

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

GISLAINE APARECIDA GOMES DA SILVA

**OS MECANISMOS DE MUDANÇA ISOMÓRFICA E RESPOSTAS  
ESTRATÉGICAS AOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS: ESTUDO EM  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP.**

SÃO CARLOS  
2014

GISLAINE APARECIDA GOMES DA SILVA

**OS MECANISMOS DE MUDANÇA ISOMÓRFICA E RESPOSTAS  
ESTRATÉGICAS AOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS: ESTUDO EM  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA-SP.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para o Título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi.

SÃO CARLOS  
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

G633mm

Gomes da Silva, Gislaine Aparecida.

Os mecanismos de mudança isomórfica e respostas estratégicas aos processos institucionais: estudo em organizações hospitalares do município de Taquaritinga-SP / Gislaine Aparecida Gomes da Silva. -- São Carlos : UFSCar, 2014.

127 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Desenvolvimento organizacional. 2. Isomorfismo. 3. Institucionalização. 4. Análise organizacional. I. Título.

CDD: 658.406 (20ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno(a): Gislaíne Aparecida Gomes da Silva

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 30/01/2014 PELA  
COMISSÃO JULGADORA:

Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi  
Orientador(a) PPGE/UFSCar

Prof. Dr. Mário Sacomano Neto  
PPGE/UFSCar

Prof. Dr. Edmundo Escrivão Filho  
EESC/USP

---

Prof. Dr. Mário Otávio Batalha  
Coordenador do PPGE

*“As mudanças institucionais dão forma à maneira pela qual as sociedades evoluem através do tempo e, assim, constituem-se na chave para a compreensão da mudança histórica”.*

***Douglass North***

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que me conhece e me confiou a vida, cercado-me de pessoas que contribuem para meu crescimento humano, profissional e espiritual.

Aos meus familiares, que são presentes de Deus para mim e a razão do meu entusiasmo, de modo muito especial: à minha mãe Terezinha de Jesus Confortini Gomes da Silva; ao meu pai Miguel Gomes da Silva; aos meus irmãos Gilson, Gilmar e Gisele; à minha sobrinha Thaís.

Ao Professor Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi pela competência, dedicação, compreensão, atenção e disponibilidade como orientador.

Aos profissionais da Santa Casa e do Hospital de Olhos de Taquaritinga-SP, pela colaboração para que este trabalho pudesse ser desenvolvido.

Aos parentes e amigos que convivem comigo.

## RESUMO

A evolução do conceito de hospital tem provocado mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde e, conseqüentemente, em sua gestão (STUMPF, 1996). Em decorrência dessas mudanças, é importante a compreensão da construção dos arranjos institucionais das organizações hospitalares a partir da evolução dos conceitos da Teoria Organizacional e, particularmente, dos conceitos do neo-institucionalismo. Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) afirmam que em paralelo à questão do estágio de institucionalização há necessidade de se considerar os mecanismos de mudança isomórfica e a influência exercida pelo ambiente. O objetivo deste trabalho consistiu em elucidar quais são os mecanismos de mudança que concorrem para o isomorfismo em duas organizações hospitalares do município de Taquaritinga-SP bem como identificar as respostas estratégicas que são compreendidas por tais organizações frente às pressões institucionais, a partir dos construtos de DiMaggio e Powell (1983), em nível organizacional, e Oliver (1991). Foram utilizados como técnica de coleta de dados questionários e entrevistas, caracterizando-se como pesquisa qualitativo-quantitativa. Para compreensão das significativas transformações que impactam os hospitais, foi realizado estudo de caso no intuito de avaliar os contrapontos e limitações das abordagens teóricas na estrutura das organizações analisadas, comparando-se os resultados obtidos, o que contribuiu substancialmente para a descrição da institucionalização das práticas hospitalares enfocadas. Foram equacionados os mecanismos de isomorfismo, que se fizeram presentes em intensidades diferentes em ambas as organizações e verificou-se também a divergência entre elas relacionada às estratégias frente a essas práticas. Considerando-se os limites da pesquisa, concluiu-se que embora não haja total homogeneidade na forma como ambas as organizações estudadas se comportam frente às mudanças, as práticas hospitalares apresentam-se semi-institucionalizadas.

Palavras-chave: Análise Institucional. Isomorfismo. Estratégia Organizacional. Hospital.

## ABSTRACT

The evolution of the concept of hospital has provoked changes on the focus of the provision of health services and, consequently, on its management (STUMPF, 1996). As a result of these changes, it is important to understand the construction of the institutional arrangements of the medical organizations from the evolution of the concepts of Organizational Theory and, particularly, of the concepts of the new institutionalism. Machado-da-Silva and Gonçalves (1999) state that in parallel to the stage of institutionalization there is the need to consider the mechanisms of isomorphic change and the influence exerted by the environment. The aim of this study was to elucidate the mechanisms of change that compete for the isomorphism in two hospital organizations in the town of Taquaritinga-SP as well as identify the strategic responses that are undertaken by such organizations in the face of institutional pressures, from the constructs of DiMaggio and Powell (1983), in organizational level, and Oliver (1991). Questionnaires and interviews were used as data collection technique, characterized as qualitative-quantitative research. In order to understand the significant transformations that impact hospitals, a case study was carried out to evaluate the counterpoints and limitations of theoretical approaches in the structure of the organizations analyzed, comparing the results obtained, what contributed substantially to the description of the institutionalization of hospital practices focused. The mechanisms of isomorphism were established, which were present in different intensities in both organizations and was also noted the divergence between them related to strategies against such practices. Considering the limits of the survey, it was concluded that although there is no total homogeneity in the way both organizations studied behave in the face of changes, hospital practices are partially institutionalized.

Keywords: Institutional Analysis. Isomorphism. Organizational Strategy. Hospital.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Origens dos Argumentos institucionais .....	22
Quadro 2 Pilares do neo-institucionalismo .....	32
Quadro 3 Ambiente Técnico e Institucional.....	46
Quadro 4 Preditores do isomorfismo em nível organizacional .....	52
Quadro 5 Preditores do isomorfismo em nível de campo.....	54
Quadro 6 Respostas Estratégicas aos processos institucionais .....	56
Quadro 7 Antecedentes das Respostas Estratégicas .....	60
Quadro 8 Questões Precedentes das Respostas Estratégicas.....	61
Quadro 9 Antecedentes Institucionais das Respostas Estratégicas.....	62
Quadro 10 Mecanismos de Mudança Isomórfica de DiMaggio e Powell (1983) e Direcionadores de Convergência das práticas hospitalares.....	72
Quadro 11 Questões da entrevista relacionadas com o construto teórico de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991).....	79
Quadro 12 Questões do questionário relacionadas com o construto teórico de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991).....	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Quantidade de Leitos por especialidade – Santa Casa de Taquaritinga.....	85
Tabela 2 Áreas de trabalho dos respondentes .....	92
Tabela 3 Tempo de atuação na organização.....	92
Tabela 4 Atuação na mesma área de formação.....	92
Tabela 5 Nível de escolaridade .....	93
Tabela 6 Há quanto tempo realizou o último curso.....	93
Tabela 7 Há quanto tempo ocorreu a última mudança .....	94
Tabela 8 Quem realizou as mudanças.....	94
Tabela 9 Preditores às respostas estratégicas – construto de Oliver (1991).....	95
Tabela 10 Respostas Estratégicas – construto de Oliver (1991).....	96
Tabela 11 Condições Ambientais .....	98
Tabela 12 Áreas de trabalho dos respondentes.....	102
Tabela 13 Tempo de atuação na organização .....	102
Tabela 14 Atuação na mesma área de formação .....	103
Tabela 15 Nível de Escolaridade .....	103
Tabela 16 Há quanto tempo realizou o último curso .....	103
Tabela 17 Há quanto tempo ocorreu a última mudança .....	103
Tabela 18 Quem realizou as mudanças .....	104
Tabela 19 Preditores às respostas estratégicas – construto de Oliver (1991).....	104
Tabela 20 Respostas Estratégicas – construto de Oliver (1991).....	105
Tabela 21 Condições Ambientais .....	106

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Matriz Teórica da pesquisa .....	76
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	12
1.1.1 Relevância da Pesquisa .....	13
1.1.2 Questão da Pesquisa .....	14
1.1.3 Objetivo .....	15
1.1.4 Justificativa .....	15
1.1.4.1 Do estruturo-funcionalismo às mudanças na prestação de serviços hospitalares .....	17
1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO .....	19
<b>2 A ABORDAGEM INSTITUCIONAL NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS</b> .....	21
2.1 O VELHO INSTITUCIONALISMO .....	21
2.2 TEORIA NEO-INSTITUCIONALISTA .....	26
2.2.1 Institucionalismo Histórico .....	27
2.2.2 Institucionalismo da Escolha Racional .....	28
2.2.3 Institucionalismo Sociológico .....	29
2.3 OS PILARES DO NEO-INSTITUCIONALISMO .....	31
2.3.1 O Pilar Regulativo .....	32
2.3.2 O Pilar Normativo .....	33
2.3.3 O Pilar Cognitivo .....	33
2.4 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	34
2.4.1 O Conceito de Campo Organizacional .....	41
2.4.2 Definições de Organizações, Instituições e Ambiente Institucional .....	44
2.5 PREDITORES DA MUDANÇA ISOMÓRFICA .....	47
2.5.1 Mecanismos de mudança isomórfica institucional: Construto de DiMaggio e Powell .....	48
2.5.1.1 O Isomorfismo Coercitivo .....	49
2.5.1.2 O Isomorfismo Mimético .....	49
2.5.1.3 O Isomorfismo Normativo .....	50
2.6 PREDITORES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS AOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS: CONSTRUTO DE OLIVER .....	55
2.7 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES .....	63
2.7.1 A Perspectiva Institucional e o “Campo” Hospitalar .....	68
<b>3 MÉTODOS DE PESQUISA</b> .....	74
3.1 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	75

3. 2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO .....	84
3.2.1 Santa Casa de Misericórdia .....	84
3.2.2 Hospital de Olhos .....	86
<b>4 RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>88</b>
4.1 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAQUARITINGA .....	88
4.2 HOSPITAL DE OLHOS.....	99
<b>5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE A - CARTA, QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO A - UNIDADES HOSPITALARES.....</b>	<b>124</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Novos conceitos em Teoria Organizacional têm surgido como decorrência das mudanças no dia-a-dia das organizações, e como reflexos do ambiente econômico-social com o qual interagem. São várias as perspectivas da Teoria Organizacional e “essas perspectivas utilizam níveis e variáveis de diferente natureza. Este fato tem grande importância para os teóricos organizacionais, uma vez que há a necessidade de rompimento das redomas que limitam a análise organizacional” (SACOMANO NETO; TRUZZI, 2002, p.41).

A tentativa de convergência entre explicações institucionalistas e estratégicas é uma das atuais tendências na teoria organizacional (OLIVER, 1991; MACHADO-SILVA; FONSECA; FERNANDES, 1999).

Dentre as tentativas de convergência, destaca-se o estudo de Oliver (1991) que, conjugando pressupostos das teorias institucionais e da dependência de recursos, propõe cinco tipos possíveis de respostas estratégicas em reação a características do ambiente institucional.

DiMaggio e Powell (2005, p.74) afirmam que “atores racionais tornam suas organizações cada vez mais similares, à medida que tentam transformá-las” e procuram explicar essa homogeneidade, ressaltando que o conceito que melhor capta o processo de homogeneização é o de isomorfismo. “O isomorfismo constitui um processo de restrição que força uma unidade em uma população a se assemelhar a outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais” (HAWLEY, 1968, *apud* DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 76). Hannan e Freeman (1977) demonstram que o isomorfismo pode acontecer porque são excluídas formas não-ótimas de uma população de organizações ou ainda porque os tomadores de decisões ajustam seus comportamentos a respostas adequadas. Esses autores tratam do isomorfismo competitivo, supondo uma racionalidade sistêmica que enfatiza competição no mercado. Contudo, segundo DiMaggio e Powell (2005), esse conceito não apresenta um quadro completamente adequado ao mundo moderno das organizações, sendo essa ótica complementada pela visão institucional do isomorfismo introduzido por Kanter (1972, *apud* DiMaggio e Powell, 2005, p.77): “As principais forças que as organizações devem levar em consideração

são as outras organizações”. Ao afirmarem que as organizações não competem somente por recursos e clientes, mas por poder político e legitimação institucional, por adequação social assim como adequação econômica, DiMaggio e Powell (2005, p. 77) esclarecem que o conceito de isomorfismo institucional é “uma ferramenta útil para se compreender a política e o cerimonial que permeiam parte considerável da vida organizacional moderna”.

Dentre as inúmeras organizações, o hospital apresenta-se como a mais complexa (MIRSHAWKA, 1994). Os hospitais modernos estão inseridos num ambiente que atravessa extensas dificuldades, tanto em questões político-econômicas, como nos aspectos sociais.

Apesar da sua autonomia relativa e da sua especificidade como organização, é importante compreender quais fatores e atores determinam as mudanças do hospital. Para se compreender as normas, as regras, os valores e as finalidades dessa organização e as transformações históricas por que tem passado, é imprescindível considerar o papel dos seus atores, aqueles que são detentores de interesses específicos no “campo” da assistência e da saúde (GRAÇA, 1996). Segundo Graça (1996), em seu trabalho realizado em Portugal, entre os atores que constituem os principais protagonistas da evolução do hospital estão Igreja, Estado, administração, organismos de financiamento como a Segurança Social ou as seguradoras, profissionais de saúde, população-alvo, universidade, indústria farmacêutica e grupos de pressão.

Dados esses aspectos e considerando a evolução do conceito de hospital, que parte da prestação de assistência para a produção dos cuidados em saúde, é fundamental reconhecer que existe a necessidade de uma reflexão que inclua novos referenciais que possibilitem a compreensão dos desafios na gestão dos hospitais. A construção dos arranjos institucionais das organizações hospitalares, a partir da evolução dos conceitos da Teoria Organizacional, apresenta-se como importante fator de estudo e investigação.

### **1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

Esta seção tem como objetivo caracterizar o tema da pesquisa dentro do qual esta dissertação é desenvolvida e subdivide-se em: relevância da pesquisa; questão da pesquisa; objetivo e justificativa.

### 1.1.1 Relevância da Pesquisa

As organizações de fato têm se tornado mais complexas e contam com mais recursos (MARCH; OSLEN, 1984 *apud* DIMAGGIO; POWELL, 1991).

De acordo com DiMaggio e Powell (1991), o ressurgimento do interesse nas instituições provém de uma tradição da economia política, associada com Veblen e Commons, que se concentrava nos mecanismos mediante os quais ocorria a ação social; contempla também os esforços de autores funcionalistas como Parsons e Selznick para compreender as interconexões duradouras entre a organização política, a economia e a sociedade (esses autores serão vistos no capítulo dois do presente trabalho). Essas linhagens se desprestigiaram não porque fizeram perguntas equivocadas, mas porque proporcionavam respostas que nem eram altamente descritivas e historicamente específicas e nem tão abstratas de forma a faltar interesse explicativo (DIMAGGIO; POWELL, 1991).

O esforço atual para combinar os motivos de investigação dessas tradições com os desenvolvimentos contemporâneos não é apenas um retorno às raízes acadêmicas, mas também um esforço para proporcionar respostas novas a velhas perguntas acerca do modo como os arranjos institucionais conformam, mediam e canalizam as escolhas sociais (DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Diante das divergências entre teoria e prática, as práticas organizacionais devem ser estudadas como produto de processos institucionais que oferecem coerência e significado ao comportamento da organização.

Pesquisas com abordagem institucional no Brasil tiveram seu início por volta de 1993. Houve um pequeno aumento no final dos anos 1990 e início dos anos 2000, porém são considerados poucos os estudos desenvolvidos com essa abordagem (ROSA; COSER, 2004). “A popularidade da teoria institucional é um fenômeno relativamente recente no ciclo acadêmico, especialmente nas últimas décadas” (MACHADO DA SILVA, FONSECA, CUBRELLATE, 2010, p2).

Abordagens de pesquisas que contemplem as respostas estratégicas de Oliver (1991), ou o isomorfismo institucional de DiMaggio e Powell (1983) apresentam-se como um campo amplo a ser explorado. Acerca dos processos de isomorfismo decorrente das transformações, o mecanismo normativo de mudanças isomórficas, na teoria institucional, emerge com a influência do profissionalismo em praticamente todos os tipos de organizações, e como não poderia deixar de ser, nas



organizações de saúde, incluindo o hospital. As práticas internas das organizações hospitalares mudaram. O ambiente onde as práticas ocorrem mudou com os avanços em tecnologia, mercados concorrentes, diferentes estruturas organizacionais, novos comportamentos e exigências dos atores (clientes), dentre outros aspectos.

A ênfase em pesquisas sobre mudanças é reflexo das profundas transformações no setor de saúde: desregulamentação, convergências tecnológicas, entre outras, estão aumentando a intensidade e a dinâmica da competição (SANTOS, 2008). As instituições hospitalares, que trabalhavam bem em ambientes estáveis, impactam-se com as novas formas de competição e atendimento que emergem, sendo o hospital entendido como uma verdadeira empresa. Os avanços tecnológicos têm permitido inovações na análise e comunicação de informações dentro das organizações e entre as organizações, em especial nos cuidados à saúde.

Outras questões são evidenciadas nessa organização singular, ao longo de sua história e evolução, que reportam a outros tipos de mudanças, como o mimetismo, e ainda, o mecanismo coercitivo, dadas as pressões que tais organizações sofrem em relação a seu ambiente macro. Argumentos como globalização, competitividade, avanços tecnológicos e outros são comumente utilizados para justificar a necessidade de tais organizações buscarem permanente adaptação ao meio em que atuam.

De acordo com Zan (2006), a estrutura conceitual e teórica proposta por Oliver (1991) aponta para a complementaridade à abordagem de DiMaggio e Powell (1983), sendo um importante fator a ser explorado.

### **1.1.2 Questão da Pesquisa**

As organizações hospitalares foram escolhidas para este estudo em decorrência das transformações, desde as origens dos primeiros hospitais a casas de misericórdia, mediante pressões isomórficas similares. Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) afirmam que em paralelo à questão do estágio de institucionalização há necessidade de se considerar os mecanismos de mudança isomórfica e a influência exercida pelo ambiente, como será visto mais adiante. Dessa forma, diante da singularidade com que se apresentam os hospitais enquanto organização tem-se uma importante questão: quais os mecanismos de mudança que

concorrem para o isomorfismo nessas organizações e quais as respostas estratégicas que são empreendidas por tais organizações frente às pressões institucionais?

### **1.1.3 Objetivo**

Esta dissertação tem como objetivo analisar os mecanismos de mudanças nos hospitais município de Taquaritinga-SP, a partir do construto teórico de DiMaggio e Powell (1983), de forma a elucidar nesse cenário as hipóteses deixadas por esses autores acerca do isomorfismo em nível organizacional, bem como identificar as respostas estratégicas que são empreendidas por tais organizações frente às pressões institucionais, segundo o construto de Oliver (1991).

### **1.1.4 Justificativa**

Hannan e Freeman (1977) afirmam que grande parte da teoria organizacional moderna pressupõe um mundo das organizações diferenciado e diverso, e procura explicar a variação entre as organizações em termos de estrutura e comportamento. Meyer e Rowan (1977), em seu clássico artigo “Estruturas Formais como Mito e Cerimônia” (abordado mais adiante) oferecem uma mudança radical nos modos convencionais de pensar a estrutura formal e proporciona aos pesquisadores organizacionais a oportunidade de explorar um amplo espectro de novas ideias sobre as causas e consequências da estrutura (TOLBERT; ZUCKER, 1999). Como os indivíduos se comportam nas organizações depende menos do mundo objetivo e mais de como esses indivíduos percebem aquele mundo objetivo. Essas percepções subjetivas não são, entretanto, individuais e idiossincráticas. São construídas institucionalmente; as ações dos indivíduos possuem bases institucionais, são entendimentos coletivos baseados em categorias cognitivas compartilhadas (CARRUTHERS, 1995).

A organização hospitalar como objeto de pesquisa foi escolhida para análise da prática hospitalar como uma instituição social pelas transformações ocorridas durante sua evolução histórica.

Conforme relatos de Foucault (1979a) em “O Nascimento do Hospital”, somente no século XVIII este surge como um instrumento terapêutico.

Aproximadamente em 1780, por meio de “visitação e observação sistemática e comparada dos hospitais” tem-se essa nova visão (FOUCAULT, 1979a, p. 99).

O hospital permanece com características de assistencialismo até o início do século XVIII e o Hospital geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT 1979a, p. 102).

O capitalismo “socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” (FOUCAULT, 1979b, p. 80). “É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização” (FOUCAULT, 1979a, p. 107). O que caracteriza o hospital moderno é, sobretudo, a ruptura conceitual, isto é, a passagem do "social" - prestação de assistência - ao "sanitário" - produção de cuidados de saúde, ou seja, a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para outro conceito diametralmente oposto, o de prestação de serviços (GRAÇA, 1996).

O Ministério da Saúde, conforme Portaria nº 30 de 11 de fevereiro de 1977 (Brasil, 1977, p. 9), define hospital como:

parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar.

Gonçalves (1983) define hospital como uma organização completa que incorpora o avanço constante dos conhecimentos, de aptidões, da tecnologia médica e dos aspectos finais desta tecnologia. Eachern (*apud* Mirshawka, 1994, p.16) afirma que o "Hospital é a representação do direito inalienável que o homem tem de gozar saúde e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou de restaurar-lhe a saúde perdida" e que "de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital." Novaes e Paganini (1994) afirmam que o hospital é uma empresa que tem como razão de ser o homem cujo organismo não funciona adequadamente, que adoece e se desequilibra, não conseguindo adaptar-se à sociedade. A evolução do conceito de hospital tem provocado mudanças no foco da prestação dos serviços de saúde e, conseqüentemente, em sua gestão (STUMPF, 1996).

Conforme Merhy e Cecílio (2003), boa parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é feita a partir do referencial funcionalista/ sistêmico,

hegemônico no campo designado como Administração Hospitalar. À luz da teoria das organizações, os hospitais são caracterizados por sua natureza autônoma, atomizada e corporativa (MINTZBERG, 1982).

#### **1.1.4.1 Do estruturo-funcionalismo às mudanças na prestação de serviços hospitalares**

O funcionalismo, nascendo como uma alternativa a explicações históricas, foi uma das primeiras teorias antropológicas do século XX, até ser desafiada pela análise estruturo-funcional ou estruturo-funcionalismo (SCOTT, 1995).

Em uma análise funcionalista das organizações como forma de compreender as origens da Teoria Institucional, Tolbert e Zucker (1999) afirmam que o estudo das organizações tem uma história relativamente curta dentro do campo da Sociologia, assinalando que antes dos trabalhos de Merton (1948) e seus discípulos as organizações não eram reconhecidas como fenômeno social merecedor de estudo próprio. As autoras reforçam o papel atribuído por Weber<sup>1</sup> (1946; 1998) às organizações formais (contribuições que serão vistas no capítulo seguinte), porém, enfatizam que a noção de que as organizações nos processos sociais modernos são autores independentes não foi reconhecida até o pioneirismo de Merton<sup>2</sup> (1948), cujo interesse inicial no estudo das organizações parece ter sido direcionado primeiramente por preocupação com o teste empírico e o desenvolvimento de uma lógica geral da teoria social funcionalista, focando na dinâmica da mudança social.

Ao elencar as funções do hospital, Gonçalves (1983) ressalta que o desenvolvimento de todas elas exige a participação ativa e consciente de diferentes integrantes da organização hospitalar, fato esse importante diante da circunstância de que o hospital difere em alguns aspectos críticos da organização burocrática tradicional. O autor faz uma abordagem do Hospital como um sistema, tendo como entrada pessoas doentes, que submetidas a processos de diagnóstico e tratamento, são transformadas em pessoas tratadas, que são a saída do sistema. Este hospital, segundo o autor, pode fazer parte de um sistema hierarquizado e regionalizado de assistência médica e pode ainda ser um hospital geral ou especializado, que tem uma estrutura organizacional, variável (se for público – federal, estadual, municipal),

---

<sup>1</sup> Max Weber (1864-1920), publicações póstumas. Propõe em seus trabalhos um modelo ideal de burocracia e há forte contribuição desse autor para o Institucionalismo.

<sup>2</sup> Os trabalhos de Merton (1948) irão influenciar significativamente as proposições de Selznick (1957; 1971), precursor do Neo-institucionalismo.

ou privado. O autor estabelece como insumos necessários para que o processo de sistema hospitalar possa ser executado, os recursos humanos – vitais – seguidos pelos recursos materiais, financeiros etc.

Segundo Gonçalves (1983), a equipe médica tem um papel fundamental auxiliada por equipes de paramédicos, o que ilustra o fato de existirem diversos subsistemas que se interagem para que sejam atingidos os objetivos finais do sistema, sendo que na sua visão o hospital é uma organização que tem características próprias que o diferenciam de outras instituições, trata-se de uma organização humanitária até certo ponto burocrática e autoritária, com uma ampla divisão de trabalho especializado.

Mintzberg (1982) descreve a estrutura do hospital como uma burocracia profissional. Graça Carapineiro (*apud* Merhy e Cecílio, 2003) discutindo o tema no campo da Sociologia, problematiza o hospital a partir de três vertentes teóricas principais:

Numa primeira aproximação do tema, revela o quanto o hospital é e não é uma burocracia no sentido weberiano do termo, para concluir que o hospital é uma burocracia de tipo especial. Ou melhor, é um tipo de organização que apresenta componentes de funcionamento burocrático, uma burocracia convivendo tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática. Tais considerações têm grande importância para se pensar as dificuldades e contradições na gestão dos hospitais. A outra vertente com que Carapineiro trabalha é construída a partir das contribuições de Foucault, em particular o tema do poder enquanto disciplina e as relações poder/saber, para uma compreensão mais adequada das complexas relações que os médicos estabelecem com a instituição, as outras categorias profissionais e os pacientes. Finalmente, há as contribuições a partir de um marco teórico assentado na fenomenologia e na teoria da ação de base weberiana, segundo a qual o hospital pode e deve ser visto a partir da perspectiva da ordem negociada (GRAÇA CARAPINEIRO, *apud* MERHY; CECÍLIO, 2003, p.2).

Merhy e Cecílio (2003) afirmam que o paradigma funcionalista dá conta de certas questões da administração hospitalar uma vez que o hospital também funciona como um sistema, ou melhor, tem aspectos de funcionamento sistêmico, possui partes mais estruturadas e previsíveis, fluxos de insumos, processos com certa materialidade e inputs-outputs claramente reconhecidos. Mas, reconhecem também a necessidade de uma reflexão teórica que inclua outros referenciais em vista da singularidade e dos desafios presentes na gestão dos hospitais (MERHY; CECÍLIO, 2003). Para alcançar o objetivo proposto neste trabalho é importante uma reflexão teórica cuja perspectiva exceda esses limites.

Hall e Taylor (2003) ressaltam que o intitucionalismo histórico, desenvolveu-se como reação contra o estruturo-funcionalismo dos anos 60 e 70.

Como argumenta Zucker (1987, p.443), as Teorias Institucionais “proveem de uma visão rica e complexa das organizações”, sendo estas influenciadas por pressões normativas, algumas vezes de fontes externas tais como o Estado, outras vezes de dentro da própria organização (ZUCKER, 1987; FLIGSTEIN, 2001). Sob tais condições, conforme salienta Santos (2008), essas pressões direcionam as organizações a se guiarem por elementos legitimados, de processos de operação padronizados e certificações profissionais e exigências do Estado, os quais frequentemente têm como efeito direcionar a atenção para além do desempenho da tarefa. A adoção desses elementos legitimados direciona ao isomorfismo (DiMaggio e Powell, 2005) com o ambiente institucional e aumenta a possibilidade de sobrevivência. Além da legitimidade dentro dos campos organizacionais, tais teorias discutem também a passividade e posicionamento estratégico das organizações. Ambos são relevantes e vêm recebendo contribuições teóricas e empíricas nos estudos com abordagem institucional.

Segundo os trabalhos de Oliver (1991), as organizações não são passivas às pressões e exigências institucionais e respondem de várias formas às pressões ambientais. O Estado (poder coercitivo) restringe as organizações e os indivíduos, os quais estão sob sua “jurisdição”, as organizações (poder coercitivo em nível inferior ao Estado) constroem os indivíduos que são seus integrantes. Também pode haver movimento inverso de influência na hierarquia, à medida que os atores tentam afetar as instituições que os constroem: respostas táticas e estratégicas (OLIVER, 1991; INGRAM; CLAY, 2000).

Não se busca, neste trabalho, testar as hipóteses levantadas por Oliver (1991) e DiMaggio e Powell (1983) mas, utilizá-las como “construto teórico” para refinar sua teoria pelos achados empíricos da pesquisa em organizações hospitalares e contribuir para o seu melhor entendimento.

## **1.2 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO**

Esta dissertação está estruturada, além desta introdução, em mais quatro capítulos, cujos objetivos seguem descritos:

O segundo capítulo apresenta a abordagem institucional nos estudos organizacionais, percorrendo o velho institucionalismo; a teoria neo-institucionalista;

os pilares do neo-institucionalismo; o processo de institucionalização; os preditores da mudança isomórfica; preditores e respostas estratégicas aos processos institucionais; as organizações hospitalares sob o enfoque da perspectiva institucional.

O capítulo 3 apresenta os métodos de pesquisa, técnica de coleta de dados e caracterização do campo de estudo.

O capítulo seguinte analisa e discute os resultados do levantamento de dados seguindo os pressupostos institucionais estabelecidos nos capítulos anteriores.

Por fim, o último capítulo apresenta as implicações da pesquisa e estabelece como foi cumprido seu objetivo e derivadas suas conclusões. São feitas recomendações para pesquisas futuras e apresentadas algumas limitações constatadas durante o desenvolvimento dos trabalhos.

## **2 A ABORDAGEM INSTITUCIONAL NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS**

Este capítulo apresenta as contribuições do velho Institucionalismo e Teoria Neo-Institucional, cuja discussão é formada por várias concepções sobre o papel das instituições nas interações sociais nos meios socioculturais, econômicos e políticos. A Teoria Institucional “não se traduz em um corpo de conhecimento homogêneo e monolítico, ao contrário, inclui várias abordagens, cada qual com metodologia e categoria próprias” (MORAES, 2001, p. 30). A respeito do neo-institucionalismo, Hall e Taylor (2003, p.193) afirmam que “reina uma grande confusão no que concerne ao sentido preciso do termo, às diferenças que o distinguem de outros procedimentos, e ao tipo de esperanças e problemas que ele suscita”. Para DiMaggio e Powell (1991), não se pode esperar que enfoques das instituições baseados em terrenos tão diferentes tenham convergência em um único conjunto de premissas e metas. O elemento unificador entre as várias abordagens institucionalistas está em criticar o caráter abstrato e a-histórico das análises dos economistas liberais e reivindicar a dimensão histórica dos fenômenos econômicos; o institucionalismo propõe tomar como unidade de análise as instituições (GUEDES, 2000). O capítulo descreve também os pilares do neo-institucionalismo; o processo de institucionalização; os preditores da mudança isomórfica; preditores e respostas estratégicas aos processos institucionais; e as organizações hospitalares com enfoque à perspectiva institucional.

### **2.1 O VELHO INSTITUCIONALISMO**

A abordagem Institucional é apontada na literatura especializada como tentativa de se contrapor ao modelo racionalista e seu foco nas exigências técnicas dos processos gerenciais (SCOTT, 1995). Na teoria institucional não se encontra uma escola de pensamento único. Essa teoria não apresenta, ainda, consenso sobre definições de conceitos chave, processos de mensuração e métodos de pesquisa, apesar de mais de um século em estudo, conforme salientam Tolbert e Zucker (1999).

Características do institucionalismo são encontradas em autores tão díspares



quanto Marx e Pareto (GUEDES, 2000), mas, é sob os impulsos dos debates de autores alemães do século XIX acerca do método científico que se encontra a base do renovado empenho pela procura de respostas sobre como escolhas sociais são modeladas, mediadas e canalizadas pelos arranjos institucionais (DIMAGGIO; POWELL, 1991; SCOTT, 1995). A influência desses autores alemães que debatem o método científico, sobre estudiosos norte-americanos fez com que a abordagem institucional ganhasse sustentação e projeção. O Quadro 1 apresenta uma síntese dos principais autores que antecedem ao institucionalismo, que serviram de base do empenho pela busca de respostas acerca da construção dos arranjos organizacionais.

Argumentos sobre a Economia tradicionalista	Thorstein Veblen John Commons Wesley Mitchell	<i>Base do empenho pela procura de respostas sobre o modo como as escolhas sociais são modeladas, mediadas e canalizadas pelos arranjos institucionais (DIMAGGIO; POWELL, 1991; SCOTT, 1995).</i>
Sociologia: Reação da ciência política em relação aos excessos behavioristas	Émile Durkheim Max Weber	
Compreensão da relação entre Política, Economia e Sociedade.	Talcott Parsons Philip Selznick	

**Quadro 1 Origem dos argumentos institucionais**

Fonte: Autora. Baseado em Vieira e Carvalho (2003); Scott (1995).

A abordagem institucional possui três orientações: a primeira na economia, que trata de questões que não têm destaque na teoria econômica dominante, como o estudo das instituições, dos mercados e das relações contratuais, e o interesse pelos sistemas normativos e o governo. Sua principal unidade de análise é a transação; a segunda orientação é a política, que aborda questões referentes à autonomia relativa das instituições políticas em relação à sociedade, a complexidade dos sistemas políticos e o papel central da representação e do simbolismo no universo político; a terceira orientação reside na sociologia, que estuda o papel das normas culturais e dos sistemas cognitivos no amplo contexto institucional (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

Na economia, como mencionado, as primeiras contribuições para a Teoria Institucional vêm das obras de economistas institucionais americanos, cujas ideias,

sob influência da escola histórica alemã, dão corpo ao velho institucionalismo. Por volta do fim do século XIX, três economistas institucionais tinham se tornado completamente influentes: Thorstein Veblen, John Commons, e Westley Michell, que compõem o chamado Velho Institucionalismo. O velho institucionalismo desses economistas centra sua análise na importância das instituições, reivindicando uma genuína economia evolucionária. Entretanto, desenvolveram uma linha analítica mais descritiva, deixando para um segundo plano questões teóricas não resolvidas. Embora tivessem importantes diferenças em suas visões, todos criticaram modelos econômicos convencionais por suas suposições não realistas e inatenção com a mudança histórica, não aceitando a pressuposição do homem racional como ponto de partida (SCOTT, 1995; CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 1999).

A ênfase destes economistas institucionais consistiu na importância da mudança, inclusive a tecnológica. A abordagem institucionalista representou na história do pensamento econômico uma ruptura com a escola neoclássica (GUEDES, 2000). Na definição de Hodgson (1994), as instituições são sistemas duradouros de regras sociais estabelecidas e enraizadas que estruturam as interações sociais.

A economia institucional foge do determinismo individualista da economia clássica e neoclássica, onde a parte determina o todo, mas não endossa o coletivismo metodológico, onde o todo determina a parte (GUEDES, 2000).

Em ciência política os trabalhos pioneiros foram focados nas leis constitucionais e na filosofia moral, com cuidadosa atenção ao ambiente legal e arranjos administrativos, caracterizando estruturas particulares de governo. A escola institucional estava preocupada com as estruturas formais e os aspectos legais, com estudos detalhados de sistemas políticos particulares, com uma abordagem que enfatizava a permanência e imutabilidade, parecendo que os sistemas políticos não mais seriam objeto de mudança. A grande ênfase nas leis e regras administrativas foi em parte devido ao fato de que o século XIX foi um período de grande produção de leis. A partir da metade da década de 30 houve uma mudança para uma abordagem focada mais na distribuição de poder informal, nas atitudes e comportamento político. A abordagem comportamentalista foi acompanhada por uma orientação mais utilitarista (SCOTT, 1995).

Na Sociologia, Cooley (*apud* Scott, 1995) e seus seguidores enfatizaram a interdependência entre o indivíduo e as instituições. O indivíduo é ao mesmo tempo

causa e efeito das instituições. Hughes (*apud* Scott, 1995) identificou os elementos essenciais da instituição como um conjunto de regras formais ou morais, ou ambas, que podem ser seguidas somente por pessoas agindo coletivamente, com capacidades complementares estabilizadas. Embora as instituições representem continuidade e persistência, elas somente existem na medida em que são suportadas pelos indivíduos.

A perspectiva sociológica do velho institucionalismo sofre as influências de Durkheim e Weber (SCOTT, 1995). “Um dos axiomas da sociologia durkheimiana é que a solidariedade (e, portanto, qualquer ação coletiva) só é sustentável quando os indivíduos compartilham símbolos coletivos” (KIRSCHBAUM, 2010, p. 6). Estes sistemas, embora sejam um produto da interação humana, são sentidos pelos indivíduos como objetivos. Embora subjetivamente formados, eles se tornam cristalizados; tornam-se fatos sociais: fenômenos percebidos pelos indivíduos como externos e coercitivos; estes sistemas simbólicos e a autoridade moral são instituições para Durkheim (1901/1950, *apud* SCOTT, 1995). Do ponto de vista da sociologia durkheimiana, “a utilização da linguagem é mais bem entendida quando parte-se logo de início da perspectiva coletiva” (ZERUBAVEL, 1982, *apud* KIRSCHBAUM, 2010, p.6). “Ao subordinar sua teoria institucional à tradição durkheimiana, Meyer e Rowan privilegiaram aspectos coletivos sobre os aspectos individuais na explicação de fenômenos sociais” (KIRSCHBAUM, 2010, p.7).

De acordo com Weber (1946; 1998), uma instituição é sempre uma possibilidade de ação. O autor considerou que nas ciências sociais os pesquisadores não podem entender o comportamento social sem levar em conta os significados que mediam a ação social e também defendeu os argumentos institucionalistas de que a economia deveria ser baseada no contexto histórico, mas ao mesmo tempo ele defendeu o valor de modelos teóricos que permitem abstração para formular argumentos gerais.

Para DiMaggio e Powell (1991), o trabalho do velho institucionalismo tem uma afinidade com a teoria geral da ação de Parsons. Talcott Parsons (1902-1979) é apontado, por admiradores e críticos, como um dos principais teóricos do pensamento sociológico e alguns até chegam a apontar que ele teria sido uma das figuras responsáveis por colocar a sociologia em um lugar de destaque no meio acadêmico norte-americano (MAYHEN, 1982, *apud* FRANÇA, 2009). As instituições, segundo Parsons (1954; 1982; 1934, *apud* França, 2009), são classificadas em: 1)

Instituições relacionais (funcionais), que definem expectativas de papel recíprocas com independência do conteúdo do interesse. A instituição, no presente sentido, consiste em pautas que governam a conduta e as relações sociais que interagem com um sistema de sentimentos morais comuns, os quais, por sua vez, definem o que se deve esperar de uma pessoa em uma certa posição; 2) Instituições regulativas: que definem os limites da legitimidade da consecução de interesses privados em relação a fins e meios; 3) Instituições culturais: que definem as obrigações de aceitar as pautas culturais, convertendo a aceitação privada em dever institucionalizado.

Em contraste com Durkheim e Parsons, Berger e Luckmann (2001) enfatizam a criação de conhecimento compartilhado e sistemas de crenças mais do que a produção de regras e normas, argumentando que a realidade social é uma construção humana, um produto da interação social. Eles focam atenção na linguagem (sistema de símbolos) e na cognição mediada por processos sociais como cruciais para os meios pelos quais a ação é produzida, repetida e estabilizada, gerando significados similares para os indivíduos e para os outros. Este processo é definido como institucionalização, cujos conceitos serão vistos na seção 2.4 deste trabalho.

Acerca do velho institucionalismo, Selznick (1996) afirma que a Teoria Institucional estuda a emergência de diferentes formas além de estratégias, perspectivas e competências através de exemplos de interações e adaptações organizacionais.

A abordagem dos institucionalistas difere da abordagem clássica com respeito aos seguintes aspectos: o modelo ortodoxo assume perfeita competição e equilíbrio, enquanto que o modelo institucional aponta para indeterminação na competição; teóricos neoclássicos destacam as preferências e escolhas individuais, enquanto que os institucionalistas argumentam que as preferências são moldadas por instituições sociais; os institucionalistas argumentam que deveriam ser utilizados modelos de motivação econômica mais pragmáticos e realistas do ponto de vista psicológico que os pressupostos utilitaristas ingênuos; a abordagem neoclássica não considera aspectos históricos e locais na análise, enquanto que os institucionalistas insistem que tais aspectos são importantes no entendimento da economia (VIEIRA; CARVALHO, 2003). A Teoria Institucional foca o papel das instituições externas nas decisões e no comportamento organizacional. Estas instituições podem incluir

estruturas regulatórias, agências, leis, tribunais, profissões, grupos de interesse e opinião pública. Segundo Davis, Desai e Francis (2000), o *locus* de esforços para ganhar legitimidade pode ser centrado internamente ou focado externamente, dependendo da natureza dos fluxos de informação.

## 2.2 TEORIA NEO-INSTITUCIONALISTA

Selznick (1957) é visto como o precursor do neo-institucionalismo, vislumbrando a organização como expressão de valores, destacando a sua relação com o ambiente. O conceito de Selznick (1957) de processos institucionais era influenciado fortemente pelo trabalho de Merton (1948) de quem era discípulo. Embora Selznick e Merton enfatizem o processo de aceitação de procedimentos além da utilidade instrumental, Merton destaca a aceitação associada com as características da burocracia conduzindo as organizações para o conformismo, enquanto que Selznick foca a aceitação relativa a características de uma organização específica (SCOTT, 1995). Portanto, suas ideias apoiaram o desenvolvimento das pesquisas de Meyer e Rowan (1977; 1991), Scott (1995) e Zucker (1987), cujos resultados semearam os componentes centrais do pensamento neo-institucionalista. Para Selznick (1971), a institucionalização é um processo de infusão de valor em uma organização, no qual são desenvolvidos traços que formam o caráter organizacional desta. Isso acontece com o passar do tempo, refletindo a história particular da companhia, seus profissionais, os diversos interesses e a maneira como se deu sua adaptação ao ambiente. Quando a organização desenvolve esses traços, ela adquire uma identidade própria, distinta, passa a ser uma instituição. Selznick (1996) salienta que rotular certas ideias atribuídas ao neo-institucionalismo como ideias novas é inocente; defende que contrastes feitos entre posições e afirmações na teoria institucional podem descrever algumas diferenças passageiras no foco, mas deveria evitar os males recorrentes na literatura organizacional, de modo que haja uma melhor compreensão dos fenômenos por meio de uma abordagem uniforme e centrada no problema. Segundo Machado-da-Silva, Fonseca e Cubrellate, (2010, p. 89):

o que Selznick (1996) identifica no novo institucionalismo não é a negação da racionalidade do agente e, em consequência, da capacidade de agência, mas a inclusão nos estudos organizacionais da idéia de racionalidade limitada, como princípio de tomada de decisão e de interação, conforme pregam também Roberts e Greenwood (1997), Machado-da-Silva, Fonseca e Fernandes (2000), Fonseca e Machado-da-Silva (2002), Crubellate, Grave e

Mendes (2004), entre outros. Em concordância com Beckert (1999), entendemos que a teoria neo-institucional contribui para substituir a noção de atores dominados culturalmente ou de atores racionais impossibilitados de seguir o seu curso instrumental de decisão por exigências de práticas institucionalizadas em um campo organizacional.

DiMaggio e Powell (1991), Scott (1995) e Selznick (1996) apontam algumas divergências entre o velho e o neo-institucionalismo: a orientação política dos adeptos do antigo que focava conflitos de interesse na formulação da ação organizacional, pouco considerado no novo; passagem do pensamento baseado na teoria da ação parsoniana – abordagem freudiana do ego – para uma teoria da ação prática, baseada na revolução cognitiva da psicologia, a reconceitualização do ambiente. A utilização de mitos e símbolos e do reconhecimento da estrutura formal com um produto institucionalizado são também elementos da nova corrente.

O neo-institucionalismo em ciência política foi desenvolvido em reação ao comportamentalismo, lembrando a importância do referencial normativo e dos sistemas de regras e restrições. Os teóricos da teoria Neo-Institucional em Ciência Política discordam sobre o que não é igual nas instituições políticas em relação ao mercado (SCOTT, 1995).

O termo “neo-institucionalismo” é utilizado na ciência política para designar uma perspectiva teórica que atrai muita atenção e também certas críticas (HALL; TAYLOR, 2003). E Segundo Hall e Taylor (2003, p. 193) “uma grande parte da confusão que cerca o neo-institucionalismo desaparece quando se admite que ele não constitui uma corrente de pensamento unificada”; pelo menos três métodos de análise diferentes aparecem de 1980 em diante, sob esse título. Hall e Taylor (2003), designam essas três escolas de pensamento como institucionalismo histórico, institucionalismo da escolha racional e institucionalismo sociológico e todas elas buscam elucidar o papel desempenhado pelas instituições na determinação de resultados sociais e políticos.

### **2.2.1 Institucionalismo Histórico**

O Institucionalismo Histórico desenvolveu-se como reação à “análise da vida política em termos de grupos e contra o estruturo-funcionalismo” (HALL; TAYLOR, 2003, p 194). Seus teóricos retinham do enfoque dos grupos a ideia de que o conflito entre os grupos rivais pela apropriação de recursos escassos é central à vida

política. Segundo Hall e Taylor (2003), os institucionalistas históricos definem instituição como os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais que são inerentes à cultura organizacional da economia política. Em geral esses teóricos têm a tendência a associar as instituições às organizações e às regras ou convenções editadas pelas organizações formais.

Segundo Fligstein (2007), o institucionalismo histórico é uma abordagem ao estudo dos Estados que é consistente com a teoria dos campos e dos atores hábeis. Para essa corrente os Estados desenvolvem tradições de formas de intervenção ou mesmo de regulamentação (STEINMO et al, 1992; DOBBIN, 1994, *apud* FLIGSTEIN, 2007).

Com relação às escolas apresentadas por Hall e Taylor (2003), quatro características próprias ao institucionalismo histórico podem ser descritas como originais: 1) esses teóricos tendem a conceituar a relação entre as instituições e o comportamento individual em termos muito gerais; 2) enfatizam as assimetrias de poder associadas ao funcionamento e ao desenvolvimento das instituições; 3) tendem a formar uma concepção de desenvolvimento institucional que privilegia as trajetórias, as situações críticas e as consequências imprevistas; 4) buscam combinar explicações da contribuição das instituições à determinação de situações políticas com uma avaliação da contribuição de outros tipos de fatores, como as ideias, a esses mesmos processos.

Segundo Scott (1995), para os institucionalistas históricos, este enfoque busca mostrar que os sistemas políticos não são arenas neutras dentro das quais interesses externos competem, mas formas complexas que geram vantagens e interesses independentes, e cujos procedimentos exercem importantes efeitos em quaisquer negócios que estejam sendo conduzidos. O enfoque é no aspecto histórico, pois embora os indivíduos construam estes sistemas, não existe certeza de que o resultado será o desejado pelos indivíduos. As escolhas atuais e possibilidades são condicionadas e restritas pelas escolhas passadas.

### **2.2.2 Institucionalismo da Escolha Racional**

De acordo com Hall e Taylor (2003), o segundo campo (escolha racional) entende as instituições como sistemas de governança ou de regras, que representam estruturas desenvolvidas racionalmente pelos indivíduos buscando promover ou proteger seus interesses. Esta abordagem representa uma extensão da

abordagem neo-institucionalista na economia. Os teóricos deste campo reconhecem a necessidade de adaptação dos modelos econômicos para a aplicação nos sistemas políticos, mas insistem que muitas das questões básicas são paralelas, como “por que as organizações públicas existem e como nós consideramos as suas variadas formas e mecanismos de governança?” (SCOTT, 1995).

Os dois campos (histórico e escolha racional) partilham a visão da importância das instituições na vida política, mas os teóricos do campo histórico consideram as questões de interesses e preferências como problemáticas e endógenas ao sistema, enquanto que os teóricos do campo da escolha racional consideram estes aspectos exógenos.

O institucionalismo da escolha racional desenvolveu uma concepção mais precisa das relações entre instituições e o comportamento, junto com um conjunto generalizável de conceitos que se prestam à elaboração de uma teoria sistemática (HALL; TAYLOR, 2003).

### **2.2.3 Institucionalismo Sociológico**

Uma corrente de destaque na Teoria Institucional é a do neo-institucionalismo sociológico, que procura retomar as ideias dos velhos institucionalistas e tem suas contribuições nos campos da teoria geral institucional, sistemas econômicos comparados, história do pensamento econômico, desenvolvimento econômico, economia do trabalho, teoria evolucionária e organização industrial (CONCEIÇÃO, 2004). O marco do surgimento dessa corrente é a publicação das obras de John Meyer, em 1977: “*The effects of education as an institution*” e “*Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony*”, esta com Brian Rowan.

A análise feita já no clássico artigo de Meyer e Rowan (1977) ofereceu, portanto, uma mudança radical nos modos convencionais de pensar a estrutura formal e a natureza da decisão organizacional por meio da qual se produz a estrutura. Sua análise foi guiada por uma ideia-chave, qual seja: as estruturas formais têm tanto propriedades simbólicas como capacidade de gerar ação (TOLBERT e ZUCKER, 1999, p 199-200).

Meyer e Rowan (1977) argumentam que as organizações não são simplesmente o produto de uma sofisticação técnica crescente, como vinha sendo discutido, mas também o resultado de uma racionalização crescente das regras culturais, que fornece uma base independente para a construção das organizações.



As teorias neo-institucionalistas são construções sociais no sentido de abordarem a criação de instituições como resultado da interação social entre atores se confrontando em campos. Tais teorias enfatizam que as regras e os recursos são os elementos constitutivos da vida social (FLIGSTEIN, 2007).

Em Sociologia, Silverman (1976) propôs uma visão da organização focada nos sistemas de significado e nas formas pelas quais a ação social é construída e reconstruída. A partir dos *insights* de Durkheim, descritos na seção 2.1 deste trabalho, Silverman (1976) argumenta que os significados operam não somente na mente dos indivíduos, mas são também fatos sociais objetivos, residindo nas instituições sociais. O ambiente organizacional deve, portanto, ser conceitualizado não somente como uma casa de recursos e objetivos de resultados, mas também como uma fonte de significados para os membros da organização.

Três características do institucionalismo em Sociologia conferem-lhe certa originalidade relativamente às outras variedades de “Neo-institucionalismo”, na visão de Hall e Taylor (2003): 1) os teóricos dessa escola tendem a definir as instituições de maneira muito mais global do que os pesquisadores em Ciência Política, incluindo não apenas regras formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais que fornecem “padrões de significação” que orientam a ação humana; 2) este enfoque tende a redefinir a cultura como sinônimo de instituições, refletindo uma “virada cognitivista” na Sociologia, que consiste em afastar-se de concepções que associam a cultura às normas, às atividades afetivas e aos valores; 3) distingue-se pela sua maneira de tratar o problema da explicação do surgimento e da modificação das práticas institucionais.

Os neo-institucionalismos sociológicos distinguem-se igualmente pelo seu modo de encarar as relações entre as instituições e a ação individual (HALL; TAYLOR, 2003).

Fligstein (2007) estabelece algumas críticas: afirma que em função da falta de uma teoria real de interação e poder, a maioria das versões do neo-institucionalismo na sociologia não consegue explicar nem mesmo o surgimento das instituições (DIMAGGIO; POWELL, 1991; SCOTT, 1996, *apud* FLIGSTEIN, 2007).

A maioria das análises neo-institucionalistas na sociologia surgiu com ambientes institucionalizados (o conceito de ambiente institucional será abordado na subseção 2.4.2). Uma vez que um conjunto de crenças ou significados é

compartilhado, esse argumento sugere que os atores o disseminam ou o reproduzem, consciente ou inconscientemente (FLIGSTEIN, 2007).

O autor também faz críticas às teorias da escolha racional na economia e na ciência política que são fortes em salientar como os atores se unem, quais seus motivos e como e por que produzem instituições (FLIGSTEIN, 2007). Segundo Fligstein (2007), o problema básico é que essas teorias deixam de abordar o fato de os atores (tomadores de decisão, gestores, líderes ou elites) terem muitos constituintes para equilibrar e devem continuamente estar conscientes de que precisam produzir equilíbrio para induzir a cooperação. A crítica feita por Fligstein (2007) tanto da perspectiva sociológica quanto da escolha racional sugere que nenhuma delas está aberta para o problema da ação, nem concede às pessoas reais a possibilidade de criar seus mundos sociais.

### **2.3 OS PILARES DO NEO-INSTITUCIONALISMO**

A principal contribuição da abordagem neo-institucional à teoria organizacional é a ênfase na influência do ambiente (PERROW, 1986), ao colocar a legitimidade e o isomorfismo como fatores vitais para a sobrevivência das organizações. Selznik (1996) identifica ainda a consideração da legitimidade como “imperativo” organizacional, a preocupação com mitos e símbolos e o reconhecimento da estrutura formal como produto institucionalizado e fortemente adaptativo às influências ambientais. “Como os atores muitas vezes não podem conceitualizar nenhuma alternativa, utilizam os mitos racionalizados existentes no que se refere a suas situações para estruturar e justificar suas ações” (DIMAGGIO, 1988, *apud* FIGSTEIN, 2007, p. 66). Meyer e Rowan (1991) discutem a influência do mito nas organizações, argumentando que as estruturas formais de muitas organizações da sociedade pós-industrial refletem os mitos de seu ambiente institucional, em detrimento das demandas de suas atividades de trabalho - racionalidade técnica/eficiência. Portanto, as decisões organizacionais não são apenas tomadas dentro de uma racionalidade baseada na eficiência, mas também, e em grande medida, dentro de uma racionalidade baseada em mitos que são construídos através de cerimônias.

Com o intuito de organizar essas diferentes contribuições, as temáticas desenvolvidas pelo neo-institucionalistas são apresentadas por Scott (1995) em três

pilares (quadro 2) a partir da relação entre instituições e organizações: Regulador, Normativo e Cognitivo.

<b>Característica</b>	<b>Regulador</b>	<b>Normativo</b>	<b>Cognitivo</b>
<b>Base da submissão</b>	Utilidade	Obrigação Social	Pressuposição
<b>Mecanismos</b>	Coercitivo	Normativo	Mimético
<b>Lógica</b>	Instrumentalidade (Lógica utilitarista de custo-benefício)	Adequação	Ortodoxia
<b>Indicadores</b>	Regras, Leis, Sanções.	Certificação, aceitação	Predomínio, Isomorfismo
<b>Base da legitimação</b>	Legalmente Sancionada	Moralmente Governada	Culturalmente sustentada, conceitualmente correta.

**Quadro 2 Pilares do neo-institucionalismo**

Fonte: Scott (1995, p.35)

### 2.3.1 O Pilar Regulativo

O pilar regulativo é definido como envolvendo os processos sociais pelos quais são estabelecidas regras de comportamento, efetuado o monitoramento do seu cumprimento e introduzidas sanções – na forma de recompensas e punições – de maneira a influenciar as condutas para direções determinadas. Estão envolvidos aqui tanto mecanismos informais e difusos, tais como se afastar de transgressores ou levá-los a se envergonharem, quanto mecanismos altamente formalizados e designados para atores específicos, como a polícia e os tribunais (SCOTT, 1995).

Scott (1995) afirma que DiMaggio e Powell ocupam-se da coerção como primeiro mecanismo de controle para estabelecer a ordem e já Weber enfatiza que o Estado pode fazer uso da forçá da violência, e essa violência   legítima, pois se apóia num conjunto de normas (constituic o).

Trabalhos recentes de economistas dão ênfase aos custos de regulação. As teorias das agências reforç m as despesas e as dificuldades envolvidas exatamente em monitorar os desempenhos relevantes aos contratos, sejam implícitos ou explícitos.

### **2.3.2 O Pilar Normativo**

Conforme Scott (1995), o pilar normativo está associado a regras que introduzem uma dimensão relacionada a prescrições, avaliações e obrigações na vida social e se materializa por meio de “valores” e “normas” – definidos, respectivamente, como concepções do preferido ou do desejável, junto com a construção de padrões aos quais os comportamentos ou estruturas existentes podem ser comparados e avaliados, e especificações de como as coisas devem ser feitas e os meios legítimos para perseguir fins válidos.

Os valores e normas podem se aplicar a todos os membros da sociedade ou a apenas alguns indivíduos e grupos, assumindo um caráter especializado que permite a definição de papéis sociais, entendidos como concepções de ações apropriadas para indivíduos particulares ou posições sociais especificadas. A dimensão normativa das instituições pode ser facilmente distinguida da regulativa pelo fato de não estar vinculada a comportamentos que emergem da busca do interesse próprio dos atores, guiados por uma racionalidade instrumental, mas sim resultar de mecanismos que fazem com que as condutas implementadas decorram de uma tendência dos indivíduos de agirem de acordo com o que é esperado deles, se conformando ao que é socialmente adequado na situação.

Abordar o pilar normativo das instituições requer um enfoque teórico que dê um espaço relevante para a presença de comportamentos guiados e governados por mecanismos que, embora não determinem uma resposta comportamental automática e sem qualquer reflexão ou interpretação do contexto em que se aplicam, não podem ser reduzidos a procedimentos de decisão baseados em alguma modalidade de racionalidade instrumental, seja na forma da escolha da ação da maximização de uma função-objetivo bem definida ou não.

### **2.3.3 O Pilar Cognitivo**

O pilar cognitivo das instituições tem seus elementos básicos nas regras que estabelecem, para os atores relevantes, a natureza da realidade e as estruturas através das quais os significados são produzidos, ou seja, nos sistemas de símbolos, representações, crenças e categorias que constroem as diferentes maneiras pelas quais os agentes percebem e interpretam o mundo natural e social, identificam e classificam suas partes constitutivas, concebem as linhas de ação

possíveis e executam as atividades a estas associadas. Ainda que Scott (1995) dê maior atenção às “estruturas comuns de significado” que caracterizam a cultura em seu sentido mais amplo, a dimensão cognitiva das instituições se estende às regularidades do comportamento social incorporadas em conhecimentos e rotinas aplicados em contextos mais específicos, inclusive no que se refere às articulações coletivas de capacitações que tornam possíveis os processos de reprodução material das sociedades.

Berger e Luckmann (*apud* Scott, 1995) foram os grandes responsáveis por conectar este novo trabalho na cultura a uma concepção das instituições. Cada instituição humana é, como eram, uma sedimentação das ideias, uma cristalização das ideias na forma objetiva. A abordagem cognitivista, assim, baseia-se sobre o que é culturalmente sustentado e que, em decorrência, define comportamentos e estruturas.

Cada um dos três pilares fornece uma base diferente para a legitimação. Entretanto, de uma perspectiva institucional, a legitimação não é uma nota, um produto a ser possuído ou trocado, mas uma circunstância que reflete o alinhamento cultural, a sustentação normativa, ou a consonância com as regras ou as leis relevantes. Berger e Luckmann (*apud* Scott, 1995) descrevem legitimação como evocando uma segunda ordem de pensamento. A legitimação desta ordem envolve conectá-la a estruturas, normas e regras. Weber (1998) argumenta que o poder se tornou legitimado com a autoridade até ao ponto em que seu exercício foi suportado por normas sociais prevalecendo, no meio do tradicional, carismático, ou burocrático. Scott (1995) afirma que a legitimidade de uma organização se relaciona ao grau de sustentação cultural e que há vários tipos de autoridade que variam no tempo e no lugar; pode haver inclusive competição pela autoridade pelos governantes.

## **2.4 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO**

Segundo Vieira e Misoczky (2000), *instituições e institucionalização* têm sido definidos de diversas formas, em diferentes áreas do conhecimento. Para eles, uma abordagem sociológica desses conceitos parece adequada para os estudos organizacionais. Selznick (1957) chamou de *processo de institucionalização* a forma pela qual as expressões racionais da técnica são substituídas por expressões

valorativas compartilhadas no ambiente em que a organização opera (VIEIRA; MISOCZKY, 2000).

Para Meyer e Rowan (1991), a institucionalização envolve processos sociais, obrigações ou fatos que passam para o *status* de regra no pensamento e na ação social.

Berger e Luckmann (1967) argumentam que a institucionalização é um processo central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros. Eles dividiram o processo de institucionalização em três fases: externalização (quando o agente toma uma ação caracterizada como inovação), objetificação (quando o agente interpreta essa ação como uma realidade externa a ele) e internalização (quando se institui uma estrutura subjetiva de sua consciência relativa àquela ação). Para eles, uma instituição seria o resultado ou o estágio final de um processo de institucionalização definida como uma tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores. As ações tornam-se *habituais* quando a decisão exige um mínimo de esforço. Já a *tipificação* se refere ao desenvolvimento de definições ou significados compartilhados em relação aos comportamentos habituais, tornando-os generalizados, ou seja, independentes dos indivíduos específicos que desempenham a ação. E essas tipificações vão ter uma história, vão ser retransmitidas para pessoas que, desconhecendo sua origem, vão absorvê-las naturalmente como “dados sociais” que passam a possuir realidade própria, processo identificado por Zucker como *exterioridade* (TOLBERT; ZUCKER, 1999).

A análise de Berger e Luckmann (1967) concentrava-se na ocorrência de processos de institucionalização entre atores individuais e não organizacionais. A pesquisa de Tolbert e Zucker (1999) estendeu essa análise às organizações, mas ainda em nível micro.

Na visão de Tolbert e Zucker (1999) os atores organizacionais distinguem-se por determinado número de propriedades que afetarão o modo pelo qual os processos institucionais serão desempenhados. São destacadas como propriedades a autoridade hierárquica, o período de vida ilimitado e as responsabilidades legais, entre outras. E é considerada a extensão de sua análise para fluxos institucionais entre organizações formais. Para as autoras, esse processo, como fluxos institucionais entre organizações formais, pode ser classificado em três fases: habitualização, objetificação e sedimentação, o que sugere uma variabilidade nos níveis de institucionalização.

A habitualização envolve a geração de novos arranjos estruturais em resposta a problemas ou conjuntos de problemas organizacionais específicos, como também a formalização de tais arranjos em políticas e procedimentos de uma dada organização, ou um conjunto de organizações que encontrem problemas semelhantes. Esses processos resultam em estruturas que podem ser classificadas como estágio de pré-institucionalização (TOBERT; ZUCKER, 1999). Ao focar a ação das organizações, as autoras destacam os principais fatores que conduzem as organizações à inovação ou à necessidade de inovar e, conseqüentemente, ao processo de habitualização: mudanças tecnológicas, legislação e forças de mercado. Nesse estágio, a criação de novas estruturas em organizações é, em grande parte, uma atividade independente. Ao compartilhar conhecimentos, os decisores organizacionais podem levar a adoção de uma dada inovação simultaneamente com a adoção de processos em outras organizações. O mesmo raciocínio pode ser levado em conta para a solução de problemas, podendo resultar em imitação. Mas nesse estágio, ainda, a adoção de uma dada estrutura será em um conjunto circunscrito de organizações similares (geralmente interconectadas).

A objetificação, estágio de semi-institucionalização, relaciona-se com a difusão da estrutura criada anteriormente para solucionar determinado problema. Envolve certo grau de consenso entre os decisores da organização a respeito do valor da estrutura e de sua crescente adoção nas organizações. Por um lado, quando gestores evidenciam que algumas organizações já adotaram a estrutura com sucesso, uma vez pre-testada, a decisão de também adotá-la alastra-se pelas outras, pois terão uma visão prática de seu custo/benefício. Em meio a incertezas entre diferentes escolhas, a escolha mais disseminada passa também a ser vista como uma escolha ótima. Por outro lado, a objetificação e difusão da estrutura se relacionam à atuação dos chamados *champions* – nomenclatura da literatura de mudança organizacional – que são aquelas pessoas com interesse material na estrutura, são os considerados defensores e tendem a surgir quando mudanças no ambiente tiverem afetado negativamente as posições competitivas de determinado número de organizações. Nesse estágio, o ímpeto da difusão deixa de ser simples imitação para adquirir base mais normativa. Apesar de adquirirem certo grau de aceitação normativa, os adotantes continuarão monitorando a acumulação de evidência a respeito da eficácia das estruturas. Somente no grau de

institucionalização total é que as avaliações independentes da estrutura tendem a diminuir (TOLBERT; ZUCKER, 1999).

No estágio de sedimentação, institucionalização total, as estruturas se perpetuam. Aqui o desafio é sua conservação, em virtude de fatores limitantes como atores negativamente afetados por ela e também pela falta de resultados positivos a ela associados e à dificuldade de demonstrar essa relação (estrutura e resultados desejáveis) – fatos estes que ocorrem na maior parte dos casos. Mas quando supera esses entraves, está institucionalizada. A institucionalização total depende, portanto, de efeitos como “uma relativa baixa resistência de grupos de oposição; promoção e apoio cultural continuado por grupos de defensores; correlação positiva com resultados desejáveis” (TOLBERT; ZUCKER, 1999, p.210).

Durante o processo de institucionalização, até chegar-se ao estágio de sedimentação, as organizações que compõem o campo organizacional (conceito abordado na subseção 2.4.1) vão respondendo às pressões do processo, de acordo com seus interesses materiais ou simbólicos, dificultando ou facilitando a assimilação da prática. O posicionamento da organização frente à pressão institucional vai depender de uma série de fatores; entre eles, além das características da organização, sua localização no campo organizacional (SCOTT, 1995). Assim, as reações podem variar desde a concordância com o processo até sua manipulação (OLIVER, 1991). Nesse sentido é que se torna importante a adequada determinação do campo organizacional, conhecendo quem são os atores e quais suas forças e interesses.

Tolbert e Zucker (1999) na abertura de seu texto a respeito dos processos de institucionalização advertem que, embora existam muitos estudos baseados na teoria institucional, pouca atenção tem sido dada à conceitualização e especificação de tais processos. Na visão das autoras, a institucionalização é quase sempre tratada como um estado qualitativo, no qual as estruturas são institucionalizadas ou não, e não como um processo, em que existem variações nos níveis de institucionalização.

Uma vez mencionado o Trabalho de Tolbert e Zucker (1999), é preciso considerar os argumentos de Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) no tocante ao modelo proposto por essas autoras quanto aos estágios do processo de institucionalização: Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) atentam para o fato de que pré, semi e completo, que designam à primeira vista uma sequência (e,



enquanto sequência, indicadora do grau de institucionalização) levariam, na prática, a conclusões entre pré-estar, estar parcialmente e estar totalmente institucionalizado. Assim, os autores questionam o modelo com uma pergunta que consideram relevante: “Em que medida, efetivamente, o modelo proposto se distingue do tratamento estático denunciado pelas autoras na abertura do texto: estruturas estão institucionalizadas, ou elas não estão?” (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999, p. 225). Os autores observam que os processos defendidos por Tolbert e Zucker (1999), correspondem a uma transposição dos momentos apresentados por Berger e Luckmann (1967) do nível individual ao organizacional. Mas, consideram que no

fenômeno social, estes momentos não devem ser pensados como ocorrendo numa sequência temporal (...) a sociedade e cada uma de suas partes são simultaneamente caracterizadas por estes três momentos, de tal modo que qualquer análise que considere apenas um ou dois deles é insuficiente (BERGER; LUCKMANN, 1967, *apud* MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES (1999, p. 224).

Analisando o texto de Tolbert e Zucker (1999), Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) ressaltam também que o impulso para a difusão nos estágios de pré-institucionalização, semi-institucionalização e institucionalização completa são, respectivamente, imitação, imitação/normativo e normativo. E acrescentam:

a coerção, ausente enquanto ímpeto para mudança, e o que parece ser uma classificação estática do processo de institucionalização, são aspectos que podem ser equacionados a partir dos mecanismos de isomorfismo coercitivo, mimético e normativo apresentados por DiMaggio e Powell (1983) (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999, p. 225).

A consideração desses autores vem corroborar a proposta de análise deste trabalho, sendo que

os mecanismos que pressionam em direção ao isomorfismo são fundamentais para o entendimento da dinâmica da mudança, em especial quando analisados em função de esquemas interpretativos de dirigentes das organizações (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999, p. 225).

Nessa análise, deve-se levar em conta também o contexto institucional de referência: local, regional, nacional e internacional (MACHADO-DA-SILVA; GONÇALVES, 1999).

No intuito de investigar como as instituições afetam e são afetadas pela ação dos indivíduos, Burns e Scapens (2000, *apud* Sousa, 2012) também elaboraram um modelo para o processo de institucionalização, composto de quatro estágios

distintos e complementares (desenvolvido para monitorar o processo de mudança em sistemas de contabilidade gerencial): codificação, incorporação, reprodução, institucionalização. Segue-se uma síntese desses quatro estágios (BURNS; SACPENS, 2000, *apud* SOUSA, 2012).

No primeiro estágio ocorre a codificação dos princípios no campo institucional quando estes são transformados em regras e rotinas e o processo codificado se configura como uma pressuposição assumida que pode gerar novos sentidos aos valores. Esse processo de codificação determinará as instituições que podem vir a ser criadas.

A incorporação acontece quando rotinas e regras já codificadas passam para o campo de ação pelos atores, podendo ser de forma consciente ou inconsciente, ou ainda por acompanhamento e conhecimento tácito de como se dão os acontecimentos dentro da organização. Esse estágio pode sofrer resistência e deve-se considerar o poder dos atores de intervir no processo.

Quando o comportamento reproduzido repetidas vezes leva à configuração de rotina tem-se o estágio de reprodução, que pode ser consciente ou inconsciente e geralmente ocorre quando os atores não possuem sistemas de monitoramento de rotinas ou quando estas não são suficientemente compreendidas.

A institucionalização das regras e rotinas anteriormente reproduzidas através de comportamento repetitivo dos atores individuais compõe o quarto estágio, momento em que as ações que foram codificadas, incorporadas e reproduzidas se configuram como instituições. Assim o processo de mudança pode ser considerado concluído e integram o campo de ação e o campo institucional. As proposições são assumidas como corretas no interior das organizações, sem questionamentos. Por institucionalizado, Burns e Scapens (2000, p. 5 *apud* Sousa, 2012, p. 40) querem dizer que “uma determinada prática pode, através do tempo, substanciar-se em formas de pensar e agir aceitas sem discussão numa organização em particular”.

Outro modelo elaborado para compreensão do processo de institucionalização é o de Frumkin e Kaplan (2000, *apud* Sousa, 2012, p. 41), que visa integrar os níveis macro e micro, ou seja, os fenômenos sociais e as ações individuais, sendo essa integração um grande desafio do neo-institucionalismo. Esses autores atentam para uma falha na teoria institucional: “se o ambiente impede ações individuais, a mudança no campo organizacional deve ser pequena”. Eles traçam várias proposições, no sentido de abordar essa interligação entre os níveis, e

também propõem estágios em que o processo de institucionalização ocorre, que se constituem em três fases ou passos: 1) o processo se inicia assemelhando-se a um sistema estático, que se confronta com um evento social provocando um choque no sistema; 2) as reações ao choque são trazidas para o nível micro por um pequeno grupo de pessoas e os padrões e práticas individuais são alterados como resposta ao evento ocorrido, depois os padrões e práticas novos são divulgados e codificados; 3) um campo unificado emerge por meio da convergência de esquemas interpretativos e práticas institucionalizadas.

Sousa (2012) afirma que de acordo com os trabalhos de Tolbert e Zucker; Burns e Scapens; Frumkin e Kaplan, a institucionalização acontece de forma gradual, mediante estágios consecutivos e complementares e que processos de desinstitucionalização e reinstitucionalização são passíveis de serem considerados como parte do processo de institucionalização de formas e práticas organizacionais, uma vez que a instituição, depois de configurada, pode ainda sofrer questionamentos. Importante acrescentar, no que diz respeito à primeira afirmação, os argumentos de Machado-da-Silva e Gonçalves (1999), anteriormente descritos.

Oliver (1992) considera que os aspectos desinstitucionalizantes são os que podem propiciar mudanças através da exclusão ou eliminação de práticas que podem ser substituídas, que podem ser provocadas por pressões internas ou externas às organizações. Internamente, a inércia tende a reduzir a velocidade do processo de institucionalização e a entropia tende a acelerar essa velocidade. As pressões externas ou ambientais podem ser classificadas em pressões políticas, instrumentais e sociais: 1) pressões políticas podem ser advindas de crises agudas de performance ou de interesses adversos, críticas ou mudanças dos próprios membros, ou mudanças nos constituintes organizacionais, ou ainda redução na dependência de um constituinte; 2) pressões instrumentais ou funcionais advindas da perda da utilidade ou da validade social de uma prática, ou intensificação na disputa por recursos, ou alterações no ambiente que tornem sustentáveis a manutenção das práticas; 3) pressões sociais estão ligadas a rupturas na continuidade da organização (como fusões, cisões, incorporações), ou mudanças sociais e legais que impossibilitem a perpetuação de uma prática.

Na visão da autora, tais pressões agem tanto para incitar práticas isomórficas, como para precipitar mudanças, à medida que novas pressões emergem e provocam o descolamento de práticas institucionalizadas. A análise de pressões

permite identificar forças que influenciam a formação de um campo, entretanto, não especifica a contribuição de cada agente (FERNANDES et al, 2009).

### **2.4.1 O Conceito de Campo Organizacional**

Em sentido amplo, campo refere-se à “totalidade dos atores e organizações envolvidas em uma arena de produção social e cultural e à dinâmica de relações entre elas” (BOURDIEU, 1979, p.1463).

Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006, p. 160) tratam a dinâmica do campo organizacional sob uma lógica “Estruturacionista”, resgatando a “importância da prática no processo de estruturação do campo organizacional e o seu caráter histórico e recorrente, que tanto constrange como habilita as ações dos atores sociais”. A partir das definições DiMaggio e Powell (1983), Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006, p. 161) ressaltam que “um amplo debate se formou em torno do assunto e diferentes acepções têm sido apresentadas na tentativa de aperfeiçoar o próprio conceito e a sua operacionalização” e em seu ensaio teórico apresenta seis perspectivas teóricas sobre campos organizacionais. Segue-se neste trabalho uma breve reflexão acerca dessas perspectivas.

O campo organizacional para DiMaggio e Powell (1983) pode ser definido como sendo organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida de vida institucional, tais como fornecedores-chave, clientes de produtos e recursos, agências regulatórias e outras organizações que produzem produtos/serviços similares. A estruturação do campo organizacional é determinada a partir de pesquisa de campo e de um processo de definição institucional composto por quatro partes: aumento da amplitude da interação entre as organizações do campo; emergência de estruturas de dominação e padrões de alianças interorganizacionais bem definidos; aumento da carga de informação com a qual as organizações dentro de um campo devem lidar; desenvolvimento de uma conscientização mútua entre os participantes que estão envolvidos em um negócio comum (DIMAGGIO; POWELL, 1983).

Em suma, é uma unidade de análise que contém todos os atores relevantes. Essa perspectiva teórica do campo como a totalidade dos atores relevantes tem como elementos-chave a significação e o relacionamento, ou seja, “uma comunidade de organizações que compartilham sistemas de significados comuns e cujos participantes interagem mais frequentemente e decisivamente entre eles do

que com atores de fora do campo” (SCOTT, 1994, *apud* MACHADO-DA-SILVA; GURIDO; ROSSONI, 2006, p. 162).

Campos organizacionais altamente estruturados/institucionalizados formam um contexto em que esforços individuais - de uma organização - para lidar racionalmente com incerteza e restrições, geralmente levam, de maneira conjunta, à homogeneidade em termos de estrutura, cultura e resultados.

O conceito de campo organizacional, proposto por DiMaggio e Powell (1983), é provavelmente a representação mais difundida dessa mudança no nível de análise nos estudos organizacionais sob a ótica da perspectiva institucional.

Numa segunda perspectiva, Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006) apresentam a ideia de campo funcional proposto por Scott, sendo este definido como conjunto de “organizações similares e diferentes, interdependentes, operando numa arena funcionalmente específica em associação com seus parceiros de troca, fontes de financiamento e reguladores” (SCOTT, 1994, *apud* MACHADO-DA-SILVA; GURIDO; ROSSONI, 2006, p.164). Essa perspectiva tenta manter coerência com a lógica conceitual proposta por DiMaggio e Powell (1983).

Segundo Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006), a estrutura de um campo passa a ser organizada à medida que aumentam as interações e a troca de informações entre certas organizações, e elas passam a se reconhecerem como participantes de um mesmo debate, mesmo que isso não implique em um padrão tangível de relacionamento. Desse modo os autores apresentam a terceira perspectiva, onde campo é tido como “centro de diálogo e de discussão”, cujos destaques são Hoffman; Zietsma e Winn (1999; 2005, *apud* MACHADO-DA-SILVA, GURIDO; ROSSONI, 2006).

Uma quarta perspectiva sobre campos organizacionais baseia-se em Bourdieu (1979) “especialmente na sua ideia de que a categoria central para a compreensão das relações entre os agentes nos campos sociais é o poder e a sua reprodução” (MACHADO-DA-SILVA; GURIDO; ROSSONI, 2006, p. 165). Sob essa perspectiva, Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006) apresentam como autores Vieira e Carvalho (2003) e Misoczky (2003, *apud* Machado-da-Silva, Gurido e Rossoni, 2006), o campo é tido como “arena de poder e conflito” e os elementos-chave são dominação e poder de decisão.

Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006) apresentam ainda o campo como “esfera institucional de interesses em disputa”. Segundo os autores, essa

quinta perspectiva atribui relevância à noção de campo social de Bourdieu (1979). Machado-Da-Silva, Gurido e Rossonil (2006) em seu ensaio ressaltam também que os trabalhos de Fligstein representam-na bem.

Para Fligstein (1991, 1999, 2001), a construção de campos organizacionais é fenômeno cultural que envolve práticas sociais preexistentes, regras imersas nas relações de poder entre grupos e estruturas cognitivas que funcionam como quadros culturais. Na prática, o autor aponta para uma dificuldade muito grande em determinar quais organizações estão ou não contidas em determinado campo, o que se dá devido às mudanças constantes que o campo enfrenta e que acabam por deixar as influências organizacionais bastante complexas para serem especificadas. Os campos organizacionais podem ser desestabilizados por várias forças (FLIGSTEIN, 1993). Nesta situação, os atores nas organizações líderes podem responder à crise mudando seu comportamento e assim, alterando as regras. O Estado pode, entretanto, agir como um mediador entre os interesses das organizações e seus próprios e o problemas de decidir o que está ocorrendo torna-se uma questão empírica (FLIGSTEIN, 1993).

Ainda segundo Fligstein (1993), a ideia de campo difere significativamente da ideia de nicho ou de ambiente, uma vez que estes dois conceitos implicam uma realidade objetiva que é imposta a uma dada organização. Já a ideia de campo sugere que ele é fruto da construção das organizações e dos seus principais atores. Para ele a função dos campos organizacionais é, primeiramente, promover estabilidade e estes são estabelecidos para beneficiar seus membros mais poderosos. Os campos definem comportamento normativo, na visão de Fligstein (1993), mas ele depende do poder relativo de firmas maiores e mais bem sucedidas para reforçar suas normas.

Machado-Da-Silva, Gurido e Rossoni (2006) apresentam uma sexta perspectiva em que campos seriam redes de relacionamentos, “que emergem como ambientes estruturados e estruturantes para organizações e participantes individuais” (WHITE; OWEN-SMITH; MOODY; POWELL, 2004, p. 97 *apud* MACHADO-DA-SILVA; GURIDO; ROSSONI, 2006, p.168). “A noção de campo como rede de relacionamentos permite resgatar o papel dos atores e sua capacidade de agência no processo de estruturação” (MACHADO-DA-SILVA GURIDO; ROSSONI, 2006, p.168).

## 2.4.2 Definições de Organizações, Instituições e Ambiente Institucional

O termo “organizações” tem várias definições. North (1991, p.2) define como sistemas sociais estruturados “feitos por grupos de indivíduos (...), restritos pelo quadro institucional”.

Dentro da abordagem institucional de Parsons (*apud* Scott, 1995), cada organização é um subsistema de um sistema social mais amplo que serve para legitimar sua existência. Hebert Simon, em seu clássico “Comportamento Administrativo” (1945/1965) descreveu como as estruturas da organização trabalham para simplificar e suportar a tomada de decisões dos indivíduos nas organizações. O trabalho de Simon (1965) do comportamento das organizações utilizou paralelos desenvolvidos no campo da psicologia social (SCOTT, 1995).

Como visto anteriormente na teoria neo-institucionalista em Sociologia, Silverman (1976) propôs uma visão da organização focada nos sistemas de significado e nas formas pelas quais a ação social é construída e reconstruída enfatizando que o ambiente organizacional deve ser conceitualizado como uma fonte de significados para os membros da organização. Scott (2001) afirma que são formas particulares de coletividade. Para Meyer e Rowan (1977), conforme também mencionado, as organizações são mais do que o produto de uma sofisticação técnica, consistem no resultado de uma racionalização crescente de regras culturais que fornece uma base independente para a construção de organizações (subseção 2.2.3 deste trabalho).

Instituição também pode ter várias definições. Foram abordadas no início deste capítulo, as definições de Parsons (instituições relacionais, regulativas e culturais); Weber (possibilidade de ação); Durkheim (sistemas simbólicos e autoridade moral); Hughes (conjunto de regras formais ou morais podem ser seguidas somente por pessoas agindo coletivamente, com capacidades complementares estabilizadas) e Hodgson (sistemas duradouros de regras sociais estabelecidas e enraizadas que estruturam as interações sociais).

Além dessas definições, segundo North (1994, p.7) instituições “representam os limites estabelecidos pelo homem para disciplinar as interações humanas” e “estruturam incentivos de natureza política, social e econômica”. Berger e Luckmann (2001) entendem que instituições funcionam como guias de ação, geradas e mantidas por interações sociais.

Analisando-se essas definições, nota-se que há certa complementariedade entre elas. Para efeito deste trabalho, o conceito foi sintetizado nas palavras de Berger e Luckmann (1967) e Tolbert e Zucker (1999): a instituição seria o resultado ou estágio final do processo de institucionalização, sendo considerada questão central na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros, contrabalançada pela visão de Giddens (2003) em que embora instituições sejam consideradas formas duradouras da vida social, não são entidades isentas de mudanças.

Conforme já especificado neste trabalho, as teorias neo-institucionalistas, definem instituições como resultado da interação social entre atores se confrontando em campos.

A perspectiva institucional (tipificada como uma abordagem simbólico-interpretativa da realidade organizacional) é tida como uma reconceitualização do ambiente (SCOTT,1995). Voltando ao velho institucionalismo, tem-se que o ambiente é somente um mero campo fornecedor de elementos de cooptação (FONSECA, 2003). Ressalte-se o que foi mencionado a respeito de Fligstein (1993), cuja ideia de campo difere significativamente da ideia de nicho ou de ambiente, uma vez que estes dois conceitos implicam uma realidade objetiva que é imposta a uma dada organização. Enquanto as perspectivas de campo denotam mudança, o ambiente, em particular o institucional como será visto adiante, tem como característica a conformação.

A teoria neo-institucional explica como os arranjos institucionais são provenientes de arranjos previamente existentes, como tais arranjos tanto excluem ações do rol das ações consideradas possíveis, quanto facilitam e possibilitam novos tipos de ação (MEYER; ROWAN, 1991).

As organizações devem exercer certo grau de autonomia e de controle sobre as condições do ambiente, capacidade essa observada nas organizações poderosas o suficiente para influenciar estrategicamente suas redes relacionais. No entanto, para os institucionalistas é a conformidade aos valores e normas sociais - legitimidade, mais do que o desempenho, que determina a sobrevivência das Organizações. Embora associada a tipos específicos de influência e convergindo para um fim comum, a força das pressões isomórficas pode ser experimentada em diferentes graus (DIMAGGIO; POWELL, 1983). Por se concentrarem no exame de organizações não-lucrativas, os adeptos da abordagem institucional tendem a



elaborar suas investigações a partir da diferenciação entre ambiente técnico e ambiente institucional, cujas características são apresentadas no Quadro 3:

<b>Ambiente</b>	<b>Característica</b>	<b>Controle</b>	<b>Isomorfismo</b>
<b>Técnico</b>	Troca de bens e serviços (avaliadas pela eficiência)	Resultados de quantidade e qualidade	Competitivo
<b>Institucional</b>	Elaboração e difusão de regras e procedimentos (legitimidade)	Adequação da forma organizacional às pressões sociais	Institucional

### **Quadro 3 Ambiente Técnico e Institucional**

Fonte: Autora. Baseado em Vieira e Carvalho (2003, p. 55).

O ambiente institucional pode ser caracterizado pelas regras e exigências com as quais as organizações devem se conformar para obter legitimidade (SCOTT; MEYER, 1994).

Nos argumentos de Carruthers (1995), os neo-institucionalistas são céticos às reivindicações de que alguma característica ou procedimento organizacional é necessário por razões técnicas.

Características altamente políticas e culturais estão escondidas sob a superfície técnica. Se há convergência entre as organizações, não é necessariamente porque a competição de mercado ou algum outro processo as forçou a aderir à forma ótima. Se, por exemplo, as organizações devotam energia considerável ao desenvolvimento e elaboração de regras e procedimentos racionalizados, pode não ser porque produzem decisões ou resultados que são objetivamente melhores (CARRUTHERS, 1995).

O autor conclui que ser tecnicamente eficiente não é o único caminho para a sobrevivência organizacional. Alcançar legitimidade aos olhos do Estado, de poderosas profissões, ou da ampla sociedade, é uma estratégia eficaz à sobrevivência.

Conforme explica Scott (2005), ambientes institucionais não mais são tratados monoliticamente, mas de modo variado e com amplas possibilidades de existência de lógicas contraditórias ou divergentes.

## 2.5 PREDITORES DA MUDANÇA ISOMÓRFICA

Lawrence (1999) e Lawrence e Suddaby (2005) tratam a estratégia institucional como categoria que representa a formulação de ações intencionais para a criação, manutenção ou ruptura institucional que, no caso de campos organizacionais, expressam a disputa constante por suas fronteiras.

Nos estudos organizacionais, a perspectiva institucional tem dedicado sua atenção a diferentes temáticas, conforme assinalaram Scott e Meyer (1994). Dentre elas está a consideração de que estruturas e rotinas organizacionais são reflexos ou decorrências de normas institucionalizadas contextualmente, o que remete a questões ligadas à legitimidade e à própria concepção de ambiente.

Scott, Mendel e Pollack (2000) desenvolveram uma estrutura de investigação que considera o processo de mudança institucional a partir de fatores endógenos e exógenos ao campo, mediante análise de atores institucionais diferenciados, que produzem, interpretam e reproduzem as lógicas institucionais do campo: a lógica Institucional e das estruturas de governança.

Na visão de Giddens (2003), conforme mencionado anteriormente, o fato de instituições serem consideradas formas duradouras da vida social, não significa que sejam entidades isentas de transformação. Segundo o autor, uma instituição, enquanto propriedade de um sistema social, precisa ser continuamente reproduzida por meio das práticas sociais. As organizações funcionam mediante a incorporação de orientações previamente definidas e racionalizadas na sociedade. Em época de incerteza ambiental, a competição entre as organizações volta-se tanto para a busca de recursos e consumidores, como de legitimidade institucional. Essa disputa torna as práticas organizacionais cada vez mais homogêneas, ou isomórficas. Dois tipos de isomorfismos emergem (apresentados no quadro 3): competitivo, fruto das pressões do mercado e das relações de troca entre os integrantes de um dado espaço organizacional, e institucional, que inclui a luta por legitimidade. Tais questões são amplamente tratadas nos trabalhos de DiMaggio e Powell (1983; 2005).

A seguir são descritos os mecanismos de mudança de DiMaggio e Powell (1983; 2005) que concorrem para o isomorfismo institucional e apresentadas as hipóteses derivadas por esses autores.

### **2.5.1 Mecanismos de mudança isomórfica institucional: Construto de DiMaggio e Powell**

DiMaggio e Powell (2005) elaboraram os mecanismos pelos quais os efeitos institucionais são difundidos através de um determinado campo de organizações: coercitivo, mimético e normativo.

O isomorfismo é vantajoso, para as organizações, segundo DiMaggio e Powell (2005), pois a similaridade facilita as transações interorganizacionais e favorece o seu funcionamento interno.

DiMaggio e Powell (2005) trazem uma importante questão, em relação ao proposto por Weber sobre a burocracia como uma forma de homogeneização, pois ele já havia constatado que as grandes empresas capitalistas da época seguiam modelos semelhantes de organizações burocráticas. A questão é a seguinte: Por que há a homogeneização das formas e práticas organizacionais? O que torna as organizações tão similares? São apresentadas, no artigo de DiMaggio e Powell (2005), as hipóteses sobre o grau do isomorfismo dependendo das características das organizações ou de seus campos organizacionais. As hipóteses foram formuladas, mas os indicadores específicos para avaliar cada uma não foram identificados pelos autores. As organizações podem ser distintas em relação a alguns aspectos, mas homogêneas em relação a outros. DiMaggio e Powell (2005) defendem a ideia de homogeneidade e coordenação entre as estruturas formal e informal da organização: as mudanças cerimoniais estão acopladas às práticas internas.

O isomorfismo institucional decorre da interferência de três mecanismos (DIMAGGIO; POWELL, 1983): 1) diante de um mesmo contexto legal, econômico e político e de pressões formais e informais exercidas pelo Estado ou pela indústria, as organizações adotam estratégias similares (isomorfismo coercitivo); 2) os dirigentes podem imitar estratégias e arranjos estruturais implantados pelos concorrentes (isomorfismo mimético); 3) a progressiva especialização dos membros de uma determinada ocupação implica o compartilhamento de um conjunto de normas e rotinas de trabalho (isomorfismo normativo). Trata-se de uma tipologia analítica em que os tipos não são sempre empiricamente distintos. Os autores exemplificam: atores externos podem induzir uma organização a se adequar a seus pares exigindo dela a realização de uma tarefa particular e especificando a classe profissional responsável por seu desempenho; mudanças miméticas podem refletir

as incertezas construídas no ambiente. E afirmam que “apesar de os três tipos se misturarem no contexto empírico, tendem a derivar de condições diferentes e podem levar a resultados distintos” (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 77).

### **2.5.1.1 O Isomorfismo Coercitivo**

O Isomorfismo Coercitivo (força: autoridade coercitiva) resulta da influência política e do problema da legitimidade, isto é, de pressões formais e informais exercidas sobre uma organização por organizações das quais é dependente, ou por expectativas culturais da sociedade (dependência ou legitimidade). As pressões podem se dar através da coerção, da persuasão ou do convite para entrar em um conluio. Em alguns casos, é resultado da pressão direta do governo, como no caso da adoção de novas tecnologias de controle da poluição em resposta a regulamentações ambientais. Em outros casos, a imposição direta não é pelo governo, mas pela matriz ou outras organizações. Tome-se como exemplo as subsidiárias, que são direcionadas a adotar práticas de contabilidade e de avaliação de desempenho e planos orçamentários compatíveis com as políticas da matriz. Apesar de as mudanças poderem ser cerimoniais, há consequências sobre a conduta e a estrutura da organização: há a possibilidade de as relações de poder dentro da organização serem alteradas no longo prazo. O Isomorfismo Coercitivo pode ocorrer de forma explícita ou implícita e mais sutil (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

### **2.5.1.2 O Isomorfismo Mimético**

O Isomorfismo Mimético (força: incerteza, que encoraja a imitação) ocorre por meio da modelagem das organizações a outras percebidas como mais legítimas ou bem sucedidas. Entre os fatores que favorecem o mimetismo, situam-se diferentes formas de incerteza - incerteza das tecnologias organizacionais (são insuficientemente compreendidas), ambiguidade dos objetivos internos da organização ou da incerteza do ambiente. Assim, a imitação é a resposta à incerteza. É o resultado da elaboração de respostas-padrão à incerteza e da busca por legitimidade (derivada do esforço da organização na busca por melhores condições, demonstrado externamente). Dessa forma, a empresa pode adotar os modelos para assegurar sua legitimidade por meio de um aspecto ritual,

demonstrando que está, pelo menos, buscando melhores condições. A imitação traz vantagem considerável em termos de economia de ações humanas, pois, para um problema que tenha causas ambíguas ou soluções não-claras, a imitação propicia uma solução viável com pequeno custo. A organização imitada pode não saber que está sendo imitada ou não querer isso. Além disso, a imitação pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente. A forma de difusão inconsciente ou não-intencionada dos modelos ocorre indiretamente pela transferência ou rotatividade de funcionários. A forma consciente ou explícita ocorre através de consultorias ou associações empresariais. O mimetismo decorre da própria pequena variedade de modelos organizacionais a serem escolhidos e das poucas grandes consultorias. As consultorias difundem modelos organizacionais que mudam consideravelmente as estruturas das organizações, mas não suas políticas ou estratégias (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

### **2.5.1.3 O Isomorfismo Normativo**

O Isomorfismo Normativo (força: principalmente profissionalização) é o resultado da profissionalização, que é a luta coletiva de membros de uma profissão para definir condições e métodos do seu trabalho e estabelecer a base cognitiva e legitimidade à autonomia de sua profissão. Em muitos casos, o poder profissional pode ser determinado pelo Estado e criado pelas atividades das categorias profissionais.

Esse tipo de isomorfismo pode estar relacionado aos outros dois mencionados anteriormente (coercivo e mimético), já que as profissões são sujeitas à coerção e ao mimetismo da mesma forma como as organizações o são.

Enquanto há diferentes tipos de profissionais em uma organização, observa-se similaridade entre os profissionais de mesma formação/cargo (similaridade entre os pares profissionais) de diferentes organizações. Há dois aspectos da profissionalização que são fontes importantes ao isomorfismo: 1) Apoio da educação formal: universidades e instituições de treinamento profissional desenvolvem e difundem normas sobre o comportamento organizacional e profissional. Isso resulta em indivíduos quase intercambiáveis que podem ocupar posições semelhantes em várias organizações. 2) Crescimento e criação de redes profissionais que difundem rapidamente novos modelos pelas diferentes organizações. Desse modo, outra fonte de isomorfismo é a política de seleção de pessoal adotada pelas organizações, que

busca conservar as linhas de carreiras profissionais através de medidas, tais como: gerentes e funcionários-chave são escolhidos nas mesmas universidades e com base em um conjunto de atributos comuns, o que implica que os profissionais tenderão a enxergar os problemas da mesma forma e a tomar decisões de maneira semelhante, considerando como normas os mesmos procedimentos, estruturas e políticas. Além disso, após ingressar na organização, os funcionários passam por processos de socialização semelhantes, impondo expectativas sobre comportamentos pessoais, ao estilo de vestimenta, ao vocabulário organizacional, aos métodos padronizados de discursar ou se dirigir aos outros (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

Os autores notaram a tendência de a profissionalização da gestão estar muito próxima à estruturação dos campos organizacionais, à medida que a troca de informações entre os profissionais contribui para a formação de uma hierarquia de *status*, de centro e periferia, entre as organizações do campo, de modo a existir uma matriz aos fluxos de informação e pessoas. Assim, as organizações centrais são modelos ativos ou passivos a outras do mesmo campo organizacional, de modo que são imitadas suas estruturas e políticas. Os fluxos de pessoas dentro do campo são impulsionados pela existência de homogeneidade estrutural: há cargos com títulos comuns e trilhas comuns de carreiras (exemplo: professor assistente, adjunto e titular em universidades).

DiMaggio e Powell (1983) derivam doze hipóteses a respeito dos mecanismos de mudança isomórfica das organizações, sendo seis em nível de campo e seis em nível organizacional.

Este trabalho não tem o objetivo de testar hipóteses apresentadas pelos autores, mas de utilizá-las como predição do desenvolvimento teórico para identificar os fatores que concorrem para as mudanças isomórficas em organização de saúde. O Quadro 4 apresenta as hipóteses em nível organizacional e o Quadro 5 apresenta as hipóteses em nível de campo.

Segundo DiMaggio e Powell (2005), existe variabilidade na medida e na taxa em que as organizações em certo campo se transformam a fim de se tornarem mais parecidas com as organizações de seu tipo. As duas primeiras hipóteses apresentadas no quadro 4, derivam da discussão sobre isomorfismo coercitivo e restrição.

<p><b>Hipóteses associadas aos fatores de <u>coerção</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.1) Quanto maior o grau de dependência de uma organização em relação à outra, mais similar ela se tornará a essa organização em termos de estrutura, ambiente e foco comportamental.</p> <p>H.2) Quanto mais centralizado o fornecimento de recursos para a organização A, maior é a possibilidade de a organização A se transformar isomorficamente para se assemelhar às organizações de cujos recursos depende.</p>
<p><b>Hipóteses associadas aos fatores de <u>mimetismo</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.3) Quanto mais incerto o relacionamento entre meios e fins, maior a probabilidade de a organização moldar-se em outras organizações que considera bem-sucedidas.</p> <p>H.4) Quanto mais ambíguas as metas de uma organização, mais esta se moldará a outras organizações que considera bem-sucedidas.</p>
<p><b>Hipóteses associadas aos fatores <u>normativos</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.5) Quanto maior a confiança em credenciais/referências acadêmicas para a escolha de pessoal gerencial e funcional, maior o grau em que a organização se tornará mais semelhante a outras em seu campo.</p> <p>H.6) Quanto maior a participação de gestores organizacionais em associações comerciais e profissionais, maior a probabilidade de a organização ser, ou se tornar, semelhante a outras organizações em seu campo.</p>

**Quadro 4 Preditores do isomorfismo em nível organizacional**

Fonte: Adaptado de DiMaggio e Powell (2005).

A respeito da primeira hipótese, Thompson, Pfeffer e Salancik (*apud* DiMaggio e Powell, 2005) afirmam que esta proposição reconhece a grande habilidade das organizações em resistir a demandas de organizações das quais elas não dependem. Segundo esses autores, uma posição de dependência leva a uma mudança isomórfica e pressões são construídas em relacionamentos de intercâmbio.

Na hipótese dois, como observa Thompson (1967, *apud* DiMaggio e Powell, 2005), as organizações que dependem das mesmas fontes para recursos, pessoas e legitimidade estarão mais sujeitas aos caprichos dos fornecedores de recursos do

que aquelas que possuem fontes diversificadas, ou seja, a parte mais forte na transação pode coercitivamente fazer com que a mais frágil adote suas práticas como forma de acomodar suas necessidades.

A terceira e quarta hipóteses derivam da discussão de DiMaggio e Powell (2005) sobre isomorfismo mimético, moldagem e incerteza. Segundo os autores, o processo de pensamento mimético envolvido na busca de modelos é característico da mudança em organizações cujas tecnologias-chave são fracamente compreendidas. Os autores propõem duas razões para a hipótese quatro: 1) organizações com metas ambíguas ou em discussão possuem maiores chances de serem altamente dependentes de aparências para se legitimarem; 2) o comportamento se molda em situações em que o conflito quanto às metas organizacionais é reprimido em função do interesse na harmonia. Torna-se mais fácil imitar outras organizações do que tomar decisões com base em análises sistemáticas de metas, já que essas análises poderiam ser trabalhosas ou mesmo desagregadoras (DIMAGGIO; POWELL, 2005).

As hipóteses cinco e seis segundo DiMaggio e Powell (2005), baseiam-se nos processos normativos encontrados em organizações profissionais. Candidatos que possuem credenciais acadêmicas seguem um processo de socialização em programas universitários, sendo bem provável que desenvolvam regras interiorizadas. No que se refere à hipótese seis, os autores mencionam Meyer e Rowan (1977) que afirmam que quanto mais elaboradas são as redes de relacionamentos entre as organizações e seus membros, maior é a organização coletiva do ambiente.

No quadro 5 são apresentados os preditores do isomorfismo em nível de campo. As seis hipóteses apresentadas no quadro 5 descrevem os efeitos esperados de diversas características dos campos organizacionais.

Dado que o isomorfismo institucional é a homogeneização, o melhor indicador de mudanças isomórficas é a redução em variação e diversidade que pode ser medida por menores desvios padrão nos valores de indicadores selecionados em um grupo de organizações (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 83).

A primeira hipótese do quadro 5 faz menção ao fato de a centralidade de recursos ou similaridade de fornecimentos dentro de um campo levar diretamente à homogeneização das organizações, pois estas sofrem as mesmas pressões dos



fornecedores de recursos, e interage com a incerteza e ambiguidade das metas tornando maior seu impacto.

<p><b>Hipóteses associadas aos fatores de <u>coerção</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.1) Quanto mais um campo organizacional depende de uma única fonte (ou muitas fontes, mas similares) de fornecimento de recursos vitais, maior o nível de isomorfismo (as organizações são colocadas sob pressões similares, pois elas dependem de recursos centralizados, o que favorece o isomorfismo).</p> <p>H.2) Quanto mais as organizações em um campo interagem com as agências governamentais, maior o grau de isomorfismo no campo como um todo.</p>
<p><b>Hipóteses associadas aos fatores de <u>mimetismo</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.3) Quanto menor o número de alternativas visíveis de modelos organizacionais em um campo, maior a taxa de isomorfismo nesse campo.</p> <p>H.4) Quanto mais incertas são as tecnologias ou ambíguas as metas de um campo, maior a taxa de mudança isomórfica.</p>
<p><b>Hipóteses associadas aos fatores <u>normativos</u> do isomorfismo</b></p>	<p>H.5) Quanto maior o grau de profissionalização de um campo, maior a quantidade de mudanças isomórficas institucionais.</p> <p>H.6) Quanto maior o grau de estruturação de um campo, maior o grau de isomorfismo.</p>

**Quadro 5 Preditores do isomorfismo em nível de campo**

Fonte: Adaptado de DiMaggio e Powell (2005).

A segunda hipótese decorre, além da anterior, de elementos de transações entre o setor público e o privado, que segundo DiMaggio e Powell (2005, p. 83) constituem as “delimitações em termos de regras e racionalidade formal, e a ênfase dos atores governamentais em regras institucionais”. As hipóteses três e quatro derivam da discussão desses autores sobre mudanças isomórficas resultantes de incertezas e do processo de moldagem. Os autores argumentam que

para qualquer dimensão relevante de estratégias ou estruturas organizacionais em um campo organizacional haverá um limiar, ou um ponto de inflexão, além do qual a adoção da forma dominante acontecerá com uma

velocidade cada vez maior (GRANOVETTER, 1978; BOORMAN; LEVIT, 1979, *apud* DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 84).

Em campos caracterizados com um alto grau de incerteza as organizações procuram superar a obrigatoriedade de inovação imitando práticas estabelecidas dentro do campo.

As duas últimas hipóteses derivam da discussão sobre seleção, socialização e estruturação profissional. A profissionalização, segundo os autores, pode ser medida pela universalidade de referências requeridas, solidez de programas de treinamento ou vitalidade de associações profissionais. E, por fim, quanto mais estruturado é um campo (campos que possuem centro estáveis e periferias, *status* e ordem reconhecidos) maior é o grau de isomorfismo.

DiMaggio e Powell (1983) elencam alguns motivos pelos quais algumas mudanças organizacionais não são perenes, como a imitação mal sucedida do modelo de uma organização; a recombinação de uma organização modelada num ambiente tecnológico complexo, institucionalização parcial (pressões pelas mudanças não foram fortes e constantes); e mudanças nas estruturas e instituições que governam os campos organizacionais.

## **2.6 PREDITORES E RESPOSTAS ESTRATÉGICAS AOS PROCESSOS INSTITUCIONAIS: CONSTRUTO DE OLIVER**

Conforme Zan (2006), há uma relação entre os fatores que antecedem o isomorfismo (preditores) de DiMaggio e Powell (1983) e alguns fatores que determinam a resposta estratégica possível de Oliver (1991).

Oliver (1991) discorre como as organizações respondem, ou seja, qual a estratégia que uma organização pode adotar, ao lidar com uma pressão por mudança. A autora distingue e compara dois tipos de perspectivas que são relevantes para caracterizar as respostas estratégicas às pressões e expectativas externas: teoria institucional (abordada neste trabalho) e a teoria da dependência de recursos. Um elemento em comum nas duas teorias é a legitimação, embora com foco diferente (teoria institucional tem como foco a validade social e na dependência de recursos, o foco é a mobilização de recursos).

Oliver (1991) elaborou uma tipologia de reações estratégicas que as organizações apresentam, mediante as pressões institucionais em direção à conformidade que pesam frequentemente sobre elas. A palavra “estratégica” é

utilizada por Oliver (1991) como forma de definição do meio utilizado pela organização, dada uma pressão institucional, para atingir seus objetivos. A tipologia que a autora propõe, acompanhada de suas respectivas táticas, é apresentada no quadro 6.

<b>Estratégias</b>	<b>Táticas</b>	<b>Exemplos</b>
R1.Aquiescência	R1T1.Hábito	Seguir normas invisíveis, dadas como certas
	R1T2.Imitar	Imitar modelos institucionais
	R1T3.Aceder	Obedecer às regras e aceitar as normas
R2.Compromisso	R2T4.Equilibrar	Equilibrar as expectativas de públicos múltiplos
	R2T5.Pacificar	Aplacar e acomodar elementos institucionais
	R2T6.Barganhar	Negociar com grupos de interesse institucionais
R3.Esquivança	R3T7.Ocultar	Disfarçar a não-conformidade
	R3T8.Amortecer	Afrouxar as ligações institucionais
	R3T9.Escapar	Mudar objetivos, atividades ou domínios
R4.Desafio	R4T10.Rejeitar	Desconsiderar normas e valores explícitos
	R4T11.Provocar	Contestar regras e exigências
	R4T12.Atacar	Violar as fontes de pressão institucional
R5.Manipulação	R5T13.Cooptar	Importar pessoas influentes
	R5T14.Influenciar	Moldar valores e critérios
	R5T15.Controlar	Dominar públicos e processos institucionais

**Quadro 6 Respostas estratégicas aos processos institucionais**

Fonte: Adaptado de Oliver (1991, p152)

A aquiescência, ou conformidade, é tida como resposta primordial às exigências ambientais, podendo ser expressa como hábito, imitação ou condescendência. Segundo Oliver (1991), uma vez que normas e valores sociais se tornam um padrão de ação, as organizações os reproduzem continuamente, pressupondo a existência do isomorfismo mimético. A condescendência presume a obediência a normas e valores ou a sua incorporação consciente, à medida que uma organização opta por aceder a pressões institucionais, antecipando a obtenção de benefícios e recursos que favoreçam a legitimidade. A imitação, que é consistente com o conceito de isomorfismo mimético de DiMaggio e Powell (1983), refere-se tanto à imitação consciente quanto inconsciente de modelos institucionais, incluindo, por exemplo, a imitação de organizações de sucesso e a aceitação de conselhos de empresas de consultoria ou associações profissionais. Em ambiente de incerteza, os tomadores de decisão imitam o comportamento de outros modelos institucionais, em especial aqueles modelos que são tidos como confiáveis. Aceder, por comparação, é definido como obediência consciente ou incorporação de valores, normas ou

exigências institucionais. Aceder é considerado mais ativo que hábito e imitação, podendo estabelecer a adequabilidade da organização como teoria por reduzir a vulnerabilidade à avaliação negativa de sua conduta, produtos ou serviços (SANTOS, 2008).

O compromisso envolve a ocorrência de demandas externas conflitantes ou incompatíveis com os objetivos organizacionais, representa a possibilidade de a organização resistir às exigências ambientais, por meio de táticas como equilíbrio, acomodação e barganha com determinados grupos de interesse ou *stakeholders*. Embora a aquiescência possa ser instrumental para a organização em virtude de aumentar a legitimidade e fornecer suporte social, as organizações podem considerar inapta ou não executável a conformidade. As organizações são confrontadas com demandas sociais conflitantes e com inconsistências entre as expectativas institucionais e os objetivos organizacionais internos relacionados com eficiência e autonomia. Oliver (1991) destaca que o compromisso é apenas parcial, regido pela necessidade de a organização promover seus próprios interesses, mas em permanente busca de conformidade com as regras institucionais. Pela perspectiva estratégica, o equilíbrio é definido como resposta tática ao processo institucional que se refere à acomodação da demanda de múltiplos constituintes em resposta às pressões e expectativas institucionais. A tática de pacificar constitui também conformidade parcial com um ou mais constituintes, ou seja, “uma organização pode se cercar contra a interferência de autoridades governamentais, mas de acordo com Scott (1983) estariam mordendo a mão que as alimenta” (SANTOS 2008, p.93). Essas organizações tendem a se adequar pelo menos a padrões mínimos. Barganhar é uma forma de compromisso mais ativa que pacificar. Essa tática envolve o esforço de uma organização em prever possíveis negociações por meio de concessões que um constituinte externo possa fazer para atender às expectativas.

“Por outro lado, organizações podem evitar a conformidade ocultando-a, amortecendo o impacto das pressões institucionais sobre determinadas áreas que as constituem ou escapando de normas e expectativas” (FONSECA, 2003, p.61). Planos e procedimentos podem ser elaborados sem intenção de implementações. Atividades técnicas são distanciadas de estruturas e exigências contextuais, como forma de manter a autonomia organizacional e maximizar a eficiência. São alterados objetivos e práticas, são ocupados novos mercados, nos quais as exigências são

brandas ou inexistentes (FONSECA, 2003). Vários teóricos organizacionais, institucionalistas e da dependência de recursos, reconhecem a esquivança como resposta às pressões institucionais, como uma tentativa organizacional de impedir a necessidade de conformidade. A tática de ocultar envolve disfarçar a não conformidade pela obediência de “fachada”. Em inspeções uma organização pode se preparar e mostrar atividades que não condizem com suas rotinas normais. A esquivança pode ser diferenciada da obediência estratégica de aquiescência pelo grau em que a conformidade é aparente ou real (SANTOS, 2008). Amortecer refere-se à tentativa de uma organização de afrouxar as ligações institucionais, de reduzir a extensão à qual é externamente inspecionada ou avaliada. Teóricos institucionais têm separado as atividades internas das estruturas formais e avaliação externa como formas de manter a fé e a legitimidade da organização uma vez que é altamente institucionalizada (SANTOS, 2008). A tática de amortecer pode servir a interesses organizacionais, especialmente para manter autonomia, minimizar intervenção externa e maximizar eficiência. Uma resposta esquiva mais dramática às pressões institucionais à conformidade é “escapar”, ou seja, a organização pode deixar os domínios onde a pressão é exercida, pode mudar os objetivos e atividades para evitar a necessidade de conformidade. Em contraste com aquiescência e compromisso que constituem respostas estratégicas que as organizações empreendem com o objetivo de total ou parcial adequação aos processos institucionais, a esquivança é motivada pelo desejo de evitar as condições que fazem o comportamento de adequação necessário.

O desafio consiste no modo de resistência mais ativo às exigências ambientais, concretizado por meio da rejeição, da provocação ou do ataque. Segundo Oliver (1991), as organizações podem empregar essas táticas em virtude de baixa intensidade de pressão externa, quando os seus objetivos e interesses divergem substancialmente das regras e valores sociais, ao se mostrarem convictas da retidão das ações alternativas que propõem, ou quando acreditam que têm pouco a perder com qualquer demonstração explícita de antagonismo às exigências institucionais.

Rejeitar ou desconsiderar normas e valores explícitos pode ser exacerbado pela deficiente compreensão organizacional da racionalidade existente atrás de pressões organizacionais e das consequências da não obediência. Provocar é um afastamento mais ativo das regras, normas ou expectativas do que rejeitar, mediante

contestação de regras e exigências. Segundo Santos (2008), as organizações estarão mais propensas a provocar ou desafiar normas racionalizadas ou regras coletivas do ambiente institucional quando o desafio puder ser reforçado por probidade ou racionalidade. Atacar distingue-se das táticas de rejeitar e provocar, pelo grau de agressividade do afastamento das atividades organizacionais das pressões e expectativas institucionais. Atacando, as organizações violam as fontes de pressão institucional. Uma postura estratégica de ataque, segundo Santos (2008), é mais provável de ocorrer quando valores e expectativas institucionais são específicos da organização em vez de geral ou não focados, quando esses valores e expectativas são negativos ou desacreditados, ou quando a organização acredita que seus direitos, privilégios ou autonomia estão em risco.

A manipulação apresenta-se como a última reação estratégica às demandas ambientais e implica nas tentativas de organizações poderosas e oportunistas de cooptar, influenciar ou controlar as fontes de pressão, através de relações institucionais. Pretende mudar ou demonstrar poder sobre o conteúdo das expectativas institucionais ou sobre as fontes que buscam expressá-lo ou obrigá-lo. Em resposta às pressões institucionais, uma organização pode cooptar as fontes de pressão, importar pessoas influentes, pode tentar persuadir um constituinte institucional para juntar-se à organização ou à diretoria. A tática de influenciar pode ser orientada por moldar valores e critérios. A tática de controle constitui uma resposta mais ativa e agressiva às pressões institucionais que cooptar e influenciar, podendo dominar públicos e processos institucionais.

Oliver (1991) sugere que as organizações respondem às exigências institucionais de acordo com sua capacidade interna, além dos motivos que geram tais pressões, de quem as exerce, do tipo de pressões, de como, por quais meios e onde são exercidas. Assim, a autora analisa a pressão por mudança numa organização traduzindo-a em cinco questões: por que, quem, o que, quais meios e onde essas pressões ocorrem (Quadro 7). E prevê a resposta em cinco diferentes intensidades que se iniciam com a aceitação passiva da mudança e chegam à manipulação para que as mudanças não ocorram. Se a resistência pode ameaçar a sobrevivência organizacional, a conformidade pode conduzir ao mesmo caminho. A primeira por causar perda de recursos e apoio externo e a segunda por gerar rigidez estrutural e processual. “Organizações são criaturas dos seus ambientes

institucionais, mas a maioria das organizações modernas é constituída por jogadores ativos, não por oportunistas passivos” (SCOTT, 1995, p. 132).

<b>Por quê?</b>	Causa	Legitimidade ou adequação social. Eficiência ou adequação econômica.
<b>Quem ?</b>	Constituintes	Demanda de múltiplos constituintes. Dependência dos constituintes.
<b>O que ?</b>	Conteúdo	Consistência com as metas organizacionais. Restrições impostas sobre a organização de forma opcional ou flexível.
<b>Quais meios?</b>	Controle	Coerção legal ou imposição. Difusão voluntária de normas.
<b>Onde?</b>	Contexto	Ambiente Incerto. Ambiente Interconectado.

**Quadro 7 Antecedentes das repostas estratégicas**

Fonte: Oliver (1991, p. 160)

Os preditores da resposta estratégica predominante no construto de Oliver (1991) são: as causas da resposta (busca por legitimidade ou por eficiência), os constituintes ambientais (multiplicidade de agentes e dependência da organização para com eles), o conteúdo da exigência ambiental (se consistente ou não com os objetivos organizacionais), a forma de controle implícita no padrão institucional (se por meio de coerção ou por meio de difusão cultural) e o contexto ambiental decorrente do padrão (grau de incerteza e de interconectividade provenientes), e são apresentados no quadro 8.

Causa (por que): organizações podem acreditar que certas mudanças aumentem a legitimidade social ou a utilidade econômica e tendem a aceita-las. Quando a causa da mudança não tiver origem na utilidade econômica ou legitimidade social da organização, a reação organizacional pode ser adversa. Segundo Zan (2006) essa definição parte do pressuposto que as organizações agem por interesse e tentam obter estabilidade e legitimidade (DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Constituintes (quem): segundo Oliver (1991) são o Estado, profissões, grupos de interesse e o público em geral que impõem uma série de leis, normas e expectativas na organização. Quanto maior o número de constituintes e mais difusos ou conflitivos os interesses na implantação de uma mudança, maior a possibilidade de a organização não adotá-la e quanto maior a dependência da organização em relação aos constituintes que solicitam ou exigem mudança, menor a resistência.

<b>Fator Institucional</b>	<b>Questões Precedentes</b>	<b>Dimensões Preditivas</b>
<b>P1.Causa</b>	Por que a organização está sendo pressionada a se moldar conforme as regras e expectativas institucionais?	<b>P11.</b> Legitimidade ou adequação social. <b>P12.</b> Eficiência ou adequação econômica.
<b>P2.Constituintes</b>	Quem está exercendo pressões institucionais na organização?	<b>P21.</b> Demanda de múltiplos constituintes. <b>P22.</b> Dependência dos constituintes.
<b>P3.Conteúdo</b>	Para quais normas ou exigências a organização está sendo pressionada a aderir?	<b>P31.</b> Consistência com as metas organizacionais. <b>P32.</b> Restrições impostas sobre a organização de forma opcional ou flexível.
<b>P4.Controle</b>	Como ou de que modo as pressões institucionais são exercidas?	<b>P41.</b> Coerção legal ou imposição. <b>P42.</b> Difusão voluntária de normas.
<b>P5.Contexto</b>	Qual o contexto organizacional no qual a pressão está sendo exercida?	<b>P51.</b> Ambiente incerto. <b>P52.</b> Ambiente interconectado.

#### **Quadro 8 Questões Precedentes Das Respostas Estratégicas**

Fonte: Adaptado de Oliver (1991, p. 160)

**Conteúdo (o que):** quanto maior a consistência das pressões por mudanças com as normas e objetivos da organização, maior a possibilidade de aceitação; quando menor a resistência, maior a aceitação. Quando o conteúdo das normas e objetivos não é aceitável ou alinhado com os objetivos organizacionais haverá resistência.

**Controle (quais meios):** quanto menor a coerção legal ou menor a difusão voluntária de uma norma, valor ou objetivo dado externamente, maior a possibilidade de resistência às pressões. Quanto maior a difusão de uma norma, valor ou objetivo, maior a possibilidade de uma organização adotá-la.

**Contexto (onde):** numa pressão por mudança, quanto menor o nível de incerteza em relação às decisões tomadas ou ao futuro organizacional, maior a possibilidade de resistência organizacional à mudança. E quanto menor a ligação ou a dependência com outras organizações ou instituições, maior a resistência à mudança.



Para Oliver (1991), o contexto é o ambiente onde a organização se encontra sofrendo a pressão institucional por mudança. O ambiente de interconexão refere-se à densidade das relações interorganizacionais entre os ocupantes de um campo organizacional e incerteza ambiental relaciona-se ao grau de insegurança e imprevisibilidade da organização.

Após a construção dos fatores preditivos e possíveis respostas estratégicas às pressões institucionais, Oliver (1991) estabelece uma relação categórica para cada um dos tipos de respostas esperadas com base nos fatores preditivos e na teoria, ou seja, a autora não apenas elaborou os fatores preditivos das respostas organizacionais, mas classificou as possíveis respostas em função dos fatores. As respostas foram apresentadas conforme a probabilidade de sua ocorrência: alta, moderada e baixa. O quadro 9 apresenta a combinação dos vários fatores, que pode também ser utilizada para análise e planejamento das reações organizacionais às mudanças. Tem-se, então, um fluxo mútuo e simultâneo entre padrões institucionais e reações estratégicas (CUBRELLATE; MENDES; LEONEL JUNIOR, 2009).

<b>Fator Predito</b>	<b>Respostas Estratégicas:</b>				
	<b>Aquiescência</b>	<b>Compromisso</b>	<b>Esquivaça</b>	<b>Desafio</b>	<b>Manipulação</b>
<b>Causa</b>					
Legitimidade	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
Eficiência	Alta	Baixa	Baixa	Baixa	Baixa
<b>Constituintes</b>					
Multiplicidade	Baixa	Alta	Alta	Alta	Alta
Dependência	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa
<b>Conteúdo</b>					
Consistência	Alta	Moderada	Moderada	Baixa	Baixa
Restrição	Baixa	Moderada	Alta	Alta	Alta
<b>Controle</b>					
Coerção	Alta	Moderada	Moderada	Baixa	Baixa
Difusão	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa
<b>Contexto</b>					
Incerto	Alta	Alta	Alta	Baixa	Baixa
interconectado	Alta	Alta	Moderada	Baixa	Baixa

**Quadro 9 Antecedentes Institucionais das Respostas Estratégicas**

Fonte: Oliver (1991, p. 160)

De acordo com o quadro 9, segundo Oliver (1991), a aquiescência é mais provável de ocorrer quando o grau de legitimidade atingível pela conformidade é alto. O compromisso, esquivaça, desafio, manipulação são mais prováveis de ocorrerem quando a legitimidade é baixa. Nesse quadro, a autora considera como

referência de análise a alta aderência dos fatores preditivos. Os fatores apresentados são de forma dicotômica (ZAN, 2006). Oliver (1991) exemplifica: existe ou não legitimidade na causa da mudança; a organização depende do constituinte que pressiona por mudar ou não; a mudança é consistente com os objetivos organizacionais ou não e, assim, sucessivamente, para vários aspectos de mudança os fatores são analisados.

## 2.7 ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Os primeiros hospitais construídos no Brasil foram a Misericórdia de Santos em 1543, o Hospital de Olinda e a Santa Casa de Santos, ainda no século XVI (MINOTTO, 2003). Segundo Mirshawka (1994), após a terceira década do século XX a administração hospitalar começou a “apresentar sinais de presença”.

Em relação à origem da palavra Hospital, o vocábulo latino “*Hospes*”, que significa hóspede, deu origem a “*Hospitalis*” e “*Hospitium*”, palavras que designavam o local onde se abrigavam – na antiguidade – enfermos, viajantes e peregrinos (BORBA, 1985). Segundo Borba (1985), quando o estabelecimento se ocupava dos pobres, incuráveis e insanos, a designação era “*hospitium*”, ou seja, hospício, que atualmente se reserva para designar hospital de psiquiatria. Outro termo apresentado pelo mesmo autor que é muito utilizado para designar hospital é “*nosocômio*”, de origem grega, que significa “tratar de doentes”.

Além das definições apresentadas na subseção 1.1.4, definições estas que mostram a evolução do conceito de hospital e que contribuem para justificar o propósito deste trabalho, outras corroboram para o entendimento dessa complexa e singular organização. Cherubin e Santos (1997, p. 4) apresentam de acordo com Informe Técnico número 122 de 1957 da Organização Mundial de Saúde:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Cherubin e Santos (1977) referem que os hospitais foram construídos, inicialmente, para dar abrigo aos pobres, passando a hospedar os peregrinos e a atender os acometidos de peste. Os autores consideram ainda que na fase evolutiva dos hospitais, estes se limitavam a uma medicina puramente curativa, não tendo preocupação com a profilaxia, ensino e pesquisa. Com as exigências e

necessidades crescentes da população, progressivamente se desenvolvem as especializações médicas.

O Informe Técnico citado fixou as seguintes funções para o hospital: prevenir a doença, restaurar a saúde, exercer funções educativas e promover a pesquisa.

Novaes (1999, p. 8) aponta para a definição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em que os Hospitais são os “estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento com equipe clínica organizada (...)” E como funções, Novaes (1999) elenca: oferecer assistência médica continuada; oferecer assistência médica integrada; concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio; constituir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços e complexidade crescente; promover a saúde e prevenir as doenças sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso; entre outras. Para aplicação do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, Novaes (1999, p.8) conceitua hospital como “todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos”.

Gonçalves (2009) examina algumas funções que o hospital moderno exerce em relação aos doentes que o procuram e ao contexto em que se inserem e coloca como a primeira delas a prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação; a segunda função refere-se ao desenvolvimento de atividades de natureza preventiva; a terceira função é representada pela participação em programas de natureza comunitária; a quarta função reside na integração ativa do sistema de saúde. O mesmo autor considera de maior importância (pelo menos em termos de sua própria estrutura e da gestão de suas atividades) outras funções que se relacionam com a vida interna da organização hospitalar. Tais funções constituem-se em: participação na formação de Recursos Humanos para a área de saúde; o hospital representa o palco dinâmico em que se desenrola a atividade profissional das pessoas que nele trabalham e a motivação precisa ser estimulada e preservada; participação no desenvolvimento de pesquisas em todos os terrenos de sua atividade (médica, biológica, farmacológica, institucional, administrativa, organizacional etc).

Os hospitais são compostos de diversas áreas. Os tipos de unidades e equipamentos presentes num hospital dependem de seu tamanho e capacidade. Cherubin e Santos (1997) listam diversas unidades, conforme anexo A deste trabalho.

De acordo com Zoboli (2002), o hospital não pode atuar independentemente dos objetivos do interesse coletivo da saúde, mesmo que para isso seja necessário “abrir mão” da maximização de receitas. Segundo o autor, a eficiência econômica muitas vezes é incompatível com as atividades desenvolvidas sendo que o melhor serviço em questões humanitárias não é o menos oneroso. Conforme Novaes (1999), o atendimento ao ser humano é a missão principal do hospital. Algumas características dos serviços hospitalares são evidenciadas por Zoboli (2002), como: alta personalização dos serviços de atenção e tratamento; maior valor social do que econômico; oferta dos serviços hospitalares dependente da necessidade e demandas da sociedade; vulnerabilidade às situações de emergência; participação ativa das pessoas no processo de prestação de serviço; controle limitado; serviços sujeitos a variações de diversas naturezas, sendo uma delas a inexistência de uma única linha de comando; e uso de equipamentos e tecnologia.

Moraes, Cândido e Vieira (2004) apresentam outras três características: a primeira delas consiste na padronização de procedimentos que se torna difícil pelas características ímpares dos clientes; a segunda trata da imprevisibilidade das necessidades fazendo com que muitos serviços não possam ser programados; a terceira reside na grande variedade de profissionais que executam os serviços, com diferentes técnicas e compreensões.

Para atingir o objetivo prescrito no trabalho, conforme mencionado, foram consideradas como unidade de análise enquanto instituição social, as práticas hospitalares nas organizações em estudo. Assim sendo, seguem algumas considerações a respeito da hierarquização dessas práticas na visão de alguns autores, que contribuirão para melhor compreensão dos resultados da pesquisa.

Merhy e Cecílio (2003) escreveram algumas reflexões sobre o processo de coordenação dos hospitais. Em seu trabalho, os autores mostram que o hospital tem três lógicas de coordenação: profissões, serviços e cuidados.

Os autores traçam como sendo a primeira e mais evidente a que segue a lógica das profissões, corporações ou especialidades: a chefia médica, a chefia de enfermagem, a chefia do serviço social, o chefe dos anestesistas. De acordo com os

autores, esta é a lógica inscrita nos organogramas tradicionais, com suas bem marcadas linhas verticais de comando ou de coordenação horizontal entre 'pares' (em particular entre os médicos).

A segunda lógica é a da coordenação por serviços ou unidades de produção e predomina na coordenação das áreas-meio, sejam elas mais técnicas (laboratório, radiologia, banco de sangue, serviço de esterilização de materiais, etc) ou mais administrativas (pessoal, finanças, manutenção, serviços gerais, etc) e, segundo os autores, esta é uma lógica também traduzida ou representada nos organogramas tradicionais (a chefia do laboratório, a chefia do serviço de nutrição e dietética, etc).

Se, por uma certa tradição que se mantém, as chefias das áreas assistenciais são sempre prerrogativas dos médicos, eles, de fato, não coordenam o serviço como um todo. A lógica da coordenação por profissões coloniza de tal forma tais unidades, que afinal não é possível reconhecer um, ou melhor, o "coordenador" de toda a equipe assistencial (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 5).

Merhy e Cecílio (2003) exemplificam que numa enfermaria o paciente é internado, recebe cuidados de vários tipos de profissionais, é submetido a uma grande variedade de exames complementares, sua família é contatada e, em algum momento terá alta (curado, melhorado ou por óbito).

Os autores avançam essa reflexão reconhecendo uma terceira lógica de coordenação, que é a do cuidado e que, apesar de sua importância, fica como que "desqualificada", inclusive sem uma tradução ou "correspondência" nos organogramas habituais. Na engenharia de produção, essa lógica é análoga ao processo produtivo.

Zoboli (2002) afirma não haver uma autoridade única no hospital porque o grupo médico exerce grande influência em todos os níveis interferindo no processo de decisão e com bastante autonomia e autoridade sobre os outros profissionais. A autora identifica quatro centros de poder na estrutura hospitalar: diretoria superior; médicos; administração e demais profissionais. Na visão de Merhy e Cecílio (2003, p. 3), existe uma "tensa coordenação do hospital": há como uma indefinição de papéis, uma ambiguidade no processo de coordenação, no qual os atores formalmente subalternos (a enfermagem) têm um papel fundamental no processo da coordenação.

De acordo com Duarte (1991), a ampliação dos serviços hospitalares gerou uma nova e mais complexa estrutura, criando uma demanda maior de pessoas

qualificadas e de aplicação de métodos de gestão mais aprimorados que atendem a novos padrões de exigência de atendimento.

Para consecução deste trabalho as práticas hospitalares para unidade de análise constituem-se das rotinas, de forma geral, pertinentes às áreas inseridas nos hospitais, descritas de forma sucinta a seguir.

Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT's.): surgiram para auxiliar o Médico na assistência ao Paciente. Esses serviços processam os exames, emitem os resultados e sugerem os tratamentos adequados para cada caso. Com a evolução da medicina, houve também a necessidade da evolução diagnóstica. Como exemplos podem-se citar Análises Clínicas e Anatomia Patológica, Ultrassons, Tomógrafo Computadorizado, entre outros, que auxiliam na precisão do diagnóstico. Acompanhando também esta evolução, os Serviços de Tratamento se modernizaram e se especializaram, executando procedimentos em Fisioterapia, Oncologia, Radioterapia, Nefrologia, Medicina Hiperbárica, entre outros, que contribuem para o restabelecimento do paciente.

Serviço de Informações Gerenciais e Corpo Clínico: os avanços tecnológicos de comunicação e informação deverão produzir profissionais mais atualizados, tendo como objetivo oferecer para a sociedade uma medicina de alta qualidade e de baixo custo, conforme ela exige. Os diretores clínicos ou técnicos juntamente com a diretoria administrativa dos hospitais devem priorizar e viabilizar essas iniciativas, pois agregarão valor aos processos administrativos da gestão hospitalar (BRANCO FILHO, 2002).

Enfermagem: o Decreto nº 94.406/87 que regulamentou a lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, em seu artigo 8º, alínea f, estabelece como função privativa do Enfermeiro a "Prescrição da Assistência de Enfermagem". Esta prescrição de enfermagem constitui uma das fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem que se tornou obrigatória em todo Estado de São Paulo, de acordo com a Decisão Coren-SP/DIR / 008/99. O hospital, sendo uma empresa prestadora de serviço, é entendido por Zanon (2001) como um conjunto de processos de serviços, que foram classificados em duas categorias: processos administrativos e processos assistenciais Os processos de atuação da enfermagem estão inseridos diretamente nos processos assistenciais do hospital, sendo considerada uma área de atividade-fim, pois suas ações estão relacionadas diretamente com as finalidades da organização de saúde. Todavia, interage com os

demais processos da organização para produzir o efeito principal que é o cuidado, cuja qualidade, ao final, depende da eficiência e da eficácia de cada um deles e da interação destes processos. Alfaro-LeFevre (2010) define que o processo de enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção de resultados desejados de uma maneira rentável. É sistematizado por consistir de cinco passos: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. É humanizado por basear-se na crença de que, à medida que se planeja e proporcionam cuidados, devem-se considerar exclusivamente os interesses, ideais e desejos do consumidor do atendimento de saúde (a pessoa, a família e a comunidade).

Rotinas de outras áreas foram também contempladas em função da especificação dos respondentes que participaram desta pesquisa, como Farmácia; Nutrição e Dietética; Recepção; Faturamento, as quais irão compor as tabelas 2 e 12, apresentadas no capítulo 4.

### **2.7.1 A Perspectiva Institucional e o “Campo” Hospitalar**

O neoinstitucionalismo é pouco utilizado em estudos de política, planejamento e gestão em saúde coletiva no Brasil. Raros são os estudos, como o de Virgínia Coelho (1998), que abordam as organizações de saúde como parte de sistemas maiores e, mais especificamente, a influência da dimensão institucional na formulação e implementação de políticas setoriais (SANTOS, 2005, p.6).

Starr (1980, *apud* DiMaggio e Powel, 2005, p.75) “fornece evidências de mimetismo no processo de desenvolvimento do campo hospitalar”.

O mimetismo leva as organizações a seguirem os moldes de seus concorrentes mais fortes. No campo hospitalar, poderia se pensar como se cada organização isolada, cada hospital, deixasse de lado sua identidade para compor um ambiente maior, institucionalizado. Sob esse aspecto, entretanto, DiMaggio e Powell (2005) afirmam que o mimetismo não afeta a estratégia das organizações, ou seja, decorre da própria pequena variedade de modelos organizacionais a serem escolhidos e das poucas grandes consultorias que difundem modelos organizacionais que mudam consideravelmente as estruturas das organizações, mas não suas políticas ou estratégias. Frente a pressões institucionais, Oliver (1991) complementa essa questão, ao afirmar que as organizações respondem estrategicamente.

Para DiMaggio e Powell (1983), as causas para a burocratização e outras formas de mudança organizacional mudaram: não é mais a competição, mas sim processos que tornam as organizações mais similares, ou isomórficas, sem necessariamente torná-las mais eficientes. A mudança nas organizações parece cada vez menos orientada pela competição ou pela necessidade de eficiência.

Fennell (1980, *apud* DiMaggio e Powell, 2005, p 81) conclui:

Os hospitais operam segundo uma norma de legitimação social que geralmente entra em conflito com as considerações de mercado sobre a eficiência e racionalidade dos sistemas. Aparentemente os hospitais podem aumentar sua gama de serviços não porque haja uma real necessidade de determinado serviço ou equipamento por parte da população de pacientes, mas porque eles somente serão considerados aceitáveis se puderem oferecer tudo o que oferecem os outros hospitais na área.

Não há como estudar o processo de construção de um campo hospitalar, sem considerar o sistema que o abrange. Ressaltem-se, aqui, as considerações de Fligstein (2001), que sugere atenção à ação estratégica dos campos organizacionais, apresentando, para isso, o conceito de habilidades sociais como sendo a habilidade de promover cooperação entre atores, no sentido de criar, contestar e reproduzir regras de interação em favor de seus interesses (FLIGSTEIN, 2001, 2007). Swedberg (2004) acrescenta que as organizações podem controlar campos organizacionais por meio do seu tamanho relativo em relação às demais no campo e pelo benefício alcançado por seus membros na formação de regras estáveis que regem as ações legítimas no campo, o que tem relação com a perspectiva institucional baseada em interesses.

Ao estudar a abrangência do sistema que integra os hospitais, portanto, fundamental é considerar o que afirma o texto Constitucional<sup>3</sup> em seu artigo 198: “As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Para melhor compreender essa análise, é preciso considerar o aspecto estratégico de algumas organizações no âmbito da saúde (GUSTAVSEN, 1980).

Oliveira e Teixeira (1986, p.223) abordam a questão estratégica para obtenção de lucros:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com

---

<sup>3</sup> Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.



obrigações sociais, etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social. Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de um funcionamento mais eficaz nesse sentido, do que habitualmente 'morosas' e 'deficientes' redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

Dada abordagem de Oliveira e Teixeira (1986), sobre a escolha de mão-de-obra, cumpre lembrar que outra fonte ao isomorfismo é a política de seleção de pessoal adotada pelas organizações, conforme a descrito anteriormente neste trabalho. Outro aspecto que contribui no mesmo sentido é a atuação dos conselhos de classe que regulam grande parte das profissões no âmbito interno das organizações hospitalares.

Através da compreensão do sistema no qual as instituições hospitalares se inserem, e de suas práticas internas, é possível descrever o grau de isomorfismo que contribui para a construção de seus arranjos institucionais.

No campo organizacional em que se inserem os hospitais públicos, importa primeiramente considerar a natureza federativa do Estado brasileiro, que, ao não contemplar hierarquia entre as três esferas de governo, adiciona complexidade à gestão do setor de saúde (SANTOS, 2005, p.43).

O sistema de saúde no Brasil propõe-se não só a ser unificado, como a obedecer a uma lógica não hierárquica na afirmação de Santos (2005), em contraponto com o artigo 198 do texto Constitucional citado anteriormente. É importante pesquisar não apenas o relacionamento entre os entes federativos, mas toda a árvore de hierarquias e outras formas de relacionamento que desembocam nos estabelecimentos públicos de saúde. A organização burocrática é, por definição, racional e legal. Entretanto, a forma de relacionamento federativa e participativa embutida na organização do SUS pretende distinguir-se deste modelo (SANTOS, 2005).

Embora o governo tenha normalizado as Ações de Saúde, com uma série de portarias, incluindo as ações nos serviços de urgência e emergência de média e alta complexidade entre outros, há, ainda, escassez e inadequação das informações, aspecto esse que tem dificultado a real definição de prioridades para o planejamento e intervenções em saúde, além de omitir à sociedade instrumentos importantes para a melhoria das condições nesse setor. Há, sobretudo, escassez de trabalhos que

vislumbrem a atuação das Instituições de Saúde frente a essas regras, e, portanto, uma lacuna pertinente ao referencial para a análise da construção dos arranjos institucionais no campo hospitalar.

Assim sendo, faz-se importante a investigação das conduções das ações de saúde, que permita uma melhor visualização das organizações hospitalares no sentido de “desenvolver explicações” das formas pelas quais estas “incorporam experiências históricas em suas regras e lógicas organizacionais” (DIMAGGIO; POWELL, 1991, p.28).

No plano da gestão dos serviços de saúde, que é de competência municipal, segundo Santos (2005), a configuração do campo organizacional é também complexa.

Por motivos diversos, os serviços de saúde evoluíram de uma dinâmica operacional baseada na concentração de atividades em uma única organização (modelos hospitalocêntricos) e centrada na hegemonia médica para o trabalho integrado de múltiplas organizações e enfoques multiprofissionais. Além disso, os princípios constitucionais do SUS definem lógicas que incorporam a participação da própria sociedade organizada, mediada pelo controle social (SANTOS, 2005).

Também é importante considerar para a análise de campo, os serviços terceirizados prestados aos hospitais e suas inter-relações.

A sistematização dos órgãos com poder de normatizar e fiscalizar o setor público de saúde permite enumerar as principais instâncias de regulação externa da atividade hospitalar, segundo seu vínculo às lógicas institucionais (serviço público, SUS, corporações profissionais e lógicas gerais de Estado) e a natureza do aspecto regulado.

A fiscalização governamental do serviço público é efetuada, predominantemente, pelos Tribunais de Contas, órgãos ligados ao Poder Legislativo, com representações em nível estadual, federal, e até, nos casos autorizados constitucionalmente, municipal. Seu objetivo específico é a fiscalização das contas de órgãos públicos do poder executivo.

Visando sistematizar as práticas hospitalares, conforme os diferentes tipos de pressão dentro do campo hospitalar, o quadro 10 apresenta os direcionadores de convergência a serem tratados neste estudo, relacionando os mecanismos de mudança isomórfica de DiMaggio e Powell (1983).

<b>Pressões Coercitivas</b>	<b>Pressões Normativas</b>	<b>Pressões Miméticas</b>
<b>Isomorfismo Coercitivo</b>	<b>Isomorfismo Normativo</b>	<b>Isomorfismo Mimético</b>
Estado – SUS (Vigilância Sanitária; Conselhos de Saúde; Sistema Nacional de Auditoria) Planos de Saúde - Convênios Tribunais de Contas Órgãos ligados ao poder Legislativo Membros de Conselhos de classe com atuação no Ministério Público	Estado – enquanto agente normalizador Conselhos de classe – CRM; COREN; CRA; CRC; sindicatos Seleção de pessoal-chave e Profissionalização nos campos organizacionais Ensino e Pesquisa técnica e universitária Redes de relacionamento em Associações	Serviços terceirizados Benchmarking de instituições modelo Atuação de serviços de consultoria

**Quadro 10 Mecanismos de Mudança Isomórfica de DiMaggio e Powell (1983) e Direcionadores de Convergência das práticas hospitalares**

Fonte: Dados trabalhados pela autora. Adaptado de Santos (2005) e Santos (2008).

A Vigilância Sanitária, os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) são os órgãos vinculados ao SUS com poder regulador sobre hospitais públicos.

A Vigilância Sanitária efetua o controle de atividades, produtos e ambientes que comportem risco à saúde e, portanto, praticamente todas as atividades e ambientes hospitalares podem ser alvo de sua fiscalização (...). O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) atua nos três níveis de governo, tendo o papel de auditar os repasses do SUS para fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde, a produção de serviços de saúde de qualquer natureza e os programas federais de assistência social (SANTOS, 2005, p 50).

Os Conselhos de Saúde são instâncias de níveis federal, estadual e municipal que têm caráter deliberativo nas questões ligadas à saúde. Seu papel na regulação pode variar em função das diferentes configurações da arena política (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2001).

Nos Tribunais de Contas, existe uma diretriz no sentido de maior integração com órgãos e entidades públicas, particularmente com o Ministério Público, e do desenvolvimento de redes interinstitucionais com outros órgãos e entidades nos três níveis de governo. Conforme salienta Santos (2005), essa mesma tendência é observada no Ministério Público que, com frequência, se faz acompanhar de representantes dos conselhos profissionais, em particular os de Medicina, para efetuar inspeções em estabelecimentos de saúde. Também os Conselhos Regionais de Medicina efetuam suas demandas ao Ministério Público, como verificar as

condições de funcionamento de hospitais públicos e a atuação dos planos e seguros de saúde (SANTOS, 2005). Segundo Sampaio et al (2012), o isomorfismo normativo decorre do poder de entidade reguladora sobre os arranjos nas estruturas das organizações, sendo proveniente de informações, normas padronizadas e conhecimentos compartilhados de colaboradores da mesma atividade de diferentes organizações que geram uma igualdade entre elas. Isto posto, pode-se inferir o Estado em parte como direcionador de convergência de pressões normativas (enquanto normalizador e não apenas fiscalizador), bem como atribuir a alguns membros de conselhos de classe o papel coercitivo (como mencionado, enquanto inspetores junto ao Ministério Público).

Incorporados à lógica institucional de controle pelas organizações profissionais, estão os conselhos de profissões de saúde. Os conselhos profissionais no Brasil são autarquias que integram a administração indireta e exercem ação normativa sobre as suas categorias profissionais de referência, mas não detêm poder formal de legislar (SANTOS, 2005). Tendem a ter grande ingerência sobre a atuação de seus filiados, determinando competências, limites e restrições a sua ação e supervisionando a atividade profissional através de comitês de ética e outros dispositivos. Segundo Santos (2005), há uma significativa atividade política desses órgãos de classe, no sentido de influenciar políticas de saúde e de legitimar o papel social das categorias que representam.

As pressões normativas referem-se à profissionalização, às redes de relacionamentos em associações diversas, ensino e pesquisa universitária, aos relacionamentos em associações profissionais dentre outros.

As pressões miméticas estão relacionadas à imitação de organizações líderes do setor, benchmarking interorganizacional, consultorias dentre outros (SANTOS, 2008).

Para efeitos de realização deste trabalho não serão analisados os atores em nível de campo, porém, serão evidenciados os mecanismos de mudança (DiMaggio e Powell, 1983) e respostas estratégicas (Oliver, 1991) a partir da visão de atores internos das organizações em estudo.

### 3 MÉTODOS DE PESQUISA

Este capítulo explica o modelo conceitual da pesquisa, ou seja, a relação das variáveis com a teoria e o construto do trabalho, apresenta a técnica de coleta de dados e a caracterização do campo de estudo.

O estudo se baseia na tipologia de DiMaggio e Powell (1983) referente aos três mecanismos de mudança institucional isomórfica (pressões coercitivas, normativas e miméticas) que permitem analisar as mudanças institucionais nas organizações hospitalares, que serão tratados como fatores, e também nas respostas estratégicas que as organizações empreendem frente às pressões institucionais segundo o construto de Oliver (1991).

Inicialmente, foi feita uma busca por trabalhos que utilizaram a perspectiva institucional para análise das construções dos campos organizacionais, e de maneira peculiar foram analisados elementos dessa perspectiva na construção do campo hospitalar, que contribuirão para melhor entendimento dos resultados do estudo de caso apresentado. Foram identificados fatores que se enquadram em cada um dos mecanismos de pressão, vistos no quadro 2 – Pilares do Neo institucionalismo: Pressões Coercitivas, Normativas e Miméticas. Esses fatores são apresentados no quadro 10.

O construto de DiMaggio e Powell (1983) deixa em aberto possibilidades de ampliação da pesquisa, conforme já discutido, constituindo dimensões complementares o construto de Oliver (1991). Através deste são apresentados dez fatores preditivos do comportamento organizacional (quadro 8), que se referem a cinco questões precedentes às respostas estratégicas às pressões e exigências institucionais: causa (por que?), constituintes (quem?), conteúdo (o que), controle (quais meios?), contexto (onde?), conforme expõe o quadro 7.

Essas variáveis são estudadas como os fatores que concorrem para o isomorfismo das práticas hospitalares utilizadas pelas organizações hospitalares do município de Taquaritinga- SP. A tipologia completa do construto de Oliver (1991) permite identificar as respostas estratégicas organizacionais, sendo estas previstas a partir dos fatores preditivos e apresentam cinco variáveis (aquiescência, compromisso, esquivança, desafio, manipulação). Cada uma dessas variáveis

apresenta outras três dimensões cada (quadro 6) e permite identificar a aceitação ou rejeição dos respondentes das práticas hospitalares em uso nas organizações analisadas e também o grau de institucionalização destas.

Tanto os aportes teóricos de DiMaggio e Powell (1983) quanto os de Oliver (1991) compõem a matriz teórica representada pela figura 1, p.76.

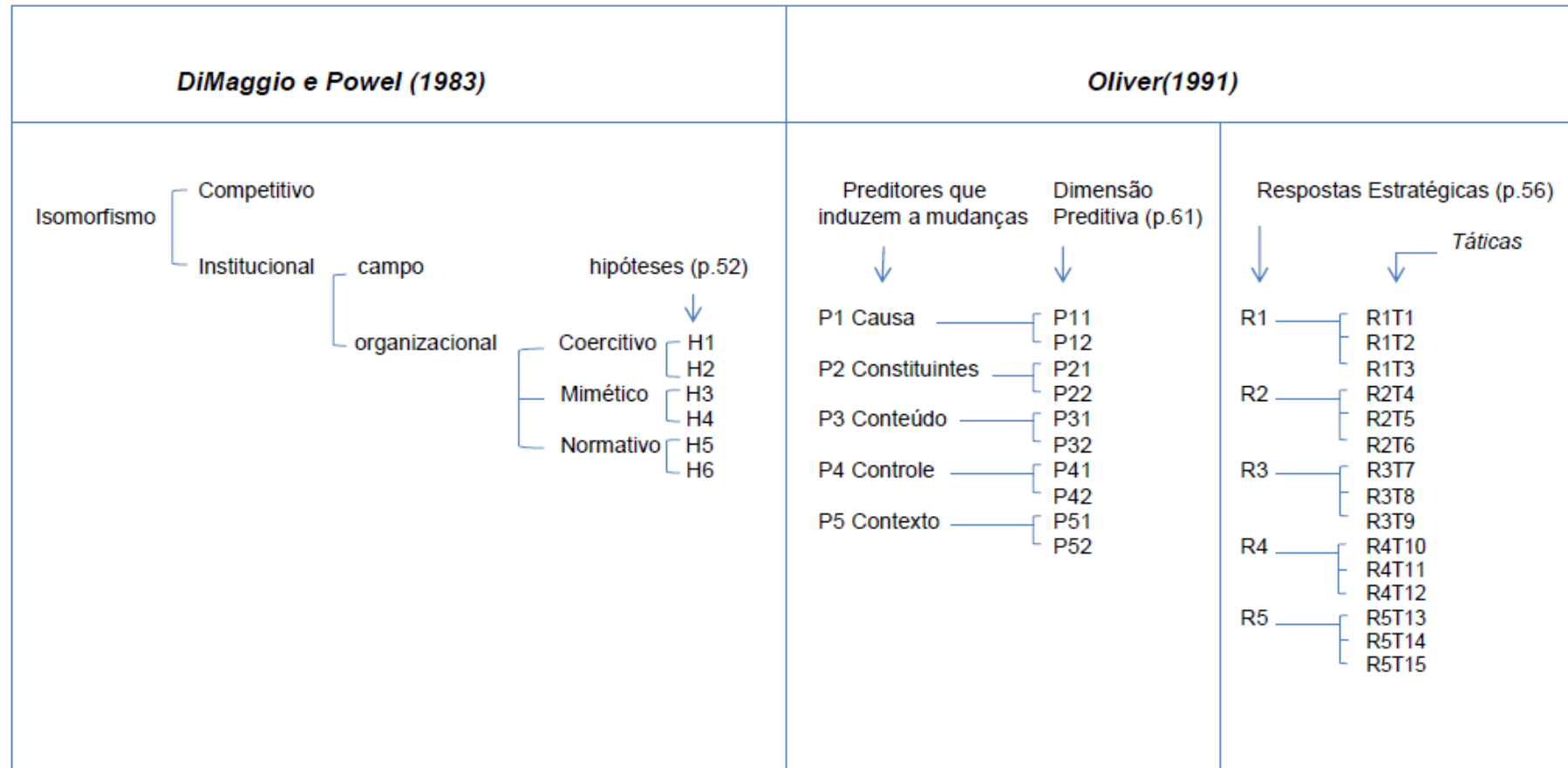
### **3.1 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS**

Tolbert e Zucker (1999) trazem algumas implicações de sua análise dos processos de institucionalização para estudos empíricos de organizações que se baseiam na teoria institucional. Elas consideram que análises sobre o nível de institucionalização de estruturas contemporâneas poderiam utilizar pesquisa tipo *Survey* sobre a percepção da necessidade de permanência de determinada estrutura para o funcionamento eficiente da organização, ou questionários sobre atributos relacionados ao grau de institucionalização, tais como grau de certeza subjetiva sobre julgamentos feitos. As autoras mencionam também a pesquisa histórica e análise de conteúdo de materiais escritos, que podem ser indicadores úteis para avaliar a cultura organizacional (TOLBERT; ZUCKER, 1999).

Foi prescrito o objetivo desta pesquisa como sendo a análise dos mecanismos de mudanças nos hospitais município de Taquaritinga-SP, a partir do construto teórico de DiMaggio e Powell (1983), de forma a elucidar nesse cenário as hipóteses deixadas por esses autores acerca do isomorfismo em nível organizacional, bem como identificar as respostas estratégicas que são empreendidas por tais organizações frente às pressões institucionais, segundo o construto de Oliver (1991).

Para atingir esse objetivo, conforme mencionado, foram consideradas como unidade de análise enquanto instituição social, as práticas hospitalares nessas organizações. Caracterizando-se como pesquisa qualitativo-quantitativa, foram utilizados para coleta de dados questionário, cujos respondentes foram os funcionários das organizações em estudo, e entrevista junto aos dirigentes dessas organizações. O questionário e o roteiro da entrevista estão no apêndice A deste trabalho e foram elaborados com base nos pressupostos de DiMaggio e Powell (1983) a respeito dos mecanismos de mudança isomórfica e a tipologia de respostas estratégicas elaborada por Oliver (1991).

## MATRIZ TEÓRICA



**Figura 1.** Autora. Matriz Teórica da pesquisa com base nos construtos de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991)

As entrevistas foram feitas junto aos dirigentes da Santa Casa e do Hospital de Olhos, no período compreendido à execução deste trabalho, sendo algumas informações complementadas até a conclusão deste. Seguem-se os objetivos de cada questão, de acordo com o roteiro no apêndice A este trabalho:

1. Quais os critérios utilizados para a Seleção de Pessoal? Como são conduzidas as entrevistas? Há provas escritas? Utilizam-se referenciais acadêmicos na seleção?

*(Objetivo: compreender a política de seleção de pessoal como possível mecanismo estimulador do isomorfismo normativo, com base na Hipótese cinco de DiMaggio e Powell (2005), tendo em vista o que foi mencionado anteriormente neste trabalho: candidatos que possuem credenciais acadêmicas seguem um processo de socialização em programas universitários, e como profissionais tenderão a enxergar os problemas da mesma forma e a tomar decisões de maneira semelhante).*

2. Por que as mudanças acontecem na Organização? Como ocorrem essas mudanças?

*(Objetivo: identificar preditores das respostas estratégicas frente a possíveis pressões institucionais).*

3. Quais os serviços de assessoria prestados à Santa Casa/Hospital de Olhos?

*(Objetivo: analisar a ocorrência de isomorfismo mimético).*

4. Como são definidas as metas da organização? Existe uma tendência em serem cumpridas? Existe a participação de funcionários no tocante a essas definições?

*(Objetivo: Identificar a decorrência do mimetismo, de acordo com as Hipóteses três e quatro de DiMaggio e Powell (2005). Como anteriormente descrito, organizações com metas ambíguas ou em discussão possuem maiores chances de serem altamente dependentes de aparências para se legitimarem e o comportamento se molda em situações em que o conflito quanto às metas organizacionais é reprimido em função do interesse na harmonia (DIMAGGIO; POWELL, 2005)).*

5. Qual a relação da Santa Casa/ Hospital de Olhos com os fornecedores de recursos?



*(Objetivo: avaliar o grau de coerção, considerando-se que organizações que dependem das mesmas fontes para recursos, pessoas e legitimidade estarão mais sujeitas aos caprichos dos fornecedores de recursos do que aquelas que possuem fontes diversificadas, ou seja, a parte mais forte na transação pode coercitivamente fazer com que a mais frágil adote suas práticas como forma de acomodar suas necessidades (THOMPSON, 1967 apud DIMAGGIO; POWELL, 2005)).*

6. Como são incorporadas as novas tecnologias na organização?

*(Objetivo: identificar como mudanças trazidas pela tecnologia afetam a organização, se as novas tecnologias são incorporadas por exigência do mercado competitivo, se afetam de forma positiva ou negativa a organização, de forma a melhor compreender o processo de institucionalização a partir dessa variável. Lee (1971, p.51 apud DiMaggio e Powell, 2005, p. 81) afirma que “os administradores de hospitais estão menos preocupados com a eficiência na utilização de seus recursos e mais com a competição por equivalência em termos de prestígio.” Importante acrescentar que ser tecnicamente eficiente não é o único caminho para a sobrevivência organizacional. Alcançar legitimidade aos olhos do Estado, poderosas profissões, ou a ampla sociedade, é uma estratégia eficaz à sobrevivência).*

7. Como ocorre o processo de transmissão das práticas hospitalares aos novos empregados?

*(Objetivo: avaliar se as práticas são passadas prontamente aos funcionários, seja nas funções regulamentadas ou não, de forma a compreender melhor o grau de institucionalização – baseado em Nelson e Winter (1982): quanto mais institucionalizadas, mais prontamente elas são passadas aos funcionários).*

O quadro 11 relaciona os temas abordados a cada questão do roteiro proposto à matriz teórica anteriormente apresentada na figura 01.

De acordo com Zan (2006), é preciso cautela ao tirar conclusões acerca das repostas estratégicas situadas em esquiva, desafio e manipulação (Construto de Oliver, 1991), uma vez que os respondentes poderiam apenas concordar com o comportamento organizacional, por estarem sujeitos a valores éticos e profissionais. Este é um fator limitante ao método a partir de entrevistas. Assim sendo, numa tentativa de se conseguir obter resultados mais reais possíveis para uma análise

mais promissora e coerente com a proposta deste trabalho, entendeu-se que a aplicação de questionário, onde se desconhece quem são os atores respondentes, seria apropriada tanto para compreender melhor os mecanismos de mudança isomórfica quanto para avaliar as respostas estratégicas. Os dados coletados foram tratados com confidencialidade, não foram especificados nomes. A carta enviada aos respondentes (Parte 1 do Apêndice A) deixou claro que as informações seriam tratadas de forma conjunta e não individual, e apenas para fins acadêmicos.

Questões do Roteiro	Hipóteses (DiMaggio e Powell, 1983)	Preditores (Oliver, 1991)	Respostas Estratégicas (Oliver, 1991)
1	H5		
2		P1 P2 P3 P4 P5	
3	H3 e H4		
4	H3 e H4		
5	H1 e H2		
6		P1	
7			R1

**Quadro 11 Questões da entrevista relacionadas com o construto teórico de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991)**

Fonte: Dados da pesquisa.

O questionário, conforme mencionado, foi aplicado aos colaboradores das organizações (Santa Casa e Hospital de Olhos). Na Santa Casa de Misericórdia de Taquaritinga, 12% do corpo de funcionários de diversas áreas responderam-no, no período de Janeiro de 2010 (tabela 2). No Hospital de Olhos dessa cidade, os respondentes giraram em torno de 91% do pessoal – excetuando-se os serviços terceirizados - sendo a pesquisa realizada em Janeiro de 2011 (tabela 12). Contemplou questões que permitiram avaliar grau dos diferentes tipos de isomorfismo, questões referentes aos preditores de respostas estratégicas e questões referentes às Estratégias e Táticas do construto de Oliver (1991), conforme segue:

*As questões 1 a 5 em seu conjunto auxiliam na análise do isomorfismo Normativo:*

1. Identifique qual a área em que você atua nesta Organização: Serviço Auxiliar Diagnóstico e Tratamento; Serviço de Informações Gerenciais – setores administrativos (especificar); Corpo Clínico; Enfermagem; Outros serviços.

2. Você trabalha nesta organização há quanto tempo? menos de cinco anos; 5 a 10 anos; 11 a 15 anos; 15 anos ou mais.

3. A respeito de sua formação: Qual sua formação profissional?; Você atua, nesta organização, na área de sua formação? Se sim, há quanto tempo? Você possui formação em mais de uma área de conhecimento? Se sim, qual?

4. Assinale o seu nível de escolaridade: ensino fundamental; ensino médio; superior incompleto; superior completo; especialização; mestrado; doutorado.

5. Há quanto tempo você fez o último curso? Menos de dois anos; Entre dois e cinco anos; Entre cinco e dez anos; Dez anos ou mais.

*As questões 6 e 7 referem-se ao isomorfismo mimético:*

6. Na área em que você atua, a última mudança relativa às práticas hospitalares dentro da organização ocorrida foi: menos de dois anos; entre dois e quatro anos; a mais de quatro anos; não tenho essa informação

7. A mudança que foi (ou está sendo) desenvolvida ocorreu: por equipe interna; por equipe externa; por equipe mista (interna e externa); Outra. Qual?; Não tenho essa informação.

*A questão 8 ajuda a compreender as causas da resposta (busca por legitimidade ou por eficiência – questões 8a, 8b), os constituintes ambientais (multiplicidade de agentes e dependência da organização para com eles – questões 8c, 8d), o conteúdo da exigência ambiental (se consistente ou não com os objetivos organizacionais – questões 8e, 8f), a forma de controle implícita no padrão institucional (se por meio de coerção ou por meio de difusão cultural – questões 8g, 8h) e o contexto ambiental decorrente do padrão (grau de incerteza e de interconectividade provenientes – questões 8i, 8j), descritos neste trabalho e que se constituem como preditores das respostas estratégicas segundo o construto de Oliver (1991).*

8. Indique a Intensidade (de Forte a nenhuma) com que você observa o porquê as mudanças ocorrem na organização na área em que você trabalha:

- a. atender às pressões do meio (aumentar a imagem da organização no ambiente)  
*(legitimidade)*
- b. contribuir com a eficiência do atendimento  
*(eficiência)*
- c. pressão de vários interessados na organização  
*(multiplicidade)*
- d. relação de dependência da organização com os vários interessados  
*(dependência)*
- e. as práticas são consistentes com a organização  
*(consistência)*
- f. as mudanças objetivam restringir as ações na organização.  
*(restrições)*
- g. as mudanças são impostas à organização (por meio de coerção)  
*(coerção)*
- h. as mudanças são propagadas naturalmente no meio  
*(difusão)*
- i. vive-se um grau de incerteza quanto ao futuro da organização  
*(ambiente incerto)*
- j. a organização está interligada ao meio, aos clientes/pacientes, aos fornecedores, ao governo.  
*(ambiente interconectado).*

*A questão 8 serviu também como complemento à análise do isomorfismo (8d-coercitivo; 8g – coercitivo; 8h – mimético; 8i- mimético; 8j.- normativo).*

*A questão 9 teve como objetivo avaliar a intensidade com que ocorrem as estratégias e táticas, em relação às práticas das funções na organização na área de trabalho. Serviu como apoio ao entendimento de como a organização responde estrategicamente a pressões, seguindo a tipologia de Oliver (1991).*

9. Indique a Intensidade (de Forte a nenhuma) com que você concorda com cada uma das afirmações abaixo em relação às práticas das funções na organização na área em que você trabalha:

- a. aceito as práticas em uso, pois constituem a maneira correta de desempenhar minhas funções.

*(Estratégia Aquiescência; Tática Hábito)*

- b. Aceito as práticas em uso, pois é assim que se trabalha nas demais instituições de saúde.

*(Estratégia Aquiescência; Tática Imitar)*

- c. Aceito as práticas em uso, pois, já que constituem regras e normas, trarão benefícios para a organização.

*(Estratégia Aquiescência; Tática Aceder)*

- d. Explico aos interessados a base de minhas atividades e minhas ressalvas, deixo que as pessoas equilibrem as divergências.

*(Estratégia Compromisso; Tática Equilibrar)*

- e. Adoto parcialmente as regras, faço o estritamente necessário para acomodar as necessidades formais das práticas em uso na organização.

*(Estratégia Compromisso; Tática Pacificar)*

- f. Negocio as tarefas e atividades com os gestores da organização.

*(Estratégia Compromisso; Tática Barganhar)*

- g. Mantenho minhas discordâncias e restrições quanto às atividades a serem desempenhadas em silêncio, quando questionado faço comentários e /ou relatórios apenas para cumprir os questionamentos.

*(Estratégia Esquivança; Tática Ocultar)*

- h. Tenho tendência a afrouxar as ligações institucionais.

*(Estratégia Esquivança; Tática Amortecer)*

- i. Escapo das demandas das práticas estabelecidas, repasso as responsabilidades para outro departamento, devolvo problemas para os níveis superiores, procuro mudar os objetivos.

*(Estratégia Esquivança; Tática Escapar)*

- j. Ignoro as demandas relacionadas com as práticas em uso, o risco de punição por não utilizá-las é mínimo.

*(Estratégia Desafio; Tática Rejeitar)*

- k. Contesto as pressões para manutenção das rotinas em uso, em minha opinião, existem fatores razoáveis para a não aplicabilidade.  
(*Estratégia Desafio; Tática Provocar*)
- l. Ataco abertamente as pressões e aqueles que impõem as rotinas em uso, não confio em seus critérios.  
(*Estratégia Desafio; Tática Atacar*)
- m. Questiono a validade das rotinas praticadas internamente, entendo que a organização precisa de pessoas influentes.  
(*Estratégia Manipulação; Tática Cooptar*)
- n. Influencio para a não manutenção das práticas em uso junto aos que pressionam para mantê-las e junto à organização, procuro moldar valores e critérios.  
(*Estratégia Manipulação; Tática Influenciar*)
- o. Tento mudar junto à diretoria as demandas relacionadas com as práticas estabelecidas na organização, independentemente das ações de outros departamentos.  
(*Estratégia Manipulação Controlar*)

*A questão 9c auxilia também na análise do isomorfismo normativo. As questões 10 e 11 serviram como base para analisar o isomorfismo normativo:*

10. Indique com que frequência você participa dos órgãos abaixo relacionados: CRM; COREN; CRA; CRC; Sindicato.

11. Em que condição ambiental a Organização em que você trabalha se encontra atualmente? Ambiente estável e previsível: as mudanças ocorrem lentamente e o padrão de mudanças é previsível; Ambiente estável e imprevisível: as mudanças desenvolvem-se lentamente, mas o padrão de mudança é imprevisível; Ambiente Instável e previsível: apresenta uma frequência de mudança mais elevada, mas seu padrão é previsível; Ambiente instável e imprevisível: ambiente que muda com muita frequência e de forma irregular.

Importante ressaltar que o isomorfismo normativo é considerado em sua avaliação no conjunto das questões 1 a 5, 8j, 9c e entrevista. As questões 10 e 11

do questionário contribuem para evidenciar as hipóteses do isomorfismo normativo em termos de estruturação de campo (sob a ótica dos atores internos das organizações).

Questões do Questionário	Hipóteses (DiMaggio e Powell, 1983)	Preditores (Oliver,1991)	Respostas Estratégicas e Táticas (Oliver,1991)
1 - 5	H5 e H6		
6 e 7	H3 e H4		
8(a-j)		P11; P12; P21; P22;P31;P32; P41;P42;P51; P52.	
8d; 8g 8h; 8i 8j	H1 e H2 H3 e H4 H5 e H6		
9 (a - o)			R1 – R5; R1T1; R1T2;R1T3; R2T4; R2T5;R2T6; R3T7;R3T8;R3T9;R4T10;R4T11;R4 T12; R5T13;R6T14;R7T15.
9c	H5 e H6		
10	H6		
11	H5 e H6		

**Quadro 12 Questões do questionário relacionadas com o construto teórico de DiMaggio e Powell (1983) e Oliver (1991)**

Fonte: Dados da pesquisa

### 3. 2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

O Estudo de caso, efetuado a partir de modelo lógico proposto por YIN (2005), através de entrevistas e questionário seguindo a linha de investigação para alcançar o objetivo prescrito no trabalho, foi realizado em duas organizações hospitalares do interior do Estado de São Paulo, município de Taquaritinga, cujas características gerais são apresentadas a seguir.

#### 3.2.1 Santa Casa de Misericórdia

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia e Maternidade D. Zilda Salvagni é uma entidade beneficente sem fins lucrativos, constituindo um tipo de unidade hospital geral, situada no município de Taquaritinga, Estado de São Paulo. Fundada

em 1907, conta com um total de 176 leitos, dos quais 132 são de SUS (Sistema Único de Saúde), segundo dados do DATA-SUS, divididos conforme mostra a Tabela 1.

**Tabela 1 Quantidade de Leitos por especialidade – Santa Casa de Taquaritinga**

<i>Descrição</i>	<i>Leitos Existentes</i>	<i>Leitos SUS</i>
Cirurgia	38	23
Clínica	61	44
UTI Adulto	13	13
Obstetrícia	24	18
Pediatria	40	34
<b>TOTAL</b>	<b>176</b>	<b>132</b>

Fonte: Data-SUS, Janeiro 2010.

Conta com Plano de Saúde Santa Casa, desde 1995, com cerca de 5.304 usuários cadastrados. Segundo informações de seu gestor, a Santa Casa tem em seu quadro de pessoal 230 funcionários, distribuídos entre os setores de Recepção, Enfermagem, Administração, Almoxarifado, Serviço Auxiliar Diagnóstico e Tratamento, Nutrição e Dietética, Lavanderia, Limpeza e manutenção.

Cede campo de estágio a unidades de ensino da localidade e região, em diversas áreas de conhecimento.

Segundo Beduschi (2008), fica difícil para as atuais gerações imaginar como era feito o atendimento médico em Taquaritinga antes da implantação da Santa Casa. O médico daquela época não contava com os sofisticados equipamentos hoje utilizados. Os atendimentos eram feitos em consultórios e quando o doente não tinha condições de locomoção, o médico ia à sua residência.

O exercício da profissão era um verdadeiro apostolado, e o médico se colocava à disposição dos seus doentes para atendê-los em quaisquer circunstâncias, realizando até mesmo cirurgias de alto risco (...) e nessa época os antibióticos não eram conhecidos (BEDUSCHI, 2008, p10).

Apesar de todas as dificuldades existentes no início do século passado, os médicos que clinicavam em Taquaritinga realizavam verdadeiros milagres quando se aventuravam a fazer cirurgias de alto risco, considerando os recursos de que dispunham na época. Os atos cirúrgicos eram realizados nos próprios consultórios ou em farmácias, pois a Santa Casa, embora fundada em 1907, só esteve em condições de atendimento anos depois (BEDUSCHI, 2008, p16).

O processo de implantação da Santa Casa de Misericórdia de Taquaritinga antecedeu em alguns meses a edição da Lei Estadual nº1102-A, de 25 de novembro de 1907, que criava a comarca de Taquaritinga, cuja instalação ocorreu em 04 de



fevereiro de 1908. Por meio dessa lei, a povoação denominada Ribeirãozinho passou a ser considerada como Taquaritinga (BEDUSCHI, 2008).

### **3.2.2 Hospital de Olhos**

O Hospital de Olhos de Taquaritinga está situado à Avenida Heitor Alves Gomes, 280 - Conjunto Residencial Ipiranga - Taquaritinga-SP. Trata-se de hospital-dia, ou seja, não possui leitos de internação. O hospital não realiza atendimento primário, ou seja, os pacientes são encaminhados ao hospital após triagem. É considerado hospital de média complexidade. As informações que seguem foram retiradas do site publicado na Internet.

O Lions Internacional começou em 1989 o Programa Sight First com o objetivo de controlar e eliminar as principais causas de cegueira. Passou a desenvolver serviços abrangentes de cuidados da visão, controlando a retinopatia diabética e o glaucoma, tratando a catarata, além de criar 200 clínicas oftalmológicas no mundo todo, como também, eliminar doenças infecciosas que causam a cegueira.

Dentro desse objetivo e aceitando o desafio lançado pela Governadoria do Distrito LC-6, os integrantes do Lions Clube de Taquaritinga, observando a necessidade da cidade e região, criaram o Hospital de Olhos Lions “Manoel Dante Buscardi”, com a finalidade de combater a cegueira evitável.

Diversas reuniões foram realizadas na sede do Clube a fim de esclarecer o objetivo da construção do Hospital e conseguir parcerias. Um importante parceiro do Hospital foi o Lions Clube Internacional, o qual destinou verbas para sua construção.

A inauguração do Hospital foi em 9 de Outubro de 1995 contando com a parceria da FUNCAMP/UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas. A UNICAMP administrava o Hospital e fornecia os funcionários e médicos para atendimentos e cirurgias, que eram feitos na sede do Hospital em Taquaritinga. Em 2005 a parceria foi desfeita e o Lions Clube passou a administrar o funcionamento e cuidar da manutenção do Hospital de Olhos.

Atualmente, o Hospital de Olhos presta atendimento aos convênios SUS – Sistema Único de Saúde, IAMSPE – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Associação dos Funcionários Públicos Municipais, Associação dos Aposentados e Pensionistas de Taquaritinga, Matão Clínica & AMHMA Saúde Ltda, Lions, Funerária Marmita, Funerária Cristo Rei, CAASP – Caixa de Assistência dos

Advogados de São Paulo, Saúde Caixa, Correios Saúde, CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, dentre outros.

O convênio SUS foi estabelecido na Direção Regional de Saúde III de Araraquara- SP, permitindo o atendimento gratuito às cidades de: Taquaritinga, Matão, Cândido Rodrigues, Santa Ernestina, Dobrada, Ibitinga, Itápolis, Tabatinga, Borborema e Nova Europa.

Os recursos para a manutenção dos serviços prestados são originários de convênios, serviços particulares, Prefeitura Municipal e verbas destinadas por Deputados Estaduais e Federais junto à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Secretaria Executiva do Fundo Nacional de Saúde.

## 4 RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo discute em duas seções os resultados do levantamento de dados a partir dos pressupostos institucionais estabelecidos nos capítulos anteriores, em cada uma das organizações utilizadas para análise das práticas hospitalares. São apresentados os resultados das entrevistas junto aos gestores bem como dos questionários respondidos pelos colaboradores de cada organização.

### 4.1 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE TAQUARITINGA

Em entrevista com o gestor da organização analisada, a respeito da primeira questão do roteiro, referente aos critérios de seleção de pessoal, a resposta obtida foi que:

*“a Enfermagem é selecionada mediante provas escritas, sendo feita análise de conhecimento teórico e prático do candidato, e as credenciais acadêmicas pouco interferem na contratação. Na seleção de pessoal de setores administrativos de nível médio é aplicado o período de experiência previsto na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, como forma de avaliar se o funcionário deve permanecer ou não na função. Para os setores administrativos, os candidatos com nível de graduação passam por análise de currículo”.*

De certa forma, percebe-se que o nível de escolaridade constitui fator de definição na maneira como se dará o processo de seleção, mas não é o que define se o colaborador permanecerá ou não na organização. Estas palavras levam a crer que o critério de seleção de pessoal utilizado pela Santa Casa de Misericórdia de Taquaritinga não se aplica como possível mecanismo estimulador do isomorfismo normativo. Conforme descrito anteriormente, DiMaggio e Powell (2005) salientam esse critério no reconhecimento da hipótese cinco (em nível organizacional) de que quanto maior a confiança em credenciais/referenciais acadêmicas para a escolha de pessoal gerencial e funcional, maior o grau em que a organização se tornará mais semelhante a outra em seu campo.

Em resposta à segunda pergunta do roteiro sobre por que as mudanças em relação às práticas hospitalares acontecem na organização e como ocorrem essas mudanças, tem-se:

*“as mudanças nessa Santa Casa ocorrem em função do paciente e nos mais recentes anos, a oferta de mão de obra já vem mais especializada, e essa mão de obra força mudanças e diante do atual contexto da profissionalização da saúde, buscamos maiores investimentos, contudo em áreas mais críticas, esses investimentos tendem a demorar mais a acontecer”.*

Ou seja, mesmo que na contratação, como visto na primeira resposta, os critérios não tendam a seguir credenciais acadêmicas ou “grupos restritos de treinamento”, exemplos evidenciados em DiMaggio e Powell (2005), a organização analisada não foge à profissionalização que evoluiu nos últimos anos em vários segmentos, e também na Área de Saúde.

Verificou-se também que a organização tende a responder estrategicamente em conformidade (Oliver, 1991) com as necessidades de mudanças e ao prezar por novos investimentos para atender a essas necessidades, evidencia condescendência.

Em relação à questão 3 do roteiro, sobre serviços de assessoria prestados à organização, tem-se:

*“São poucas as consultorias e assessorias”.*

Constatam-se assim evidências de mudanças mais normativas e menos miméticas, corroborando o que foi verificado na resposta anterior em que se constatou que *“a oferta de mão de obra já vem mais especializada, e essa mão de obra força mudanças”*. Essa constatação irá ao encontro dos resultados obtidos via questionário, que serão apresentados na tabela 8 deste trabalho – mudanças realizadas por equipe interna e em menor percentual, mista.

No intuito de identificar a ocorrência de mimetismo, a questão 4 serviu para compreender como são definidas as metas da organização, se são cumpridas e se existe participação dos funcionários em suas definições:

*“Existe a cooperação e apoio do pessoal especializado, como uma forma de gestão participativa, tanto para definir metas como para buscar atingi-las”.*

Isto posto, verificou-se que os relacionamentos entre meios e fins não são incertos, e as metas não são ambíguas, ou seja, menor é a possibilidade da organização em estudo se moldar a outras.

A incerteza ambiental que será mostrada em baixo grau na tabela 9, na análise dos resultados do questionário aplicado, pode afetar a conformidade ou resistência da organização em relação às expectativas institucionais. Em divergência

à resposta apresentada, através da tabela 11 adiante (resultado do questionário), também se verifica que 50% dos respondentes consideram o ambiente estável, porém imprevisível, e assim, pode remeter ao mimetismo.

Para compreender o mecanismo de coerção, a questão 5 procurou verificar qual a relação da Santa Casa com os fornecedores de recursos:

*“As fontes de recursos são bastante diversificadas embora haja uma relação de dependência com algumas delas, especialmente por se tratar de uma organização filiada ao SUS, mas que também atende particulares e convênios”.*

O gestor apresentou um relatório de receita de prestação de serviços dos atendimentos relativo aos anos de 2010, 2011 e 2012. O SUS gerou 36,07% em 2010; 34,17% em 2011 e 38%51% da receita total em 2012. Os convênios geraram em torno de 61,48%; 62,49% e 57,80% respectivamente para esses anos e os atendimentos particulares geraram 2,45%; 3,34% e 3,69% da receita total respectivamente. Em 2012, a quantidade de internações pelo SUS representou 67,5% do total e a quantidade dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (SADT) realizados também pelo SUS atingiu 62,90% do total. A quantidade de diárias hospitalares pelo SUS na Santa Casa em 2012 chegou a 73,39% do total.

Observa-se um relativo grau de coerção, de acordo com o que foi explicitado nos direcionadores de convergência das práticas hospitalares neste trabalho (quadro 10): O Estado através do SUS exerce poder regulador sobre os hospitais públicos, mediante o fornecimento de recursos (as hipóteses um e dois de DiMaggio e Powell (2005) tratam da dependência e centralização desses recursos). Procurou-se acrescentar nesta discussão o resultado obtido a partir de questionário aplicado, sendo que na visão dos funcionários, 38% dos respondentes em intensidade média consideram que as mudanças sejam impostas à organização (coerção como elemento preditor às respostas estratégicas conforme tabela 9 adiante).

A questão 6 do roteiro da entrevista procurou verificar como são incorporadas as novas tecnologias na organização. A resposta aqui reforçou o que anteriormente havia sido dito pelo gestor:

*“As mudanças nessa Santa Casa ocorrem visando ao bem estar do paciente, mesmo que tenhamos de buscar maiores investimentos. Para algumas áreas esses investimentos demoram, mas no que se refere à tecnologia, precisamos nos atualizar sempre, em especial quanto a equipamentos de diagnóstico e tratamento. E trazer tecnologia para dentro da Santa Casa importa em mantermos sempre um*

*bom atendimento, que beneficie a coletividade. As mudanças em tecnologia têm sido rápidas, de forma a determinar, em grande parte, as práticas na organização”.*

Embora essa resposta remeta a uma análise restrita em função da limitação do método da entrevista, pode-se constatar que a tecnologia é uma variável determinante nas mudanças, para as quais a organização tende a se adaptar. Está mais relacionada com eficiência no atendimento (bem-estar do paciente) do que legitimidade. Ambos estes aspectos constituem as dimensões preditivas do fator causa para Oliver (1991).

A questão 7 do roteiro procurou avaliar como as práticas hospitalares são transmitidas aos novos empregados:

*“Na função cujo exercício é regulamentado, o profissional chega praticamente pronto, ciente de que deverá adequar uma ou outra tarefa. Para os demais funcionários, as práticas são transmitidas prontamente, às vezes é necessário um período de treinamento para isso”.*

Observa-se que as práticas constituem uma tendência à institucionalização. O grau de consistência e difusão das práticas é mais bem evidenciado na tabela 9 adiante (resultado do questionário).

A seguir são apresentados os resultados a partir do questionário aplicado. Ao compilar os resultados apurados está implícita a suposição de que o peso relativo de cada área é o mesmo, o que certamente não condiz com a realidade, considerando-se a afirmação de Zoboli (2002) anteriormente tratada neste trabalho (seção 2.7) em que o grupo médico exerce uma influência em todos os níveis interferindo no processo de decisão e com bastante autonomia e autoridade sobre os demais. O corpo clínico da Santa Casa teve representatividade de 18,5% em relação ao total de respondentes.

Os resultados que se referem aos itens 1 a 5 do questionário indicam a área de atuação dos respondentes (tabela 2); tempo de atuação na organização (tabela 3); formação profissional em uma ou mais área de conhecimento (tabela 4); nível de escolaridade (tabela 5) e há quanto tempo foi feito o último curso (tabela 6), e são utilizados neste trabalho como apoio para avaliar o grau de isomorfismo da organização.

**Tabela 2 Áreas de trabalho dos respondentes**

<b>ÁREAS DE ATUAÇÃO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
Serviços de Informações Gerenciais – Setores Administrativos	8	29,6	29,6
Enfermagem	5	18,5	48,1
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADT's	4	14,9	63,0
Nutrição e Dietética	2	7,4	70,4
Recepção	2	7,4	77,8
Corpo Clínico	5	18,5	96,3
Farmácia	1	3,7	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 3 Tempo de atuação na organização**

<b>Tempo de atuação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
menos de 5 anos	6	22,3	22,3
5 a 10 anos	10	37,0	59,3
11 a 15 anos	1	3,7	63,0
15 anos ou mais	10	37,0	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se uma grande possibilidade de tendência à institucionalização, conforme os autores dessa abordagem, visto que os dados evidenciam um percentual considerável de tempo de atuação na mesma organização. A tabela 4 vem corroborar essa afirmação.

**Tabela 4 Atuação na mesma área de formação**

<b>Áreas</b>	<b>Frequência: atuação na mesma área de formação</b>	<b>Frequência: Total por área</b>	<b>Percentual em relação ao total por área</b>
Enfermagem	5	5	100
Setores Administrativos	4	8	50
Farmácia	1	1	100
Nutrição e Dietética	2	2	100
Corpo Clínico	5	5	100
SADT	3	4	75
Recepção	0	2	0
<b>Total Geral</b>	<b>20</b>	<b>27</b>	<b>74</b>

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o item número 3 do questionário, acerca da formação profissional, atuação na mesma área de formação e tempo de atuação, verificou-se que dois respondentes atuam na área de formação técnica, porém têm graduação em área diversa. Dos 20 colaboradores que atuam na mesma área de formação, 10% trabalham na mesma ocupação a menos de um ano; 40% trabalham na mesma ocupação entre um e dez anos, e 50% trabalham a mais de dez anos no mesmo cargo.

Em vista do item 3d do questionário tem-se que do total de respondentes, 37% possuem formação em mais de uma área de conhecimento.

Importante é perceber se os mecanismos que levam à institucionalização provêm de fatores internos ou externos à organização, que tipos e graus de isomorfismo concorrem para isso. Por isso verificou-se o grau de escolaridade e há quanto tempo os colaboradores realizaram o último curso (tabelas 5 e 6).

**Tabela 5 Nível de escolaridade**

<i>Nível de escolaridade</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Frequência Acumulada</i>
Especialização superior completo	6	22,2	22,2
superior incompleto	10	37	59,2
ensino médio	2	7,4	66,6
Fundamental	8	29,7	96,3
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 6 Há quanto tempo realizou o último curso**

<i>Tempo em que realizou o último curso</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Frequência Acumulada</i>
menos de dois anos	10	37,0	37,0
entre dois e cinco anos	10	37,0	74,0
entre cinco e dez anos	6	22,3	96,3
dez anos ou mais	1	3,7	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

O perfil dos respondentes indica um alto grau de profissionalização, o que sugere a possibilidade de mudanças isomórficas normativas.

As informações da tabela 7, referentes ao item 6 do questionário, servem como apoio para a avaliação do grau de mimetismo. Pretendeu-se verificar quando ocorreu a última mudança na área de atuação do respondente.



**Tabela 7 Há quanto tempo ocorreu a última mudança na organização em relação às práticas hospitalares**

<i>Mudanças ocorridas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Frequência Acumulada</i>
menos de dois anos	11	40,7	40,7
entre dois e quatro anos	5	18,5	59,2
a mais de quatro anos	2	7,4	66,6
não tenho essa informação	9	33,4	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que a maior parte das mudanças ainda é recente, e que 33,4% dos respondentes não estão informados a esse respeito. Uma funcionária do setor administrativo (Faturamento) informou a mudança nas tabelas pela Agência Nacional de Saúde, o que para este trabalho é considerado como um fator exógeno de coerção, que ocorreu entre dois e quatro anos.

A tabela 8 evidencia se as mudanças foram desenvolvidas por equipe interna ou externa à organização, ou ainda, por equipe mista. Esse aspecto foi considerado tendo por base as considerações de DiMaggio e Powell (2005) acerca dos modelos difundidos por consultorias, conforme mencionado anteriormente neste trabalho.

Grande parte das mudanças acontece por equipe interna, o que sugere pressões mais normativas e menos miméticas.

**Tabela 8 Quem realizou as mudanças (por quem as mudanças foram desenvolvidas e implantadas)**

<i>Mudanças desenvolvidas por:</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Frequência Acumulada</i>
equipe interna	8	29,6	29,6
equipe externa	1	3,7	33,3
equipe mista	6	22,2	55,5
Outra	1	3,7	59,2
não tenho essa informação	11	40,8	100,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

No tratamento dos dados, 22,2% dos questionários constituíram-se perdidos para os itens 8 e 9, aplicados na Santa Casa de Taquaritinga (esse percentual de respondentes não forneceu respostas válidas para a análise deste estudo). Foi considerado, portanto, como total válido de dados para esses itens os questionários de 21 respondentes, cujos resultados seguem nas tabelas 9 e 10.

Conforme descrito anteriormente, segundo Oliver (1991), a Aquiescência é mais provável de ocorrer quando o grau de legitimidade atingível pela conformidade

é alto. As demais estratégias são mais prováveis de acontecer quando a legitimidade antecipada é baixa. Esses aspectos são evidenciados nas questões precedentes que a autora elaborou para as respostas estratégicas (quadro 9 deste trabalho). Para cada um dos fatores institucionais elencados – causa, constituintes, conteúdo, controle, contexto – Oliver (1991) elaborou hipóteses para validação ou refutação. Neste trabalho, foram utilizados esses preditores apenas como complemento na identificação das pressões sofridas pela organização, sendo que para conclusões mais precisas, é fundamental o estudo e avaliação do campo institucional, e não simplesmente da avaliação mediante a percepção de campo de atores internos à organização.

**Tabela 9 Preditores às respostas estratégicas – construto de Oliver (1991)**

<i>Preditores</i>			<i>nenhuma</i>	<i>fraca</i>	<i>média-fraca</i>	<i>média</i>	<i>média-forte</i>	<i>forte</i>	<i>Total</i>
Causa	legitimidade	freq	3	2	0	7	6	3	21
		%	14,3	9,5	0,0	33,3	28,6	14,3	100,0
	eficiência	freq	3	3	0	8	5	2	21
		%	14,3	14,3	0,0	38,1	23,8	9,5	100,0
constituintes	multiplicidade	freq	4	0	4	7	4	2	21
		%	19,0	0,0	19,0	33,3	19,0	9,5	100,0
	dependência	freq	3	0	4	9	4	1	21
		%	14,3	0,0	19,0	42,9	19,0	4,8	100,0
conteúdo	consistência	freq	4	2	2	9	4	0	21
		%	19,0	9,5	9,5	42,9	19,0	0,0	100,0
	restrição	freq	5	4	2	10	0	0	21
		%	23,8	19,0	9,5	47,6	0,0	0,0	100,0
controle	coerção	freq	6	2	4	8	0	1	21
		%	28,6	9,5	19,0	38,1	0,0	4,8	100,0
	difusão	freq	4	1	3	8	3	2	21
		%	19,0	4,8	14,3	38,1	14,3	9,5	100,0
contexto	incerteza	freq	10	1	3	6	0	1	21
		%	47,6	4,8	14,3	28,6	0,0	4,8	100,0
	interconexão	freq	2	0	0	5	8	6	21
		%	9,5	0,0	0,0	23,8	38,1	28,6	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 9 indica que em intensidade média, 33,3% atendem às pressões do meio, e 38,1% contribuem com a eficiência no atendimento. A pressão de vários interessados na organização e a relação de dependência desta com os vários interessados (elementos constituintes de multiplicidade e dependência) representam 33,3% e 42,9%, respectivamente, em intensidade média, na visão dos respondentes. As práticas hospitalares são consistentes com a organização em grau médio evidenciados por 42,9% dos respondentes, e no mesmo grau as mudanças

objetivam restringir ações, evidenciados por 47,6% dos respondentes. De acordo com os dados levantados, 28,6% dos respondentes não consideram que as mudanças sejam impostas à organização.

A tabela 9 evidencia também um baixo grau de incerteza quanto ao futuro da organização, aspecto apontado com nenhuma intensidade por 47,6% dos respondentes. A organização está bastante interligada ao meio, aos pacientes/clientes, fornecedores, governo, na visão dos atores internos.

Na afirmação de DiMaggio e Powell (1983), a adequação ou isomorfismo com o ambiente institucional é uma função da dependência externa. Para Oliver(1991), quando a dependência de fontes de pressão externa decresce, a esquivança torna-se a resposta estratégica mais viável, que poderá ser analisada na tabela 10.

**Tabela 10 Respostas Estratégicas – construto de Oliver (1991)**

<b>Estratégias</b>	<b>Táticas</b>		<b>nenhuma</b>	<b>fraca</b>	<b>média-fraca</b>	<b>média</b>	<b>média-forte</b>	<b>forte</b>	<b>Total</b>
Aquiesscência	Hábito	freq	0	0	4	5	5	7	21
		%	0	0	19,0	23,8	23,8	33,3	100
	Imitar	freq	1	2	3	7	3	5	21
		%	4,8	9,5	14,3	33,3	14,3	23,8	100
	Aceder	freq	0	2	1	8	4	6	21
		%	0	9,5	4,8	38,1	19,0	28,6	100
Compromisso	Equilibrar	freq	2	1	1	8	7	2	21
		%	9,5	4,8	4,8	38,1	33,3	9,5	100
	Pacificar	freq	3	2	4	5	3	4	21
		%	14,3	9,5	19,0	23,8	14,3	19,0	100
	Barganhar	freq	1	0	1	5	11	3	21
		%	4,8	0	4,8	23,8	52,4	14,3	100
Esquivança	Ocultar	freq	2	3	4	7	5	0	21
		%	9,5	14,3	19,0	33,3	23,8	0,0	100
	Amortecer	freq	8	1	2	8	2	0	21
		%	38,1	4,8	9,5	38,1	9,5	0,0	100
	Escapar	freq	5	3	4	8	1	0	21
		%	23,8	14,3	19,0	38,1	4,8	0,0	100
Desafio	Rejeitar	freq	11	3	3	3	1	0	21
		%	52,4	14,3	14,3	14,3	4,8	0,0	100
	Provocar	freq	3	7	4	7	0	0	21
		%	14,3	33,3	19,0	33,3	0,0	0,0	100
	Atacar	freq	8	5	3	3	2	0	21
		%	38,1	23,8	14,3	14,3	9,5	0,0	100
Manipulação	Cooptar	freq	3	3	0	9	6	0	21
		%	14,3	14,3	0,0	42,9	28,6	0,0	100
	Influenciar	freq	7	8	1	3	2	0	21
		%	33,3	38,1	4,8	14,3	9,5	0,0	100
	Controlar	freq	6	3	1	8	2	1	21
		%	28,6	14,3	4,8	38,1	9,5	4,8	100

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 10 apresenta as estratégias e táticas em ordem decrescente de institucionalização, sendo que respostas situadas na aquiescência representam maior grau de institucionalização. Ou seja, respostas situadas em Manipulação, representam menor grau de institucionalização, e dentro de cada estratégia, são também apresentadas as três táticas decrescendo no grau de institucionalização - construto de Oliver (1991). De acordo com os dados apurados, observa-se que 33,3% de intensidade forte encontram-se na aquiescência – hábito: de acordo com Oliver (1991), uma vez que normas e valores sociais se tornam um padrão de ação, as organizações os reproduzem continuamente. Aquiescência – imitar, fator evidenciado por Starr (1980, *apud* DiMaggio e Powell, 2005) no processo de desenvolvimento do campo hospitalar em outros trabalhos e que leva as organizações a seguirem os moldes de seus concorrentes mais fortes, neste cenário estudado aparece com intensidade média com concentração também de 33,3%. Em Aquiescência – aceder, em intensidade média pode ser evidenciado um grau de concentração dos respondentes em 38,1%. De acordo com Meyer e Rowan (1983, *apud* Fonseca, 2003), a condescendência presume obediência a normas e valores ou sua incorporação de forma consciente e antecipa obtenção e benefício que favorecem a legitimidade ambiental. Acerca do isomorfismo mimético, pressuposto em Aquiescência – imitar, há que se ressaltar que DiMaggio e Powell (2005) afirmam que o mimetismo não afeta a estratégia das organizações, conforme descrito anteriormente neste trabalho. Importante ressaltar também que o ambiente estudado representa apenas um cenário que, dentre os mecanismos de mudança isomórfica de DiMaggio e Powell (1983), está em nível organizacional apenas, não tendo sido analisado neste trabalho o campo que o abrange.

O compromisso envolve a ocorrência de demandas externas conflitantes com os objetivos organizacionais e Oliver (1991) destaca que este é apenas parcial dada a uma permanente busca de conformidade com as regras institucionais. Observa-se a concentração de 52,4% em intensidade média-forte em Compromisso- Barganhar, ou seja, de negociação com grupos de interesses institucionais.

Como anteriormente citado, “organizações podem tentar evitar essa conformidade, ocultando-a, amortecendo o impacto das pressões institucionais sobre determinadas áreas que as constituem ou mesmo escapando de normas e expectativas” (FONSECA, 2003, p.61). Os dados levantados evidenciam nenhuma

intensidade em 38,1% para Esquivança – amortecer, sendo esse mesmo percentual apontado também em intensidade média assim como para esquivança escapar.

O desafio e a manipulação apresentam-se como modo de resistência mais ativo às exigências ambientais, constituindo, portanto, o grau mais baixo de institucionalização. Como nenhuma intensidade, os dados levantados indicam 52,4% em Desafio – rejeitar e 38,1% em Desafio- Atacar. Porém, observa-se intensidade média de 42,9% em Manipulação-cooptar, quando se importa pessoas influentes, por exemplo. Em Manipulação – controlar, quando há o domínio de públicos e processos institucionais, esse percentual passa a ser de 38,1%.

Em relação ao item 10 do questionário que avalia se há ou não ocorrência de isomorfismo normativo em sua hipótese seis, do total de respondentes (27), apenas 8 participam, às vezes, de órgãos como conselhos de classe, assim distribuídos: CRM – cinco respondentes; COREN - dois respondentes; CRF- um respondente. Embora o resultado evidenciado seja em baixo grau, foi atribuída a não participação dos demais respondentes junto a esses órgãos, em virtude do cargo que ocupam, e acrescentada a resposta do gestor na entrevista, corroborando o isomorfismo normativo, que deriva principalmente da profissionalização.

A profissionalização crescente dos trabalhadores, cujos futuros estão inextricavelmente ligados ao destino das organizações que os empregam, fez com que a dicotomia entre comprometimento organizacional e lealdade profissional que caracterizou os profissionais tradicionais nas organizações mais antigas, caísse em desuso (HALL, 1968, *apud* DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 80).

**Tabela 11 Condições Ambientais**

<b>Condições Ambientais:</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
Ambiente estável e previsível	10	41,7	41,7
Ambiente estável e imprevisível	12	50,0	91,7
Ambiente instável e previsível	2	8,3	100,0
Ambiente Instável e imprevisível	0	0	
<b>Total válido</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	
<b>Perdidos</b>	<b>3</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

A incerteza ambiental, que foi evidenciada em baixo grau na tabela 9, constitui fator significativo que afeta a conformidade ou resistência da organização em relação às expectativas institucionais. A tabela 11 – condições ambientais, com base no item 11 do questionário, contribui para verificar a ocorrência do isomorfismo

normativo em termos de estruturação de campo (porém sob a ótica dos atores internos das organizações).

Através da tabela 11, também se verifica que 50% dos respondentes consideram o ambiente estável, porém imprevisível no fato de que as mudanças acontecem lentamente, ou seja, o padrão de mudança é imprevisível. Essas evidências, analisadas isoladamente, apontam para o menor grau de isomorfismo coercitivo e normativo, e novamente para um grau médio de mimetismo (como visto também na tabela 10).

## 4.2 HOSPITAL DE OLHOS

O mesmo roteiro de entrevista aplicado na Santa Casa foi utilizado para o gestor do Hospital de Olhos.

A respeito da primeira questão do roteiro, referente aos critérios de seleção de pessoal, foi informado que:

*“Os médicos são terceirizados, constituindo prestadores de serviço ao hospital. Os cargos que dependem de formação superior para atuação são selecionados mediante análise de currículo do candidato e entrevista. Consideramos os cursos realizados pelo candidato em razão da função a ser exercida, mas não é relevante a instituição em que ele se formou. Não é isso que define a contratação ou sua permanência no cargo. Para os demais cargos (limpeza, por exemplo) a seleção é feita mediante análise de experiência anterior. O quadro de funcionários está composto com três auxiliares administrativos (com formação técnica), três atendentes, três funcionários da limpeza, uma enfermeira com nível de escolaridade superior e quatro técnicas em enfermagem”.*

Da mesma forma que na Santa Casa, percebe-se que o nível de escolaridade constitui fator de definição na maneira como se dará o processo de seleção, mas não é o que define se o colaborador permanecerá ou não na organização. Assim sendo, o critério de seleção de pessoal considerando a credenciais acadêmicas como mecanismo estimulador do isomorfismo normativo também não se aplica ao Hospital de Olhos.

Como resposta à segunda questão do roteiro, por que as mudanças acontecem na Organização e como ocorrem essas mudanças, tem-se que:

*“A principal mudança ocorrida na organização, foi a transformação do hospital em filantrópico a partir de 2005, após uma crise, que se seguiu quando o hospital*

*deixou de ser universitário (uma extensão do hospital universitário da UNICAMP). Atualmente o hospital está filiado à Associação dos Hospitais Filantrópicos”.*

Embora o objetivo dessa questão de início fosse identificar preditores de respostas estratégicas, constatou-se a possibilidade de ocorrência do isomorfismo normativo pelo fato de o hospital atualmente estar filiado à Associação dos Hospitais Filantrópicos.

Sobre quais os serviços de assessoria prestados ao Hospital de Olhos, terceira questão do roteiro, foi respondido que:

*“O hospital recebe assessoria jurídica e de projetos, sendo a contabilidade também terceirizada, além dos médicos”.*

Presume-se, portanto, um certo grau de mimetismo, conforme prescrito no objetivo desta questão.

A respeito de como são definidas as metas da organização, se existe tendência em serem cumpridas e se há participação de funcionários nas definições, o gestor respondeu que:

*“Procuramos envolver tanto funcionários como os médicos que são terceirados, para que haja participação de todos nessas definições. Estando envolvido, o pessoal se sente mais entusiasmado para cumpri-las”.*

Da mesma forma que na Santa casa a ideia que se teve é que as metas não são ambíguas, ou seja, menor é a possibilidade da organização em estudo se moldar a outras.

Para compreender o mecanismo de coerção, a questão 5 procurou verificar qual a relação do Hospital com os fornecedores de recursos:

*“As fontes de recursos variam e dependemos de algumas. A filantropia nos remete um pouco a isso. Os valores recebidos não são fixos, ou seja, variam em função da gama de serviços prestados no período, com exceção das verbas advindas da Prefeitura Municipal, mediante contrato anual firmado”.*

As origens dos recursos do Hospital de Olhos estão descritas na página 87 deste trabalho.

Pode-se observar um relativo grau de coerção. Como também será visto na tabela 19 (resultado do questionário), na visão dos funcionários, 40% dos respondentes em intensidade média-forte consideram que as mudanças sejam impostas à organização (coerção como elemento preditor às respostas estratégicas).

A questão 6 do roteiro da entrevista procurou verificar como são incorporadas as novas tecnologias na organização.

*“A tecnologia é importante para nosso atendimento considerado de Alta Complexidade. Ela determina as práticas em nossa organização, e tem sempre como ponto de partida e fim o paciente”.* (O gestor mencionou alguns aparelhos de diagnóstico e algumas cirurgias que são realizadas nesse hospital, mas não as computamos aqui).

Pode-se constatar que a tecnologia, segundo a visão do gestor, é uma variável determinante nas mudanças, para as quais a organização precisa estar preparada e, assim como na Santa Casa, o foco é a eficiência no atendimento ao paciente.

A questão 7 do roteiro procurou avaliar como as práticas hospitalares são transmitidas aos novos empregados:

*“O profissional especializado chega praticamente pronto e difunde as práticas na organização; quando a tarefa não exige especialização, as práticas são transmitidas prontamente, às vezes utilizamos nosso serviço de assessoria para isso”.*

Observa-se que as práticas constituem uma tendência forte à institucionalização, conforme o objetivo prescrito para essa pergunta e de acordo com os resultados do questionário que serão vistos mais à frente, as práticas hospitalares aqui são mais consistentes com a organização do que na Santa Casa e, em intensidade média, 60% dos respondentes do Hospital de Olhos consideram mudanças por meio de difusão cultural.

Da mesma forma que na Santa Casa, seguiu-se a aplicação dos questionários no Hospital de Olhos de Taquaritinga.

Os resultados que se referem aos itens 1 a 5 do questionário indicam a área de atuação dos respondentes (tabela 12); tempo de atuação na organização (tabela 13); formação profissional em uma ou mais área de conhecimento (tabela 14); nível de escolaridade (tabela 15) e há quanto tempo foi feito o último curso (tabela 16), sendo utilizados neste trabalho como apoio para avaliar o grau de isomorfismo normativo da organização.

A não participação do corpo clínico no quadro de respondentes, diferentemente da Santa Casa, deveu-se ao fato de que no Hospital de Olhos esses profissionais são terceirizados.



**Tabela 12 Áreas de trabalho dos respondentes**

<b>ÁREAS DE ATUAÇÃO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Percentual válido</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
Serviços de Informações Gerenciais – Setores Administrativos	3	30	30	30
Enfermagem	1	10	10	40
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento – SADTs	0	0	0	40
Faturamento	1	10	10	50
Recepção	2	20	20	70
Corpo Clínico (terceirizado)	0	0	0	70
Outros Serviços	3	30	30	100
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

Em conformidade com a tabela 13, observa-se pouca tendência à institucionalização, ao contrário do que foi evidenciado na Santa Casa, conforme os autores dessa abordagem, visto que os dados mostram um pequeno percentual de tempo de atuação na mesma organização por mais de cinco anos. É importante ressaltar a possibilidade de futuras mudanças nesse item, visto que o surgimento do Hospital de Olhos – 1995 - é mais recente se comparado à Santa Casa de Taquaritinga.

**Tabela 13 Tempo de atuação na organização**

<b>Tempo de atuação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
menos de 5 anos	7	70	70
5 a 10 anos	3	30	100
11 a 15 anos			
15 anos ou mais			
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

Embora haja tendência à profissionalização (tabela 16), e nível alto de escolaridade (tabela 15), em função da resposta da questão 3 do questionário (resultado evidenciado na tabela 14) tem-se um baixo grau de isomorfismo normativo, sendo que dos 50% dos respondentes que possuem curso superior, apenas 10% (frequência = 1) possui formação na área em que atua. No entanto, é fundamental ressaltar que profissionais altamente especializados são, na verdade, terceirizados, como é o caso do Corpo Clínico e Contabilidade, ou seja,

acrescentando-se aqui as informações obtidas pelo gestor, de fato esse Hospital, assim como a Santa Casa, não foge à profissionalização.

**Tabela 14 Atuação na mesma área de formação**

<b>Áreas</b>	<b>Frequência: atuação na mesma área de formação</b>	<b>Frequência: Total por área</b>	<b>Percentual em relação ao total por área</b>
Enfermagem	1	1	100
Setores Administrativos	0	3	0
Faturamento	0	1	0
Recepção	0	2	0
Corpo Clínico	0		0
SADT	0		0
Outros Serviços	0	3	0
<b>Total Geral</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

**Tabela 15 Nível de Escolaridade**

<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
Especialização	1	10	10
superior completo	4	40	50
superior incompleto	2	20	70
ensino médio	1	10	80
Fundamental	2	20	100
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

**Tabela 16 Há quanto tempo realizou o último curso**

<b>Tempo em que realizou o último curso</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
menos de dois anos	3	30	30
entre dois e cinco anos	4	40	70
entre cinco e dez anos		0	70
dez anos ou mais	3	30	100
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

As informações da tabela 17, referentes ao item 6 do questionário, servem como apoio para a avaliação do grau de mimetismo.

**Tabela 17 Há quanto tempo ocorreu a última mudança**

<b>Mudanças ocorridas</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
menos de dois anos	9	90	90
entre dois e quatro anos	1	10	100
a mais de quatro anos			
Não tenho essa informação			
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

Observa-se na tabela 17 que a maior parte das mudanças é recente.

Conforme a tabela 18, mesmo com o fato de uma maior parte das mudanças acontecerem por equipe interna, é evidente o equilíbrio percentual entre as demais equipes; no geral têm-se pressões tanto normativas quanto miméticas.

**Tabela 18 Quem realizou as mudanças (por quem as mudanças foram desenvolvidas e implantadas)**

<i>Mudanças desenvolvidas por:</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>	<i>Frequência Acumulada</i>
equipe interna	4	40	40
equipe externa	3	30	70
equipe mista	3	30	100
Outra			
Não tenho essa informação			
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 19 Preditores às respostas estratégicas – construto de Oliver (1991)**

<i>Preditores</i>		<i>nenhuma</i>	<i>fraca</i>	<i>média-fraca</i>	<i>média</i>	<i>média-forte</i>	<i>forte</i>	<i>Total</i>
Causa	legitimidade freq		1		6	2	1	10
	%	0,0	10,0	0,0	60,0	20,0	10,0	100,0
	eficiência freq				3	1	6	10
	%	0,0	0,0	0,0	30,0	10,0	60,0	100,0
constituintes	multiplicidade freq	2		2	1		5	10
	%	20,0	0,0	20,0	10,0	0,0	50,0	100,0
	dependência freq	2	1	4	2		1	10
	%	20,0	10,0	40,0	20,0	0,0	10,0	100,0
conteúdo	consistência freq			2	3	2	3	10
	%	0,0	0,0	20,0	30,0	20,0	30,0	100,0
	restrição freq	1	3	1	1	2	2	10
	%	10,0	30,0	10,0	10,0	20,0	20,0	100,0
controle	coerção freq		2		3	4	1	10
	%	0,0	20,0	0,0	30,0	40,0	10,0	100,0
	difusão freq		3		6	1		10
	%	0,0	30,0	0,0	60,0	10,0	0,0	100,0
contexto	incerteza freq	5	3		1	1		10
	%	50,0	30,0	0,0	10,0	10,0	0,0	100,0
	interconexão freq				1	3	6	10
	%	0,0	0,0	0,0	10,0	30,0	60,0	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 19, com base nos resultados do item 8 do questionário, indica que em intensidade média, 60 % dos respondentes atendem às pressões do meio, e metade desse percentual contribui com a eficiência no atendimento. A pressão de vários interessados na organização e a relação de dependência desta com os vários interessados (elementos constituintes de multiplicidade e dependência) representam 50% em intensidade forte, 40% em intensidade média-fraca, respectivamente.

Diferentemente da Santa Casa, as práticas hospitalares aqui são mais consistentes com a organização e as mudanças que objetivam restringir ações apresentam 40% abaixo da intensidade média. De acordo com os dados levantados, 40% dos respondentes em intensidade média-forte consideram que as mudanças sejam impostas à organização e, em intensidade média, 60% consideram mudanças por meio de difusão cultural. Evidencia ainda um baixo grau de incerteza (como na Santa Casa) quanto ao futuro da organização, aspecto apontado com nenhuma intensidade por 50% dos respondentes. Note-se que outros 30% estão alocados em intensidade fraca. Com mais intensidade que na Santa Casa, o Hospital de Olhos está fortemente interligado ao meio, na visão dos atores internos.

**Tabela 20 Respostas Estratégicas – construto de Oliver (1991)**

<b>Estratégias</b>	<b>Táticas</b>		<b>nenhuma</b>	<b>fraca</b>	<b>média-fraca</b>	<b>média</b>	<b>média-forte</b>	<b>forte</b>	<b>Total</b>
Aquiesscência	Hábito	freq	1	2	1	1	3	2	10
		%	10	20	10	10	30	20	100
	Imitar	freq	1	6	1		2		10
		%	10,0	60,0	10,0	0,0	20,0	0,0	100
	Aceder	freq		2	1		5	2	10
		%	0	20	10	0	50	20	100
Compromisso	Equilibrar	freq	1	2	1	2	2	2	10
		%	10,0	20,0	10,0	20,0	20,0	20,0	100
	Pacificar	freq	2	3		4		1	10
		%	20,0	30,0	0,0	40,0	0,0	10,0	100
	Barganhar	freq	6	3			2		11
		%	60	30	0	0	20	0	110
Esquivança	Ocultar	freq	5	1	3	1			10
		%	50,0	10,0	30,0	10,0	0,0	0,0	100
	Amortecer	freq	7	2		1			10
		%	70,0	20,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
	Escapar	freq	9			1			10
		%	90,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
Desafio	Rejeitar	freq	9			1			10
		%	90,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
	Provocar	freq	8	1		1			10
		%	80,0	10,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
	Atacar	freq	9				1		10
		%	90,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	100
Manipulação	Cooptar	freq	7	2		1			10
		%	70,0	20,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
	Influenciar	freq	9			1			10
		%	90,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	100
	Controlar	freq	7	1	1			1	10
		%	70,0	10,0	10,0	0,0	0,0	10,0	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Os dados apurados na tabela 20 foram obtidos a partir do item 9 do questionário. Observa-se que 50% de intensidade acima da média encontram-se na aquiescência – hábito. Aquiescência – imitar, que pressupõe o isomorfismo mimético evidenciado por Starr (1980, *apud* DiMaggio e Powel, 2005) no processo de desenvolvimento do campo hospitalar em outros trabalhos, apresentou intensidade fraca em 60%. Em Aquiescência – aceder, em intensidade média-forte, pode ser observado 50%. Há concentração de apenas 20% em intensidade média - forte em Compromisso- Barganhar, ou seja, de negociação com grupos de interesses institucionais, sendo a maior parte alocada em nenhuma intensidade. Os dados levantados evidenciam quase nenhuma Esquivança. A organização apresenta pouca resistência às exigências ambientais, o que sugere aqui um alto grau de institucionalização (em contraponto com o que foi evidenciado na tabela 13). Como nenhuma intensidade, os dados levantados indicam 90% em Desafio – rejeitar e o mesmo percentual em Desafio - Atacar. Observa-se também 70% em nenhuma intensidade em Manipulação - cooptar e em Manipulação – controlar.

Com base no item 10 do questionário, do total de respondentes (10), cinco têm algum tipo de participação em órgãos como conselhos de classe ou sindicato, assim distribuídos: COREN – um respondente tem participação frequente; Sindicato- dois respondentes participam à vezes e um participa com frequência; outros órgãos- um respondente, à vezes.

**Tabela 21 Condições Ambientais**

<b>Condições Ambientais:</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência Acumulada</b>
Ambiente estável e previsível	1	10	10
Ambiente estável e imprevisível	2	20	30
Ambiente instável e previsível	3	30	60
Ambiente Instável e imprevisível	4	40	100
<b>Total válido</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

Fonte: Dados da Pesquisa

Pela tabela 21, com base no item 11 do questionário, também se verifica que 40% dos respondentes consideram o ambiente instável – em oposição ao constatado na Santa Casa - e imprevisível, evidências apontadas também na tabela 19 – contexto-incerteza, em 50%.

## 5 CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho procurou analisar os mecanismos de mudança que concorrem para o isomorfismo nos hospitais da cidade de Taquaritinga-SP, a partir das hipóteses do construto teórico de DiMaggio e Powell (1983) em nível organizacional e apontar quais as respostas estratégicas que são empreendidas por tais organizações frente às pressões institucionais, segundo o construto de Oliver (1991), partindo da motivação e justificativa de que novas abordagens teóricas, como a Teoria Institucional, podem ser utilizadas para o estudo das práticas hospitalares. Os construtos desses autores foram utilizados para refinar a teoria pelos achados empíricos da pesquisa nas organizações hospitalares analisadas e contribuir para o seu melhor entendimento.

Para melhor compreensão do cenário estudado, percorreu-se a evolução do conceito de hospital, visto que mudanças importantes começaram a ser observadas nesse tipo de organização e verificou-se a necessidade de uma reflexão que excedesse os limites das análises do estruturo-funcionalismo.

Dessa forma, ao tratar aspectos da abordagem institucional para fins deste trabalho, foram traçadas as divergências entre o velho institucionalismo e a teoria neo-institucionalista. Foram abordados os Pilares do Neo- institucionalismo segundo Scott (1995), o que permitiu compreender a relação destes com o construto de DiMaggio e Powell (1983).

Mediante os aspectos levantados nesta pesquisa quanto ao processo de institucionalização, foram apresentados modelos de diferentes autores e pode-se notar que as organizações que compõem o campo organizacional, até chegar-se ao estágio de sedimentação (no modelo de Tolbert e Zucker (1999)), vão respondendo às pressões do processo, de acordo com seus interesses materiais ou simbólicos, dificultando ou facilitando a assimilação da prática. Concluiu-se com base em Scott (1995) que o posicionamento da organização frente à pressão institucional depende dentre outros fatores, de sua localização no campo organizacional.

Ao analisarem o processo de institucionalização proposto por Tolbert e Zucker (1999), Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) acrescentaram ainda que os mecanismos que pressionam em direção ao isomorfismo são fundamentais para o

entendimento da dinâmica da mudança, em especial quando analisados em função de esquemas interpretativos de dirigentes das organizações, e esses autores vão ao encontro de Scott (1995), ao salientarem que para essa análise, deve-se considerar o contexto institucional de referência: local, regional, nacional e internacional.

Diante desse pressuposto, foram norteadas as entrevistas junto aos gestores das organizações em estudo neste trabalho, no intuito de analisar de maneira qualitativa e não apenas quantitativa o objetivo deste trabalho.

O roteiro da entrevista foi elaborado especificando-se o objetivo de cada pergunta com base na fundamentação teórica levantada.

As respostas estratégicas foram avaliadas na visão dos atores internos da instituição: funcionários e gestores. Foram considerados os argumentos de Zan (2006), em que é preciso cautela ao tirar conclusões acerca das respostas estratégicas situadas em esquiva, desafio e manipulação (Construto de Oliver, 1991), uma vez que os respondentes poderiam apenas concordar com o comportamento organizacional, por estarem sujeitos a valores éticos e profissionais. Este aspecto foi considerado um fator limitante ao método a partir de entrevistas. Assim sendo, numa tentativa de se conseguir obter resultados mais reais possíveis para uma análise mais promissora e coerente com a proposta deste trabalho, entendeu-se que a aplicação de questionário, onde se desconhece inclusive por parte da pesquisadora quem são os atores respondentes, seria apropriada tanto para compreender melhor os mecanismos de mudança isomórfica quanto para avaliar as respostas estratégicas.

Os questionários e o roteiro de entrevista contemplaram as hipóteses em nível organizacional, prescritas no trabalho de DiMaggio e Powell (1983) - "*The Iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*", acerca dos mecanismos de mudança isomórfica: coercitivo, normativo e mimético. Também se considerou o trabalho de Oliver (1991) - "*Strategic responses to institutional processes*". A exploração de antecedentes organizacionais de Oliver (1991) permitiu a inclusão de algumas hipóteses quanto à tendência isomórfica. Conforme salientou Zan (2006) há uma relação entre os fatores que antecedem o isomorfismo de DiMaggio e Powell (1991) e alguns fatores que determinam a resposta estratégica possível de Oliver (1991). Foi possível observar essa relação com algumas das descrições neste trabalho como, por exemplo, a definição do preditor "Causa" de Oliver (1991), que parte do pressuposto de DiMaggio e Powell

(1991) que as organizações agem por interesse e tentam obter estabilidade e legitimidade; e a imitação em “Aquiência” de Oliver (1991), consistente com o isomorfismo mimético de DiMaggio e Powell (1983), entre outras.

A partir dos resultados das entrevistas junto aos gestores e dos questionários ficou evidente que os mecanismos de mudança isomórfica existem em intensidades diferentes em ambas as organizações.

Em relação à hipótese cinco de DiMaggio e Powell (1983), como mecanismo estimulador do isomorfismo normativo, os critérios de seleção de pessoal utilizados tanto pela Santa Casa quanto pelo Hospital de Olhos não se aplicaram. A Santa Casa não foge à profissionalização, contudo, e, de acordo com seu gestor tende a responder estrategicamente em conformidade com as necessidades de mudanças e evidencia condescendência (OLIVER, 1991).

O fato de o Hospital de Olhos atualmente estar filiado à Associação dos Hospitais Filantrópicos, mudança recente, indica possibilidade de isomorfismo normativo, o mesmo ocorrendo com a Santa Casa, considerado um hospital público.

Na Santa Casa, as mudanças são mais normativas e menos miméticas, pois são mais realizadas por equipe interna. Contudo, no Hospital de Olhos, um grau mais elevado de mimetismo ficou evidenciado, pois essas mudanças são realizadas também por equipes externas e mistas (considerou-se terceirização da mão de obra mais especializada – médicos e contador).

Pela entrevista concluiu-se que tanto na Santa Casa, como no Hospital de Olhos é menor a possibilidade de se moldarem a outras organizações, ou seja, menores chances de mimetismo em relação à hipótese quatro de DiMaggio e Powell (1983), porém o resultado do questionário divergiu em parte, sendo que o ambiente da Santa Casa foi considerado estável e imprevisível, por 50% dos respondentes. Importante salientar a visão de Merhy e Cecílio (2003), conforme prescrito no corpo deste trabalho e que diverge às respostas dos gestores entrevistados: segundo as autoras, existe uma tensa coordenação do hospital, há como uma indefinição de papéis, uma ambiguidade no processo de coordenação.

A respeito das hipóteses um e dois de DiMaggio e Powell (1983), acerca da relação de dependência das organizações em relação a outras e com os fornecedores de recursos, observou-se, por conta da entrevista, tanto na Santa Casa como no Hospital de Olhos relativo grau de coerção. Procurou-se acrescentar o resultado obtido a partir de questionário aplicado na Santa Casa, sendo que na



visão dos funcionários, esse elemento como preditor às respostas estratégicas foi considerado por quase metade dos respondentes em intensidade média; e no Hospital de Olhos, na visão dos funcionários, quase metade dos respondentes em intensidade média-forte consideraram que as mudanças são impostas à organização. De acordo com o resultado acerca dos preditores (Oliver, 1991), sobre quem está exercendo as pressões institucionais, também ficou evidenciando um equilíbrio entre dependência ou multiplicidade na Santa Casa. Já no Hospital de Olhos, o constituinte multiplicidade foi mais intenso.

De acordo com os gestores, tanto na Santa Casa como no Hospital de Olhos a tecnologia é uma das variáveis determinantes das práticas e está relacionada com eficiência no atendimento. Não levando em conta essa variável em particular, pelos resultados dos questionários observa-se, realmente, maior preocupação com eficiência do que com legitimidade no Hospital de Olhos; porém na Santa Casa, existe certo equilíbrio nesses preditores, estando ambos em intensidade média.

Tanto na Santa Casa como no Hospital de Olhos, as práticas são transmitidas prontamente remetendo à ideia de um grau elevado de institucionalização. De acordo com os resultados do questionário, as práticas hospitalares são mais consistentes com a organização no Hospital de Olhos do que na Santa Casa e, em intensidade média, a maior parte dos respondentes do Hospital de Olhos consideraram mudanças por meio de difusão cultural.

Observou-se, assim, uma tendência forte à institucionalização nas duas organizações apresentadas. Existem algumas divergências entre as organizações e para essa conclusão poder ser estendida ao Hospital de Olhos, é preciso levar em conta que o surgimento desse hospital é mais recente; portanto o tempo de atuação dos funcionários também foi evidenciado como sendo menor e no que se refere ao nível de escolaridade, profissionais altamente especializados são terceirizados, como a Contabilidade e o Corpo Clínico.

Uma divergência significativa relaciona-se às estratégias dessas duas organizações, frente às práticas hospitalares, sendo que na Santa Casa – pelo evidenciado a partir dos questionários - o desafio, a manipulação e a esquiva se fazem muito presentes, embora (e como anteriormente descrito), essa organização tende a responder estrategicamente em conformidade com as necessidades de mudanças e evidencia condescendência, segundo seu gestor. Já no Hospital de

Olhos, essas estratégias se fazem menos presentes e a acedência (uma tática da Aquiescência) é mais intensa.

Para se chegar à conclusão da pesquisa é importante lembrar a afirmação de Oliver (1991), de que a aquiescência é mais provável de acontecer quando o grau de legitimidade é alto e as demais estratégias, quando esse grau é baixo. A legitimidade está relacionada ao processo de institucionalização e o impulso para a difusão nos estágios de pré-institucionalização, semi-institucionalização e institucionalização completa são respectivamente, imitação, imitação/normativo e normativo, conforme descrito no corpo deste trabalho no modelo de Tolbert e Zucker (1999). Também é importante considerar os argumentos de Machado-da-Silva e Gonçalves (1999) descritos acerca desse modelo não esgotar o modo pelo qual o ambiente pode determinar mudanças organizacionais, além das dúvidas que eles levantaram em relação aos três estágios propostos, relativas aos termos empregados que designam sequência e ao tratamento estático denunciado pelas próprias autoras, e, ainda, que em paralelo à questão do estágio de institucionalização há necessidade de se considerar os mecanismos de mudança isomórfica e a influência exercida pelo ambiente.

Observados esses aspectos, ressaltando-se os limites desta pesquisa e colocando as respostas dos gestores num peso maior do que os resultados obtidos pelos questionários, em especial na Santa Casa, conclui-se, a partir dos resultados comparados da análise dos mecanismos que concorrem para o isomorfismo e das respostas estratégicas, que embora não haja total homogeneidade na forma como ambas as organizações estudadas se comportam frente às mudanças, as práticas hospitalares encontram-se semi-institucionalizadas, cumprindo-se o objetivo prescrito no trabalho.

É preciso considerar outras limitações, além do fato anteriormente descrito quanto ao método a partir de entrevista, pois no Hospital de Olhos o Corpo Clínico é terceirizado, e não foram obtidas respostas desta categoria de profissionais. Dessa forma, mesmo ciente de que os atores têm importâncias diferentes para a análise a que se propõe este estudo, conforme a afirmação de Zoboli (2002), descrita neste trabalho, de que o grupo médico exerce influência em todos os níveis e interfere no processo de decisão, com autonomia e autoridade sobre os demais profissionais, não foi possível tirar conclusões sobre os resultados a partir dessa importância diferenciada.

De acordo com Yin (2005) existe um problema em se saber se as descobertas de um estudo são generalizáveis além do estudo de caso imediato. Os críticos geralmente afirmam que casos únicos oferecem uma base insuficiente para a generalização (YIN, 2005). No entanto, a multiplicação de estudos de caso (como o aqui apresentado) e a comparação sistemática entre eles são capazes de contribuir substancialmente para geração de modelos teóricos na descrição de determinado fenômeno, como a institucionalização das práticas hospitalares aqui enfocadas.

É importante a amplitude de pesquisa em nível de campo institucional, tanto para melhor análise do isomorfismo, como das respostas estratégicas nas organizações, pois como afirmam DiMaggio e Powell (1983), este – o campo - influencia o comportamento das organizações.

## REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem**. 7ed. Artmed, 2010. 284 p.
- BEDUSCHI, L. C. **História da Santa Casa de Misericórdia de Taquaritinga**. Taquaritinga: Ex Libris LCB, 2008.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **Social Construction of Reality**. New York: Anchor Books, 1967.
- BORBA, W.R. **Administração Hospitalar Princípios Básicos**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo – CEDAS, 1985.
- BOURDIEU, P. **La distinction – critique sociale du jugement**. Paris: Minuit, 1979.
- BRANCO FILHO, J.R. A educação médica como ferramenta de gestão. **Notícias Hospitalares: Gestão de Saúde em debate**, vol 4, n. 37, 2002.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** de 05 de outubro de 1988, Art. 198. 25ª ed. Rio de Janeiro: Saraiva; 2000.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406** de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)>. Acesso em jan. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Conceitos e definições em saúde** - Brasília / DF – Brasil, 1977. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde - **DATASUS** - Departamento de Informática do SUS, Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>>. Acesso em Jan. 2010.
- CARRUTHERS, B. G. Accounting, ambiguity, and the new institucionalism. **Accounting, Organizations and Society**, v. 20, n. 4, p. 313-328, 1995.
- CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M. F.; LOPES, F. Contribuições da perspectiva institucional para a análise das organizações. In: Encontro Anual da ANPAD, 23, 1999, Foz do Iguaçu. **Anais...** ANPAD, 1999.
- CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N.A. dos. **Administração Hospitalar. Fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997.

CONCEIÇÃO, O. Além da transação: Uma comparação do pensamento dos institucionalistas e dos evolucionários e pós-keynesianos. In: Encontro Nacional de Economia, 32, 2004. **Anais...** João Pessoa: ANPEC, 2004.

CUBRELLATE, J.M.; MENDES, A.A. e LEONEL JÚNIOR, R.S. Ambiente Regulativo, Respostas Estratégicas e Qualidade de Ensino Superior em Organizações de Ensino Superior do Estado do Paraná. **Revista Adm. UFSM**, Santa Maria, v.2,n.1, p. 597 – 611, mai-ago, 2009.

DAVIS, P.; DESAI, A.; FRANCIS J. Mode of International Entry: An Isomorphism Perspective. **Journal of International Business Studies**, v. 31, n.2, p.239-258, Second Quarter, 2000.

DIMAGGIO, P. J; POWELL, W. W. A Gaiola de Ferro Revisitada: Isomorfismo Institucional e Racionalidade Coletiva nos Campos Organizacionais. **Revista de Administração de Empresas - RAE Clássicos**: FGV EASP, v. 45, n. 2, p 74-89, 2005.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The Iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. **American Sociological Review**, v.48, n. 2, p. 147-169, 1983.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. **The new institutionalism and organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

DUARTE, E. R. M. **Gerenciamento Hospitalar Através do Método da Unidade de Esforço de Produção: Um Estudo de Caso**. Projeto de Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

FERNANDES, B.H.R.; GRAEFF, J.F., ANGONESE, R.; MASSAKADO-NAKATANI, M.S. Pressões Ambientais, Stakeholders e Respostas Estratégicas: Proposição de Metodologia de Análise do Ambiente Institucional em Setores Produtivos. In: Encontro de Estudos em Estratégia, 4, 2009, **Anais...** Recife -PE: ANPAD, 2009.

FLIGSTEIN, N. The structural transformation of American industry. In: POWELL, W.W. DIMAGGIO, P. (Org.). **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: University of Chicago Press, 1991. p. 311-336.

FLIGSTEIN, N. Fields, power, and social skill: a critical analysis of the new institutionalism. (Rep. No. Paper wps-199-01). **Center for Culture, Organizations and Politics**, Stanford, 1999.

FLIGSTEIN, N. Social skill and the theory of fields. **Sociological Theory**, v. 19, n. 2, p.105- 1025, 2001.

FLIGSTEIN, N. A habilidade social e a teoria dos campos. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, vol. 47, n. 2, 2007.

FLIGSTEIN, N. **The transformation of corporate control**. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

FONSECA, V. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: VIEIRA, M. M. F.; CARVALHO, C. A. **Organizações, Instituições e Poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. p. 47-66 .

FOUCAULT, M. O nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.

FRANÇA, A.S.T. Talcott Parsons: apontamentos para uma análise institucional. **Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, v.10, n.97, p. 181-204, 2009.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

GONÇALVES, E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GONÇALVES, E. L.(org). **Gestão hospitalar Administrando o Hospital Moderno**. São Paulo: Saraiva, 2009.

GRAÇA, L. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242), 1996.

GUEDES, S. N. R. Observações sobre a Economia Institucional: há possibilidade de convergência entre o velho e o novo institucionalismo? In: Encontro Nacional de Economia Política, 5, 2000 , Fortaleza. **Anais...2000**, Fortaleza: ENEP, 2000.

GUSTAVSEN, B. Mejoras del medio ambiente de trabajo: una nueva estrategia? **Rev. Int. Trab.**, 99, 2, p.173-88, 1980.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Lua Nova, 2003, n.58, p.193-223.

HANNAN, M. T.; FREEMAN, J. H. The population Ecology of organizations. **American Journal of Sociology**, 82, 5, p. 929- 964, 1977.

HODGSON, G. M. **Economia e Instituições**. Oeiras: Celta Editora, 1994.

IGRAM, P.E CLAY, K. The choice-within-constraints new institucionalism and implications for sociology. **Annual Review of Sociology**, n. 26, p. 525-546, 2000.

KIRSCHBAUM, C. Elementos Para Uma Teoria Institucional Intraorganizacional. **Revista Eletrônica de Ciências Aplicadas**. Perspec. Contemp., Campo Mourão, Edição Especial, p. 5-21, 2010. Disponível em: < revista@faip.edu.br >.

LAWRENCE, T. B. Institutional strategy. **Journal of Management**, v. 25, n. 2, p. 161-188, 1999.

LAWRENCE, T. B. and SUDDABY, R. **Institutions and institutional work**. 2005. Disponível em: <www.sfu.ca/~tblawren/teaching/200509PHD987/Readings%20and%20resources/Lawrence%20chapter>. Acesso em dez. 2010.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S.; CRUBELLATE, J. M. Estrutura, Agência e Interpretação: Elementos para uma Abordagem Recursiva do Processo de Institucionalização. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, Edição Especial, art. 4, p. 77-107, 2010.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; FONSECA, V. S.; FERNANDES, B. Mudança e estratégia nas organizações: perspectivas cognitiva e institucional. In: VIEIRA, M.; OLIVEIRA, L. (Orgs.). **Administração contemporânea: perspectivas estratégicas**. São Paulo: Atlas, 1999. p.102-118.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; GONÇALVES, S.A. Nota técnica: a teoria institucional. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. **Handbook de estudos organizacionais: modelo de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 221-226.

MACHADO-DA-SILVA, C. L.; GURIDO FILHO, E.R.; ROSSONI, L. Campos Organizacionais: Seis Diferentes Leituras e a Perspectiva de Estruturação. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial, 2006, p. 159-196, 2006.

MERHY, E. E.; CECILIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 22, no. 64, p. 110-122, 2003.

MERTON, R. **Social Theory and Social Structure**. Glencoe, Ill: Free Press, 1948.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: POWELL, W. W.; DiMAGGIO, P. J. **The new institutionalism and organizational analysis**. Chicago, The University of Chicago Press, 1991. p. 41- 62.

MEYER, J.W.; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structures as myth and ceremony. **American Journal of Sociology**, n. 83, 1977.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**, 2 ed. EDIPRUCUS, 2003.

MINTZBERG, H. **Structures et dynamique des organisations**. Paris: Les Editions d'Organisation, 1982.

- MIRSHAWKA V. **Hospital. Fui bem atendido.** São Paulo: Makron Books, 1994.
- MORAES, M. R. **As relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha.** São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 2001.
- MORAES, O. D.; CÂNDIDO, I. e VIEIRA, E.V. **Hotelaria Hospitalar; um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde.** Caxias do Sul – RS: EDUCS, 2004.
- NELSON, R.; WINTER, S. N. **Evolutionary Theory of Economic Change.** Cambridge, Mass: Havard University Press, 1982.
- NORTH, D. C. **Custos de transação, instituições e desempenho econômico.** Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1994.
- NORTH, D.C. Institutions. **The Journal of Economic Perspectives**, Pittsburgh, U.S., v.5, n.1, p.97-112, Winter 1991.
- NOVAES, H.M. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 2 Ed, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
- NOVAES HM, PAGANINI JM. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil).** Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).
- OLIVEIRA, J.A.A. e TEIXEIRA, S.M.F. **Previdência Social; 60 anos de história da previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1986.
- OLIVER, C. Strategic responses to institutional processes. **Academy of Management Review**, v. 16, n. 1, p. 145-179, 1991.
- OLIVER, C. The antecedents of deinstitutionalization. **Organization Studies**, v. 13, n. 4, p. 563-588, 1992.
- PERROW, C. **Complex Organizations: a critical essay.** New York: Random House, 1986.
- RIBEIRO J.M., COSTA N.R. ; SILVA P.L.B. Inovações na gestão descentralizada de redes e organizações hospitalares: os casos das regiões metropolitanas do Rio e de São Paulo. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. Di. **Radiografia da saúde.** Instituto de Economia, Unicamp, Campinas, 2001. p. 555-578.
- ROSA, A. R.; COSER, C. A abordagem institucional na administração: a produção científica brasileira entre 1993 e 2003. In: Seminário de Gestão de Negócios, 1, 2004, Centro Universitário, Blumenau, **Anais...Blumenau:** UNIFAE, 2004. Disponível em: <[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art\\_cie/art\\_01.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_01.pdf)>. Acesso em jan. 2010.
- SACOMANO NETO, M.; TRUZZI, O. Perspectivas Contemporâneas em Análise Organizacional. **Gestão e Produção**, v.9, n1. p. 32-44, 2002.



SAMPAIO, M. S.; GOMES, S. M. S. ; BRUNI, A. L. ; DIAS FILHO, J. M. Evidenciação de Informações Socioambientais e Isomorfismo: um estudo com mineradoras brasileiras. **Revista Universo Contábil**, v. 8, p. 105-122, 2012.

SANTOS, A. R. **Diagnóstico Institucional dos Fatores que concorrem para o isomorfismo das práticas de Contabilidade Gerencial utilizadas pelas Organizações do Setor Elétrico Brasileiro**. 241p. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Finanças) – Departamento de Pós Graduação em Contabilidade, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

SANTOS, M.A.B. **Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão de Hospitais Públicos do Sistema Único De Saúde**. 120 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde pública, FIOCRUZ, 2005.

SÃO PAULO. **Decisão COREN-SP/DIR/008/99**. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, do Estado de São Paulo; homologada pelo Conselho Federal de Enfermagem por meio da Decisão COFEN 001/2000 de 04 de janeiro de 2000. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/33225>>. Acesso em nov. 2010.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1995.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations**. 2 ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2001.

SCOTT, W. R. Institutional theory: contributing to a theoretical research program. In: SMITH, K.G.; HITT, M. A. (Org.). **Great minds in management: the process of theory development**. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 460 – 484.

SCOTT, W. R., MENDEL, P.; POLLACK, S. Environments and fields: studying the evolution of a field of medical care organizations. In: Knexus Research Symposium: On Institutionalization Of Knowledge, 2, 2000, Stanford. **Proceedings...** Stanford: Stanford University, 2000.

SCOTT, W. R.; MEYER, J.W. **Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism**. Thousand Oaks, CA : Sage, 1994.

SELZNICK, P. **Leadership in Administration: a Sociological Interpretation**. Evanston, IL: Row, Peterson, 1957.

SELZNICK, P. **Liderança em Administração**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1971.

SELZNICK, P. **Institutional “Old” and “New”**. *Administrative Science Quarterly*, v.41, p. 270-277, 1996.

SILVERMAN, D. **The Theory of Organizations**. London: Heinemann, 1976.

SIMON, H. **O Comportamento Administrativo**. Rio de Janeiro: FGV, 1965.

SOUSA, L. A. de. **Um Estudo sobre o Processo de Institucionalização da Responsabilidade Social Empresarial: estudo multicaso de Montadoras de Automóveis instaladas no Brasil e em Portugal**. 2011. 219p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Departamento de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

STUMPF, M. K. A gestão da informação em Hospital Universitário: em busca da definição do 'Patient Core Record' do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: ENANPAD, 20, 1996, Rio de Janeiro. **Anais do ENANPAD**. Rio de Janeiro, 1996. p. 251-270.

SWEDBERG, R. **The toolkit of economic sociology** (Rep. No. 22). Cornell University: Center for the Study of Economy and Society, 2004.

TOLBERT, P.S.; ZUCKER, L.G. A Institucionalização da teoria institucional. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. (Orgs.) CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. (Orgs.brasileiros) **Handbook de estudos organizacionais, modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. Vol. 1. São Paulo: Atlas, 1999, p. 197 – 218.

VIEIRA, M. M.F.; CARVALHO, C. A. **Organizações, Instituições e Poder no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.

VIEIRA, M.; MISOCZKY, C. Instituições e poder: explorando a possibilidade de transferências conceituais. In: Encontro Nacional de Estudos Organizacionais, 1, 2000, Curitiba – PR, **Anais...Curitiba – PR: ENEO, 2000, 1 CD ROOM**.

YIN, R.K. **Estudo de caso: Planejamento e Métodos**. 3ª. Ed. São Paulo: Bookman, 2005.

WEBER, M. **The Theory of Social and Economic Organization**. Ed por A. M. Henderson e T. Parsons. Glencoe, Ill: Free Press, 1946.

WEBER, M. **Economia e sociedade**. 3 ed. Brasília: Editora da UnB, 1998.

ZAN, A. **Mudanças na contabilidade gerencial de uma organização: estudo de caso com diagnóstico institucional**. 106p. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Departamento de Contabilidade e Atuária. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZANON U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: Conceito, Avaliação e Discussão dos indicadores de Qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI Ltda, 2001.

ZOBOLI, E.L.C.P. **Ética e Administração Hospitalar**. São Paulo, Centro Universitário São Camilo, 2002.

ZUCKER, L.G. Institutional Theories of organization. **Annual Review of Sociology**, v. 13, p.443-464, 1987.

## APÊNDICE A - CARTA, QUESTIONÁRIO E ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Parte 1 Carta-convite às organizações estudadas

Prezado(a) Senhor (a):

O Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos vem solicitar sua preciosa colaboração para o desenvolvimento de dissertação como requisito parcial de finalização de mestrado, sobre o tema “Os mecanismos de mudança isomórfica e respostas estratégicas aos processos institucionais: estudo em organizações hospitalares do município de Taquaritinga-SP”, linha de Pesquisa: Instituições, Organizações e Trabalho, que está sendo realizada pela aluna Gislaine Aparecida Gomes da Silva. Pedimos a gentileza de responder às questões propostas, sendo que desta forma o (a) senhor (a) estará contribuindo para concretização do referido trabalho. Os dados coletados serão tratados com confidencialidade, não sendo necessário especificar nome. As informações serão tratadas de forma conjunta e não individual, e serão apenas para fins acadêmicos.

Agradecemos sua participação e colaboração.

Mestranda Gislaine Aparecida Gomes da Silva

gislaineags@hotmail.com 16.8117-0382

Professor orientador mestrado:

Prof. Dr. Oswaldo Mário Serra Truzzi

### Parte 2 - Questionário:

1. Identifique qual a área em que você atua nesta organização:
  - a) ( ) Serviço Auxiliar Diagnóstico e Tratamento
  - b) ( ) Serviço de Informações Gerenciais – setores administrativos  
(especificar): \_\_\_\_\_
  - c) ( ) Corpo Clínico
  - d) ( ) Enfermagem
  - e) ( ) Outros serviços

2. Você trabalha nesta organização há quanto tempo?

- a)  menos de cinco anos
- b)  5 a 10 anos
- c)  11 a 15 anos
- d)  15 anos ou mais

3. A respeito de sua formação:

- a) Qual sua formação profissional? \_\_\_\_\_
- b) Você atua, nesta organização, na área de sua formação? \_\_\_\_\_
- c) Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
- d) Você possui formação em mais de uma área de conhecimento? \_\_\_\_\_
- e) Se sim, qual? \_\_\_\_\_

4. Assinale o seu nível de escolaridade:

- a)  ensino fundamental
- b)  ensino médio
- c)  superior Incompleto
- d)  superior completo
- e)  especialização
- f)  mestrado
- g)  doutorado

5. Há quanto tempo você fez o último curso ?

- a)  Menos de dois anos
- b)  Entre dois e cinco anos
- c)  Entre cinco e dez anos
- d)  Dez anos ou mais

6. Na área em que você atua, a última mudança relativa às práticas hospitalares dentro da organização ocorrida foi:

- a)  Menos de dois anos
- b)  Entre dois e quatro anos
- c)  A mais de quatro anos
- d)  Não tenho essa informação

7. A mudança que foi (ou está sendo) desenvolvida ocorreu:

- a)  por equipe interna
- b)  por equipe externa
- c)  por equipe mista (interna e externa)
- d)  Outra. Qual? \_\_\_\_\_
- e)  Não tenho essa informação

8. Indique a Intensidade (de Forte a nenhuma) com que você observa o porquê as mudanças ocorrem na organização na área em que você trabalha:

Forte	Entre forte e média	Média	Entre média e fraca	Fraca	Nenhuma
5	4	3	2	1	0

- a.  atender às pressões do meio (aumentar a imagem da organização no ambiente)
- b.  contribuir com a eficiência do atendimento
- c.  pressão de vários interessados na organização
- d.  relação de dependência da organização com os vários interessados
- e.  as práticas são consistentes com a organização
- f.  as mudanças objetivam restringir as ações na organização

- g.  as mudanças são impostas à organização (por meio de coerção)  
 h.  as mudanças são propagadas naturalmente no meio  
 i.  vive-se um grau de incerteza quanto ao futuro da organização  
 j.  a organização está interligada ao meio, aos clientes/pacientes, aos fornecedores, ao governo.

9. Indique a Intensidade (de Forte a nenhuma) com que você concorda com cada uma das afirmações abaixo em relação às práticas das funções na organização na área em que você trabalha:

Forte	Entre forte e média	Média	Entre média e fraca	Fraca	Nenhuma
5	4	3	2	1	0

- a)  aceito as práticas em uso, pois constituem a maneira correta de desempenhar minhas funções.  
 b)  Aceito as práticas em uso, pois é assim que se trabalha nas demais instituições de saúde.  
 c)  Aceito as práticas em uso, pois, já que constituem regras e normas, trarão benefícios para a organização.  
 d)  Explico aos interessados a base de minhas atividades e minhas ressalvas, deixo que as pessoas equilibrem as divergências.  
 e)  Adoto parcialmente as regras, faço o estritamente necessário para acomodar as necessidades formais das práticas em uso na organização.  
 f)  Negocio as tarefas e atividades com os gestores da organização  
 g)  Mantenho minhas discordâncias e restrições quanto às atividades a serem desempenhadas em silêncio, quando questionado faço comentários e /ou relatórios apenas para cumprir os questionamentos  
 h)  Tenho tendência a afrouxar as ligações institucionais.  
 i)  Escapo das demandas das práticas estabelecidas, repasso as responsabilidades para outro departamento, devolvo problemas para os níveis superiores, procuro mudar os objetivos.  
 j)  Ignoro as demandas relacionadas com as práticas em uso, o risco de punição por não utilizá-las é mínimo.  
 k)  Contesto as pressões para manutenção das rotinas em uso, em minha opinião, existem fatores razoáveis para a não aplicabilidade  
 l)  Ataco abertamente as pressões e aqueles que impõem as rotinas em uso, não confio em seus critérios.  
 m)  Questiono a validade das rotinas praticadas internamente, entendo que a organização precisa de pessoas influentes  
 n)  Influencio para a não manutenção das práticas em uso junto aos que pressionam para mantê-las e junto à organização, procuro moldar valores e critérios.  
 o)  Tento mudar junto à diretoria as demandas relacionadas com as práticas estabelecidas na organização, independentemente das ações de outros departamentos.

10. Indique com que frequência você participa dos órgãos abaixo relacionados:

1- Frequentemente    2- às vezes    3- não participo

- a)  CRM  
 b)  COREN  
 c)  CRA  
 d)  CRC  
 e)  Sindicato  
 f)  Outros. Especificar \_\_\_\_\_

11. Em que condição ambiental a Organização em que você trabalha se encontra atualmente?

- a) ( ) Ambiente estável e previsível: as mudanças ocorrem lentamente e o padrão de mudanças é previsível
- b) ( ) Ambiente estável e imprevisível: as mudanças desenvolvem-se lentamente, mas o padrão de mudança é imprevisível
- c) ( ) Ambiente Instável e previsível: apresenta uma frequência de mudança mais elevada, mas seu padrão é previsível
- d) ( ) Ambiente instável e imprevisível: ambiente que muda com muita frequência e de forma irregular.

Fonte: Adaptado de Santos (2008) e Zan (2006).

### **Parte 3 - Roteiro da Entrevista**

1. Quais os critérios utilizados para a Seleção de Pessoal? Como são conduzidas as entrevistas? Há provas escritas? Utilizam-se referenciais acadêmicos na seleção?
2. Por que as mudanças acontecem na Organização? Como ocorrem essas mudanças?
3. Quais os serviços de assessoria prestados à Santa Casa/Hospital de Olhos?
4. Como são definidas as metas da organização? Existe uma tendência em serem cumpridas? Existe a participação de funcionários no tocante a essas definições?
5. Qual a relação da Santa Casa/ Hospital de Olhos com os fornecedores de recursos?
6. Como são incorporadas as novas tecnologias na organização?
7. Como ocorre o processo de transmissão das práticas hospitalares aos novos empregados?

## ANEXO A - UNIDADES HOSPITALARES

- Unidade de Administração: conjunto de elementos onde se desenvolvem as atividades administrativas do hospital;
- Setor de Internação e Alta: é o local destinado ao processamento da internação, alta e transferência de pacientes e à prestação de informações sobre seu estado de saúde;
- Unidade de Internação: é o conjunto de elementos destinado à acomodação do paciente internado e à prestação dos cuidados necessários ao seu atendimento. Contém os seguintes elementos: Quarto hospitalar, Enfermaria, Isolamento, Leito Hospitalar, Posto de Enfermagem, Sala de Serviço e Sala de Expurgo;
- Sala de Curativos: é a dependência destinada ao exame de pacientes, curativos e outros procedimentos médicos e de enfermagem;
- Copa: é a dependência destinada à distribuição dos alimentos e ao preparo eventual de pequenas refeições;
- Depósito de Roupa Limpa: é o local destinado à guarda da roupa proveniente da lavanderia;
- Depósito de roupa suja: é o local destinado à guarda temporária da roupa usada;
- Depósito de Material de Limpeza: é o local destinado à guarda de utensílios e material de limpeza;
- Estacionamento de macas: é o local destinado à guarda de macas e cadeiras de rodas;
- Depósito de equipamento: é o local destinado à guarda de peças de mobiliário e equipamentos e acessórios de uso eventual;
- Unidade de Berçário: é o conjunto de dependências destinadas à internação dos recém-nascidos;
- Alojamento Conjunto: é a colocação do berço de criança recém-nascida normal no aposento em que está inserida sua mãe;
- Berço de Maternidade: é a cama destinada a recém-nascido sadio, de parto ocorrido no hospital;

- Unidade de Lactário: é o conjunto de elementos destinados ao preparo da alimentação dos lactentes do hospital;
- Unidade de Centro Cirúrgico: é o conjunto de elementos destinados ao desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à cirurgia, em condições ideais de segurança e conforto para os pacientes e a equipe de trabalho. Contém os seguintes elementos: Sala de Cirurgia, Área restrita do centro cirúrgico, Área de transferência, Barreira contra a contaminação; Secretaria, Centro de Recuperação; Centro de Material Esterilizado (este último pode ou não fazer parte desta unidade);
- Unidade de Centro Obstétrico: é o conjunto de elementos destinados ao desenvolvimento das atividades relacionadas com o parto. Contém: Sala de Pré-parto e Sala de Parto;
- Unidade de Centro-Cirúrgico-Obstétrico: é a que combina as unidades de cirurgia e obstetrícia, em uma única área, indicada em hospitais gerais de pequeno e médio porte;
- Unidade de Serviços Complementares e de Diagnóstico e Tratamento: é o conjunto de elementos que acomodam os serviços que contribuem para facilitar o diagnóstico e/ou a recuperação da saúde do paciente;
- Unidade de Radiodiagnóstico: é o conjunto de dependências onde se concentram os equipamentos e se realizam as atividades concernentes ao uso de Raios-X para fins diagnósticos;
- Unidade de Radioterapia: é o conjunto de dependências destinadas ao emprego de Raios-X e radiações ionizantes com fins terapêuticos;
- Unidade de Medicina Nuclear: é o conjunto de dependências onde se realizam as atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas (radioisotópicos) para fins de diagnóstico e tratamento;
- Unidade de Medicina Física (Reabilitação): é o conjunto de dependências destinadas ao emprego de agentes físicos para fins de diagnóstico, tratamento e reabilitação através de eletroterapia, termoterapia, fototerapia, hidroterapia, massoterapia e mecanoterapia;
- Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia: é o que utiliza substâncias líquidas e/ou gasosas para fins de anestesia e tratamento;
- Sala de Anestesia: é o local destinado à indução anestésica do paciente;



- Laboratório de Patologia clínica: é o conjunto de dependências destinado à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica dos pacientes do hospital.
- Laboratório de Hemoterapia: é o setor do hospital que, além das atividades inerentes ao Banco de Sangue, realiza também atividades semi-industriais de preparo de sangue e seus derivados;
- Laboratório de Anatomia Patológica: é o conjunto de dependências destinadas à realização de necropsia e de exames macro e microscópicos dos tecidos;
- Necrotério, Velório e Capela;
- Unidade de Dispensação de Medicamentos: é o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição dos medicamentos industrializados para uso dos pacientes do hospital;
- Farmácia Hospitalar: é o conjunto de dependências destinadas à manipulação, recepção, guarda, controle e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos para uso do hospital e seus pacientes;
- Farmácia de Manipulação: é a que além das atividades próprias da Farmácia Hospitalar produz medicamento em grande escala, para uso do hospital e seus pacientes e/ou para fornecer a outros hospitais;
- Unidade de Documentação Médica: é o conjunto de dependências destinadas à guarda, movimentação e controle de prontuários médicos e às atividades estatísticas médico-hospitalares. Contém a dependência Arquivo Médico;
- Almoxarifado: é o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição dos materiais necessários ao funcionamento do hospital;
- Unidade de Terapia Intensiva ou Centro de Terapia Intensiva: é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes adultos em estado grave;
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento com até doze anos em estado grave;
- Unidade de Terapia Neo-natológica: é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento de pacientes em estado grave recém-nascidos no hospital ou externos;

- Ambulatório ou Unidade de Pacientes Externos: é uma unidade integrada ou isolada do hospital, que se destina ao diagnóstico ou tratamento de pacientes não internados;
- Consultório: é a dependência destinada à anamnese do paciente, exame físico e prescrição;
- Serviço de Emergência: é o que se destina ao atendimento imediato do paciente externo que esteja em grave sofrimento, risco ou perda de função ou vida;
- Serviço de Assistência Hospitalar Domiciliar: é o componente da Unidade de Pacientes Externos onde se promovem as medidas necessárias à prestação da Assistência Hospitalar Domiciliar;
- Serviço Hospitalar de Saúde Pública ou Saúde Comunitária: é aquela em que se desenvolvem as atividades educativas e profiláticas destinadas a conscientizar a comunidade e oferecer cobertura de saúde;
- Sala de Pequena Cirurgia: é uma dependência geralmente localizada na Unidade de Pacientes Externos (Ambulatório ou Emergência), destinada à realização de pequenas intervenções cirúrgicas;
- Dispensário: é uma unidade assistencial ambulatorial geralmente isolada e que se destina ao diagnóstico e tratamento de um único tipo de afecção (Tuberculose, Hanseníase).

Fonte: Cherubin e Santos (1997).