



Disponível em
<http://www.anpad.org.br/rac>

RAC, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, art. 2,
pp. 536-555, Set./Out. 2013



Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos

Strategy in Complex and Pluralistic Contexts

Lucilaine Pascucci

E-mail: lucilaine.pascucci@gmail.com

Universidade Federal do Espírito Santo – PPGAdm/UFES

Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, 29075-910, Vitória, ES, Brasil.

Victor Meyer Jr.

E-mail: victormeyerjr@gmail.com

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

Rua Imaculada Conceição, 1155, 80215-901, Curitiba, PR, Brasil.

Resumo

Hospitais são organizações complexas, pluralistas e paradoxais. Dois aspectos críticos da abordagem estratégica nessas organizações têm sido a formação de estratégias e a complexidade organizacional, influenciando uma dicotomia entre intenção e ação. O objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos. Para tanto, examinou-se de que forma elementos da complexidade e elementos cognitivos influenciam a transformação de intenções em ações. O estudo se fundamentou na teoria estratégica em organizações e nas teorias da complexidade, com ênfase no processo de *strategizing* e *sensemaking*. Trata-se de um estudo comparativo de natureza qualitativa com abordagem multimetódica. Os dados foram analisados mediante técnicas de análise de narrativa e análise documental. Resultados demonstraram que o processo de formação de estratégias em hospitais é iterativo e criativo, e combina *sensemaking* e práxis, identificando-se um padrão de formação de estratégias.

Palavras-chave: formação de estratégias; sistemas adaptativos complexos; *sensemaking*; práticas estratégicas; hospitais.

Abstract

Hospitals are complex, pluralistic and paradoxical organizations. Strategy formation and organizational complexity are two elements of their strategic approach that contribute to the dichotomy of intention and action. The study analyzes how the strategy formation process occurs in these complex systems and examines elements of complexity and cognitive factors that influence the transformation of intentions into actions. The study was based on the theory of strategy, theory of complexity, with special emphasis on *strategizing* and *sensemaking*. It is a comparative case study of a qualitative nature, using a multi-method approach. Data were examined using the narrative technique and document analysis. The results showed strategy formation in hospitals as mostly iterative and creative, combining *sensemaking* and praxis, leading to the identification of a behavior pattern for strategy formation in hospitals.

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

Introdução

Organizações como sistemas sociais são complexas e ambíguas. A divergência entre objetivos e interesses por parte dos diferentes grupos, dentro e fora da organização, permite caracterizá-las, ainda, como organizações pluralistas (Jarzabkowski & Fenton, 2006). Essas características, analisadas por autores como Etzioni (1964), Bolman e Deal (2003), Stacey (2010) e por Boisot e McKelvey (2010), têm implicações na gestão estratégica das organizações, em especial na forma com que intenções são transformadas em ações.

Estudos têm exaltado uma mecanicidade, uma racionalidade e uma previsibilidade que não se aplicam à maioria das organizações tradicionais e que se tornam impraticáveis, em se tratando de organizações com características complexas e pluralistas. Contrário ao modelo de organização denominado **mecanicista** (Mintzberg, 1994) ou **máquina newtoniana** (McDaniel, 2007), organizações complexas são percebidas como sistemas abertos em permanente interação com o ambiente, com predominância de características tais como a não linearidade, a auto-organização e a autonomia relativa dos agentes (Cilliers, 1998; McDaniel, 2007; Stacey, 1996). É o caso de hospitais e universidades, por exemplo, cujas decisões e ações são influenciadas por interesses divergentes entre os grupos que os compõem, cada um dos quais com bases de poder suficientes para garantir que seus objetivos sejam legítimos aos propósitos organizacionais. Nesse contexto, um desafio que antecede o desenvolvimento da estratégia em tais organizações é conseguir integrar objetivos, muitas vezes, conflituosos.

Há, na formação de estratégias de hospitais, em especial, aspectos culturais, políticos, simbólicos, sociais e também organizacionais que não podem ser negligenciados. A **burocracia profissional** (Mintzberg, 2007), o poder descentralizado (Meyer, 2007) e a incompatibilidade de expectativas (Jarzabkowski & Fenton, 2006) observados na organização hospitalar acarretam um desafio adicional à formação de estratégias. Por tratar-se de sistemas frouxamente articulados – *loosely coupled systems*, nos termos de Weick (1976) e Orton e Weick (1990) – as decisões relacionadas à formação de estratégias nessas organizações apresentam forte aspecto político.

Nesse contexto, o principal objetivo deste estudo foi analisar como ocorre o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos e pluralistas. Para tanto, examinou-se de que forma elementos da complexidade – tais como aprendizado, autonomia, auto-organização, imprevisibilidade, não linearidade e redes de *feedback* – influenciam as decisões e as práticas adotadas na transformação de intenções em ações.

O estudo concentrou-se na realidade de dois grandes hospitais filantrópicos brasileiros, referências nacionais em suas áreas de atuação. Em termos teóricos, este trabalho se fundamentou na teoria da estratégia e na da complexidade, com ênfase no processo de *strategizing* em Sistemas Adaptativos Complexos (SAC). Foi examinado, mais especificamente, o processo de formação de estratégias em organizações hospitalares.

Em sistemas complexos, como é o caso de organizações hospitalares, o processo estratégico apresenta uma configuração distinta, como destacam Zimmerman (2011) e Meyer, Pascucci e Murphy (2012). A consciência e a capacidade sistêmica e autodidata (autônoma), comum aos agentes de organizações com características complexas, fazem deles “intérpretes engenhosos” (Campbell-Hunt, 2007, p. 795, tradução nossa) de processos, com reflexos fundamentais no desenvolvimento de práticas e rotinas essenciais à execução das estratégias. Assim, o conceito de estratégia, neste estudo, está relacionado à adoção de práxis e práticas específicas (Whittington, 2006).

A precariedade das relações entre o setor público e os hospitais, especialmente os filantrópicos, tem incentivado, nos últimos anos, a busca por profissionalização, qualidade e eficiência (Porter & Teinsberg, 2006). Todavia, pesquisas com foco na gestão estratégica de organizações hospitalares ainda são escassas, especialmente quando tais organizações são consideradas como sistemas adaptativos complexos. Busca-se, por meio deste estudo, contribuir para a compreensão mais

aprofundada a respeito da influência que elementos da complexidade têm na gestão estratégica da organização hospitalar e, ainda, como lidar com tais características de maneira que essas organizações possam alcançar resultados mais efetivos.

Referencial Teórico

Complexidade e gestão

A Teoria dos Sistemas Adaptativos Complexos, juntamente com a Teoria do Caos e a Teoria das Estruturas Dissipativas, integra as chamadas **ciências da complexidade** (Stacey, Griffin, & Shaw, 2000). Sistemas complexos são caracterizados como sistemas com múltiplos componentes em interação, cujo comportamento não pode ser inferido a partir do comportamento das partes (Stacey, 1996).

Há várias definições para SAC, as quais, ao mesmo tempo em que diferem na importância relativa atribuída aos elementos de SAC, são também muito semelhantes. Talvez, a mais conhecida delas seja a de Waldrop (1992), a partir de seu livro sobre o início do desenvolvimento das ciências da complexidade, com particular ênfase no desenvolvimento do Instituto Santa Fé, um dos pilares do estudo de SAC. Destacam-se também as contribuições de Cilliers (1998), as quais têm sido significativas para as visões filosófica e gerencial dos SAC.

A definição de SAC adotada neste estudo busca capturar elementos essenciais de SAC, identificados nessas e em outras obras, a fim de apresentar contribuições para o entendimento das características que mais bem ilustram o que o pensamento de SAC traz pode trazer para a gestão das organizações (Cilliers, 1998; Eisenhardt & Piezunka, 2011; Richardson, 2011; Stacey, 1996, 2010, 2012; Waldrop, 1992). Assim, SAC, aqui, são caracterizados como: (a) uma multiplicidade de agentes que aprendem; (b) que interagem uns com os outros de maneira não linear; e, por conseguinte; (c) auto-organizam-se; (d) têm propriedades emergentes; e (e) coevoluem com o ambiente (McDaniel, 2007; Stacey, 1996, 2010, 2012).

A interação e o aprendizado dos agentes em sistemas acontecem, individualmente, por meio de processos de **descoberta**, de **escolha** e de **ação** (Stacey, 1996). A partir de uma analogia à proposta de Stacey (1996), pode-se assumir que as emoções, os interesses e a capacidade de interação dos agentes têm grande influência na maneira como eles analisam e interpretam situações (processo de descoberta), decidem sobre quais ações empreender (processo de escolha), concentram esforços individuais e interagem com vistas à materialização desses propósito (processo de ação).

Nas últimas décadas, estudiosos têm reconhecido as organizações além do modelo **mecanicista** (McDaniel, 2007; Mintzberg, 1994), ao considerá-las como sistemas adaptativos complexos cercados pela incerteza (Beinhocker, 2006; Richardson, 2011; Stacey, 1996, 2012). Ao reconhecer as organizações como SAC, assume-se que os agentes organizacionais estão sempre aprendendo, e que não são previsivelmente sensíveis às intervenções (McDaniel, 2007; Stacey, 2012).

Sistemas adaptativos complexos diferem da denominada **organização máquina** (Stacey *et al.*, 2000). Esta última parte de pressupostos de funcionamento baseados em abordagens racionais de gestão, as quais precisam ser controladas, além de propor modelos simplificados que desconsideram as suas interações com o ambiente (Stacey *et al.*, 2000). Contrário à percepção mecanicista, no âmbito dos SAC, organizações são “sistemas de auto-organização em que a ordem emerge na forma *bottom-up* a partir das relações locais em que os agentes estão envolvidos” (Ritter, Wilkinson, & Johnston, 2004, p. 175). Portanto, é muito provável que, em SAC, estratégias e ações embasadas em conhecimento direcionado, a melhoria do **desempenho da máquina** possam não funcionar tão bem como desejado (McDaniel, 2007).

Contribuições que as ciências da complexidade trazem para as ciências sociais são mais bem compreendidas a partir do entendimento de alguns de seus conceitos básicos, como não linearidade e auto-organização, por exemplo. Um sistema é considerado **não linear** quando ações podem ter mais de um resultado, ou seja, quando o sistema é mais do que a soma de suas partes e as redes de *feedback* são não lineares (Stacey, 1996). Ainda de acordo com o mesmo autor, essa situação é evidenciada por meio das várias e diferenciadas respostas dadas, pelos agentes de um sistema, a um dado estímulo.

Auto-organização refere-se ao processo espontâneo de criação de ordem, a partir da desordem (Stacey *et al.*, 2000). 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 de um plano estabelecido (Stacey, 1996).

As organizações, de acordo com Stacey (2010, 2012), devem ser compreendidas como padrões de interações entre pessoas. Isso ocorre porque, de acordo com o mesmo autor, o aspecto essencialmente humano dos agentes é uma característica chave para melhor compreender as organizações, com base na estrutura conceitual dos SAC. Em organizações, assim como em SAC, agentes são afetados por emoções, aspirações e ansiedade, honestidade e decepção, imaginação e curiosidade (McDaniel, 2007; Stacey *et al.*, 2000). Acima de tudo, pessoas têm pensamentos sistêmicos, que lhes permitem observar, refletir e mudar de comportamento a partir da sua percepção do ambiente, o que as torna, ao mesmo tempo, observadoras e participantes.

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 (Lissack & Gunz, 1999; Stacey, 1996, 2010).

A responsabilidade dos agentes, para Stacey (1996), é buscar a legitimidade do sistema por meio de interações formais e informais, na medida em que estimulam e desenvolvem redes de *feedback*. Nesse contexto, *feedback* refere-se ao processo no qual a informação sobre os resultados de determinada ação é alimentada de volta para a tomada de decisão, processo que afeta a próxima ação (Stacey, 1996). As redes de *feedback*, por sua vez, são mecanismos de incentivo ao aprendizado e à criatividade, que conduzem o sistema à auto-organização e à evolução (Richardson, 2011; Stacey, 1996).

Stacey (1996) destaca que são dois os principais tipos de interação encontrados entre agentes de sistemas complexos: as interações, que acontecem no **sistema formal** (ou legitimado); e as interações, que ocorrem no **sistema informal** ou **sistema sombra** (*shadow system*). No sistema legitimado, os agentes obedecem à hierarquia, à cultura e à ideologia únicas, e o esquema dominante é o que determina a natureza e a direção da autoridade, bem como a responsabilidade de cada agente (Stacey, 1996). O sistema informal, por sua vez, é formado por esquemas estabelecidos espontânea e informalmente, criando uma espécie de sombra do sistema legitimado (Stacey, 1996). Ainda segundo o mesmo autor, essa sombra consiste em um modelo social e político informal paralelo ao sistema formal, comum em contextos pluralistas, no qual os agentes desenvolvem seus próprios padrões locais de interação que, em geral, não fazem parte da cultura ou da ideologia oficialmente sancionada.

Em organizações complexas e pluralistas, os objetivos são difusos e pouco consensuais entre os diferentes grupos que as compõem (Jarzabkowski & Fenton, 2006; Stacey, 2010). A imprevisibilidade, a incerteza, a característica não linear das atividades e a variedade de atores contribuem para a ambiguidade e a dificuldade de consenso, encontradas em organizações complexas (Stacey *et al.*, 2000).

Nessas organizações, caracterizadas pela complexidade, pela individualidade e pela pluralidade de profissionais e de interesses, o trabalho é desenvolvido por profissionais especializados como, por exemplo, médicos e professores, o que lhes garante autonomia na execução de suas atividades (Etzioni, 1964; Kast & Rosensweig, 1972). A autonomia profissional (Mintzberg, 2007), presente em

hospitais e universidades, por exemplo, reflete uma dualidade de poder com implicações na sua gestão ao estabelecer uma dicotomia e um compartilhamento do poder: um primeiro, centrado no poder burocrático dos dirigentes; e, um segundo, no poder fundamentado na competência profissional.

Nesse contexto, decisões e ações são frutos muito mais de aspectos políticos, interpretativos e simbólicos, do que de uma abordagem essencialmente racional e lógica presentes na gestão da **organização máquina** (Bolman & Deal, 2003; Etzioni, 1964; Richardson, 2011). A prática estratégica ocorre de forma interdependente, a partir da cooperação e das inter-relações entre seus elementos, em um ambiente que não é inerte, nem estável, e muito menos previsível (McDaniel, 2007; Stacey, 2012). Essas características reforçam a importância de elementos como interpretação da realidade, improvisação e aprendizado por parte de seus membros (McDaniel, 2007; Stacey, 2012; Stacey *et al.*, 2000).

Formação de estratégias em hospitais como sistemas complexos

Hospitais são considerados um dos tipos mais complexos e pluralistas de organizações presentes na sociedade atual (Etzioni, 1964). Constituem-se por organizações complexas e pluralistas por seus objetivos ambíguos, pela natureza de suas atividades, pelo uso de tecnologia múltipla e complexa, pelo poder compartilhado e, enfim, pela pluralidade de profissionais que neles atuam (Mintzberg, 2007; Zimmerman, 2011).

Como organizações profissionais, hospitais são dirigidos por trabalho operacional altamente complexo (Mintzberg, 1994). Ao lado da burocracia centralizada, observa-se uma **burocracia profissional** (Mintzberg, 2007) menos rígida, que se fundamenta no trabalho profissional especializado representado por médicos, enfermeiros, entre outros. A burocracia profissional, segundo Mintzberg (2007), tem por características maior flexibilidade, descentralização e autonomia, maior criatividade e inovação, e menor rigor no controle de processos, tornando a gestão estratégica um desafio aos gestores desse tipo de organização.

A fragmentação do ambiente interno, a instabilidade e a incompatibilidade de expectativas, características comumente encontradas em organizações complexas e pluralistas (Jarzabkowski & Fenton, 2006), permitem que hospitais sejam caracterizados como **sistemas frouxamente articulados** (*loosely coupled systems*). Esse conceito foi desenvolvido por Weick (1976), com foco nas articulações internas de organizações e, posteriormente, ampliado por Orton e Weick (1990), para considerar também a relação dos sistemas sociais com seus ambientes. Sistemas frouxamente articulados referem-se à presença de elementos conectados que, mesmo compartilhando aspectos comuns, respondem ou reagem de forma independente a fatores diferenciados, mantendo suas próprias identidades.

Em ambientes instáveis e complexos como o hospitalar, a distinção entre formulação e implementação de estratégias geralmente é eliminada (Meyer, Pascucci, & Murphy, 2012). Isso acontece porque, nesses contextos, o formulador passa a ser o próprio implementador ou, ainda, pelo fato de os implementadores serem os responsáveis pela formulação de suas estratégias. Essa característica é identificada, frequentemente, em empresas de alta tecnologia ou hospitais, onde as estratégias são elaboradas coletivamente e num processo contínuo, pela amplitude de interesses e informações especializadas envolvidas (Jarzabkowski & Fenton, 2006).

Tal característica remete ao termo **formação de estratégia**, cunhado por Mintzberg (1978), o qual exalta a presença de estratégias organizacionais que não necessariamente resultaram de um pensamento consciente ou deliberado. Nesse contexto, pensamento (formulação) e ação (implementação) não são fases distintas, mas partes de um mesmo processo que ocorre de maneira integrada e contínua, com a participação de estrategistas de diferentes níveis organizacionais.

A estratégia raramente é resultado de uma decisão individual e, em hospitais, por serem organizações profissionais, muito menos. A própria definição de estratégia como “uma atividade realizada socialmente” (Jarzabkowski, Balogun, & Seidl, 2007, p. 7, tradução nossa) evidencia a

multiplicidade de pessoas e as interações necessárias para sua execução. A pluralidade e a autonomia dos agentes envolvidos no processo de formação de estratégias em organizações hospitalares reforçam o entendimento de que os estrategistas podem estar distribuídos em diferentes níveis hierárquicos (Jarzabkowski, 2005). Essa constatação exalta, ainda, a importância que práticas e práxis podem vir a ter, nesse processo (Pascucci & Meyer, 2012).

Para Whittington (2006), prática estratégica envolve ações e rotinas de comportamento incluindo tradições, normas e procedimentos a respeito de como agir e fazer uso das coisas, em sentido amplo. 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. *Práxis* refere-se ao que as pessoas efetivamente fazem, na prática do dia a dia. É o resultado do esforço individual dos agentes para atingir seus objetivos, os quais são influenciados por suas crenças, interesses e interações que, por sua vez, variam de uma pessoa para outra (Fenton & Langley, 2011). Para Rouleau (2005), práxis pode ser considerada como um sinônimo de microestratégias, na medida em que essas atividades, desenvolvidas por agentes na prática do dia a dia (Whittington, 2006) contribuam para o alcance das estratégias organizacionais. Portanto, há boas razões para se assumir que estratégias não existem sem que haja um conjunto de práxis e/ou práticas que formem sua base.

Práticas e práxis podem acontecer em diferentes níveis hierárquicos, circunstâncias e contextos organizacionais. Todavia, apenas uma pequena parcela de ações ocorridas pode ser chamada, efetivamente, de estratégica, uma vez que representa um conjunto de práticas, práxis e/ou rotinas que constituem o que é, formalmente, reconhecido como sendo estratégico (Carter, Clegg, & Kornberger, 2008). Assim, a análise do processo de formação de estratégias envolve a identificação de práticas adotadas e de práxis desenvolvidas por agentes que tenham contribuído, significativamente, para o alcance dos objetivos organizacionais estratégicos.

Nesse processo, reconhece-se, portanto, a importância do agente como estrategista e, do *sensemaking* (Weick, 1976, 1995), como elementos essenciais presentes no processo de formação de estratégias em sistemas complexos e pluralistas, pelas características que apresentam. Não é recente a consideração do esforço interpretativo na gestão estratégica. Assim como Weick (1979), autores como Orton e Weick (1990), Daft e Weick (1984), Porac e Thomas (2006) e Balogun, Pye e Hodgkinson (2011) têm exaltado aspectos cognitivos, como a interpretação, ao abordarem a gestão estratégica.

Como intérpretes engenhosos (Campbell-Hunt, 2007) de processos, agentes em organizações complexas e pluralistas desenvolvem *práxis* e rotinas, a partir de uma realidade individual (*schemas*, nos termos de SAC) que tem base na maneira como esses agentes veem o mundo ou a organização. De acordo com 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 esse conjunto de eventos (Daft & Weick, 1984; Weick, 1976, 1995). O resultado se expressa, fundamentalmente, por meio de escolhas, motivações e atitudes.

Nesse contexto, **significado** não é, inevitavelmente, subjetivo, mas sim, socialmente construído pelo contexto e por metas a serem alcançadas pelo agente. O mesmo se aplica ao 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, experiências, interesses e preferências (Clegg, Carter, Kornberger, & Schweitzer, 2011). Tais fatores – cognitivos – têm impacto na forma como eles fazem suas escolhas e agem (Bankes, 2011; Daft & Weick, 1984), especialmente em se tratando de organizações cujos agentes possuem característica autônoma, como é o caso de hospitais. Assim, uma mesma informação pode produzir diferentes atitudes nos agentes. Por tratar-se de um processo que envolve diferentes agentes os quais possuem diversas formas de interpretar o mundo a sua volta, o processo de formação de estratégias dependerá, fortemente, de elementos cognitivos dos agentes envolvidos no processo.

Dada a característica dinâmica de sistemas complexos, ganha destaque, nesse processo, a noção de retrospectão de Weick (1976, 2001). 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”. Nesse sentido, para Weick (1995), a construção de significado é um processo de atenção sobre o que já ocorreu. Esse 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.

Um ponto de vista diferente é apontado por Schön (1983), para quem, as pessoas aprendem enquanto agem. O termo reflexão durante a ação (*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. Nessa perspectiva, o agente não separa o pensamento da ação. Ao contrário, as atividades são interativas e a experimentação é assumida como uma espécie de ação em que a execução de fato é construída durante a sua investigação.

Quer na perspectiva de Weick (1995) quer na de Schön (1983), a interpretação é uma característica intrínseca aos agentes de sistemas complexos e pluralistas, e está presente no processo de formação de estratégias. Montenegro e Bulgacov (2009, p. 6) também corroboram com essa proposta ao ressaltarem que, em situações ambíguas, o agente organizacional “fará sentido daquilo dando continuidade ao processo de *sensemaking* e, numa organização, ao processo de *organizing*, no qual o indivíduo, de forma dinâmica, irá agir, fazendo escolhas e retendo informações relevantes para ações futuras, diminuindo assim, a ambiguidade”. Da mesma forma, a capacidade de improvisação dos agentes em sistemas complexos é fundamental para o processo de formação de estratégias, assim como para a convivência com elementos próprios do SAC, como a incerteza, a ambiguidade, a imprevisibilidade e a dinamicidade.

Metodologia

Design da pesquisa

Esta pesquisa é de cunho qualitativo, tratando-se de um estudo comparativo de casos descritivos *ex-post-facto* com avaliação transversal. O nível de análise foi o organizacional, e a unidade de análise foi representada por práticas adotadas por agentes organizacionais no processo de formação de estratégias em dois hospitais, caracterizados como complexos.

O período de análise compreendeu os anos de 2005 a 2010. A perspectiva transversal de análise é justificada pelo entendimento de que o estudo da formação de estratégias necessita de que seja analisada toda uma série de decisões ao longo do tempo para a identificação de padrões (Mintzberg, 1978).

Foram duas as organizações estudadas, o Hospital Erasto Gaertner (HEG) e o Hospital Pequeno Príncipe (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. 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. Nesse grupo de instituições, buscaram-se, ainda, hospitais com 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.

Os hospitais foco de estudo são reconhecidos nacional e internacionalmente pela qualidade dos serviços prestados em suas respectivas áreas 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.

Tabela 1

Perfil dos Hospitais Pesquisados

Característica	HEG	HPP
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	1.000	1.700
Funcionários/médicos	8,33	7,11
Funcionários/voluntários	2,38	4,59
Funcionários/leito	6,54	4,36

Nota. Fonte: Hospital Erasto Gaertner. (2010). *Relatório anual 2009*. Recuperado de http://www.erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio_2010.pdf; Complexo Pequeno Príncipe. (2012). *Relatório de atividades 2009, 2010 e 2011*. Caderno 2. Recuperado de http://www.pequenoprincipe.org.br/wp-content/uploads/2012/09/HPP_RelAtiv2009-2011_caderno2.pdf

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 diretos/expressos no mercado de saúde local.

Fonte e coleta dos dados

Foram quatro as principais fontes da coleta de dados: entrevista semiestruturada, questionário, observação não participante e documentos. Essas fontes foram definidas para evitar possíveis vieses, especialmente, por tratar-se de análise retrospectiva. A coleta dos dados primários somou 72 entrevistados e 38 respondentes, totalizando 110 participantes em diferentes níveis hierárquicos (alta administração, nível intermediário e profissionais especialistas).

Primeiramente, foram entrevistados cinco (05) gestores da alta administração de cada Hospital a fim de identificar os objetivos estratégicos formais e/ou informais dos Hospitais, assim como iniciativas consideradas estratégicas, executadas ou abortadas no período analisado. Para seleção dos entrevistados, adotou-se amostra não probabilística ou intencional, haja vista o interesse em pessoas conhecedoras da história e da gestão estratégica dos Hospitais em estudo. Foram selecionadas quatro (04) estratégias de cada Hospital para estudo em profundidade, a partir dos seguintes critérios: (a) a representatividade demonstrada por meio da percepção dos entrevistados quanto à relevância (direta ou indireta) para o desempenho dos Hospitais; (b) a exclusão de possíveis vieses por parte dos entrevistados; (c) a disponibilidade de informações, em termos de evidências tangíveis e relatos detalhados, que permitissem a sua representação; (d) atendidos os critérios anteriores, situações que evidenciassem maior presença e influência dos aspectos investigados.

A segunda etapa de coleta envolveu a aplicação de questionário estruturado, com objetivo de identificar (a) a percepção dos agentes a respeito da presença de elementos de SAC considerados no estudo (o aprendizado, a autonomia, a auto-organização, a imprevisibilidade, a não linearidade e as redes de *feedback*); (b) a intensidade que esses elementos possuíram no processo de formação de estratégias dos Hospitais. O questionário foi aplicado a 62 respondentes, sendo 26 do HEG e 36 do HPP, os quais foram selecionados por amostragem do tipo **bola de neve** (Malhotra, 2001).

O objetivo da última etapa de coleta de dados foi aprofundar a investigação sobre as oito estratégias selecionadas. Adotou-se a entrevista guiada para identificar as práticas utilizadas no processo de formação dessas estratégias e, especialmente, o papel do *sensemaking* dos agentes nas decisões

envolvidas no processo. Foram entrevistadas 38 pessoas, sendo 18 do HEG e 20 do HPP, as quais também foram selecionadas por amostragem do tipo **bola de neve**. Os instrumentos de coleta dos dados foram verificados antecipadamente, por meio de pré-teste realizado em hospital diferente dos estudados. As transcrições das entrevistas e as anotações de campo totalizaram aproximadamente 1.000 páginas.

Não houve intenção de que as duas amostras (de respondentes e de entrevistados) fossem equivalentes, haja vista que aspectos políticos e preferências influenciam na identificação por parte dos entrevistados, de **quem**, efetivamente, tenha participado das situações e dos processos de interesse da pesquisa. As entrevistas e a aplicação dos questionários ocorreram entre os meses de outubro de 2009 e agosto de 2010.

Também se fez uso de dados secundários relativos ao contexto interno e à gestão estratégica das organizações estudadas. Documentos foram consultados a fim de contribuir para a construção da evolução histórica das organizações, em especial, as características da gestão e as estratégias encaminhadas ou abortadas, bem como o momento temporal em que ocorreram. A variedade de métodos utilizados na obtenção de dados permitiu a triangulação destes.

Tratamento dos dados

Os dados primários foram analisados por meio de técnicas de análise de narrativa (Tsoukas & Hatch, 2008), as quais são recomendadas por Fenton e Langley (2011), para estudos que buscam conhecer com profundidade determinado processo, como é o caso deste estudo. Adotou-se como técnica de análise o **significado** (Eriksson & Kovalainen, 2008). Utilizou-se como método complementar na análise das entrevistas, a elaboração de Mapas Cognitivos, por meio do *software* IHMC *CmapTools* (Novak & Cañas, 2008). Mapas Causais foram utilizados visando ao entendimento de como situações e eventos são interpretados em sistemas complexos, fazendo com que as pessoas ajam como ajam, especialmente no que tange ao tripé elementos de SAC, concepção de estratégias, atitudes e práticas adotadas.

Os dados secundários foram analisados mediante análise documental. Os dados coletados por meio do questionário estruturado foram compilados e trabalhados em planilhas de Excel.

Análise dos Dados

O contexto em que ocorre o processo de formação de estratégias nos Hospitais apresentou muitas semelhanças. É característica de ambos os Hospitais a pluralidade de interesses e de divergências que envolvem, especialmente, fundadores, executivos e profissionais especialistas, o que torna a gestão estratégica essencialmente política.

A gestão do HPP é reconhecida, interna e externamente, pela característica tradicionalista e familiar. O Hospital possui equipe gestora altamente qualificada e adota práticas de gestão reconhecidas no mercado – tais como planejamento estratégico e orçamentário, sistema de qualidade e ouvidoria, por exemplo – e, ainda assim, o processo decisório demonstrou ser fortemente influenciado por membros fundadores.

O fato de a gestão estratégica praticada no HPP restringir-se a orientações e a diretrizes estratégicas contribui para que estas assumam um caráter essencialmente **emergente**. O processo de formação de estratégias envolveu, formalmente, a participação da alta administração e de gestores de nível médio. Estes últimos, em especial, demonstraram gozar de uma **autonomia assistida**, ou seja, têm liberdade para decidir, criar e modificar processos. Em alguns casos, a autonomia concedida aos profissionais demonstrou ser resultado da confiança e da lealdade demonstrados, além da constância de interações informais, que evidenciou ser uma prática no HPP.

No HEG, por sua vez, o caráter político e familiar que até o início dos anos 2000 se verificou na gestão do Hospital gerou complicações financeiras e desgastes na imagem institucional. A reversão dessa situação tem sido conduzida com bons resultados, desde então, por um grupo de dirigentes médicos. Pelo fato de a direção do Hospital ser composta por cargos eletivos, muitas decisões ainda assumem um caráter essencialmente político. A gestão estratégica do HEG é composta por diretrizes estratégicas representadas por objetivos e metas formais pautadas em análise racional, as quais são consolidadas num Plano Anual de Trabalho (PAT). A adoção de metodologias de gestão modernas, tais como planejamento estratégico, gestão da qualidade, controle orçamentário, revisão de processos e gestão de riscos, entre outras práticas, ressaltou o empenho do Hospital em fazer transparecer uma imagem de gestão sofisticada, com etapas e atividades ordenadas.

Das práticas adotadas no processo de formação de estratégias nos Hospitais estudados, algumas delas apresentaram maior efetividade do que outras. Dentre elas, pode-se mencionar o *networking* junto aos *stakeholders* externos, a criação de fóruns internos para discussão de temas conflituosos, as análises do contexto ambiental, a democratização das decisões, o incentivo às interações informais e a flexibilização do planejamento estratégico a partir de revisões periódicas, estes dois últimos verificados apenas no HPP. Por outro lado, verificou-se também a adoção de algumas práticas que, ao invés de contribuir, pareceram comprometer o processo de formação de estratégias. Os controles diversos, a inflexibilidade das metas, a sistematização de reuniões entre diferentes níveis hierárquicos e o rigor do planejamento estratégico, identificados no HEG, são exemplos de práticas dessa natureza.

As características do processo estratégico, apresentadas na Tabela 2, evidenciam a preponderância de estratégias emergentes sobre as de natureza deliberada (Mintzberg & Waters, 1985). O caráter emergente das estratégias ressalta a dinamicidade que o processo de formação das estratégias assume em organizações hospitalares. Na sua maioria, as estratégias e ações ocorrentes em ambos os Hospitais emergiram como resultado do esforço de agentes da alta administração, mas, especialmente, do nível intermediário.

Dentre os elementos da complexidade identificados nas estratégias analisadas e dispostas na Tabela 2, verificou-se a predominância da não linearidade, da autonomia dos agentes, do aprendizado e das redes de *feedback*. Possivelmente, a necessidade de minimizar as implicações negativas dos dois primeiros elementos mencionados estimulou os agentes organizacionais a aprimorarem as redes de *feedback* e a capacidade de aprendizado, face ao contexto dinâmico e pouco consensual encontrado nas organizações.

Tabela 2

Síntese das Estratégias Analisadas *versus* Elementos de SAC

Hospital	Estratégias selecionadas	Processo Estratégico	Elementos de SAC
HEG	Reformulação do Modelo de Gestão	Emergente	Não linearidade
		Criativo	Imprevisibilidade
		Evolutiva	Aprendizado
	Certificação ISO 9001:2000	Deliberada	Auto-organização
Fontes Alternativas de Receita	Certificação ISO 9001:2000	Deliberada	Não linearidade
		Racional	Redes de <i>feedback</i>
		Evolutiva	Autonomia
	Fontes Alternativas de Receita	Emergente	Aprendizado
Informatização de processos	Fontes Alternativas de Receita	Criativo	Redes de <i>feedback</i>
		Evolutiva	Auto-organização
		Deliberada	Não linearidade
	Informatização de processos	Emergente	Aprendizado
		Evolutiva	Redes de <i>feedback</i>

Continua

Tabela 2 (continuação)

Hospital	Estratégias selecionadas	Processo Estratégico	Elementos de SAC
HPP	Captação de Recursos por meio de projetos	Emergente	Aprendizado
		Criativa	Redes de <i>feedback</i>
		Evolutiva	Auto-organização
	Ampliação da Estrutura Física do Hospital	Emergente	Imprevisibilidade
		Criativa	Autonomia
		Evolutiva	Não linearidade Redes de <i>feedback</i>
	Criação do Instituto de Pesquisa Pelé Pequeno Príncipe	Emergente	Autonomia
		Criativa	Não linearidade
		Evolutiva	Redes de <i>feedback</i>
	Mobilização Social	Emergente	Aprendizado
		Criativa	Redes de <i>feedback</i>
		Evolutiva	Auto-organização

Nota. Fonte: Pesquisa.

As características e as principais implicações decorrentes dos elementos de SAC preponderantes no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3

Implicações de Elementos da Complexidade (SAC) na Formação de Estratégias em Hospitais

Elementos da Complexidade (SAC)	Reflexos no Processo de Formação de Estratégias	
	Positivos	Negativos
Aprendizado	Permite criação de praxis, incentiva 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.

Nota. Fonte: Pesquisa.

Com maior ou menor grau, todos os elementos considerados neste estudo evidenciaram algum tipo de impacto no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados. Outra constatação foi que, com exceção do **aprendizado** que possui tão somente implicações positivas, verificou-se que os demais elementos possuem implicações positivas e negativas, dependendo da forma com que a organização – e os agentes – reagem a eles. As principais implicações de cada elemento nas estratégias selecionadas, bem como a maneira com que os Hospitais reagiram a eles, são apresentadas a seguir.

Em se tratando da **imprevisibilidade**, as reações dos Hospitais foram antagônicas. Ainda que a ousadia tenha sido identificada no comportamento de gestores de ambos, sua presença demonstrou ser

mais significativa no HPP, ao passo que as decisões do HEG caracterizaram-se mais pela prudência. Ao ousar e assumir riscos, gestores do HPP permitiram a emergência de oportunidades, nos termos de Wit e Meyer (2010). Nesse sentido, a ausência de um planejamento estruturado naquele Hospital instigou a interação entre agentes – especialmente, entre gestores da alta administração e de níveis intermediários – e a constante busca por inovação que, no HPP, pode ser percebida como uma prática estratégica. Aliado a esse comportamento, verificou-se também o questionamento, por parte desse grupo, de crenças enraizadas e a busca por mudança nos modelos mentais existentes.

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 dos pesquisadores permitiram inferir que a adoção de um comportamento mais ousado por alguns gestores nos últimos anos foi fundamental para a superação da crise e a mudança da imagem e do perfil assistencialista que esse Hospital detinha.

As decorrências da **não linearidade**, por sua vez, tiveram estreita relação com a característica frouxamente articulada (Orton & Weick, 1990; Weick, 1976) dos diferentes grupos que compõem hospitais. Dentre as implicações identificadas na formação de estratégias dos Hospitais, a morosidade e a ausência de apoio e de cooperação em ações estratégicas – especialmente por parte de profissionais especialistas – demonstraram ser práticas comuns nos Hospitais analisados, os quais são justificados pelas divergências entre grupos, comuns em sistemas complexos e pluralistas (Richardson, 2011; Stacey *et al.*, 2000).

As **interações** (redes de *feedback*) demonstraram ser fundamentais para diminuir os efeitos da **não linearidade** na formação de estratégias. No HPP, as interações demonstram ser dinâmicas, sem a dependência de reuniões formais e limites de acesso entre diferentes níveis hierárquicos. Apesar da característica sistematizada assumida pelos fluxos de interações verificadas no HEG, com programação de reuniões semanais dentro e entre diferentes níveis hierárquicos, verificou-se que a prática de **interações informais** constituiu-se no mecanismo encontrado pelos agentes para se articularem com a rapidez na busca de solução para a implementação das ações sob sua responsabilidade. A esse respeito, um diretor do HEG ressaltou: “Aqui você precisa estar preparado para negociar sempre, nos múltiplos níveis que existem neste ambiente especial que é o hospital” (relato de entrevista).

Dentre os vários tipos de interações, verificou-se que o diálogo, as consultas, o apoio de formadores de opinião e as negociações foram práticas muito comuns na transformação de intenções em ações. A análise aprofundada dessas práticas evidenciou a presença de diferentes tipos de práxis e resultados por elas alcançados no desenvolvimento das interações, ressaltando a importância das habilidades individuais, nesse processo. Identificou-se que alguns tipos de situações eram sempre conduzidos pelos mesmos agentes, dada a sua habilidade em interagir, apaziguar conflitos, convencer e negociar.

Foram evidenciados dois principais efeitos do elemento **autonomia** no processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados. Além do efeito negativo, comumente encontrado em organizações profissionais (Mintzberg, 1994), identificou-se um efeito positivo ao constatar-se que, quanto maior a autonomia dos agentes, maiores foram os níveis de criatividade destes em identificarem soluções para desenvolvimento das estratégias.

No HPP, por exemplo, as áreas reconhecidas internamente pela criatividade e pela superação de dificuldades para implementação das estratégias organizacionais são as mesmas em que se identificou maior autonomia por parte dos agentes administrativos. Junto com a autonomia percebida em algumas funções administrativas, verificou-se uma forte presença de interações entre tais agentes autônomos e a alta administração, evidenciando a prática de uma **autonomia assistida**. A proximidade que esse grupo mantinha junto a dirigentes com quem compartilhavam objetivos e interesses demonstrou ter sido essencial para angariar o apoio necessário à realização de suas ações.

Todavia, o processo de formação das estratégias organizacionais foi marcado, em ambos os Hospitais, por uma incidência muito maior de práxis do que práticas organizacionais. Tal constatação ressalta a importância que o elemento **aprendizado** assume em hospitais, como sistemas complexos e pluralistas. Isso ocorre porque, na medida em que o sistema evolui, nem todas as velhas soluções têm o mesmo êxito ao serem aplicadas aos novos problemas. Na ânsia de encontrar os mecanismos adequados a fim de implementar ações estratégicas, os agentes, continuamente, desenvolvem soluções específicas (práxis) com base na sua interpretação do ambiente e capacidade criativa, nos moldes do modelo interpretativo, de Chaffee (1985) e de Weick (1979, 1995).

Nesse sentido, o **aprendizado** esteve presente na capacidade dos agentes em perceber a necessidade de agir, promover adequações em soluções velhas ou desenvolver novas soluções para superação de dificuldades, face às necessidades de evolução do contexto hospitalar, essencialmente dinâmico e pluralista. Ainda que em algumas situações se tenha evidenciado o caráter retrospectivo do *sensemaking*, em que os agentes interpretaram suas ações com base em experiências passadas, nos termos de Weick (1979, 1995), em outras situações, demonstraram que o aprendizado também foi construído no momento da ação (Schön, 1983).

A predominância de práxis reforça, ainda, a estreita relação existente entre **aprendizado** e capacidade de **auto-organização** do sistema (Stacey, 1996). A interação de uma multiplicidade de agentes desenvolvendo, individualmente, ações (práxis) com objetivo de influenciar e modificar o ambiente, a partir de seus interesses – aqui representados pelas ações estratégicas a eles delegadas ou em que acreditam – acaba encontrando um equilíbrio natural. A auto-organização do sistema – representada por uma nova situação de equilíbrio – resulta da acomodação de interesses e ações que convergem com os interesses dos principais grupos do sistema que detém poder ou autonomia.

Em ambos os Hospitais, práxis identificadas como essenciais no processo de formação das estratégias analisadas tiveram sua origem muito mais relacionada à capacidade de interpretação, ao aprendizado e à improvisação dos agentes, do que de planos formalmente elaborados. No que se refere à práxis, um gestor intermediário destacou que, no hospital, as soluções são padronizadas, elas vêm de todas as partes e são espontâneas justamente porque decorrem do “ouvir, analisar e agir” (relato de entrevista) de cada indivíduo ao deparar-se com uma situação que impede sua ação ou com algo que é importante naquele contexto. Como exemplos de práxis, podem ser mencionadas as soluções individuais desenvolvidas por agentes na resolução de problemas locais, setoriais ou organizacionais; a habilidade de agentes em integrar grupos e solucionar conflitos; o uso da criatividade na criação de oportunidades para arrecadação de fundos; a perspicácia para convencer pessoas e grupos sobre mudanças; entre outras situações especialmente inerentes ao *sensemaking* e à visão de mundo de cada um.

A dinamicidade desse processo impediu que a maior parte das práxis se tornasse rotina e ganhasse a dimensão social necessária para tornarem-se práticas. Um dos motivos para tal comportamento pode estar relacionado à imprevisibilidade, presente no dia a dia da organização hospitalar, que incentiva os agentes a agirem de forma ousada e impulsiva. Esse tipo de ocorrência, denominado de **reflexão durante a ação** por Schön (1983), foi especialmente evidenciado nas práxis identificadas em situações criativas e de improvisação diante do imprevisto em ambos os Hospitais.

O viés dado às estratégias dos Hospitais exprimiu características como, por exemplo, a construção de significado, preferências e interesses dos agentes envolvidos, nos termos de Weick (1979). A esse respeito, um diretor do HPP ressaltou que “estratégia é percepção” (relato de entrevista). A importância da interpretação dos gestores no processo de formação de estratégias também foi destacada por um diretor do HPP ao ressaltar que: “Não aceitamos ‘não’. Todo mundo vai inventando jeito. Não tinha a fórmula mágica, nós fomos criando” (relato de entrevista).

Discussão

O aspecto dinâmico e irregular identificado no processo de decisão estratégica nos Hospitais permite que a formação de estratégias nessas organizações seja caracterizada como, essencialmente, adaptativa e criativa. Verificou-se que, nas organizações hospitalares analisadas, as ações estratégicas demonstraram ser 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 (Orton & Weick, 1990) entre grupos e pelo sistema informal (Stacey, 1996) existente.

Observou-se que, nos Hospitais estudados, as mudanças assumiram um caráter evolutivo. Nessas organizações, as estratégias, normalmente, não são incrementais nem, tampouco, contínuas. Mesmo quando incrementais, as ações que compuseram as estratégias se desenvolvem 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.

A maior incidência de práxis do que de práticas identificada no processo de formação de estratégias em hospitais permitiu algumas constatações. A primeira delas diz respeito ao fato de que as práticas, por sua característica mais ampla, contribuíram para definição de orientações gerais (**o que** fazer), enquanto que as práxis foram essenciais para transformação das intenções em ações (**como** fazer). Nesse sentido, outra constatação importante foi que, embora as práxis sejam representadas por ações individuais e pontuais, elas demonstraram que podem assumir caráter estratégico na formação de estratégias em hospitais. Isso ocorre porque, a partir de sua interpretação e de seus interesses, os agentes desenvolvem mecanismos que lhes permitem executar ações específicas, as quais podem ser essenciais para materialização de estratégias organizacionais.

No entanto, a capacidade de desenvolvimento de práxis que assume caráter estratégico por parte dos agentes organizacionais possui estreita relação com os níveis de autonomia a eles outorgados, os quais, por sua vez, remetem a uma terceira constatação. Embora a literatura reconheça a autonomia como intrínseca a alguns tipos de organizações complexas profissionais, na prática, a capacidade autônoma dos agentes em hospitais é fortemente inibida pelas práticas de gestão de pessoas. Todavia, a especificidade complexa e pluralista de hospitais exige um **pensar e agir** dinâmico, que seja constantemente renovado e que facilite a comunicação, a interação e a ação entre agentes de diferentes níveis hierárquicos.

Em organizações hospitalares, a autonomia pode ser explorada positivamente. A delegação de uma **autonomia assistida** para os gestores intermediários torna-se fundamental no processo de formação das estratégias em hospitais. Sem uma autonomia mínima, pode não haver condições propícias à criatividade necessária para o desenvolvimento de práxis em SAC. Por outro lado, o aspecto negativo da autonomia – em se tratando de profissionais especialistas – pode ser minimizado, significativamente, por meio da proximidade (física e cognitiva) entre níveis hierárquicos. Níveis controlados de autonomia demonstraram ter impacto positivo nos processos de formação de estratégias analisados, por meio da supressão de níveis hierárquicos e da característica essencialmente informal das interações, particularmente, entre agentes da alta administração e níveis intermediários, mais próximos da operação.

A cooperação, no contexto da formação de estratégias em hospitais, foi mais intensa no que se refere a interações promovidas por agentes em prol de suporte político. Observou-se que, em geral, esse comportamento é influenciado pelo sistema informal e pelo comportamento autônomo decorrente da configuração profissional (Mintzberg, 1994), característicos da organização hospitalar. A flexibilidade dos dirigentes no trato dessas características demonstrou ser essencial para o equilíbrio entre conflito e consenso, até mesmo porque se constatou que os dois extremos demonstraram ser prejudiciais ao processo de formação de estratégias (Wit & Meyer, 2010). Se, por um lado, a insistente busca pelo consenso gera perda de oportunidades, além do aumento da morosidade que já é

característica de organizações hospitalares, por outro, o uso do poder estimula os conflitos internos e a desarticulação dos grupos envolvidos na execução da estratégia.

Um resumo dessas constatações é apresentado na Tabela 4, que destaca o padrão de comportamento para o processo de formação de estratégias em hospitais, com base nas características que predominaram nos casos analisados.

Tabela 4

Padrão Identificado na Formação de Estratégias dos Hospitais

Características	Formação de estratégias em hospitais: padrão identificado
Pensamento	Informal, com regras
Estilo cognitivo dominante	Interpretativo
Ênfase	Criatividade sobre a lógica
Direção do pensamento	Lateral
Postura em relação ao futuro	Flexível e ousada
Natureza da estratégia	Emergente sobre deliberada
Processo de formação	Essencialmente adaptativo e criativo
Passos no processo de formação	Pensar e agir entrelaçados
Estrategistas	Em todos os níveis da organização
Tomada de decisão	Dispersada
Interações	Predominantemente informais
Mudanças	Evolutivas
Postura nas mudanças	Equilibrada entre conflito e consenso
Execução	Iterativa
Foco da execução	Aprendizado
Autonomia	Assistida e em diferentes funções
Apoio	Resultado de flexibilidade e negociação

Nota. Fonte: Pesquisa.

Considerações Finais

Este estudo teve como objetivo identificar como ocorre o processo de formação de estratégias nos Hospitais analisados. Neste sentido, constatou-se que, no processo de formação de estratégias em hospitais, elementos da complexidade (SAC), *sensemaking*, práxis e práticas estratégicas estão, intrinsecamente, relacionados. Evidenciou-se, neste processo, a preponderância de estratégias emergentes, as quais assumiram um caráter adaptativo e de mudança evolutiva, cujas ações apresentaram características, essencialmente, iterativas.

Há, no processo de formação de estratégias em hospitais, incidência muito maior de práxis do que de práticas estratégicas. Isso pode ser explicado pelo fato de o processo de pensar e agir constituir-se na essência do desenvolvimento de práxis. Tal comportamento resulta do conhecimento tácito e *sensemaking* dos agentes motivados por esquemas individuais e compartilhados. Práxis, no contexto hospitalar, demonstraram ser dinâmicas e pontuais demais para desenvolverem-se numa rotina ou ganharem dimensão social, tornando-se práticas. Portanto, constatou-se que práxis podem assumir um

caráter estratégico dependendo de quem as executa, do propósito pelo qual surgem e de como são executadas.

Neste contexto dinâmico e pluralista, a **autonomia assistida** de gestores intermediários demonstrou ser fundamental na gestão estratégica de organizações hospitalares. Portanto, níveis mínimos de autonomia são essenciais ao estímulo da criatividade e, por conseguinte, para o desenvolvimento de novas práticas que contribuam para a evolução de sistemas adaptativos complexos.

Observou-se também que metodologias de gestão modernas – como técnicas de análise, planejamento e controle, essencialmente, racionais – são quase **espremidas** ao serem aplicadas em organizações hospitalares. Embora o discurso dos agentes busque demonstrar uma imagem de gestão moderna, verificou-se que, na realidade, práticas, práticas e estratégias resultaram muito mais da interpretação e de *insights* dos agentes, podendo ser caracterizadas como uma profecia autorrealizável, nos termos Weick (1979). Essa evidência e suas decorrências reforçam o entendimento de que o processo de formação de estratégias em hospitais, como sistemas complexos, não segue uma abordagem linear, predita em modelos racionais e lógicos de planejamento. Essas práticas, ao contrário, inibem o processo espontâneo de auto-organização dos SAC.

Estudos com foco na formação de estratégias em sistemas complexos são ainda escassos na literatura dessa área. Este trabalho contribui para o desenvolvimento da teoria ao apontar novos e importantes elementos – como autonomia, criatividade, informalidade, práticas, aprendizado, redes de *feedback* e *sensemaking* – bem como a forma por que tais elementos influenciam a formação de estratégias em organizações complexas como hospitais, vistos como sistemas adaptativos complexos. A compreensão desses elementos e da forma como impactam na adoção e no desenvolvimento de práticas e práticas estratégicas ampliam a agenda com novas temáticas para futuras pesquisas, contribuindo para o enriquecimento deste debate.

O desempenho de organizações hospitalares tem se tornado um desafio para seus gestores, como também para pesquisadores, assim como para seus *stakeholders*. Estudos voltados ao exame de fatores como o poder político compartilhado pelos diversos grupos profissionais e de sua influência na formação de estratégias podem contribuir para o melhor entendimento da prática estratégica em hospitais. Igualmente importante na agenda para futuros estudos é a análise dos diferentes papéis dos *stakeholders* na gestão de hospitais, assim como estudos a respeito dos efeitos advindos do compartilhamento de poder na formação de estratégias nessas organizações.

Referências

- Antonacopoulou, H. (2008). On the practise of practice: in-tensions in the ongoing reconfiguration of practices. In D. Barry & H. Hansen (Eds.), *New approaches in management and organization* (pp. 113-131). London: Sage.
- Balogun, J., Pye, A., & Hodgkinson, G. P. (2011). Cognitively skilled organizational decision making: making sense of deciding. In G. P. Hodgkinson & W. H. Starbuck (Orgs.), *The oxford handbook of organizational decision making* (pp. 233-249). New York: Oxford University Press.
- Bankes, S. (2011). The use of complexity or policy exploration. In P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Orgs.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp. 570-589). London: Sage Publications Ltd.
- Beinhocker, E. D. (2006). *The origin of wealth: evolution, complexity, and the radical remaking of economics*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Boisot, M., & McKelvey, B. (2010). Integrating modernist and postmodernist perspectives on organizations: a complexity science bridge. *Academy of Management Review*, 35(3), 415-433.

- Bolman, L., & Deal, T. E. (2003). *Reframing organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Campbell-Hunt, C. (2007). Complexity in practice. *Human Relations*, 60(5), 793-823. doi: 10.1177/0018726707079202
- Carter, C., Clegg, S. R., & Kornberger, M. (2008). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying strategy*. London, EC: SAGE.
- Chaffee, E. E. (1985). Three models of strategy. *Academy of Management Review*, 10(1), 89-98.
- Cilliers, P. (1998). *Complexity and postmodernism: understanding complex systems*. New York: Routledge.
- Clegg, S., Carter, C., Kornberger, M., & Schweitzer (2011). *Strategy: theory and practice*. London: Sage Publications Ltd.
- Complexo Pequeno Príncipe. (2012). *Relatório de atividades 2009, 2010 e 2011*. Caderno 2. Recuperado de http://www.pequenoprincipe.org.br/wp-content/uploads/2012/09/HPP_RelAtiv2009-2011_caderno2.pdf
- Daft, R., & Weick, K. (1984). Toward a model of organizations as interpretation systems. *Academy of Management Review*, 9(2), 284-295. doi: 10.5465/AMR.1984.4277657
- Eisenhardt, K. M., & Piezunka, H. (2011). Complexity theory and corporate strategy. In P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Orgs.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp. 506-523). London: Sage Publications Ltd.
- Eriksson, P., & Kovalainen, A. (2008). *Qualitative methods in business research*. London: Sage Publications Ltd.
- Etzioni, A. (1964). *Modern organizations*. New Jersey: Prentice-Hal.
- Fenton, C., & Langley, A. (2011). Strategy as practice and the narrative turn. *Organization Studies*, 32(9), 1171-1196. doi: 10.1177/0170840611410838
- Hospital Erasto Gaertner. (2010). *Relatório anual 2009*. Recuperado de http://www.erastogaertner.com.br/arquivos/relatorio_2010.pdf
- Jarzabkowski, P. (2005). *Strategy as practice: an activity-based approach*. London: Sage.
- Jarzabkowski, P., Balogun, J., & Seidl, D. (2007). Strategizing: the challenges of a practice perspective. *Human Relations*, 60(1), 5-27. doi: 10.1177/0018726707075703
- Jarzabkowski, P., & Fenton, E. (2006). Strategizing and organizing in pluralistic contexts. *Long Range Planning*, 39(6), 631-648. doi: 10.1016/j.lrp.2006.11.002
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1972). General systems theory: applications for organization and management. *Academy of Management Journal*, 15(4), 447-465. doi: 10.2307/255141
- Lissack, M. R., & Gunz, H. P. (1999). *Managing complexity in organizations: a view in many directions*. London: Quorum Books.
- Malhotra, N. K. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (3a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- McDaniel, R. R. (2007). Management strategies for complex adaptive systems: sensemaking, learning, and improvisation. *Performance Improvement Quarterly*, 20(2), 21-41. doi: 10.1111/j.1937-8327.2007.tb00438.x

- Meyer, V., Jr. (2007). A escola como organização complexa. In A. Eying & M. L. Ghisi (Eds.), *Políticas e gestão da educação superior* (pp. 231-261). Curitiba: Champagnat.
- Meyer, V., Jr, Pascuci, L. M., & Murphy, J. P. (2012). Implementing strategies in complex systems: lessons from Brazilian hospitals [Special Issue]. *Brazilian Administration Review*, 9, 19-37. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/bar/v9nspe/03.pdf>. doi: 10.1590/S1807-76922012000500003
- Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy formation. *Management Science*, 24(9), 934-948.
- Mintzberg, H. (1994). *The rise and fall of strategic planning*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (2007). *Tracking strategies: toward a general theory*. New York: Oxford University Press.
- Mintzberg, H., & Waters, J. A. (1985). Of strategies, deliberate and emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3), 257-272. doi: 10.1002/smj.4250060306
- Montenegro, L. M., & Bulgacov, Y. L. (2009, setembro). Construção de sentidos em práticas de um processo estratégico: um estudo comparativo em duas IES do estado do Paraná. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração*, São Paulo, SP, Brasil, 33.
- Novak, J. D., & Cañas, A. A. (2008). *The theory underlying concept maps and how to construct and use them: technical report IHMC Cmap tools*. Florida: Institute for Human and Machine Cognition.
- Orton, J. D., & Weick, K. E. (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15(2), 203-223.
- Pascuci, L. M., & Meyer, V., Jr. (2012). Praxis in practices: strategizing in complex and pluralistic organizations. *Anais do EGOS Colloquium*. Helsinki, Finland, 28.
- Porac, J. F., & Thomas, H. (2006). Managing cognition and strategy: issues, trends and future decisions. In A. Pettigrew, H. Thomas, & R. Whittington (Eds.), *Handbook of strategy and management* (pp. 165-181). Londres: SAGE Publications.
- Porter, M., & Teinsberg, E. O. (2006). *Redefining healthcare: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Richardson, K. A. (2011). Complexity and management: a pluralistic view. In P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Eds.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp.366-382). London: Sage Publications Ltd.
- Ritter, T., Wilkinson, I. F., & Johnston, W. J. (2004). Managing in complex business networks. *Industrial Marketing Management*, 33(3), 175-183. doi: 10.1016/j.indmarman.2003.10.016
- Rouleau, L. (2005). Micro-practices do strategic sensemaking and sensegiving: how middle managers interpret and sell change every day. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1413-1441. doi: 10.1111/j.1467-6486.2005.00549.x
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. England: Ashgate.
- Stacey, R. D. (1996). *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berret-Koehler.
- Stacey, R. D. (2010). *Complexity and organizational reality: uncertainty and the need to rethink management after the collapse of investment capitalism*. New York: Routledge.

- Stacey, R. (2012). *Tools and techniques of leadership and management: meeting the challenge of complexity*. London: Routledge.
- Stacey, R. D., Griffin, D., & Shaw, P. (2000). *Complexity and management: fad or radical challenge to systems thinking?* New York: Routledge.
- Tsoukas, H., & Hatch, M. J. (2001). Complex thinking, complex practice: the case for a narrative approach to organizational complexity. *Human Relations*, 54(8), 979-1013. doi: 10.1177/0018726701548001
- Waldrop, M. M. (1992). *Complexity: the emerging science at the edge of order and chaos*. New York: Touchstone by Simon and Schuster Inc.
- Weick, K. E. (1976). Educational organizations as loosely coupled systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1-19.
- Weick, K. E. (1979). *The social psychology of organizing* (2nd ed.). New York: Tandom House.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks: Sage.
- Weick, K. E. (2001). *Making sense of organizations*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Whittington, R. (2006). Completing the practice turn in strategy research. *Organization Studies*, 27(5), 613-634. doi: 10.1177/0170840606064101
- Wit, B., & Meyer, R. (2010). *Strategy: process, content, context*. Hampshire, UK: Cengage Learning EMEA.
- Zimmerman, B. (2011). How complexity science is transforming healthcare. In P. Allen, S. Maguire, & B. McKelvey (Eds.), *The SAGE handbook of complexity and management* (pp. 617-635). London: Sage Publications Ltd.