatação tem respaldo na característica diferenciada com que se deu o tratamento da não linearidade nos Hospitais analisados, que variou desde o consenso com morosidade até o exercício da autoridade, apesar da falta de apoio. A partir dos resultados encontrados para cada Hospital, neste processo, pode-se inferir que o equilíbrio entre conflito e consenso é fundamental.

Todavia, há momentos críticos onde as pressões exercidas por diferentes esquemas individuais forçam escolhas (STACEY, 1993). Nestas ocasiões, cabe aos dirigentes fazê-las, caso contrário, a evolução do sistema fica comprometida. As escolhas, em situações críticas, devem ocorrer mesmo que por meio do exercício da autoridade, caso contrário, elas

acontecerão por parte daqueles agentes que detêm maior poder – ou que tem maior suporte político.

As informações provenientes da análise das Hipóteses trouxeram elementos importantes que fortalecem e embasam a resposta ao pressuposto fundamental deste estudo, no âmbito e nos limites desta pesquisa, a respeito de como ocorre o processo de formação de estratégias em hospitais. Examinadas as Hipóteses, verificou-se que os achados do estudo validaram a maior parte das hipóteses que orientaram esta pesquisa. Passa-se, a seguir, a responder ao problema central que norteou o presente estudo.

## 5.2 Resposta ao Problema Central de Pesquisa

**Problema central de pesquisa: Como ocorre a formação de estratégias em sistemas complexos como hospitais?**

Algumas características, identificadas como preponderantes nos casos analisados, ajudam a responder o problema de pesquisa ao compor o que se definiu como um padrão de comportamento para o processo de formação de estratégias, conforme passa a ser demonstrado no Quadro 21, a seguir:

<b>Características</b>	<b>Padrão Identificado na Formação de Estratégias dos Hospitais Analisados</b>
<b>Pensamento</b>	Informal, com regras
<b>Estilo cognitivo dominante</b>	Interpretativo
<b>Ênfase</b>	Criatividade sobre a lógica
<b>Direção do pensamento</b>	Lateral
<b>Postura em relação ao futuro</b>	Flexível e ousada
<b>Natureza da estratégia</b>	Emergente sobre deliberada
<b>Processo de formação</b>	Essencialmente adaptativo e criativo
<b>Passos no processo de formação</b>	Pensar e agir entrelaçados
<b>Estrategistas</b>	Em todos os níveis da organização
<b>Tomada de decisão</b>	Dispersada
<b>Interações</b>	Predominantemente informais
<b>Mudanças</b>	Evolutivas
<b>Postura nas mudanças</b>	Equilibrada entre conflito e consenso
<b>Execução</b>	Iterativa
<b>Foco da execução</b>	Aprendizado
<b>Autonomia</b>	Assistida e em diferentes funções
<b>Apoio</b>	Resultado de flexibilidade e negociação

Quadro 21 - Padrão Identificado na Formação de Estratégias dos Hospitais

Fonte: Pesquisa

Constatou-se que a mesma emergência que caracteriza o comportamento de SAC (LISSACK; GUNZ, 1999) também se aplicou ao processo de formação de estratégias nos Hospitais. Além do caráter emergente, os diferentes esquemas interpretativos da multiplicidade de agentes envolvidos na formação de estratégias incentivaram um movimento iterativo de inúmeras ações (práxis) estratégicas que compuseram cada estratégia. As práxis, em geral, foram dinâmicas e pontuais demais para terem se desenvolvido em rotinas ou terem ganhado uma dimensão social, tornando-se práticas.

Observou-se que nos Hospitais estudados, as mudanças assumiram um caráter evolutivo. As estratégias não foram incrementais nem, tampouco, contínuas. Mesmo quando incrementais, as estratégias se desenvolveram numa espécie de espasmos repentinos, provocando mudanças seguidas de um período de continuidade. Uma forte razão para isso pode ser atribuída à influência de elementos da complexidade (SAC) como a imprevisibilidade, a não linearidade e a adaptação dos agentes. Neste contexto de descontinuidade, a manutenção do foco estratégico foi atingida por meio da intervenção dos dirigentes. As mudanças que permitiram a evolução organizacional, por sua vez, resultaram de uma leitura interpretativa do ambiente e do oportunismo da organização hospitalar em ser flexível ao novo e ter iniciativas ousadas.

A característica irregular do processo de decisão estratégica verificada nos Hospitais contribuiu para que a formação de estratégias se caracterizasse como, essencialmente, adaptativa e criativa. As ações estratégicas foram pouco ou, em muitos casos, nada integradas e a sua execução assumiu um caráter iterativo e multifacetado, fortemente influenciado por elementos cognitivos, como o *sensemaking* dos agentes que as promoveram, influenciados por interações informais, por articulações frouxas entre grupos e pelo *shadow system* existente.

No processo de formação de estratégias dos Hospitais constatou-se haver incidência muito maior de práxis do que de práticas estratégicas. Isto pode ser explicado pelo fato do processo de pensar e agir constituir-se na essência do desenvolvimento de práxis. Tal comportamento resultou do conhecimento tácito e *sensemaking* dos agentes motivados por esquemas individuais e compartilhados. Por esta razão, a autonomia assistida de gestores intermediários nos Hospitais torna-se fundamental no processo de formação de estratégias. Sem uma autonomia mínima, não há ambiente propício à criatividade necessária para o desenvolvimento de novas práxis e, portanto, as iniciativas estratégicas podem desvirtuar-se muito além do movimento já habitual verificado em SAC.

A proximidade (física e cognitiva) entre níveis hierárquicos administrativos consegue minimizar efeitos negativos que a autonomia apresenta, quando se trata de profissionais técnicos. O impacto positivo que níveis controlados de autonomia têm na formação de estratégias resulta da supressão de níveis hierárquicos e da característica essencialmente informal das interações, especialmente, entre agentes da alta administração e níveis intermediários, mais próximos da operação.

A cooperação, no contexto da formação de estratégias dos dois Hospitais demonstrou ser muito mais intensa nas interações promovidas em prol de suporte político para a execução de práxis estratégicas, do que para o desenvolvimento das práxis propriamente ditas. Observou-se que tal comportamento dos agentes foi influenciado pelo *shadow system* e pela autonomia decorrente da configuração profissional, característica da organização hospitalar. A flexibilidade dos dirigentes no trato destas características permitiu o equilíbrio entre conflito e consenso, até mesmo porque os dois extremos são prejudiciais ao processo de formação de estratégias, como também à própria evolução organizacional.

Verificou-se também que no processo de formação de estratégias nos hospitais, nem todas as estratégias foram percebidas retrospectivamente, nos termos de Weick (1979). Esta constatação tem base em evidências de que, na disputa pela mudança do esquema dominante em prol de interesses individuais ou compartilhados entre grupos os agentes, continuamente e intencionalmente, buscaram formas de interferirem em decisões e processos inadequados aos seus interesses. Ou seja, conscientemente, os agentes articularam situações para conseguir a materialização de ações estratégicas que lhes eram importantes ou aos seus propósitos. Este comportamento exaltou o *sensemaking* dos agentes que, após análise e interpretação de comportamentos e situações, fizeram escolhas sobre como agir a partir dos desafios percebidos (atratores).

Constatou-se ainda que ações que compuseram as estratégias organizacionais, nem sempre tiveram como base a experiência passada dos agentes que as desenvolveram. Reconhece-se que, na maioria das situações, os agentes agiram intuitivamente e projetaram ações a partir de uma experiência memorizada, a qual permitiu a adaptação a novas situações (WEICK, 1969; 1995). Contudo, em circunstâncias de escolha sob pressão – especialmente política –, verificou-se uma criatividade proativa e inovadora por parte de agentes. Nestas ocasiões, mesmo sem conhecimento, os agentes demonstraram persistir e aprender durante a ação, em defesa de seus interesses individuais ou compartilhados. Tal evidência permitiu

aplicar também aos SAC a constatação de Schön (1983) de que os agentes aprendem enquanto agem, nominada pelo autor de *reflection-in-action*.

Como reflexo do comportamento autônomo de agentes e de núcleos de poder internos, verificou-se que as articulações entre grupos são como frouxas na organização hospitalar (WEICK, 1982; ORTON; WEICK, 1990). Como resultado, a formação de estratégias nestas organizações foi dificultada pelo fato de a tomada de decisão tornar-se dispersa e a cooperação, restrita. Neste contexto, identificou-se na missão institucional dos Hospitais um mecanismo integrador, capaz de articular grupos divergentes em prol de objetivos nobres e comuns. O papel da liderança, como mencionado anteriormente, foi essencial neste tipo de articulação, bem como na formação de estratégias. Isto validou também para SAC a constatação de Child (1993) de que as lideranças têm um papel essencial nas escolhas estratégicas e, acrescenta-se ainda, também na forma com que elas são colocadas em prática.

A análise das Hipóteses que orientaram o estudo, bem como da resposta ao Problema Central desta pesquisa ressaltaram a maior relevância de práxis estratégicas na formação de estratégias, ao invés de práticas estratégicas. Esta constatação sugere uma alteração no esquema proposto inicialmente (Figura 3, página 99) para demonstrar como ocorre o processo de formação de estratégias em sistemas complexos (SAC), como hospitais. Na Figura 43, a seguir, são apresentados, de forma figurativa, os elementos influentes inicialmente desenhados para este estudo, visando explicar como ocorreu o processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados.

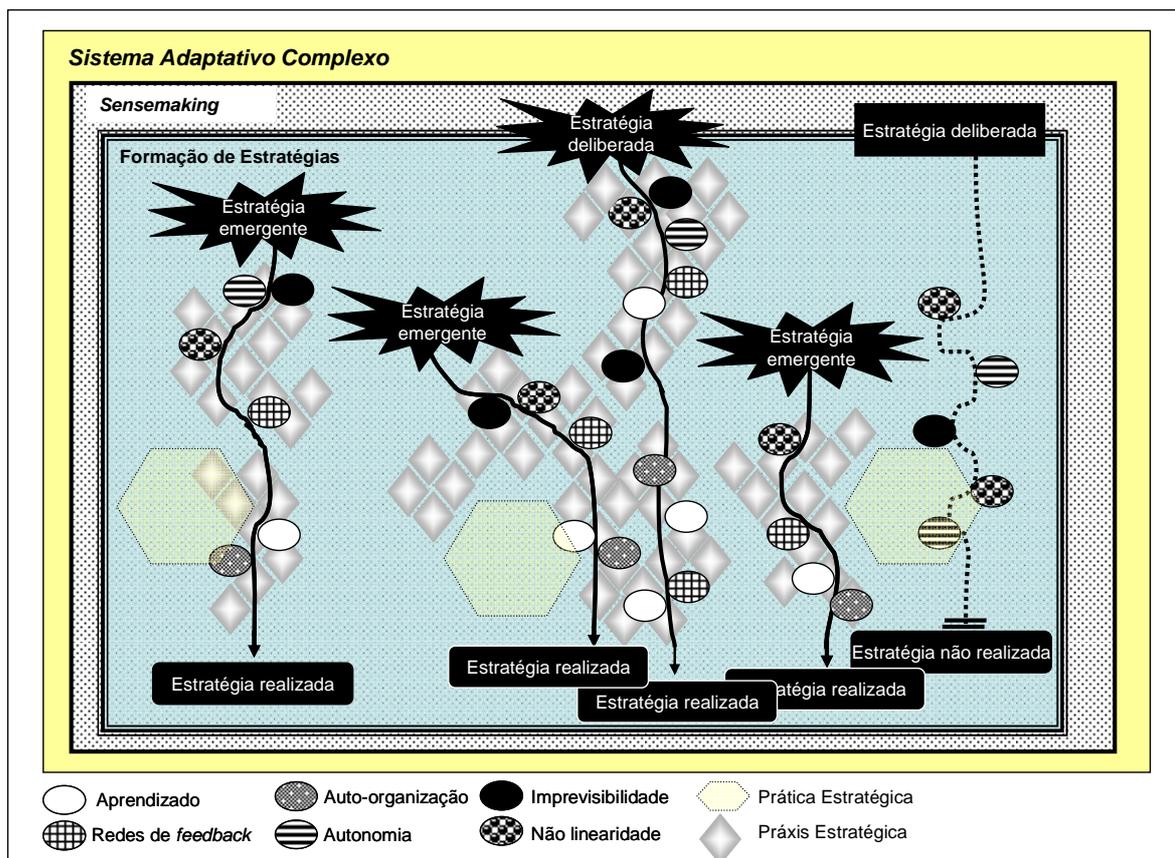


Figura 43 - Representação do Processo de Formação de Estratégias em SAC

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Como se observa na Figura 43, elementos da complexidade (SAC), *sensemaking*, práxis e práticas estratégicas estão, intrinsecamente, relacionados no processo de formação de estratégias em hospitais. Esta constatação sugeriu a preponderância de estratégias emergentes, as quais assumem um caráter adaptativo e mudam, de forma evolutiva, pois as inúmeras ações que a compõem apresentam características, essencialmente, iterativas.

Nesta pesquisa, identificou-se ainda um achado não relacionado às Hipóteses formuladas e analisadas no estudo. Trata-se da representatividade que a missão social dos Hospitais assumiu para os agentes organizacionais. Relatos de entrevista, bem como a observação não participante da pesquisadora evidenciaram que, em nome da missão dos Hospitais, grupos opostos trabalharam em conjunto, articulações com características frouxas se fortaleceram e, principalmente, se desenvolveu um ambiente otimista para os agentes a ponto de incentivá-los a criarem e a superarem desafios, absolutamente, sem recursos. Trata-se da mesma motivação que incentiva um contingente de pessoas a serem voluntários e a contribuir em organizações hospitalares. Além da nobreza de tal atitude, este comportamento

dos agentes, baseado no bem comum e na missão institucional, demonstrou ser excepcionalmente importante para os resultados destas organizações.

### 5.3 Sugestões para Estudos Futuros

No decorrer deste estudo foram identificados temas que poderão merecer maior aprofundamento e estudo sistemático e específico, constituindo-se em possíveis tópicos para futuras pesquisas. Assim, temas foram selecionados e agrupados em grandes blocos, como sugestões para novos estudos.

#### 1. **Pensamento, mudança e formação de estratégias em organizações hospitalares:**

Constatado que elementos da complexidade (SAC) influenciam na formação de estratégias em hospitais, a integração deste processo com os processos de pensamento e mudança estratégicos pode contribuir para identificação de novas relações decorrentes de elementos da complexidade (SAC), não abordadas neste estudo. A ênfase nos processos de pensamento e mudança estratégica também é necessária, tendo em vista o melhor entendimento a respeito das influências (positivas e negativas) da cognição humana nas escolhas, nas mudanças e, conseqüentemente, na formação de estratégias, considerando-se aquelas realizadas ou não.

#### 2. **Estratégia como Prática:** Estudos voltados à análise mais aprofundada a respeito

de práticas e práxis que compõem o processo de formação de estratégias em hospitais contribuiriam para melhor compreensão sobre a evolução de práticas e práxis formais e, principalmente, informais no ambiente hospitalar. Os resultados deste tipo de pesquisa poderiam ser extremamente relevantes para o entendimento de um dos aspectos que mais interfere na formação de estratégias destas organizações, que é o *shadow system*, resultante da não linearidade de respostas.

#### 3. **Estratégias e desempenho organizacional:** As estratégias selecionadas neste

estudo se restringiram àquelas consideradas como relevantes pelos agentes organizacionais, no período estudado. Todavia, estudos que demonstrassem as relações e implicações da maior ou menor eficácia das estratégias e seu impacto no desempenho de hospitais poderiam

evidenciar reflexos adicionais aos aqui encontrados, resultantes dos elementos da complexidade (SAC) analisados, como também de outros.

#### **4. Estudos comparativos com outras organizações com características complexas:**

A análise entre diferentes tipos de organizações com características complexas – como universidades, usinas de energia atômica, sistemas ferroviários e centros de pesquisa, por exemplo – permitiria verificar a aplicabilidade dos resultados encontrados em hospitais, para outros tipos de organizações com características semelhantes. Desta forma, se verificaria se as características encontradas restringem-se aos hospitais ou, ainda, se podem ser generalizadas para outros tipos de organizações complexas.

**5. Stakeholders e a formação de estratégias em hospitais:** Hospitais comunitários, em especial, contemplam uma multiplicidade de *stakeholders*. Dentre eles, consta desde funcionários administrativos, corpo clínico, alunos residentes, professores, pesquisadores e voluntários, até a própria sociedade, representada por entidades sociais e autoridades governamentais que regulamentam a prestação do serviço de saúde. Tais *stakeholders* contribuem sobremaneira para que a gestão estratégica destas organizações torne-se ainda mais complexa e multifacetada. Estudos voltados à melhor compreensão dos diferentes papéis e efetiva contribuição dos stakeholders na gestão de hospitais, poderiam contribuir para aprofundar o entendimento sobre os efeitos advindos do compartilhamento de poder na formação de estratégias, nestas organizações. O estudo comparativo das experiências de gestão em hospitais pode ser importante também para identificar papéis, práticas e comportamentos que possam contribuir para maior efetividade nos resultados alcançados na gestão estratégica destas organizações.

## 6. Considerações Finais

As ciências da complexidade apresentam não apenas uma nova visão de mundo, mas também, novos métodos para estudo e geração de conhecimento a respeito do mundo. Além dos fundamentos do conhecimento – filosofia e ciência – as ciências da complexidade têm desafiado instituições econômicas, políticas e sociais constituídas a partir do conhecimento. A interface entre a perspectiva da complexidade e a teoria organizacional tem se mostrado um promissor canal para o estudo aprofundado de organizações com características complexas, como é o caso de organizações hospitalares.

Dentre os motivos que exaltam a importância de se conhecer melhor organizações com características complexas, dois deles são aqui destacados. Em termos de ensino e pesquisa, o estudo aprofundado do processo de formação de estratégias em sistemas complexos apresenta um avanço na discussão de temas caros às ciências sociais, como é o caso da gestão estratégica em organizações. Para tanto, torna-se essencial examinar como estratégias se desenvolvem em meio a uma miríade de fatores e de variáveis que caracterizam estes sistemas e que impactam, significativamente, nos resultados alcançados.

Em termos práticos, percebe-se uma crescente necessidade de se examinar a própria gestão de sistemas complexos, como é o caso de hospitais. Teorias e práticas gerenciais existentes não têm sido capazes de fornecer suficiente informação para explicar este fenômeno. O resultado é a utilização de abordagens gerenciais inadequadas que têm se mostrado incapazes de atender às especificidades de sistemas complexos, como hospitais.

Percebe-se que, nos últimos anos, hospitais públicos têm investido significativamente na profissionalização do quadro administrativo e técnico. Todavia, uma queixa generalizada destas organizações – claramente evidenciada durante o desenvolvimento deste estudo – diz respeito à inexistência de cursos apropriados e de profissionais capacitados para administrar a organização hospitalar.

Se, por um lado, médicos não são preparados para administrarem organizações, por outro lado, também os administradores não têm sido preparados para administrarem hospitais. Surge um paradoxo e um grande problema de sustentabilidade e até de sobrevivência para os hospitais, especialmente, os comunitários.

O desafio está colocado. Com a palavra, todos aqueles responsáveis por uma organização tão complexa e, ao mesmo tempo, tão relevante pela natureza dos serviços, à sociedade.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. E. *Complexidade e organizações: em busca da gestão autônoma*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2003.

ALENCAR, E. *Métodos de Pesquisa nas Organizações*. Lavras: UFLA/FAEPE, 2000.

ANDERSEN, T. J. Strategic planning, autonomous actions and corporate performance, *Long Range Planning*, Vol. 33, pp. 184-200, 2000.

ANDERSEN, T.J. Integrating decentralized strategy making and strategic planning processes in dynamic environments, *Journal of Management Studies*, v. 41, 8, pp. 1271-99, 2004a.

ANDERSEN, T.J. Integrating the strategy formation process: an international perspective, *European Management Journal*, v. 22, n. 3, pp. 263-72, 2004b.

ANDERSON, P. Complexity theory and organization science. *Organization Science*. V. 10, n. 3, p. 216-232, mai/jun 1999.

ANDREWS, K. R. The concept of corporate strategy. In: MCKIERNAN, P. (ed.). *Historical Evolution of Strategic Management*. Vol. I. Brookfield, Dartmouth Publishing Company, p.15-44. 1996.

ANSELMO, E. *Modelo de gestão não-linear: a teoria do caos e complexidade aplicada à gestão de empresas de alto crescimento em ambientes dinâmicos e imprevisíveis*. Universidade de São Paulo. 2005. 155 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. São Paulo.

ANSOFF, H. I. The state of practice in planning systems. *Sloan Management Review*. Winter, p. 1-24, 1977.

ANTONACOPOULOU, H. On the practise of practice: in-tensions in the ongoing reconfiguration of practices. In: *New Approaches in Management and Organization*. BARRY, D.; HANSEN, H. (editors). London: Sage, 2008, pp. 113-131

ARGYRIS, C. *Action Science, Concepts, methods, and skills for research and intervention*, San Francisco: Jossey-Bass, 1985

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. *Organizational learning: a theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley, 1978.

AXELROD, R.; COHEN, M.. *Harnessing complexity: organizational implications of a scientific frontier*. New York: The Free Press, 1999.

BADDELEY, A. *Human memory: Theory and practice*. Hove, Sussex, England: Lawrence Erlbaum, 1990.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

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*. 31, 78-108, 1986.

BARNEY, Jay B. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, nº 17, 1, p. 99-121, 1991.

BARNEY, J. Is the Resource-Based “View” a Useful Perspective for Strategic Management Research? Yes. *Academy of Management Review*, vol. 26, n. 1, p. 41-56, 2001.

BATTRAM, A. *Navegar por la complejidad*. Barcelona: Granica, 2001.

BAUER, R. *Gestão da mudança: caos e complexidade nas organizações*. São Paulo: Atlas 1999.

BAUER, M.; GASKELL, G.; ALLUM, N. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento – evitando confusões. In: BAUER, M.; GASKELL, G., *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 17-36, 2002.

BECKER, H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

BENTO, A.; FERREIRA, M. R. A prática da pesquisa em ciência social: uma estratégia de decisão e ação. *Revista de Administração Pública*, v. 174, n. 4, p. 4-39, 1983.

BERTALANFFY, L. von. *Teoria geral dos sistemas*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

BOISOT, M.; CHILD, J. Organizations as adaptive systems in complex environments: the case of china. *Organization Science*. V. 10, n. 3, p. 237-252, mai-jun 1999.

BOLMAN, L. G.; DEAL, T.E. *Reframing organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

BOULDING, K. E. General systems theory: the skeleton of science. *Management Science*. V. 2, p. 197-208, 1956.

BROW, J. S.; DUGUID, P. Organizational learning and communities-of-practice: toward a unified view of working, learning and innovation. *Organization Science*. 2, 1, 40-57, 1991.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais*. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BRYSON, J. M. *Strategic planning for public and nonprofit organizations*. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.

CAMPBELL-HUNT, C. Complexity in practice. *Human Relations*. V. 60 (5), p. 793-823, 2007.

CAPRA, F. *A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 1977.

CAÑAS, A. J.; NOVAK, J. D. Facilitating the adoption of concept mapping using Cmap Tools to Enhance Meaningful learning. *In: Knowledge cartography, software tools and mapping techniques*. OKADA, A.; BUCKINGHAM SHUM, S. J.; SHERBORNE, T. (Eds), Springer, to appear, 2008.

CHAFFEE, E. E. Three models of strategy. *Academy of Management Review*. V. 10, n. 1, p. 89-98, 1986.

CHANDLER, A. D. *Strategy and structure*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1962.

CHOO, C. W. *The knowing organization: how organizations use information to construct meaning, create knowledge, and make decisions*. New York: Oxford University Press, 1998.

CHRISTENSEN, C.R.; ANDREWS, K. R.; BOWER, J.L.; HAMERMESH, G; PORTER, M. E. *Business Policy: text and cases*. 5. ed. Homewood, IL: Irwin, 1982.

CILLIERS, P. *Complexity and postmodernism: understanding complex systems*. London: Routledge, 1998.

COELHO, C. C. S. R. *Complexidade e sustentabilidade nas organizações*. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001. 205f. Tese de Doutorado. Engenharia da Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

COHEN, M.; MARCH, J. *Leadership and ambiguity*. New York: Mc Graw-Hill, 1974.

CUMMINGS, S. Strategy: Past, Present, Future. In: *New Approaches in Management and Organization*. BARRY, D.; HANSEN, H. (editors). London: Sage, 2008 p.184-194.

CRUBELLATE, J. M. *Parâmetros de qualidade de ensino superior: análise institucional em IES privadas do Estado de São Paulo*. 2004, 359 f. Doutorado (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

DAFT, R.; WEICK, K. Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management Review*, v. 9, n. 2, p. 284-295, 1984.

DENIS, J. L; LANGLEY, A.; ROULEAU, L. Strategizing in pluralistic contexts: rethinking theoretical frames. *Human Relations*, v. 60, n.1, p. 179-215, 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introduction – entering the field of qualitative research. In: \_\_\_\_\_ (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 1994

DRUCKER, P. F. *Management: tasks, responsibilities, practices*. New York: Harper & Row, 1974.

EISENHARDT, K. M. (1989) Building Theories from case study research. *Academy of Management Review*. V. 14, n. 4, p. 532-550.

ERASTO GAERTNER, *20 anos de qualidade no Erasto Gaertner*. Curitiba: EG/Stampa News Comunicação, 2005.

ERIKSSON, P.; KOVALAINEN, A. *Qualitative methods in business research*. London: SAGE Publications Ltd., 2008.

ETZIONI, A. *Modern Organizations*. New Jersey: Prentice-Hal, 1964.

FARMER, J. D. A rosetta stone for connectionism. *Physica D*, v. 42, p. 153-187, 1990.

FIEDLER-FERRARA, N.; PRADO, C. P. C. *Caos: uma introdução*. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 1994.

FIOL, C. M; HUFF, A. Maps for managers: where are we? Where do we go from here? *Journal of Management Studies*, v. 29, n. 3, p. 267-285, 1992.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, Martin; Gaskell, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 64-89, 2002.

GELL-MANN, M. What is complexity? *Complexity*, 1, p. 16-19, 1995.

GINN, G. O.; LEE, R.P.; ELLIS, T. Community orientation, strategic flexibility and financial performance in hospitals. *Journal of Healthcare Management*. 51, 2:111-122, 2006.

GIOIA, D. A. ; CHITTIPEDDI, K. Sensemaking and sensegiving in strategic change initiation *Strategic Management Journal*, 12(6), 1991, pp. 433-448.

GLEICK, J. *Caos: a criação de uma nova ciência*. 9. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

GLEISER, I. *Caos e complexidade: a criação de uma nova ciência*. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

GOLDENBERG, M. *A Arte da Pesquisa: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOLDSTEIN, S. M.; WARD, P. T. Performance effects of physicians' involvement in hospital strategic decisions. *Journal of Service Research*. v. 6, 4:361-372, 2004.

GORDON, P.J. The top management triangle in voluntary hospitals. *Academy of Management Journal*. April, 1962.

HART, S.L. An integrative framework for strategy-making processes, *Academy of Management Review*, vol. 17, 2, pp. 327-51, 1992.

HOLLAND, J. *Hidden order: how adaptation builds complexity*. Cambridge: Perseus Books, 1995.

HOPE, O. The politics of middle management of sensemaking and sensegiving. *25th European Group for Organizational Studies (EGOS)*. Barcelona, Spain, 2009.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (2006). *Relatório Anual 2005*. Curitiba: Erasto Gaertner: Curitiba.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (2007). *Relatório Anual 2006*. Curitiba: Erasto Gaertner: Curitiba.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (2008). *Relatório Anual 2007*. Curitiba: Erasto Gaertner: Curitiba.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (2009). *Relatório Anual 2008*. Curitiba: Erasto Gaertner: Curitiba.

HOSPITAL ERASTO GAERTNER (2010). *Relatório Anual 2009*. Curitiba: Erasto Gaertner: Curitiba.

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (2006). *Relatório de Atividades, 2005*. Curitiba: Posigraf.

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (2007). *Relatório de Atividades, 2006*. Curitiba: Posigraf.

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (2008). *Relatório de Atividades, 2007*. Curitiba: Posigraf.

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (2009). *Relatório de Atividades, 2008*. Curitiba: Posigraf.

HREBINIAK, L. G.; JOYCE, W. *Implementing strategy*. New York: Macmillan, 1984.

HREBINIAK, L. G; JOYCE; W. F. Implementing strategy: an appraisal and agenda for future research. In: HITT, M. A.; FREEMAN; R. E.; HARRISON, J. S. (Ed.) *The Blackwell Handbook of strategic Management*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, p. 602-626, 2001.

HREBINIAK, L. G. *Fazendo a estratégia funcionar: O caminho para uma execução bem sucedida*. Porto Alegre: Bookman, 2006.

HUFF, A. Mapping strategic thought. In: Huff, A. (ed.). *Mapping Strategic Thought*. Chichester: John Wiley and Sons, p. 11-52, 1990

HUFF, A.; NARAPAREDDY, V.; FLETCHER, K. Coding the causal association of concepts. In: Huff, A. (ed.). *Mapping Strategic Thought*. Chichester: John Wiley and Sons, p. 311-326, 1990.

IHMC *CmapTools*. Knowledge modeling kit. In: <http://cmap.ihmc.us>. Acessado em 06/06/2010.

IDENBURG, P. J. Four Styles of Strategy Development. *Long Range Planning*, v. 26, 5, p. 132-137, 1993.

JARZABKOWSKI, P. Strategic practices: an activity theory perspective on continuity and change. *Journal of Management Studies*. 40 (1), p. 23-55, 2003.

JARZABKOWSKI, P. Strategy as practice: recursiveness, adaptation and practices-in-use. *Organization Studies*, v. 25, 2004.

JARZABKOWSKI, P. *Strategy as practice: an activity-based approach*. London: Sage, 2005.

JARZABKOWSKI, P. *Shaping strategy as a structuration process*. *Academy of management Journal*. v. 51, n. 4, 621-650, 2008.

JARZABKOVSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing: the challenges of a practice perspective. *Human Relations*. V. 60, p. 5-27, 2007.

JARZABKOWSKI, P.; FELTON, E.. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. *Long Range Planning*, 39, 631-648, 2006.

JARZABKOWSKI, P.; SPEE, A. P.. Strategy-as-practice: A review and future directions for the Field. *International Journal of Management Reviews*, 1, 11: 65-91, 2009.

JOHNSON, G.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. Micro strategy and strategizing: towards an activity-based view? *Journal of Management Studies*. 40 (1), p. 3-22, 2003.

JOHNSON, G; SCHOLE, K; WHITTINGTON, R. Explorando a estratégia corporativa: texto e casos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

KANTER, R. M. The middle manager as innovator. *Harvard Business Review*, vol. 82, p. 150-161, 2004.

KAST, F.E.; ROSENZWEIG, J.E. General systems theory: applications for organization and management. *Academy of Management Journal*. December, p. 447-465, 1972.

KAST, F. E.; ROSENZWEIG, J. E. *Organization and management: a systems and contingency approach*. New York: McGraw-Hill, 1976.

KAUFFMANN, S. *At the home in the universe: the search from laws of self-organization and complexity*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

KERLINGER, F. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: EPU, 1980.

KIDDER, L. (org.). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 4. ed. São Paulo: EPU, 3 v., 1987.

KNIGHTS, D.; MORGAN; Corporate strategy, organizations and subjectivity: a critique. *Organization Studies*, 12/2, p. 251-273, 1991.

LAMAS, Z. J.; GODOI, C. K. O processo de aprendizagem em sistemas adaptativos complexos: um *schema* teórico de interpretação. In: ENANPAD, 2006, Salvador. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2006.

LEVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio e Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970.

LISSACK, M. R. GUNZ, H. P. *Managing complexity in organizations: a view in many directions*. London: Quorum Books, 1999.

LORENZ, E. N. *The essence of chaos*. Seattle: University of Washington Press, 1993.

LUNDRÉN; M. BLOM; M. The Practice of Strategy Consultants. *In: 25th European Group for Organizational Studies*. Barcelona, Spain, 2009.

McDONALD, R. E.; SRINIVASAN, N. Technological Innovations in hospitals: what kind of competitive advantage does adoption lead to? *Technology Management*. V. 28, n. 1, 2004.

MACDOWELL, M. A.; SUMANSKY, J.M. *Putting strategic planning into action*. AGB. Trusteeship, 2004.

MAINZER, K. *Thinking in complexity*. 4th ed. Berlin: Springer, 2004.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. Implementation as evolution. *Policy Studies Review Annual*. II, p. 103-117, 1978.

MANNING, P.; CULLUM-SWAN, B. Narrative, content, and semiotic analysis. *In: Denzin, N.; Lincoln, Y. (ed.). Handbook of qualitative research*. California: Sage, pp. 463-477, 1994.

MARCH, J. G.; SIMON, H. A. *Organizations*. New York: Willey, 1958.

MARIOTTO, F. L. Mobilizando estratégias emergentes. *Revista de Administração de Empresas*. Volume 43, n. 2, p. 78-93, 2003.

MARUYAMA, M. The second cybernetics: deviation-amplifying mutual causal processes. *American Science*, v. 51, p. 164-179, 1963.

MATURANA, H.; VARELA, F. J. *Autopoiesis and Cognition: The realization of the living*. Boston: D Reidel, 1980.

MERRIAM, S. B. *Qualitative research and case study applications in education*. Jossey-Bass Publishers: San Francisco, 1998.

MERTON, R. K. *Social theory and social structure*. New York: Free Press, 1968.

MEYER JR., V. A escola como organização complexa. *In: EYING, A; GHISI, M.L. Políticas e Gestão da Educação Superior*. Curitiba: Champagnat, 2007.

MEYER JR; V.; MANGOLIM, L. Estratégia em universidades privadas. *Anais. ENANPAD*, Salvador, 2006.

MEYER JR; V.; PASCUCCI, L. The implementation of strategies in complex systems: lessons of Brazilian hospital organizations. *In: 25th European Group for Organizational Studies*. Barcelona, 2009.

MEYER JR; V.; PASCUCCI, L.; MURPHY, J.P. Strategic Practices in Nonprofit Hospitals: the Convergence of Social Mission and Sustainability. *In: 9th International Conference of the International Society for Third-Sector Research - ISTR*, Istanbul, 2010.

MILES, M.; HUBERMAN, A. M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2 ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MILLER, J. G. *Living systems*. New York: McGraw-Hill, 1978

MILLER, D.; FRIESEN, P. H. Structural Change and Performance: Quantum Versus Piecemeal: Incremental Approaches. *Academy of Management Journal*, v. 25, n. 4, p. 867-892, Dec. 1982.

MINTZBERG, H. Strategy-making in three models. *California Management Review*. 16 (2), pp. 44-53, 1973.

MINTZBERG, H. Patterns in strategy formation. *Management Science*. v. 24, n. 9, May, pp. 934-948, 1978.

MINTZBERG, H. The strategy concept II: another look at why organizations need strategies. *California Management Review*. p. 25-32, 1987a.

MINTZBERG, H. Crafting strategy. *Harvard Business Review*. Jul-Ago, pp. 66-77, 1987b.

MINTZBERG, H. Does decision get in the way? *Organization Studies*. 11 (1), pp. 1-5, 1990a.

MINTZBERG, H. Strategy formation: schools of thought. In: FREDERICKSON, J. W. *Perspectives on strategic management*. New York: Harper Business, 1990b.

MINTZBERG, H. *The rise and fall of strategic planning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1994.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MINTZBERG, H. *Tracking strategies: toward a general theory of strategy formation*. New York: Oxford University Press, 2007.

MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. *Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B. *O processo da estratégia*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINTZBERG, H.; WATERS, J. A. Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6, p. 257-272, 1985.

MISCHEN, P. A.; JACKSON, S. K. Connecting the dots: applying complexity theory, knowledge management and social network analysis to policy implementation. In: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers>, acessado em 15 de dezembro de 2008.

MONTENEGRO, L. M.; BULGACOV; Y. Construção de sentidos em práticas de um processo estratégico: um estudo comparativo em duas IES do estado do Paraná. In: ENANPAD, 2009, São Paulo. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. *O método I: a natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MURPHY, J. P.; Tensões entre a missão e o empreendimento institucional: obstáculos à criatividade. In: MURPHY, J. P.; MEYER Jr., V. (Orgs). *Liderança e gestão da educação superior Católica nas Américas*. Curitiba: Editora Champagnat, 2007.

NELSON, R. R. ;WINTER, S. G. *An evolutionary theory of economic change*. Cambridge: Harvard University Press 1982.

NICOLIS; G.; PRIGOGINE, I. *Exploring Complexity: an introduction*. New York: W. H. Freeman & Company, 1989.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. A. *The theory underlying concept maps and how to construct and use them: technical report IHMC Cmap tools*. Florida: Institute for Human and Machine Cognition, 2008

ORR, M.; SANKARAN, S. Mutual empathy, ambiguity, and the implementation of electronic knowledge management within the complex health system. *Complexity and Organization*. V. 9, n. 1-2, p. 44-55, 2007.

ORTON, J. D.; WEICK, K. E. Loosely coupled systems: a reconceptualization. *The Academy of Management Review*. V. 15, 2:203-223, 1990.

PASCUCCI, L.M.; AUGUSTO, O. M. Micro activities and institutionalized practices: the role of business consultants in strategizing. *Fist International Strategy as practice Workshop in North America*. HEC Montréal. Canadá, Agosto, 2010.

PASCUCCI, L.; MEYER JR; V.; MURPHY, J.P. Hospital Volunteers: Good Citizens or Strategic Agents?. In: ENANPAD, 2010, Rio de Janeiro. XXXIV ENANPAD, 2010.

PATHAK, S.; DAY, J. M.; NAIR, A.; SAWAYA, W. J.; KRISTAL, M. M. Complexity and adaptivity in supply networks: building supply network theory using a complex adaptive systems perspective. *Decision Science*. V. 38, n. 4, 2007.

PENROSE, E. T. *The Theory of the Growth of the Firm*. New York: John Wiley, 1959.

PETRAGLIA, I. C. *Estudos de complexidade*. São Paulo: Xamã, 2006.

PETTIGREW, A. M. Strategy formulation as a political process. *International Studies of Management and Organization*. 17, 2:78-87, 1977.

PFEFFER, J. *Organizaciones y teoria de la organizacion*. Buenos Aines: El Ateneo, 1987.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G. Organizational decision making as a political process: the case of a university budget. *Administrative Science Quarterly*, v. 19, v. 2, p. 135-151, 1974.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G., *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. Stanford: Stanford University Press, 2003.

PFEFFER, J.; SUTTON, R. I. *Hard facts, dangerous half-truths and total nonsense: profiting from evidence-based management*. Massachusetts: Harvard Business Press, 2006.

POPPER, K. *Conjecturas e refutações*. Brasília, Universidade de Brasília, 1982.

PORAC, J. F.; THOMAS, H. Managing cognition and strategy: issues, trends and future decisions. In: PETTIGREW, A.; THOMAS, H. WHITTINGTON, R. *Handbook of Strategy and Management*. Londres: SAGE Publications, 2006.

PORTER, M. *Competitive strategy*. New York: Free Press, 1980.

PORTER, M. *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. 17 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, M.; TEINSBERG, E. O. *Redefining healthcare: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

PRIGOGINE, I. *O fim das certezas: tempo, caos e as leis da natureza*. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

PRIM, C. H.; STADNICK, K. T.; CUNHA, C. J. C. A.; COELHO, C. C. S. R. Coelho. A teoria das organizações e a evolução do pensamento científico. In: ENANPAD, 2008, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

QUINN, J. B. Strategic change: 'logical incrementalism'. *Sloan Management Review*. v. 20, 1, p. 7-21, 1978.

RAMNATH, R.; LANDSBERGEN, D. It-enabled sense-and-respond strategies in complex public organizations. *Communications of the ACM*. Vol. 48, N. 5, 2005.

REBELO, L. M. B. *A dinâmica do processo de formação de estratégias de gestão em universidades: a perspectiva da teoria da complexidade*. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. 275f. Tese de Doutorado. Programa de Engenharia de Produção – Centro Tecnológico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

REBELO, L. M. B. ERDMANN, R.H.; COELHO, C.C.S.R. Avaliação do processo de formação de estratégias de gestão em universidades à luz dos pressupostos da teoria da complexidade: um estudo de caso dos planos de gestão de uma universidade federal. In: ENANPAD, 2005, Brasília. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2005.

RECKWITZ, A. Towards a theory of social practice: a development in cultural theorizing. *European Journal of Social Theory*. v. 5 (2), 243-63, 2002.

RICHARDSON, R. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1989.

RICHARDSON, K. A. Managing complex organizations: complexity thinking and the science and art of management. *Corporate Finance Review*. V. 13, n.1, Jul-ago, 2008.

ROULEAU, L. Micro-practices do strategic sensemaking and sensegiving: how middle managers interpret and sell change every day. *Journal of Management Studies*, 42, 7, November, 2005.

RUEF, M. & SCOTT, W. R. A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*. 43: 877-904, 1998.

RUMELT, R. P. Evaluation of strategy: theory and models. In: D.E. Schendel & C. W. Hofer (Eds), *Strategic management: a new of business policy and planning*. Boston: Little Brown, 1979, 196-212, 1979.

SCHÖN, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. England: Ashgate, 1983.

SCHUTZ, Alfred. *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press, 1967.

SCOTT, W. R. *Organizations: rational, natural, and open systems*. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.

SELLTIZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M.; COOK, S.W. *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais*. 5ª ed. São Paulo: EPU e EDUSP, 1975.

SERVA, M. O paradigma da complexidade e a análise organizacional. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo: 32 (2) p. 26-35, 1992.

SHOOK, C. L., PAYNE, G.T. & VOGES, K.E. The “what” in top management group conflict: the effects of organizational issue interpretation on conflict among hospital decision makers. *Journal of Managerial Issues*. v.17, 2:162-177, 2005.

SIMON, H. *Administrative Behavior*. 4. Ed. New York: The Free Press, 1957.

SNOW, C.; THOMAS, J. Field research methods in strategic management: contributions to theory building and testing. *Journal of Management Studies*, v. 31, n. 4, p. 457-480, 1994.

STACEY, R. D. Strategy as order emerging from chaos. *Long Range Planning*, v. 26, 1, pp. 10-17, 1993.

STACEY, R. D. *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berret-Koehler, 1996.

STACEY, R. D.; GRIFFIN, D.; SHAW, P. *Complexity and management: fad or radical challenge to systems thinking?* New York: Routledge, 2000.

STADNICK, K. T.; PRIM, C. H.; CUNHA, C. J. C. A.; COELHO, C. C. S. R. Organizações sob a ótica dos sistemas complexos – estudo do modelo de adaptação evolucionária da vantagem da complexidade. In: ENANPAD, 2008, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

STAKE, R. Case Studies. In: Denzin, N.; Lincoln, Y. (eds.). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage, p. 236-247, 1994.

TEECE, D. J.; PISANO, G.; SHUEN, A. *Strategic Management Journal*, vol. 18, No. 7. (Aug., 1997), pp. 509-533.

THABREW, L.; WIE, A.; RIES, R. Environmental decision making in multi-stakeholder contexts: applicability of life cycle thinking in development planning and implementation, *Journal of Cleaner Production* 17(1):67-76, 2009.

TSOUKAS, H. Toward the ecological ideal: notes for a complex understanding os complex organizations. In: BARRY, D.; HANSEN, H. (Org.). *The Sage Handbook of new approaches in management and organization*. London: SAGE, 2008, 195-198.

TSOUKAS, H.; HATCH, M. J. Complex thinking, complex practice: the case for a narrative approach to organizational complexity. *Human Relations*. 54, 8, p. 979-1013, 2001.

VAN MANEN, M. *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State of New York Press, 1990.

VERGARA, Sylvia C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2000.

VEYNE, P. Foucault revolutionizes history. In: DAVIDSON, A.I. (ED), *Foucault and his interlocutors*. Chicago, IL: University of Chicago Press, p. 146-182, 1997.

WEERAWARDENA, J., MACDONALD, R., MORT, E., & GILLIAN S. (2009). Sustainability of nonprofit organizations: an empirical investigation. *Journal of World Business*. doi:10.1016/j.jwb.2009.08.04.

WEICK, K. E. *The social psychology of organizing*. New York: Tandom House, 2. Ed. 1969.

WEICK, K. E. Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, v. 21, p. 1-19, 1976.

WEICK, K. E. Management of organizational change among loosely coupled elements. In: GOODMAN, P.S. *Change in Organizations: new perspectives on theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

WEICK, K. E. Substitutes for strategy, In: TEECE, D. J. (org) *The competitive Challenge*. Cambridge, MA: Ballinger, p. 221-233, 1987.

WEICK, K. *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage, 1995.

WEICK, K. *Making sense of organizations*. Garsington Road, Oxford, UK: Blackwell Publishing, 2001

WEICK, K. E.; ROBERTS, K. H. Collective mind in organizations: heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*. 38, 357-381, 1993.

WEICK, K; SUTCLIFFE, K. *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: Jossey-Bass, 2001.

WEICK, K. E. *The social psychology of organizing*. New York: Tandom House, 2. Ed. 1969.

WHITTINGTON, R. *O que é estratégia*. São Paulo: Thomson, 2002.

WHITTINGTON, R. The work of strategizing and organizing: for a practice perspective. *Strategic Organization*, v.1, 2003.

WHITTINGTON, R. Completing the practice turn in strategy research. *Organization Studies*, v. 27, n. 5, 2006.

WILDAVSKY, A. If planning is everything maybe it's nothing. *Policy Sciences*, 4, p. 127-153, 1973.

WILDAVSKY, A. *Speaking truth to power: the art and craft of policy analysis*. Toronto: Little, Brown & Co., 1979.

WIT, B. de; MEYER, R. *Strategy : process, content, context*. Hampshire, UK: Cengage Learning EMEA, 2010.

YIN, R. *Case study research: design and methods*. Beverly Hills: Sage Publications, 1987.

ZIMBRES, R. A. Modelagem baseada em agentes: uma terceira maneira de se fazer ciência? In: ENANPAD, 2006, Salvador. *Anais eletrônicos...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2006.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**

Curitiba, 28 de abril de 2008.

Prezado Senhor,

Solicitamos autorização de V.S<sup>a</sup>. para que a doutoranda da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Prof. Lucilaine Pascucci, realize a sua pesquisa de doutorado nesta renomada Instituição. A pesquisa tem como objetivo o estudo da formação de estratégias em sistemas complexos, como hospitais.

Para tanto, faz-se necessário a realização de entrevistas junto aos colaboradores de diferentes níveis hierárquicos, envolvidos na gestão estratégica deste Hospital. Ressalta-se a fidedignidade e sigilo no uso das informações coletadas, bem como a utilização dos dados apenas para fins estritamente acadêmicos, não sendo utilizados para quaisquer outros objetivos não relacionados com este estudo. Ressalta-se ainda, que os nomes dos respondentes não serão, de qualquer modo, divulgados.

Colocamo-nos a disposição para apresentar, pessoalmente, maiores informações a respeito do estudo e desde já antecipamos nossos agradecimentos por sua compreensão, esperando contar com vossa valiosa colaboração.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Victor Meyer Jr.**

PUCPR

**Prof. Lucilaine Pascucci**

PUCPR

**Solicitação de Resposta ao Questionário Estruturado (Exemplo HEG)**  
**(Com os devidos ajustes, este e-mail foi também enviado aos colaboradores do HPP)**

Prezados,

Com a autorização do Dr. Flávio, Superintendente do Hospital Erasto Gaertner, entro em contato para solicitar cinco minutos de seu tempo para o preenchimento de um breve questionário que segue anexo, neste e-mail.

Este questionário faz parte da pesquisa que estou desenvolvendo no Hospital Erasto Gaertner como parte de minha Tese de Doutorado, que trata a respeito da formação de estratégias em Hospitais (sistemas complexos), sob orientação do Prof. Dr. Victor Meyer Jr.. Ressalto que as informações coletadas serão utilizadas tão somente para a pesquisa, não sendo em nenhum momento informado (na pesquisa ou ao Hospital), o nome dos respondentes e respostas.

O questionário é pequeno e de marcar "x", por isso, agradeceria muito se puderem preenchê-lo e retornar-me este documento até o dia 30/04/2010.

Segue algumas orientações sobre o preenchimento:

1. Abra o arquivo anexo e salve-o em sua máquina
2. Preencha as informações solicitadas no questionário selecionando com "x" uma opção para cada pergunta.
3. Quando terminar o preenchimento, salve.
4. Abra este e-mail, clique em "responder" e anexe o questionário respondido e salvo por você.
5. O e-mail deve ser enviado para [lucilainep@yahoo.com.br](mailto:lucilainep@yahoo.com.br)

Será de grande importância para mim e para minha pesquisa, contar com sua participação.

Desde já eu agradeço muito pela sua atenção e preciosa colaboração.

Cordial abraço,

Lucilaine Pascucci

Doutoranda do Programa de Mestrado e Doutorado da PUCPR

## APÊNDICE B

### Questionário 1: Levantamento de Informações Preliminares sobre Objetivos e Estratégias Organizacionais

#### Antes do início da entrevista:

1. Informar ao entrevistado que a entrevista tem como objetivo o estudo de como ocorre o processo de formação de estratégias em organizações complexas como hospitais.
2. Informar quanto à confidencialidade das informações coletadas.
3. Informar que a pesquisa refere-se ao período de 2005 a junho/2010, mas que informações relevantes de anos anteriores, relacionadas ao tema, são importantes e bem vindas.
4. Informar que a pesquisa refere-se ao Hospital e não à Mantenedora de que faz parte o Hospital. Todavia, a menção de outras Unidades Mantidas deve ser feita quando tratar-se de estratégias do Hospital.
5. Apresentar brevemente os conceitos de objetivo estratégico, estratégia, estratégias deliberadas, estratégias emergentes e estratégias implementadas.

#### I. PERFIL DO ENTREVISTADO

- 1.1 Gênero: (  ) Masculino (  ) Feminino
- 1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos
- 1.3 Escolaridade: (  ) Graduação (  ) Especialização (  ) Mestrado (  ) Doutorado
- 1.4 Curso e área de especialização: \_\_\_\_\_
- 1.5 Cargo ou função: \_\_\_\_\_
- 1.6 Experiência anterior em funções gerenciais: \_\_\_\_\_
- 1.7 Tempo de vinculação com a organização: \_\_\_\_\_

#### II. QUESTÕES

- 2.1) No seu entendimento, quais foram os principais objetivos em que a gestão do Hospital concentrou a maior parte dos esforços administrativos?
- 2.2) Na sua percepção, quais foram as principais estratégias adotadas e implementadas pelo Hospital para alcance dos seus objetivos estratégicos?
- 2.3) Na sua percepção, qual é a origem das estratégias executadas pelo Hospital: planejamento formal ou ações emergentes em resposta às demandas externas?
- 2.4) No seu entendimento, quais foram as principais estratégias materializadas pelo Hospital nos últimos anos?
- 2.5) Na sua percepção, que fatores internos e externos têm contribuído para a implementação de estratégias pelo Hospital?

2.6) No seu entendimento, quais as principais competências internas (humanas e organizacionais) que têm contribuído, de forma significativa, para a implementação de estratégias no Hospital?

2.7) Que áreas/atividades têm sido fundamentais para o alcance dos objetivos estratégicos do Hospital?

## Questionário 2 – Identificação dos Elementos da Complexidade

### I. Perfil do Respondente

Gênero: ( ) M ( ) F

Idade:

Formação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Curso de Graduação:

Tempo de atuação na Organização:

Cargo ocupado na organização:

( ) Diretor ( ) Gerente ( ) Coordenador ( ) Assessor

( ) Outro (*especificar*):

Experiência gerencial anterior (*especificar*):

**II - Orientação sobre o preenchimento:** Para cada questão apresentada, assinale um “x” na opção que melhor se aplica ao Hospital, de acordo com sua percepção. Para um melhor resultado da pesquisa, responda livremente, uma vez que os dados coletados são para uso científico e será garantido o anonimato do respondente.

1. **A instabilidade do ambiente impõe desafios assim como informações à organização hospitalar trazendo incertezas e exigindo a busca de alternativas e ajustes necessários. Isto requer de seus agentes a capacidade de se adaptar a fatores externos. Destaque, das opções a seguir, aquela habilidade que melhor representa o comportamento dos agentes (gestores e outros profissionais) do Hospital neste caso:**
  - a. ( ) Criatividade
  - b. ( ) Adaptação
  - c. ( ) Improvisação
  - d. ( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_
  
2. **Estratégia é a maneira como agentes decidem e agem em resposta a fatores do entorno buscando vantagem competitiva e sustentabilidade assim o cumprimento da missão organizacional. Das alternativas a seguir, destaque aquela que melhor reflete a atividade principal desempenhada pelos agentes organizacionais ao materializarem novas ações estratégicas em resposta a fatores inesperados vindos do ambiente:**
  - a. ( ) Cooperação
  - b. ( ) Improvisações mais tarde incorporadas
  - c. ( ) Pequenos ajustes mantendo o ritmo de suas atividades
  - d. ( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_
  
3. **A capacidade de adaptação a fatores internos e externos caracteriza as organizações como sistemas sociais. Destaque, das opções a seguir, aquela que melhor evidencia o esforço adaptativo que acontece no Hospital:**
  - a. ( ) Capacidade da liderança interpretar situações
  - b. ( ) Análise racional dos fatores ambientais
  - c. ( ) Capacidade de adequar desafios externos com recursos e condições internas
  - d. ( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_

- 4 **A capacidade dos agentes de encontrarem novas soluções é fundamental para a evolução da organização com sustentabilidade. Destaque, das opções a seguir, aquela que melhor reflete as ações praticadas diante de novas e desafiantes situações:**
- Ações emergentes do cotidiano
  - Ações inseridas no planejamento formal
  - Ações derivadas de decisões da administração corporativa
  - Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 5 **Hospitais, a exemplo de outras organizações, são constantemente afetados por fatores não desejados e eventos não previstos. Das alternativas a seguir destaque aquela que melhor representa a prática dos agentes organizacionais ao lidarem com o imprevisto:**
- Manutenção das ações em andamento
  - Reações espontâneas com base na experiência e leitura da situação ou problema
  - Ações emergentes com base na criatividade
  - Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 6 **A imprevisibilidade do ambiente contém surpresas que desafiam as organizações sociais como os hospitais, pois implicam em mudança de objetivos e ações. Para lidar com a imprevisibilidade, as ações estratégicas do Hospital caracterizam-se por:**
- Experiências similares acontecidas no passado
  - Planos emergenciais sistematizados ao longo do processo
  - Planos emergenciais que emergem diante de cada situação
  - Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 7 **Em organizações complexas como hospitais são comuns e intensas as interações formais e informais. Dentre as alternativas destacadas a seguir destaque aquela que melhor representa a forma de relação predominante no hospital:**
- Relações formais estabelecidas pela administração superior
  - Relações informais envolvendo os diversos níveis hierárquicos
  - Relações espontâneas envolvendo os níveis intermediário e operacional
  - Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 8 **As interações entre os agentes conduzem à estabilidade ou instabilidade na organização. Das alternativas a seguir assinale aquela que melhor reflete o comportamento predominante dos agentes no Hospital:**
- Os agentes fazem suas escolhas em conformidade com as regras existentes
  - O comportamento dos agentes não possui vínculo com regras formais internas
  - O comportamento dos agentes se orienta por restrições formais e informais
  - Outro. Especifique\_\_\_\_\_
- 9 **A interação entre agentes tem reflexo direto nas ações desenvolvidas. Destaque, segundo sua percepção, a alternativa que melhor reflete a influência das interações na execução das ações pelos agentes:**
- Fortemente influenciada por esquemas individuais e grupais
  - Influenciada por lideranças formais e informais existentes
  - Não é influenciada por esquemas individuais ou grupais

- d. ( ) Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 10 No desempenho de suas atividades, há diferentes possibilidades de orientação nas quais os agentes podem se basear. Destaque a alternativa que melhor reflete as atividades praticadas pelos agentes no Hospital:**
- a. ( ) Em conformidade com decisões e orientações da administração superior  
b. ( ) Combina decisões estabelecidas pela administração e a autonomia de atuação dos agentes  
c. ( ) Em conformidade com o pensamento e autonomia de atuação dos agentes  
d. ( ) Outro. Especifique\_\_\_\_\_
- 11 Em razão da natureza de suas atividades, os profissionais técnicos nas organizações hospitalares desfrutam de autonomia. Das alternativas a seguir destaque aquela que melhor representa a importância desta condição (autonomia) na execução, por estes agentes, das ações estratégicas do Hospital:**
- a. ( ) Fundamental por proporcionar liberdade de ação e criatividade  
b. ( ) Problemática por incentivar distanciamento dos objetivos organizacionais concentrando-se em objetivos menores e pessoais  
c. ( ) Importante ao permitir combinar interesses organizacionais e interesses das diversas áreas que integram a organização  
d. ( ) Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 12 Nas organizações hospitalares a ênfase na especialização pode limitar os horizontes de percepção dos profissionais técnicos. Destaque, das alternativas a seguir, aquela que melhor reflete o principal mecanismo adotado pelo Hospital para integrar as ações destes profissionais na materialização das estratégias corporativas:**
- a. ( ) Reuniões informais com colaboradores de todos níveis hierárquicos  
b. ( ) Forte integração entre planejamento e orçamento com incentivos às ações planejadas e implementadas  
c. ( ) Lideranças atuantes que promovem a integração entre objetivos organizacionais e ações emergentes dos grupos  
d. ( ) Outra. Especifique\_\_\_\_\_
- 13 Os serviços hospitalares resultam da interação de diversos profissionais em diferentes posições e níveis na organização. Selecione, das alternativas a seguir, aquela que reflete a realidade presente no Hospital quanto a integração das atividades profissionais e sua contribuição para o resultado final dos serviços prestados:**
- a. ( ) Existência de planos setoriais e operacionais integrados ao plano organizacional  
b. ( ) Capacidade gerencial de integrar as diversas áreas em razão da interdependência dos serviços  
c. ( ) Sensibilidade dos gestores intermediários de promoverem a integração necessária observando as especificidades de cada área e os objetivos organizacionais  
d. ( ) Outro. Especifique\_\_\_\_\_

## APENDICE 2

Exemplo de Mapa de Narrativa elaborado para cada Estratégia Seleccionada

### Estratégia 2 HPP

#### Ampliação da Estrutura Física do Hospital

