



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

RAC, Rio de Janeiro, v. 18, Edição Especial, art. 4,
pp. 65-85, Dezembro 2014
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141527>



Gestão dos *Stakeholders* na Captação de Recursos nos Hospitais Filantrópicos e Religiosos

Stakeholder Management in Nonprofit and Religious Hospital Fundraising

Fábio Augusto Martins

E-mail: fabiomartins@uniaraxa.edu.br

Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXÁ; Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro
Av. Ministro Olavo Drumond, 5, 38180-129, São Geraldo, Araxá, MG, Brasil.

Amélia Ferreira-da-Silva

E-mail: acfs@iscap.ipp.pt

Institute of Accounting and Adm. of Porto; Centro de Estudos em Economia, Popul. e Sociedade - CEPESSE
Rua Jaime Lopes Amorim, s/n., 4465-004, S. Mamede de Infesta Porto, Portugal.

Carlos Machado-Santos

E-mail: cmsantos@utad.pt

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; Centro de Estudos em Economia, Popul. e Sociedade - CEPESSE
Apartado 1013. 5000-801 Vila Real, Portugal.

Artigo recebido em 03.07.2013. Última versão recebida em 18.11.2014. Aprovado em 25.11.2014.

Resumo

Os hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa constituem uma parte vital do sistema de saúde no Brasil. Pela natureza da atividade que desenvolvem, esses hospitais têm uma enorme pluralidade de *stakeholders* e um complexo processo de criação de valor. Este estudo tem por objetivo compreender a potencial associação entre a gestão dos *stakeholders* e o sucesso na captação de contribuições financeiras voluntárias. O tema em análise situa-se na área do comportamento organizacional e está pouco explorado na literatura, por isso optou-se por uma investigação qualitativa e exploratória. Com base em fontes documentais e em entrevistas semiestruturadas com os presidentes dos conselhos de administração, desenvolveu-se um estudo comparativo de dois casos (hospitais). O quadro teórico de referência cruza os fundamentos da Teoria dos *Stakeholders* com a Teoria da Dependência de Recursos. O estudo revelou que, em ambos os casos, a gestão dos *stakeholders* é ainda incipiente e pouco estruturada; conseqüentemente, não foi possível responder conclusivamente à questão de partida. Contudo esta pesquisa traz importantes esclarecimentos sobre a questão e abre novas possibilidades de investigação.

Palavras-chave: gestão dos *stakeholders*; gestão hospitalar; captação de recursos.

Abstract

Religious and non-profit hospitals constitute a vital part of Brazil's healthcare system. Due the nature of this activity, these hospitals have a vast plurality of stakeholders and a complex process of value creation. This study explores the potential association between stakeholder management and success in voluntary donations. The theme under question is located in the area of organizational behavior and almost unexplored in the literature, so we opted for a qualitative and exploratory research. Based on documentary sources and semi-structured interviews with board chairmen, we developed a comparative study of two cases (hospitals). The theoretical framework crosses the fundamentals of Stakeholder Theory with those of Resource Dependency Theory. The study revealed that in both cases stakeholder management is still incipient and poorly structured, and consequently could not conclusively answer the research question. However, this research provides important clarification on the issue and opens new possibilities for research.

Key words: stakeholder management; hospital management; fundraising.

Introdução

Um pressuposto fundamental da Teoria dos *Stakeholders* é que não faz sentido algum falar de negócios ou ética sem falar sobre as pessoas (Freeman, Harrison, Wicks, Parmar, & Colle, 2010). A Teoria dos *Stakeholders* propõe a ideia de que a sustentabilidade de longo prazo das empresas depende da capacidade do gerente de reconhecer e equilibrar os interesses das várias partes interessadas, respondendo a eles, e não só aos dos acionistas (Freeman, 1984). O argumento, apresentado em Freeman, Harrison, Wicks, Parmar e Colle (2010), assenta-se na ideia de que, para maximizarem os seus lucros, as empresas precisam: ter produtos que atendam às necessidades dos clientes; desenvolver relações sólidas com fornecedores de recursos vitais; motivar os trabalhadores a partilhar a missão da empresa; e promover o seu comprometimento com a melhoria contínua, bem como cativar o apoio da comunidade de modo a propiciar o desenvolvimento sustentável da empresa. O pressuposto é de que as organizações não podem operar como autossuficientes sem parceiros dedicados, ou seja, estão cada vez mais dependentes de seus funcionários, fornecedores, distribuidores e demais parceiros. Nenhuma parte interessada está sozinha no processo de criação de valor.

Os primeiros *stakeholders* identificados por Freeman (1984) foram os proprietários, clientes, colaboradores e fornecedores, no entanto, com o desenvolvimento da teoria, outros grupos de interessados foram identificados, nomeadamente os concorrentes, o Estado, os defensores dos consumidores, os sindicatos e outros grupos de interesses especiais. Ampliou-se, assim, “o espectro de atores que influenciam e são influenciados pelas organizações de modo geral e devem ser considerados pelos executivos que administram uma determinada empresa” (Mainardes, Alves, Raposo, & Domingues, 2010, p. 4). Pode-se dizer, então, que o desenvolvimento sustentável das organizações vai depender da sua capacidade de perceber e gerir essa rede de interações complexas entre as partes interessadas.

Paralelamente, Pfeffer e Salancik (1978) afirmam ser a interdependência a razão pela qual os resultados das ações nem sempre correspondem aos resultados desejados e previstos, pois qualquer evento dependente de mais de um agente causal é um resultado baseado em agentes interdependentes. Portanto, necessário se faz entender a natureza dessas interdependências e o contexto no qual acontecem para entender o comportamento das organizações.

A Teoria da Dependência de Recursos reconhece a influência de fatores externos sobre o comportamento organizacional e, embora limitados por seu contexto, assume que os gestores podem atuar para reduzir a incerteza ambiental e a sua dependência face a outros atores (Alves, Cerra, Maia, Sacomano, & Bonadio, 2004; Hillman, Withers, & Collins, 2009). O centro dessas ações é o conceito de poder, que, nesse caso, corresponde ao controle sobre os recursos vitais (Ulrich & Barney, 1984). As organizações tentam reduzir o poder dos outros sobre elas, muitas vezes, tentando aumentar seu próprio poder sobre os outros, ou seja, procurando redefinir os (des)equilíbrios.

As grandes organizações precisam resolver problemas que são complexos por causa de múltiplas e relevantes tecnologias; mercados globalizados; vários processos de negócios que interagem; e colaboração de parceiros externos (Mihm, Loch, Wilkinson, & Huberman, 2010). Os hospitais são um desses sistemas complexos que gerem um grande número de recursos materiais e humanos (Ben Bachouch, Guinet, & Hajri-Gabouj, 2012). Na verdade, nos hospitais, cruzam-se saberes altamente especializados e poderes, muitas vezes, conflitantes, manifestam-se práticas sociais fortemente institucionalizadas e referentes simbólicos (quase) universalmente partilhados, luta-se pela vida e encara-se a morte com naturalidade, prestam-se serviços que consomem recursos de elevado custo econômico em favor de benefícios e beneficiários que **não têm preço**. Tudo isso faz do hospital um espaço social único, onde se estabelecem relações de interdependência, internas e externas, muito complexas (Abernethy & Vagnoni, 2004; Carapinheiro, 1993; Young & Saltman, 1985). Os hospitais sem fins lucrativos e religiosos são a gênese das instituições hospitalares, as quais têm uma enorme pluralidade de partes interessadas e um complexo processo de criação de valor (Ferreira-da-Silva, 2006). Com a triangulação da Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência dos Recursos, procurou-se

cruzar duas perspectivas teóricas convergentes e complementares no estudo dos processos de gestão dos *stakeholders* dos hospitais. Ao partir do “pressuposto básico de que os gestores não podem atender às demandas de todos interessados de imediato e de forma personalizada” (Minoja, 2012, p. 67) e considerando a elevada dependência financeira dos hospitais sem fins lucrativos (Gorsky, Mohan, & Powell, 2002), esta pesquisa explora a eventual associação entre a gestão dos *stakeholders* e a capacidade de captação de recursos nos hospitais sem fins lucrativos e religiosos.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2008/2009, p. 197), “os hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos constituem aproximadamente dois terços do total de unidades hospitalares no Brasil”, servindo comunidades que muitas vezes não têm outra forma de acesso a tratamentos diferenciados. A consistência da sua sustentabilidade depende muito da solidez das relações que são desenvolvidas com as partes interessadas e da gestão do equilíbrio dos vários interesses em presença (Pfeffer, 1973). Por isso e pelo impacto social que essas organizações têm, é de grande relevância compreender a forma como seus gerentes se relacionam com os seus *stakeholders* (Kidwell, 2000).

Nas seções seguintes, faz-se uma revisão da literatura mais relevante sobre a gestão hospitalar, expondo, em seguida, os argumentos e conceitos que sustentam as Teorias dos *Stakeholders* e da Dependência de Recursos. Descreve-se, ainda, o processo metodológico de coleta e análise de dados e a discussão dos resultados. Este trabalho é uma primeira tentativa de entender a associação entre a gestão dos interessados e a capacidade de captação de recursos dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos. Por isso, ao final do trabalho, não apresentam-se conclusões, mas, sim, uma síntese das suas contribuições de investigação, deixando em aberto algumas trajetórias possíveis para futuras pesquisas.

Uma Perspectiva Internacional sobre a Investigação Científica no Âmbito da Gestão Hospitalar

As estruturas hospitalares sempre refletiram (e influenciaram) as sociedades em que se inseriram. Os hospitais “têm papel preponderante a cumprir na construção de um mundo novo, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais para a comunidade” (Colauto & Beuren, 2003, p. 168). A instituição hospitalar tem uma história particularmente rica, muito poucas instituições são tão reveladoras da dinâmica social, cultural, econômica e política envolvente (Ferreira-da-Silva, 2006). Os hospitais são o “reflexo da civilização e o espelho das suas necessidades” (Tenon como citado em Rochaix, 2000, pp. 79-80). E, “apesar da imagem de objetos inamovíveis quer ao nível arquitetônico quer ao nível cultural, resistindo qualquer tentativa de reforma, os hospitais têm mudado continuamente, muito embora essas mudanças constituam muito mais uma reação às circunstâncias que uma atitude de antecipação” (Mckee, Edwards, & Wyatt, 2004, p. 3). Não é de estranhar, então, que os hospitais tenham motivado inúmeras pesquisas na área das ciências empresariais. Na Tabela 1 apresentam-se as ideias-chave de algumas dessas investigações.

Tabela 1

Ideias-chave de Investigação sobre Gestão de Unidades de Saúde

Autores	Ideias-chave da investigação
Aubry, Richer e Lavoie-Tremblay (2014)	A pesquisa-ação participativa em um hospital universitário visou a um novo olhar no estudo do desempenho organizacional na gestão de projetos. Via quadro de valores competitivos, exploraram um mecanismo de governança específica.
Bravi <i>et al.</i> (2013)	Realizaram, em 2009, uma pesquisa em cinco hospitais de uma rede italiana de oncologia para examinar e comparar as opiniões sobre o desempenho da rede hospitalar de <i>stakeholders</i> internos (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo).

Continua

Tabela 1 (continuação)

Autores	Ideias-chave da investigação
Jacobs <i>et al.</i> (2013)	Para os autores, a cultura organizacional varia entre hospitais e ao longo do tempo, e essa variação é, em parte, associada de forma consistente e previsível com uma variedade de características organizacionais e medidas rotineiras de performance.
French e Miller (2012)	Argumentam que um hospital empreendedor é aquele que, explicitamente, busca constituir populações de pacientes e de infraestrutura de cuidados como ativos distintos em busca de objetivos empresariais (em uma província do Canadá).
Yang, Hu e Chou (2012)	Utilizaram o sistema de saúde de Taiwan para investigar as percepções dos <i>stakeholders</i> e opiniões sobre o sistema de saúde.
Pettersen, Nyland e Kaarboe (2012)	Basearam-se em métodos quantitativos e qualitativos para a análise do contexto dos conselhos hospitalares noruegueses e suas funções. Concluíram que os princípios no contexto dos hospitais públicos têm que equilibrar entre forte influência política, modos hierárquicos de governança e discricção dada aos conselhos.
Grafton, Abernethy e Lillis (2011)	Investigaram o projeto de redes obrigatórias do setor público em Vitória, na Austrália, que resultaram na fusão de hospitais metropolitanos em redes hospitalares.
Brickley, Van Horn e Wedig (2010)	Estudaram a composição e a conduta dos gestores em conselhos de hospitais sem fins lucrativos norte-americanos.
Crémadez (2010)	Um contexto de ineficácia e ausência de controle das despesas de saúde na França, na década de oitenta, induziu os hospitais a começarem a introduzir a gestão estratégica, envolvendo os médicos como meio a estimular a mudança na cultura organizacional.
De Vos, Orduñez-García, Santos-Peña e Van der Stuyft (2010)	Pesquisadores analisaram a fundamentação, o processo de intervenção e os resultados das diferentes iniciativas que foram desenvolvidas no hospital Cienfuego, nos tempos da crise severa que Cuba enfrentou, no âmbito socioeconômico, nos anos noventa.
Laudicella, Olsen e Street (2010)	Partiram da ideia de que as organizações de saúde enfrentam geralmente limitadas pressões competitivas que poderiam incentivá-las a adotar o comportamento de minimização dos custos (em hospitais ingleses).
Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto e Simioni (2010)	Destacaram o papel dos líderes diante do conflito na gestão hospitalar existente entre os principais atores (médicos, enfermeiros e administradores) em um hospital privado sem fins lucrativos no Brasil.
Ludwig, Groot e Merode (2009)	As decisões de fazer ou comprar de dez serviços hospitalares diferentes são usadas como variáveis explicativas sobre a eficiência dos hospitais holandeses.
Gonçalves, Boaventura, Costa e Fischmann (2008)	Estudaram a interação dos <i>stakeholders</i> na dinâmica do setor hospitalar do estado de São Paulo, onde procuraram identificar as partes interessadas de maior influência e como seus interesses e suas atitudes determinam a dinamicidade setorial.
Addicott, McGivern e Ferlie (2007)	Analisaram o papel da gestão das redes de profissionais e clínicas como um meio de simplificar e unificar o atendimento ao paciente através das fronteiras organizacionais e profissionais, no Serviço Nacional de Saúde Britânico.
Naranjo-Gil (2006)	Os hospitais públicos constituem uma oportunidade para os contabilistas de gestão afirmarem a sua importância na gestão hospitalar, pois têm os conhecimentos e as competências necessárias para analisar a informação de gestão nos hospitais.
Noh <i>et al.</i> (2006)	Trabalharam a hipótese de que os fatores ambientais, como a competição hospitalar e as características hospitalares como propriedade, desempenham um papel importante na determinação do fechamento de hospitais na Coreia do Sul.
Abernethy e Vagnoni (2004)	Demonstraram que há uma relação inversamente proporcional entre o poder dos médicos e o uso do Sistema de Informação Contabilística nas decisões de gestão.
Abernethy e Lillis (2001)	Examinaram como as escolhas estratégicas influenciam adaptações nos sistemas de medição de estrutura e desempenho de grandes hospitais de ensino público australiano. Há interdependências com a estrutura e o projeto do sistema de medição.

Nota. Fonte: Elaborada pelos autores.

Como mostra a tabela apresentada, há internacionalmente muitas pesquisas sobre a gestão hospitalar, mas pouco se tem investigado sobre os problemas atinentes aos hospitais sem fins lucrativos e de cunho religioso.

Ao longo do tempo e um pouco por todas as partes do globo, as organizações religiosas marcaram presença significativa nos cuidados de saúde. Particularmente, a história dos hospitais está indissociavelmente ligada à ação caritativa religiosa (Barreira, 2002; Femand, 1999; Ferreira-da-Silva, 2006; Gorsky *et al.*, 2002). Os hospitais como fundações religiosas eram intimamente associados com as peregrinações e forneceram cuidados e apoio para aqueles que caíram enfermos enquanto realizavam tais atividades religiosas (Turner, 2006). Pela sua natureza, esses hospitais tendem a ser financeiramente deficitários, necessitando muito frequentemente de apoio benemérito para assegurarem o seu funcionamento e continuidade. Mas parece não haver uma explicação clara sobre a maior ou menor capacidade desses hospitais angariarem contribuições voluntárias da sociedade.

Quadro Teórico de Referência: Triangulação da Teoria dos *Stakeholders* e da Teoria da Dependência de Recursos

Há 30 anos, um grupo crescente de acadêmicos e profissionais de gestão tem promovido experiências com conceitos e modelos que facilitam a compreensão do complexo ambiente dos negócios no mundo contemporâneo (Parmar *et al.*, 2010). Entre esses, está a perspectiva dos *stakeholders* para a estratégia, que surgiu em meados da década de 1980. A base desse movimento foi a publicação da obra *A Stakeholder Approach to Strategic Management*, de Freeman (1984).

O trabalho de Freeman (1984) apresenta o modelo de participação como um mapa em que a empresa é representada no centro de uma roda e as partes interessadas estão nas extremidades dos raios (Frooman, 1999). Esse modelo poderá ajudar a explicar a interação entre os hospitais religiosos com as várias partes interessadas. A definição clássica de Freeman (1984) estabelece que um interessado de uma empresa possa ser qualquer grupo ou indivíduo que possa afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos da organização. Entretanto aqueles que podem afetar uma empresa nem sempre são os mesmos que podem ser afetados por ela (Fassin, 2009). Portanto, não há acordo sobre o que ele chama “o princípio de quem ou o que realmente importa” (Mitchell, Agle, & Wood, 1997, p. 855). Ou seja, quem (ou o quê) são as partes interessadas da empresa? E em quem (ou no quê) os gestores prestam atenção? (Mitchell *et al.*, 1997). Há, portanto, ambiguidades claras na literatura sobre os conceitos básicos do modelo, da teoria, da análise e da gestão dos *stakeholders* (Fassin, 2009). Apesar de ser uma teoria bastante intuitiva, as críticas apontadas colocam-se sobretudo no âmbito dos erros interpretativos – distorções ou equívocos introduzidos por investigadores simpatizantes da teoria. Nesse sentido, é importante que os investigadores estejam conscientes disso e reconheçam as limitações da teoria (Phillips, Freeman, & Wicks, 2003).

Donaldson e Preston (1995) forneceram três tipos de abordagens fundamentais para análise e uso da Teoria dos *Stakeholders*: descritiva/empírica, instrumental e normativa. A teoria é usada para descrever e explicar as características específicas das empresas e seus comportamentos, em particular como as organizações gerenciam ou interagem com as partes interessadas. Essa abordagem pode contribuir para explicar o comportamento de um hospital religioso quanto à forma de interagir com a sociedade. Usos instrumentais da teoria (Jones, 1995) fazem uma conexão entre as partes interessadas e a realização dos objetivos corporativos tradicionais, como a rentabilidade. Apesar de os hospitais religiosos não terem fins lucrativos, a angariação de recursos é condição necessária para garantir a continuidade da sua missão de servir a sociedade. A abordagem normativa (Donaldson & Preston, 1995) é usada para interpretar a função da corporação, incluindo a identificação de diretrizes morais ou filosóficas nas operações e gestão das organizações, prescrevendo como elas devem tratar os seus *stakeholders*. Esse componente normativo da teoria (Phillips *et al.*, 2003) desempenha um papel central no conceito de legitimidade, distinguindo os interessados normativos (aqueles com os quais a empresa tem obrigação moral), as partes interessadas derivadas (aquelas com as quais as organizações não têm

obrigação moral, mas que podem afetar a organização) e partes interessadas perigosas (aquelas que não possuem uma relação legítima com a organização, mas que ainda assim podem afetá-la). Essa abordagem pode ser útil na distinção e agrupamento dos *stakeholders* dos hospitais religiosos, ajudando a identificar as estratégias de atuação/gestão mais adequadas a cada tipologia de *stakeholder*.

A proposta de Mitchell, Agle e Wood (1997) é de que as classes de *stakeholders* podem ser caracterizadas pela posse de um, dois ou todos os três dos seguintes atributos: o poder dos interessados de influenciar a empresa; a legitimidade do relacionamento do *stakeholder* com a organização; e a urgência, isto é, o grau em que os interessados reivindicam a chamada de atenção imediata por parte do negócio. Esses atributos seriam úteis no desenvolvimento de um mapa de *stakeholders* para que a administração soubesse exatamente a quem ela deve prestar atenção, o que interessa e de que maneira (Smudde & Courtright, 2011). Essa caracterização das partes interessadas, isoladamente ou em complemento com a caracterização anterior proposta por Phillips, Freeman e Wicks (2003), pode ser de grande utilidade para os hospitais religiosos sem fins lucrativos. Sendo organizações extremamente dependentes de legitimidade social, de recursos financeiros avultados e de recursos humanos altamente especializados, a quem o estatuto profissional confere elevado poder, um mapa dos *stakeholders* poderá facilitar a definição e implantação eficiente e eficaz de estratégias de relacionamento que promovam a sua sustentabilidade e/ou sobrevivência.

Frooman (1999) procurou investigar duas questões sobre as estratégias de influências dos interessados. (a) Quais são os diferentes tipos de estratégias de influências? Aqui o autor identificou quatro tipos: retenção de um recurso vital na fonte direta ou numa fonte indireta e condicionamento direto ou indireto do modo de utilização do recurso. Na estratégia de retenção, os *stakeholders* param de fornecer os recursos na expectativa da mudança de comportamento da organização. Porém, na de condicionamento da utilização, as partes interessadas vão impor certas condições, para continuar o fornecimento de recursos, à organização (Frooman, 1999; Hoffmann, Procopiak, & Rosseto, 2008). E (b) quais são os determinantes da escolha da estratégia de influência? Basicamente, a escolha da estratégia de influência será sujeita ao nível de dependência da empresa face ao recurso e/ou ao nível de poder e/ou dependência do *stakeholder* sobre o recurso. Portanto, pode-se encontrar quatro tipos de relações baseadas nos recursos: poder das partes interessadas, de alta interdependência, de baixa interdependência e da empresa. No caso dos hospitais, os atores produtores e portadores de conhecimento científico médico, nomeadamente indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e os próprios profissionais de saúde, são controladores de recursos vitais para os hospitais, o que lhes confere um amplo poder na relação que desenvolvem com o hospital. Mas a especialização médica e a evolução da tecnologia médica tornam a prática médica isolada cada vez menos viável e, conseqüentemente, os profissionais estão também cada vez mais dependentes de organizações como os hospitais para poder praticar a sua profissão. A complexidade e a dinâmica dessas relações/interdependências impõem uma gestão das partes interessadas mais deliberada, mais planejada e menos *ad hoc*.

Segundo Parmar *et al.* (2010), a perspectiva dos *stakeholders* surgiu como uma nova narrativa para compreender e solucionar três problemas de negócios interconectados: o problema da compreensão de como o valor é criado e comercializado; o problema de conexão da ética e do capitalismo; e o problema de como auxiliar os gestores a pensarem sobre a gestão de tal forma que os dois primeiros problemas sejam abordados. Smudde e Courtright (2011) percebem a Teoria dos *Stakeholders* como uma função organizacional holística baseada na retórica e na preocupação com a resposta a três questões fundamentais: (a) Como são criadas as partes interessadas? (b) Como as relações com os *stakeholders* podem ser mantidas? E (c) como as relações com os vários interessados podem ser melhoradas? A argumentação de Fassin (2012) é que, enquanto uma empresa afeta ou pode afetar as partes interessadas, os interessados também podem afetar a empresa. Assim, as primeiras correntes da Teoria dos *Stakeholders* são acusadas de terem negligenciado a natureza recíproca de responsabilidade, argumentou ainda. Na sua análise das relações, Fassin (2012) pressupõe que o atributo da reciprocidade dos *stakeholders* provavelmente pode ser restrito às partes interessadas reais, rotuladas, por ele, como *stakeowners*: os interessados genuínos com uma participação legítima, os parceiros fiéis que se esforçam para se beneficiarem mutuamente. Assim, sendo uma teoria cujo cerne é a ideia de que o valor

econômico é criado por pessoas que, como voluntárias, reúnem e cooperam para melhorar as condições de todos (Freeman, Wicks, & Parmar, 2004), tem potencial para explicar a gestão dos *stakeholders* nos hospitais religiosos sem fins lucrativos.

Dentro da perspectiva de organizações como sistemas abertos, a Teoria da Dependência de Recursos (Pfeffer & Salancik, 1978) – cujo foco central é visualizar as organizações e seu contexto externo dentro de uma perspectiva de dependência de recursos, mais precisamente na década de 1970, consolidava-se na Stanford University (EUA). Essa proposta tem como cerne a necessária compreensão do comportamento das empresas dentro do seu contexto ambiental (Martins, 2005) e sua base é a ideia de que “as decisões são tomadas dentro das organizações, ou seja, dentro do contexto político interno das mesmas, e se relacionam com condições ambientais enfrentadas por elas” (Rossetto & Rossetto, 2005, p. 8). Dessa forma, os aspectos teóricos da Dependência de Recursos têm potencial para, também, contribuir com a gestão dos *stakeholders* em hospitais sem fins lucrativos de cunho religioso.

Desde a publicação de Pfeffer e Salancik (1978) – *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, essa teoria tornou-se uma das mais influentes na teoria organizacional e gestão estratégica (Hillman *et al.*, 2009). A Dependência de Recursos reconhece a influência de fatores externos sobre o comportamento organizacional e assume que, embora limitados pelo seu contexto, os gestores podem agir para reduzir a incerteza ambiental e a dependência (Alves, *et al.*, 2004; Hillman *et al.*, 2009). Nos hospitais filantrópicos e religiosos, com significativa dependência de recursos voluntários, a redução da incerteza externa parece ser relevante.

A existência das empresas está constantemente em questão, e a sobrevivência delas tem sido um problema, porque “recursos escassos estão disponíveis no ambiente e a organização interage com aqueles que possuem ou dominam as fontes de recursos” (Bignetti & Paiva, 2002, p. 108). Como os gestores conseguem garantir a sobrevivência de sua organização? A Dependência de Recursos procura dar condições teóricas para responder a essa questão, pois ela “concentra a análise no fluxo de recursos críticos e escassos” (Alves *et al.*, 2004, p. 282).

Pfeffer (1973), ao analisar os Conselhos de Administração Hospitalar, verificou que o tamanho do conselho de direção estava relacionado com os requisitos para a ligação bem-sucedida com o meio ambiente e com a sua função. A sua composição foi relacionada com o contexto social em que a organização é incorporada, bem como com a sua função. Alguns hospitais (Pfeffer, 1978) são dependentes de sua comunidade local para financiamento e apoio, enquanto outros são menos dependentes. A função e composição do conselho (Pfeffer, 1973) têm um impacto na capacidade do hospital em buscar apoio comunitário e na capacidade em atrair recursos do ambiente externo. Em trabalho anterior, Pfeffer (1972a) considerou o tamanho do conselho e a sua composição como variáveis dependentes relacionadas às contingências ambientais enfrentadas pela organização (Pfeffer, 1978). Pfeffer (1972a) descobriu que o tamanho do conselho estava relacionado com o tamanho da organização e, portanto, os requisitos de cooptação e a percentagem de pessoas oriundas de organizações financeiras no conselho foram relacionados à estrutura de capital e à posição financeira da organização. Portanto, os vínculos sociais com organizações externas são importantes para a organização como um meio de estabilizar o ambiente e garantir o intercâmbio de recursos favoráveis (Pfeffer, 1978). A organização age sobre seu ambiente na tentativa de reduzir a dependência de certos recursos e manter a independência sobre outros recursos (Bryant & Davis, 2012). O ato de compartilhar membros dos conselhos, que, segundo Martins (2005), é conhecido como um modo de cooptação, é uma forma genérica de administração do ambiente externo através dos *outsiders* (representantes externos) em posições estratégicas nas organizações.

Um conselho em bom funcionamento, a partir de uma perspectiva da Dependência de Recursos, é bem-sucedido quando se garante a capacidade da instituição de arrecadar recursos (Callen, Klein, & Tinkelman, 2010). Ao contrário, como foi dito antes, por Pfeffer (1978), aquele que não representa os interesses políticos e sociais da comunidade ou não coopta significativas elites financeiras e políticas não é suscetível de ser eficaz. Segundo David e Zakus (1998), de acordo com a Teoria da Dependência de Recursos, a cooptação, as fusões (verticais, horizontais ou de diversificação) e outros mecanismos que exercem menos controle direto (como conselhos interligados, contratos de longo prazo, *joint*

ventures, associações e redes de cooperações) são maneiras que as organizações de serviços de saúde (governamentais, privadas ou voluntárias) podem trabalhar para controlar o seu ambiente e resolver questões relacionadas com as necessidades de recursos; todas elas podem ser utilizadas para prever seu comportamento e explicar suas interações com outras pessoas em seu ambiente.

Segundo Aldrich (1976), o acesso aos recursos externos é um problema especialmente crítico para as organizações de serviços sociais – organizações públicas e privadas sem fins lucrativos que são relevantes para uma comunidade ou porque são empregadores ou por causa dos serviços que prestam – uma vez que seu mercado não está claramente definido e seu produto, o *output*, às vezes é difícil de avaliar para o consumidor.

O modelo dos interessados de Freeman (1984) mostra não só um relacionamento, mas expressa também dependência e reciprocidade em influência – uma vez que cada um pode afetar o outro em termos de danos e benefícios, bem como de direitos e deveres, e não necessariamente com a mesma intensidade (dependendo do poder e da sensibilidade para influenciar) nem mesmo com o mesmo grau de relevância e impacto, pois nem todos têm o mesmo peso, e as apostas e os riscos podem variar consideravelmente (Fassin, 2008).

Face ao exposto, ao olhar a problemática em estudo por meio das **lentes** das teorias do *Stakeholders* e da Dependência de Recursos, a hipótese pode ser formulada nos seguintes termos: a capacidade de angariação de contribuições financeiras voluntárias dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos está positivamente associada à sua capacidade de gerir a relação com os seus *stakeholders* e equilibrar os vários interesses em presença.

Metodologia

O objetivo geral desta pesquisa é a compreensão de um aspecto do mundo social e, por isso, optou-se por uma metodologia de natureza qualitativa. Essa opção respeita, também, um posicionamento epistemológico segundo o qual entende-se o processo de pesquisa como de aprendizagem, em que o aprendiz/investigador é também um construtor do conhecimento, em vez de um mero receptor. Nessa perspectiva da recolha e tratamento dos dados, o que espera-se obter é uma representação da realidade, e não a realidade em si.

A pesquisa qualitativa é ótima para conhecer o **como** e o **porquê** (Yin, 1994), em vez de questões de **quantos**, para compreender o mundo a partir da perspectiva dos sujeitos pesquisados e pela análise e articulação dos processos (Pratt, 2009). Esse tipo de pesquisa tem duas características: o pesquisador é o meio através do qual o estudo é realizado e o efeito é aprender sobre algum aspecto do mundo social (Rossman & Rallis, 2012). Assim, proporciona ao pesquisador um envolvimento estreito com a realidade estudada, desenvolve a atenção para o processo e estimula uma compreensão crítica e reflexiva dos fenômenos (Parker, 2012).

A opção por dois estudos de casos comparativos permite aproveitar a riqueza de dados proporcionada pelos estudos de casos e evidenciar potenciais associações entre a gestão dos *stakeholders* e a capacidade de angariação de contribuições voluntárias dos hospitais religiosos. As unidades de análise são os dois (únicos) hospitais sem fins lucrativos e de origem religiosa localizados na microrregião de Araxá/MG, que conta com 204.475 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], n.d.): o Hospital 1 oferece 11 equipes médicas de diferentes especialidades; o Hospital 2 dispõe de um corpo clínico com mais de 30 médicos em 13 especialidades. O nível de complexidade dos hospitais é idêntico e ambos oferecem plantão médico 24 horas por dia. Sendo hospitais estruturalmente idênticos, com missão, dimensão, estrutura técnica, recursos humanos e materiais idênticos, partilhando a mesma envolvente e competindo indiretamente pelas mesmas fontes de financiamento, entre as quais as contribuições voluntárias, o estudo comparativo desses casos afigura-se como uma oportunidade de desenvolver a Teoria dos *Stakeholders*. Os casos em estudo não

pretendem ser representativos de qualquer população, pois o objetivo não é testar a teoria, mas sim explorar oportunidades de a desenvolver (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Dados

Analisando as unidades de investigação (Hospital 1 e Hospital 2), foi verificado que, em ambos os hospitais, evidencia-se uma estrutura hierárquica com concentração de poder de decisão nos conselhos de direção, em especial no provedor (Hospital 1) ou presidente (Hospital 2). A teoria revela que o tamanho, a função e a composição dos conselhos de administração constituem fatores para uma ligação bem-sucedida com o meio ambiente (Pfeffer, 1973). Desse modo, seria importante que o provedor (Hospital 1) e o presidente (Hospital 2), sendo duas personalidades com elevada concentração de poder dentro dessas organizações, estivessem conscientes do impacto de suas decisões sobre os principais interessados (Freeman & Reed, 1983). Deles se espera que sejam capazes de mapear equilibradamente o poder e a participação de cada grupo de interesse.

Ambos os hospitais prestam serviços contratualizados com o Estado, no entanto o Hospital 1 o faz em âmbito federal, estadual e municipal, enquanto o Hospital 2, apenas em federal e estadual. O Hospital 1 tem 94 leitos e 246 trabalhadores, e o Hospital 2, 55 leitos e 250 trabalhadores.

No Hospital 1, os membros do conselho de administração devem fazer parte da associação e, para isso, é exigida uma contribuição de associado. Há uma mesa administrativa composta por três membros: provedor, secretário e tesoureiro. O mandato é de dois anos, com direito a uma reeleição. Há um conselho fiscal, também com três membros e seus suplentes. Não há remuneração. No Hospital 2, o conselho de administração é constituído por voluntários mais antigos e mais próximos de seu fundador, com mandato de quatro anos, sendo: presidente, vice-presidente, diretor administrativo e diretor-tesoureiro. Há, também, um conselho fiscal e um mantenedor, cujos membros são constituídos, ainda, por voluntários e pessoas influentes da sociedade, como empresários e funcionários de instituições financeiras.

Em ambos os hospitais, é clara uma predisposição para aumentar a disponibilidade de leitos, pois, no Hospital 1, está prevista, com a construção atual da ala vertical, a implantação de 44 novos leitos, e, no Hospital 2, há um projeto de ampliação, em que uma ala já está com a estrutura de alvenaria pronta, para 15 leitos. Nenhum deles está credenciado como de alta complexidade, porque ainda não possuem recursos tecnológicos avançados e infraestrutura para esse fim em nenhuma especialidade. O Hospital 1 está empenhado em se credenciar no campo da ortopedia, e o Hospital 2, no campo da neurologia, pois assim o Sistema Único de Saúde (SUS) melhorará a sua remuneração, por oferecerem atendimentos de alta complexidade. Em termos de dimensão e **estrutura produtiva**, não há diferenças significativas.

Recolhimento de dados

Após a análise de documentos, internos e externos, recolhidos quer em fontes externas à organização quer internamente nos próprios hospitais, procedeu-se a recolha de dados através das entrevistas semiestruturadas com os presidentes dos conselhos de administração dos hospitais: o presidente do Hospital 1 (PH1) tem formação acadêmica superior e exerce o cargo há quatro anos; o presidente do Hospital 2 (PH2) não tem formação acadêmica superior e exerce o cargo há 34 anos, tendo sido o fundador do hospital. Para nortear as entrevistas e minimizar a indução a viés, foi utilizado um roteiro de entrevista. As entrevistas foram realizadas nas dependências dos hospitais, tiveram duração similar e foram registradas em vídeo. O processo de transcrição dos dados e geração das informações aconteceu de forma lenta. Primeiro, dedicou-se tempo apenas para ouvi-los. No segundo passo, foram transcritos, na íntegra, através de um processo lento e gradual. Foi notória a franqueza e abertura dos entrevistados, o que permitiu confiança na fiabilidade dos dados recolhidos.

Em ambos os hospitais, foi solicitada autorização para alargar as entrevistas ao corpo clínico (médicos e enfermeiros), aos utentes dos hospitais e aos principais doadores/contribuintes voluntários. No entanto essa autorização não foi concedida, tendo sido alegado, em ambos os casos, que poderia perturbar o funcionamento do hospital e que a lista de doadores voluntários não poderia ser fornecida sem autorização prévia deles, o que implicaria grande trabalho administrativo e poderia gerar equívocos.

Mas, apesar dessa recusa, ambos os hospitais se mostraram disponíveis para colaborar em futuras investigações, tendo sido mostrada preferência por questionários anônimos.

Análise e discussão dos resultados

Da análise dos dados, ressalta um grande contraste relativo à origem das fontes de financiamentos dos dois hospitais. O Hospital 1 tem o Estado como grande fonte de recursos, em que o SUS representa 85% dos atendimentos e a prefeitura municipal remunera os plantões médicos. No Hospital 2, o SUS representa 90% dos atendimentos, mas o município não contribui com recursos financeiros. Esses dados indicam que, à partida, existe uma maior dependência de contribuições voluntárias na segunda instituição. Essa realidade vai ao encontro da descrita em Pfeffer (1978), pois, segundo o autor, o nível de dependência dos hospitais face à sua comunidade local para financiamento e apoio é muito variável. Nessas circunstâncias, o conselho de administração do Hospital 2 assume um papel fundamental para garantir os recursos necessários. Os dados confirmam a maior eficácia do Hospital 2 na captação de contribuições financeiras voluntárias para o financiamento de suas atividades.

Analisada a missão dos hospitais, ainda que não sejam evidentes diferenças significativas, percebe-se que o Hospital 2 assume uma orientação mais humanitária e menos empresarial.

Missão do Hospital 1: Oferecer assistência à saúde, com responsabilidade social, qualificação e comprometimento dos colaboradores, de forma segura e confiável, com excelência no atendimento.

Missão do Hospital 2: Ter um reconhecimento abrangente, promover a permanente satisfação dos usuários, ser um hospital humanizado e autossustentável.

O Hospital 1 assume explicitamente a **responsabilidade social** como um valor da organização, revelando assim a assimilação do modelo da Responsabilidade Social Corporativa (RSC – *Corporate Social Responsibility*). Contudo, na argumentação de Moutchnik (2013), a ideia de RSC é provavelmente supérflua. Se a organização responde às necessidades e aos interesses das partes envolvidas, então, não há necessidade de uma abordagem independente de RSC, já que esta está implícita no modelo dos *stakeholders*. O autor (2013, p. 6) argumenta que “a RSC é construída sobre falsas distinções conceituais, tais como (1) fatos e valores; (2) ética e negócios; (3) social e econômica; (4) empresarial e social; entre outros”. É quase um pedido de desculpas pelo fato de o negócio ser sobre o dinheiro e interesse próprio, de tal modo que se torna necessária alguma compensação **social**. Dentro dessa lógica argumentativa, se os negócios forem encarados como processos de criação de valor para todas as partes interessadas, a RSC torna-se simplesmente redundante. A narrativa da RSC suporta implicitamente a antiga narrativa do negócio, já que perspectiva a responsabilidade social como algo independente de, e externo ao, **negócio**.

Seguindo essa argumentação, o Hospital 1 sustenta a antiga narrativa dos negócios, enquanto o Hospital 2 incorpora a **nova** narrativa. No entanto o que aqui verdadeiramente importa é que, implícita ou explicitamente, ambos os hospitais olham os interesses das partes interessadas como integrantes da sua razão de existir.

Voltando aos argumentos de Pfeffer (1973), segundo os quais a função e composição do conselho de administração têm um impacto na capacidade de obter apoio da comunidade e sobre a eficácia organizacional, definida como a competência de atrair recursos do meio ambiente, pode-se avançar com a hipótese de que a maior habilidade do Hospital 2 de atrair contribuições financeiras da sociedade pode estar relacionada com a função e composição do seu conselho de administração. O apoio da sociedade ao Hospital 2 é função do seu histórico, “está na credibilidade do trabalho realizado” (PH2). Acontece

o mesmo com os visitantes: “A Casa tem uma credibilidade muito grande com os caravaneiros. Eles confiam plenamente no nosso trabalho. A credibilidade é a base. A gente tem que passar isso para as pessoas. Se não passar elas ficam desanimadas, não vestem a camisa.” (PH2). Inúmeras caravanas, de norte a sul do Brasil, visitam essa instituição motivadas pelo histórico social e religioso que ela representa no contexto turístico-regional e que tem se fortalecido pelo perfil carismático de seu fundador.

Porém, como o Hospital 1 (85% de SUS) é dependente do município, avança-se com a hipótese de a comunidade não perceber a necessidade de contribuir financeiramente para a sua atividade. No entanto, se a prefeitura não repassar ou atrasar o repasse financeiro, os médicos não receberão seus plantões. Nesse caso, o conselho precisa agir no ambiente externo na tentativa de reduzir o grau dessa dependência. Pela análise dos dados, o conselho do Hospital 1 não tem conseguido ser eficaz nesse desiderato.

Enquanto, no Hospital 2, a presença do seu fundador no conselho propicia a angariação de recursos via contribuição voluntária da comunidade, o Hospital 1 não consegue dinamizar as atividades de sua Associação das Amigas e do Conselho Comunitário, embora ambos tenham sido criados para angariar recursos junto à comunidade: a Associação das Amigas do Hospital 1 é constituída por voluntárias, “mas está meio adormecida, não tem funcionado como deveria.... O objetivo é a captação de recursos – está precisando de toalhas, elas fazem uma campanha para isso.... Há três anos que não tem uma campanha” (PH1). Ocorre o mesmo com o Conselho Comunitário, que não saiu do papel: “eu não vi nem um membro. A ideia era que os presidentes das associações dos bairros fizessem parte desse conselho por serem representantes da população.” (PH1).

A Tabela 2 demonstra o grau de dependência/capacidade negocial dos hospitais face a cada fonte de recurso. O Hospital 1 é altamente dependente do Estado, pois, além das subvenções dos governos federal e estadual, depende, também, do município. Há, portanto, uma dependência política. Para Pfeffer (1972a), os hospitais que obtêm a maioria de seus recursos do governo federal, já que não são tão diretamente dependentes da comunidade local para o apoio, não são tão propensos a explorar todas as formas de articulação, incluindo a representação regional ou subgrupo de interesses. Se quem remunera os plantões médicos é o município e há evidente dependência política, torna-se, assim, prudente minimizar o risco.

Tabela 2

Grau de Dependência/Capacidade Negocial de Cada Fonte de Recurso

Hospital 1	Hospital 2
O SUS remunera apenas 55% dos gastos com o paciente (do total dos atendimentos, 85% são do SUS). O município remunera 100% dos plantões médicos, o que proporciona uma grande dependência política da esfera municipal. Alto grau de dependência do Estado para melhorias das instalações e compras de equipamentos.	A maior fonte é o SUS (90% dos atendimentos), “mas ele não consegue financiar a folha de pagamento” (PH2). O repasse é muito baixo. Alto grau de dependência da comunidade, dos caravaneiros e das empresas. Alto grau de dependência do Estado para melhorias das instalações e compras de equipamentos.

Nota. Fonte: Elaborada pelos autores.

Embora não receba contribuições de recursos financeiros dos municípios, o Hospital 2 apresenta igualmente uma grande dependência do Estado. O conselho, através do fundador da Casa, tem conseguido, também, o apoio da comunidade da região, mas os municípios, mesmo ao estabelecerem uma relação de interesse com esse hospital, pois enviam diariamente pacientes para serem tratados, não o apoiam: “Eles não dão a mínima para a saúde. Eles despacham o povo pra cá e pronto, eles querem ficar livres e não podem auxiliar. Eu não conto com eles, senão é decepção.” (PH2). Quando a situação foge do controle, o Hospital 2 recorre à Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração (CBMM): “A

CBMM não ajuda com dinheiro fixo. Mas ela nunca nos deixou na mão. Quando a coisa aperta eu recorro a ela” (PH2).

Os dois hospitais reconhecem que os principais *stakeholders* são os médicos, as empresas e a comunidade. Comparada essa lista de *stakeholders* com a proposta por Gonçalves *et al.* (2008) (Tabela 3), a visão dos administradores dos casos em análise irá parecer uma percepção estreita da realidade.

Tabela 3

Lista dos *Stakeholders* do Setor Hospitalar do Estado de São Paulo

1. Indústria farmacêutica	2. Indústria de equipamentos médicos	3. Indústria de material médico-hospitalar	4. Saúde suplementar
5. Instituições de pesquisa	6. Ministério da Saúde	7. Sistema Único de Saúde (SUS)	8. Médicos
9. Pacientes	10. Sindicatos	11. Organizações Não Governamentais (ONGs)	12. Instituições financeiras
13. Imprensa	14. Concorrentes	15. Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo (AHESP), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional Hospitais Privados (ANAHP), Conselho Regional de Enfermagem (COREN), etc.)	16. Outros (especificar)

Nota. Fonte: Adaptado de Gonçalves, P. C., Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., & Fischmann, A. A. (2008). Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo (p. 93). *Revista de Administração FACES Journal*, 7(2), 84-101.

Ambos os conselhos de administração evidenciam, assim, uma percepção pouco estruturada da rede de interessados nas organizações que administram, podendo, conseqüentemente, não perceber que podem funcionar como a ligação com os *stakeholders* (Pfeffer, 1972a). Nesse contexto, é pertinente perguntar como podem gerir os interessados, se não há a sua identificação prévia. Essa questão é esclarecida se entendido que a gestão dos *stakeholders* pode existir num modo mais intuitivo e espontâneo, ou seja, não tem necessariamente de ser deliberada, tal como, aliás, é reconhecido na literatura sobre estratégia empresarial (Mintzberg, 1987).

Existem várias estratégias que as organizações podem empregar para reduzir a incerteza do ambiente e torná-lo mais generoso (Pfeffer, 1972b). Uma delas é a estratégia de cooptação (Selznick, 1949 como citado em Pfeffer, 1972b) utilizada para “acesso a novos recursos, informações, desenvolvimento de comitês interfirmas e estabelecimento de legitimidade de mercado” (Martins, 2005, p. 104). Assim, as empresas que enfrentam as mesmas dependências ambientais são mais propensas a usar as mesmas estratégias de cooptação (Hillman *et al.*, 2009). É evidente que, em maior ou menor grau, os dois hospitais necessitam do apoio da comunidade. Entretanto eles não estão propensos a usar as mesmas estratégias para reduzir a incerteza do ambiente externo (Tabela 4), em especial a dependência relativa às fontes de financiamento.

Tabela 4

Estratégias para Reduzir a Incerteza do Ambiente Externo

Hospital 1	Hospital 2
<p>“Eu não vou lhe falar qual é a receita (estratégia) porque eu não tenho. Não temos dinheiro para pagar o 13º salário dos funcionários do Hospital 1. Esse mês entrou um recurso de um convênio grande e nós já estamos providenciando o pagamento do 13º. Só Deus mesmo. Deixamos de pagar alguns fornecedores para remunerar os funcionários. Eu não posso deixar esse povo sem receber. Quando eu cheguei aqui eu deixei de pagar férias do pessoal, não tinha dinheiro. Hoje está tudo em dia. Se por ventura o prefeito não repassar mais, vai fechar essa torneira, mas abrirão outras. A própria CBMM deixa muito claro que não vão nos deixar na mão. O Grupo Z não ajuda. A CVRD (Mineração) não auxilia em nada. Se isso vier a acontecer, nós teremos que rever todas essas fontes.” (PH1)</p> <p>“O que fazemos é só repassar a verba. Se isso acabar, vamos ter que buscar recursos. Já falei para os médicos que o Hospital 1 não tem condição de pagar o que eles estão recebendo hoje.” (PH1)</p> <p>“Essa situação ruim, de hoje, foi causada por eles mesmos”, pois nas eleições os médicos levantaram a bandeira da oposição e o prefeito se reelegeu. (PH1)</p> <p>“E o prefeito é muito vingativo. Você pode ter a sua preferência, mas não precisa sair gritando e pulando.” (PH1)</p> <p>“Eu não posso brigar com o prefeito por causa de um funcionário que levantou a bandeira de outro partido. Preciso ser político. Quando eu cheguei aqui, eu conseguia recurso com a prefeitura, com a Câmara Municipal, e olha que eu não sou amigo deles.” (PH1)</p> <p>“O social, por sermos filantrópicos, quando eu cheguei aqui o Hospital 1 prestava muito serviço que não era contabilizado. O mais importante é contabilizar. Lógico que divulgar, mas eu tenho certo receio dessa divulgação. Eu não gosto disso. Atendemos de graça. O Hospital 1 está aqui é para isso. Quando dá, nós fazemos. Como eu já falei: 40 tomografias de graça. O social nós conseguimos. O econômico, muito difícil.” (PH2)</p>	<p>“O objetivo é buscar a sustentabilidade, pois o público do hospital é a população de baixa renda, sendo mais de 90% dos atendimentos custeados pelo SUS, com financiamento muito baixo, não proporcionando um atendimento digno e humanitário.” (PH2)</p> <p>Como os municípios da microrregião de Araxá não colaboram, “eu conto com a comunidade da região, pois as pessoas da comunidade destas cidades ajudam muito.” (PH2)</p> <p>“O Hospital 2 sobrevive basicamente através de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) e de doações espontâneas oriundas da comunidade e de empresas comprometidas com o social que acreditam na seriedade e transparência do trabalho.” (PH2)</p>

Nota. Fonte: Elaborada pelos autores.

Ao procurar diversificar as fontes de financiamento (por exemplo, constituição de empresas independentes como restaurantes), o Hospital 2 revela uma atitude proativa na tentativa de reequilibrar as relações de poder com os *stakeholders* face aos quais o grau de dependência é significativo. No entanto essas iniciativas são ainda incipientes e não conseguem obter resultados visíveis – “os restaurantes estão no começo” (PH2). Outra medida interessante é a fidelidade de contribuições voluntárias via CEMIG, pois as pessoas pagam uma quantia mensalmente, na conta de luz, que se torna uma renda fixa para a Casa. Para as empresas, existe o programa **empresa amiga**. Paralelamente, há uma estratégia de comunicação com a comunidade. O Hospital 2 divulga as suas atividades na internet e, ao mesmo tempo, estabelece uma conexão direta com a comunidade em termos de apoio.

Contrariamente, o Hospital 1 revela insegurança face à comunicação e ao relacionamento virtual com a comunidade: “Lógico que divulgar é importante, mas eu tenho certo receio dessa divulgação. Eu não gosto disso. Atendemos de graça.” (PH1). Além disso, não se percebe que exista uma estratégia clara de captação de novas fontes de financiamento, apesar da consciência revelada quanto à excessiva dependência dos apoios municipais: “Aqui, quando o prefeito [médico eleito 2009/2012 – reeleito para 2013/2016] assumiu, a intenção dele foi acabar com tudo. Inclusive dissolver o corpo clínico, pois ele disse que ia resolver o problema do Hospital 1.” (PH1). No entanto a realidade recente mostra que o conselho não tem garantido a captação de recursos e, apesar de um grande empresário fazer parte do conselho, “ele não contribui com nada” (PH1) e as remunerações dos médicos continuam sendo da responsabilidade do prefeito, que sempre as assumiu, embora estejam com dois meses de salários atrasados.

Para Pfeffer (1972a), os conselheiros poderão ter contatos no mundo dos negócios e círculos financeiros úteis para levantar dinheiro ou contatos políticos que podem ser úteis para um hospital contar com fundos públicos, quer para operações ou despesas de capital. Os membros do conselho podem ser selecionados, também, para representar vários consumidores ou outros grupos interessados na comunidade. O do Hospital 1 compõe-se de pessoas influentes, proprietários e gerentes de grandes empresas, mas não há uma política explícita que visa angariar recursos. O que tem sido útil, realmente, são os contatos políticos. Mesmo assim, no âmbito municipal, têm ocorrido grandes inconvenientes quanto à remuneração dos plantões médicos. “Os médicos são de responsabilidade do prefeito, que sempre assumiu. Está com dois meses atrasado. O que fazemos é só repassar a verba. Se isso acabar, vamos ter que buscar recursos” (PH1). No Hospital 2, há uma relação de confiança sólida entre a comunidade e o fundador da instituição. Tudo indica que isso ocorre por confiarem no trabalho e perceberem uma reciprocidade nos interesses. Outra hipótese é a de por ser de domínio público a não contribuição municipal para essa instituição.

Enquanto o Hospital 2 tem a marca explícita do social, traduzindo-se numa relação de grande proximidade com a comunidade, o Hospital 1 parece não conseguir justificar a não divulgação de suas ações sociais.

Considerações Finais

Suportado na argumentação da Teoria dos *Stakeholders* e da Teoria da Dependência de Recursos, este estudo teve como objetivo compreender a potencial associação entre a gestão dos *stakeholders* e o sucesso de captação de contribuições financeiras voluntárias da comunidade para os hospitais religiosos e sem fins lucrativos. Procurou-se, igualmente, fornecer evidências de práticas sobre a gestão dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos para enriquecer a compreensão de um setor que enfrenta problemas de gestão e de financiamento muito específicos. Em ambos os casos, os administradores reconhecem apenas os médicos, as empresas e a comunidade como *stakeholders* principais. Comparada essa lista de interessados com os identificados em Gonçalves *et al.* (2008, p. 93), pode-se classificar a percepção dos administradores sobre as partes interessadas como reducionista e, conseqüentemente, torna-se pertinente colocar a questão: como podem gerir os interessados se não há a sua identificação prévia?! No entanto, como o estudo foca essencialmente as contribuições voluntárias recebidas da comunidade e dado que, em ambos os hospitais, a comunidade foi reconhecida como uma parte interessada, a questão de investigação manteve-se oportuna. Esta pesquisa revela que, em ambos os hospitais, existe sobretudo uma estratégia de atuação e gestão implícita dos *stakeholders*, suportada, também, numa identificação implícita e espontânea dos *stakeholders*, ou seja, a relação com os *stakeholders* é intrínseca ao próprio negócio e missão da organização. Não foi captada evidência de instrumentalização dessa relação, ou seja, mais do que a narrativa da RSC, revelou-se uma narrativa da gestão das partes interessadas, embora de modo muito incipiente e intuitivo. A gestão intuitiva identificada em ambos os hospitais não constitui necessariamente um ponto fraco e muito menos significa que não existe gestão dos *stakeholders*, pois, na verdade, “as estratégias emergentes não são

necessariamente más, nem as estratégias deliberadas são sempre boas” (Mintzberg, Ahlstrand, Lampel, 2009, p. 27).

Em ambos os casos, a excessiva dependência do financiamento do Estado (federal, estadual e municipal, no caso do Hospital 1, e federal e estadual, no caso do Hospital 2) foi explicitamente reconhecida. No entanto apenas o Hospital 2 mostrou preocupação em gerir essa dependência e apresentou estratégias concretas de tentativas de diversificação das fontes de financiamento.

O Hospital 2 revela uma maior capacidade de angariar contribuições voluntárias da comunidade e evidencia igualmente algumas iniciativas de gestão da relação do hospital com ela, em grande parte através da figura carismática do seu líder, que parece conseguir fazer uma melhor ligação com a sua envolvente. Essa coexistência de diferenças na capacidade de captação de recursos voluntários da comunidade e na gestão da relação com a comunidade levanta a hipótese da existência da relação causal, abrindo, assim, a possibilidade de investigação futura.

Este trabalho contribui para a literatura em três formas principais. Em primeiro lugar, ele fornece evidências sobre como os administradores hospitalares percebem os *stakeholders* e como atuam estrategicamente para gerir a relação com eles. Em segundo lugar, destaca a importância das contribuições voluntárias vindas da comunidade, enquanto fonte de financiamento alternativa dos hospitais religiosos sem fins lucrativos, e procura chamar a atenção dessas instituições para a importância de uma gestão mais proativa da sua relação com a comunidade. Finalmente, sob o ponto de vista da Teoria da Dependência dos Recursos, o estudo permite compreender por que, no Hospital 1, existe uma focalização da relação com o município, o seu principal financiador, e, no Hospital 2, existe uma gestão mais equilibrada da relação com os diversos financiadores, nomeadamente com a comunidade.

Como todos os estudos, este tem suas limitações. Em primeiro lugar, sendo um estudo de apenas duas organizações, as suas conclusões não são generalizáveis para outras. Assim, mais pesquisas são necessárias.

Há ciência das restrições do estudo qualitativo e do estudo de casos em particular – pois ele “restringe ao caso que estuda, ou seja, um único caso, não podendo ser generalizado” (Marconi & Lakatos, 2010, p. 274). Além disso, é reconhecida a possibilidade de viés introduzido pelas idiosincrasias dos investigadores. Relativamente ao método seguido neste trabalho, pode-se resumir as suas principais limitações na Tabela 5, realçando simultaneamente aqueles aspectos que foram julgados como mais positivos.

Tabela 5

Método: Aspectos Positivos e Limitações

Aspectos positivos	Limitações
Clara delimitação da questão científica a investigar.	Pretende-se estudar motivações para o comportamento humano (tarefa generalizadamente considerada como muito complexa).
Procura de condições padronizadas da observação e das técnicas de entrevista.	O controle de fatores externos nunca é completamente conseguido. Metodologia menos consistente quando comparada com a das ciências naturais.
Interação sustentada com o objeto de estudo.	Nas instituições, há uma série de fenômenos de suma importância que só podem ser observados durante a atividade rotineira dos serviços.
Registos acessíveis (áudio) para eventual revisão de detalhes, do tom das afirmações e das interpretações.	O efeito intimidatório da gravação pode ter provocado reserva no entrevistado.

Continua

Tabela 5 (continuação)

Aspectos positivos	Limitações
Espaço para uma pluralidade de técnicas de pesquisa, com recurso a metodologias quantitativas e qualitativas.	Há quem defenda que, para além desses modelos clássicos, persiste a necessidade de encontrar formas alternativas de aproximação com o objeto de estudo.
Observação compreensiva, especialmente atenta às limitações dos métodos de questionamento direto e de perguntas e respostas.	A apreciação do significado e das intenções dos atores sociais é sempre muito incompleta.
Respeito pelos comportamentos e motivações individuais.	As sociedades não podem ser reduzidas aos indivíduos que as constituem, mas o mundo social não esvazia as questões individuais. A destrição entre o individual e o social é difícil.
Esforço de neutralidade perante o objeto de estudo.	O investigador nunca consegue abandonar as suas convicções (algumas serão mesmo inconscientes).
Busca cativa de categorias e esquemas conceituais estáveis.	Capacidade preditiva duvidosa (suspeita-se de algum relativismo; o que se encontra pode não passar de produto de culturas locais).

Nota. Fonte: Elaborada pelos autores.

Em futuras investigações, perspectiva-se alargar o número de estudos de caso e cruzar os estudos qualitativos com estudos quantitativos sobre a mesma problemática, esperando, assim, que a triangulação metodológica esclareça as questões deixadas em aberto pelo presente trabalho.

Referências

- Abernethy, M. A., & Lillis, A. M. (2001). Interdependencies in organization design: a test in hospitals. *Journal of Management Accounting Research*, 13(1), 107-129. doi: 10.2308/jmar.2001.13.1.107
- Abernethy, M. A., & Vagnoni, E. (2004). Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organization and Society*, 29(3/4), 207-225. doi: 10.1016/S0361-3682(03)00049-7
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2007). The distortion of a managerial technique? The case of clinical networks in UK health care. *British Journal of Management*, 18(1), 93-105. doi: 10.1111/j.1467-8551.2006.00494.x
- Aldrich, H. (1976). Resource dependence and interorganizational relations local employment service offices and social services sector organizations. *Administration & Society*, 7(4), 419-454. doi: 10.1177/009539977600700402
- Alves, A. G., Filho, Cerra, A. L., Maia, J. L., Sacomano, M., Neto, & Bonadio, P. V. G. (2004). Pressupostos da gestão da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11(3), 275-288. doi: 10.1590/S0104-530X2004000300003
- Aubry, M., Richer, M. C., & Lavoie-Tremblay, M. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*, 32(8) 1333-1345.
- Barreira, A. (2002). *A assistência hospitalar no Porto*. (Tese de doutorado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Ben Bachouch, R., Guinet, A., & Hajri-Gabouj, S. (2012). An integer linear model for hospital bed planning. *International Journal of Production Economics*, 140(2), 833–843. doi: 10.1016/j.ijpe.2012.07.023
- Bignetti, L. P., & Paiva, E. L. (2002). Ora (Direis) ouvir estrelas!: estudo das citações de autores de estratégia na produção acadêmica brasileira. *Revista de Administração Contemporânea*, 6(1), 105–125. doi: 10.1590/S1415-65552002000100007
- Bravi, F., Gibertoni, D., Marcon, A., Sicottec, C., Minvielle, E., Rucci, P., Angelastro, A., Carradori, T., & Fantini, M. P. (2013). Hospital network performance: a survey of hospital stakeholders' perspectives. *Health Policy*, 109(2), 150–157. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.11.003
- Brickley, J. A., Van Horn, R. L., & Wedig, G. J. (2010). Board composition and nonprofit conduct: evidence from hospitals. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 76(2), 196–208. doi: 10.1016/j.jebo.2010.06.008
- Bryant, P., & Davis, C. A. (2012). Regulated change effects on boards of directors: a look at agency theory and resource dependency theory. *Academy of Strategic Management Journal*, 11(2), 1–15.
- Callen, J. L., Klein, A., & Tinkelman, D. (2010). The contextual impact of nonprofit board composition and structure on organizational performance: agency and resource dependence perspectives. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 21(1), 101–125. doi: 10.1007/s11266-009-9102-3
- Carapineiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital – Uma sociologia dos serviços hospitalares* (4a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Colauto, R. D., & Beuren, I. M. (2003). Proposta para avaliação da gestão do conhecimento em entidade filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163–185. doi: 10.1590/S1415-65552003000400009
- Crémadez, M. (2010). A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2285 - 2296. doi: 10.1590/S1413-81232010000500004
- David, J., & Zakus, L. (1998). Resource dependency and community participation in primary health care. *Social Science & Medicine*, 46(4/5), 475–494. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00192-5
- De Vos, P., Orduñez-García P., Santos-Peña, M., & Van der Stuyft, P. (2010). Public hospital management in times of crisis: lessons learned from Cienfuegos, Cuba (1996–2008). *Health Policy*, 96(1), 64–71. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.01.005
- Donaldson, T., & Preston, L. E. (1995). The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. *Academy of Management Review*, 20(1), 65–91. doi: 10.5465/AMR.1995.9503271992
- Eisenhardt, H., & Graebner, M. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25–32. doi: 10.5465/AMJ.2007.24160888
- Fassin, Y. (2008). Imperfections and shortcomings of the stakeholder model's graphical representation. *Journal of Business Ethics*, 80(4), 879–888. doi: 10.1007/s10551-007-9474-5
- Fassin, Y. (2009). The stakeholder model refined. *Journal of Business Ethics*, 84(1), 113–135. doi: 10.1007/s10551-008-9677-4
- Fassin, Y. (2012). Stakeholder management, reciprocity and stakeholder responsibility. *Journal of Business Ethics*, 109(1), 83–96. doi: 10.1007/s10551-012-1381-8
- Ferland, C. (1999). *Les hôpitaux et les cliniques, architectures de la santé*. Paris: Le Moniteur.

- Ferreira-da-Silva, A. (2006). Evolução do conceito de hospital. *Revista do Centro Hospital de Coimbra*, 32, 18-23.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: a stakeholders approach*. Boston: Pitman.
- Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Parmar, B. L., & Colle, S. (2010). *Stakeholder theory: the state of the art*. New York: Cambridge Press.
- Freeman, R. E., & Reed, D. L. (1983). Stockholders and stakeholders: a new perspective on corporate governance. *California Management Review*, 25(3), 88-106. doi: 10.2307/41165018
- Freeman, R. E., Wicks, A. C., & Parmar, B. (2004). Stakeholder theory and the corporate objective revisited. *Organization Science*, 15(3), 364–369. doi: 10.1287/orsc.1040.0066
- French, M., & Miller, F. A. (2012). Leveraging the “living laboratory”: on the emergence of the entrepreneurial hospital. *Social Science & Medicine*, 75(4), 717-724. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.010
- Frooman, J. (1999). Stakeholders influence strategies. *Academy of Management Review*, 24(2), 191-205. doi: 10.5465/AMR.1999.1893928
- Gonçalves, P. C., Boaventura, J. M. G., Costa, B. K., & Fischmann, A. A. (2008). Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. *Revista de Administração FACES Journal*, 7(2), 84-101.
- Gorsky, M., Mohan, J., & Powell, M. (2002). The financial health of voluntary hospitals in interwar Britain. *Economic History Review*, 55(3), 533–557. doi: 10.1111/1468-0289.00231
- Grafton, J., Abernethy, M. A., & Lillis, A. M. (2011). Organisational design choices in response to public sector reforms: a case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22(4), 242–268. doi: 10.1016/j.mar.2011.06.001
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: a review. *Journal of Management*, 35(6) 1404–1427. Retrieved from <http://jom.sagepub.com/content/35/6/1404>. doi: 10.1177/0149206309343469
- Hoffmann, V. E., Procopiak, J. A., Filho, & Rosseto, C. R. (2008). As estratégias de influência dos stakeholders nas organizações da indústria da construção civil: setor de edificações em Balneário Camboriú – SC. *Ambiente Construído*, 8(3), 21-35.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010 n.d.). *Censo demográfico 2010*. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>
- Jacobs, R., Mannionb, R., Davies, H. T. O., Harrison, S., Konteh, F., & Walshef, K. (2013). The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science & Medicine*, 76(1), 115-125. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.014
- Jones, T. M. (1995). Instrumental stakeholder theory: a synthesis of ethics and economics. *Academy of Management Review*, 20(2), 404-437. doi: 10.5465/AMR.1995.9507312924
- Kidwell, R. (2000). Hospital mergers and the care of external stakeholders: a case study. In P. Primeaux, & M. L. Pava (Eds.), *Symposium on health care ethics* (Vol. 2, pp. 59-83). Bingley, West Yorkshire, UK: Emerald Group Publishing Limited.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência* (Editora Singular, Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence, Trad.) São Paulo: Singular. (Obra original publicada em 2008)

- Laudicella, M., Olsen, K. R., & Street, A. (2010). Examining cost variation across hospital departments - a two-stage multi-level approach using patient-level data. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1872–1881. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.049
- Ludwig, M., Groot, W., & Merode, F. van. (2009). Hospital efficiency and transaction costs: a stochastic frontier approach. *Social Science & Medicine*, 69(1), 61-67. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.026
- Mainardes, E. W., Alves, H., Raposo, M., & Domingues, M. J. (2010). Categorização por Importância dos Stakeholders das Universidades. *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, 9(3), 4-43.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2010). *Metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, H. C. (2005). Papéis do conselho de administração: perspectivas teóricas. *Revista de Administração da FEAD–Minas*, 2(1), 97-109.
- Mckee, M., Edwards, N., & Wyatt, S. (2004). Transforming today`s hospital to meet tomorrow`s. European observatory on health care. Hospitais e Parcerias: gestão, reforma e inovação. *Fórum Gulbenkian*, Lisboa, Portugal.
- Mihm, J., Loch, C. H., Wilkinson, D., & Huberman, B. A. (2010). Hierarchical structure and search in complex organizations. *Management Science*, 56(5) 831-848. doi: 10.1287/mnsc.1100.1148
- Minoja, M. (2012). Stakeholder management theory, firm strategy, and ambidexterity. *Journal of Business Ethics*, 109(1), 67-82. doi: 10.1007/s10551-012-1380-9
- Mintzberg, H. (1987). The strategy concept: five P's for strategy. *California Management Review*, 30(1), 11-24.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2009). *Safari de estratégia – Um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Moutchnik, A. (2013, January 19). Stakeholder management and CSR: questions and answers. (Entrevista com Edward Freeman). *UmweltWirtschaftsForum*, 21(1/2), 5-9. doi: 10.1007/s00550-013-0266-3
- Naranjo-Gil, D. (2006). El contable de gestión y la nueva gestión de los hospitales españoles. *Revista de la Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas*, (77), 38-40.
- Noh, M., Lee, Y., Yun, S. C., Lee, S. Lee, M. S., & Khang, Y. H. (2006). Determinants of hospital closure in South Korea: use of a hierarchical generalized linear model. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2320–2329. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.026
- Parker, L. D. (2012). Qualitative management accounting research: assessing deliverables and relevance. *Critical Perspectives on Accounting*, 23(1), 54-70. doi: 10.1016/j.cpa.2011.06.002
- Parmar, B. L., Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Purnell, L., & Colle, S. de (2010). Stakeholder theory: the state of the art. *Academy of Management Annals*, 4(1), 403-445. doi: 10.1080/19416520.2010.495581
- Pettersen, I. J., Nyland, K., & Kaarboe, K. (2012). Governance and the functions of boards: na empirical study of hospital boards in Norway. *Health Policy*, 107(2/3), 269-275. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.07.006

- Pfeffer, J. (1972b). Merger as a response to organizational interdependence. *Administrative Science Quarterly*, 17(3), 382-394.
- Pfeffer, J. (1972a). Size and composition of corporate boards of directors: the organization and its environment. *Administrative Science Quarterly*, 17(2), 218-228.
- Pfeffer, J. (1973). Size, composition and function of hospital boards of directors: a study of organization environment linkage. *Administrative Science Quarterly*, 18(3), 349-364.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (1978). *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Phillips, R., Freeman, R. E., & Wicks, A. (2003). What stakeholder theory is not. *Business Ethics Quarterly*, 13(4), 479-502.
- Pratt, M. G. (2009). For the lack of a boilerplate: tips on writing up (and reviewing) qualitative research. *Academy of Management Journal*, 52(5), 856-862. doi: 10.5465/AMJ.2009.44632557
- Rochaix, M. (2000). Hospital history. In European Hospital and Healthcare Federation (Ed.), *Hospital healthcare Europe 1999/2000* (pp. 79-80). London: Campden Publishing Ltd.
- Rossetto, C. R., & Rossetto, A. M. (2005). Teoria institucional e dependência de recursos na adaptação organizacional: uma visão complementar. *RAE-eletrônica*, 4(1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/raeel/v4n1/v4n1a10.pdf>. doi: 10.1590/S1676-56482005000100010
- Rossmann, G. B., & Rallis, S. F. (2012). *Learning in the field: an introduction to qualitative research* (3rd. ed.). London: SAGE publications.
- Smudde, P. M., & Courtright, J. L. (2011). A holistic approach to stakeholder management: a rhetorical foundation. *Public Relations Review*, 37(2), 137-144. doi: 10.1016/j.pubrev.2011.01.008
- Turner, B. S. (2006). Hospital. *Theory Culture Society*, 23(2/3), 573-579.
- Ulrich, D., & Barney, J. B. (1984). Perspectives in organizations: resource dependence, efficiency, and population. *Academy of Management Review*, 9(3), 471-481. doi: 10.5465/AMR.1984.4279680
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1301-1314. doi: 10.1590/S1413-81232010000700039
- Yang, W.-H., Hu, J.-S., & Chou, Y.-Y. (2012). Analysis of network type exchange in the health care system: a stakeholder approach. *Journal of Medical Systems*, 36(3), 1569-1581. doi: 10.1007/s10916-010-9618-5
- Yin, R. (1994). *Case study research. Design and methods* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Young, D. W., & Saltman, R. B. (1985). *The hospital power equilibrium: physician behavior and cost control*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.