



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Aplicação da Teoria do Ciclo de Vida às Organizações de Saúde de Portugal Continental

Sara Filipa dos Santos Farromba Flores

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor João José Matos Ferreira

Covilhã, Outubro de 2011

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao meu orientador o Professor Doutor João Ferreira por todo o apoio e disponibilidade que demonstrou ao longo deste período, pelas sugestões relevantes, bem como todo o conhecimento que partilhou comigo relativamente ao tema, factores fundamentais para o sucesso do trabalho realizado.

Também gostaria de agradecer ao Professor Doutor Luís Lourenço e ao Professor Doutor Dário Ferreira pelo auxílio indispensável em relação à análise de clusters e análise discriminante.

Por fim gostaria de deixar um agradecimento muito especial ao meu marido e à minha família por todo o incentivo e paciência demonstrada ao longo dos dois anos que durou esta minha jornada.

Muito obrigada a todos.

Resumo

Muitos são os investigadores que, ao longo dos anos, têm centrado a sua investigação na Teoria do Ciclo de Vida. Da mesma forma que os organismos vivos nascem, crescem e morrem, também as organizações possuem um ciclo de vida, através do qual crescem, se desenvolvem e enfrentam problemas previsíveis em cada etapa do seu desenvolvimento. No entanto, as organizações não têm, necessariamente, que morrer. Percebendo quais são as suas principais dificuldades e quais os problemas que irão enfrentar, é possível encontrar estratégias que lhes permitam renovar e continuar a sua actividade. O principal objectivo deste estudo é compreender o processo de crescimento das Organizações de Saúde Públicas de Portugal Continental com base na Teoria do Ciclo de Vida.

Palavras - Chave: taxonomia; ciclo de vida; organizações de saúde; Portugal continental; análise de clusters

Abstract

Many researchers, over the years, have focused their research on the Life Cycle Theory. In the same way that living organisms are born, grow and die, organizations also have a life cycle, through which they grow, develop and face predictable problems at each stage of its development. However, organizations do not necessarily have to die. Realizing what their main problems are and what problems they will face, you can find strategies that allow them to renew and continue its activities. The main objective of this study is to understand the process of growth of Public Health Organizations based in Mainland Portugal in the Life Cycle Theory.

Keywords: taxonomy; life cycle; health organizations; mainland Portugal; cluster analysis

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice	vii
Lista de Quadros	ix
Lista de Acrónimos	x
1. Introdução	1
2. O Sector da Saúde em Portugal	3
3. A Teoria do Ciclo de Vida	4
4. O Modelo do Ciclo de Vida Adoptado	7
4.1 Estádio 1: Iniciação	7
4.2 Estádio 2: Expansão	8
4.3 Estádio 3: Consolidação	9
4.4 Estádio 4: Diversificação	9
4.5 Estádio 5: Declínio	10
5. Metodologia	12
5.1 Objectivos e Hipóteses de Investigação	12
5.2 Amostra e Recolha dos Dados	13
5.3 Caracterização das Variáveis e sua Operacionalização	14
5.3.1 Variáveis de Clusters	14
5.3.2 Variáveis Descritivas	16
6. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	17
6.1 Breve Caracterização das Organizações de Saúde	17
6.2 Resultados da Análise de Clusters	17
6.2.1 Resultados da Análise Discriminante	20
6.3 Discussão dos Resultados	23
6.3.1 Cluster 1: Iniciação	24
6.3.2 Cluster 2: Expansão	25
6.3.3 Cluster 3: Consolidação	26
6.3.4 Cluster 4: Diversificação	28

7. Considerações Finais	30
8. Referências Bibliográficas	32
Anexos	35

Lista de Quadros

Quadro 1 - Síntese dos Modelos do Ciclo de Vida	5
Quadro 2 - Comparação por Estádios dos Modelos do Ciclo de Vida	11
Quadro 3 - Cálculo do R^2 para os diversos clusters	18
Quadro 4 - Resultados da análise de clusters e Oneway Anova.....	19
Quadro 5 - Teste Box M para a homogeneidade da matriz de covariâncias	20
Quadro 6 - Média e Desvio-Padrão de todas as variáveis em cada cluste.....	20
Quadro 7- Wilks` Lambda (<i>U Statistic</i>) e Teste F	21
Quadro 8 - Funções Discriminantes Canónicas.....	21
Quadro 9 - <i>Wilk` s</i> Lambda	22
Quadro 10 - Coeficientes Estandarizados das Funções Discriminantes Canónicas	22
Quadro 11 - Correlações entre as variáveis de clusters e as funções discriminantes.....	23

Lista de Acrónimos

CH - Centro Hospitalar

EPE - Entidade Pública Empresarial

HSA - Hospitais Sociedade Anónima

INE - Instituto Nacional de Estatística

PIB - Produto Interno Bruto

PPP - Parceria Público/Privado

SA - Sociedade Anónima

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULS - Unidade Local de Saúde

1. Introdução

No ano de 2011, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) completou 32 anos. Ao longo dos últimos anos, têm vindo a ser criadas novas formas organizativas envolvendo as instituições hospitalares públicas, em busca de soluções para algumas das fragilidades do SNS, quer ao nível da necessidade de criação de matrizes organizacionais (que potenciem maior eficiência no consumo de recursos) designadamente através de fusões de instituições em universos mais vastos como os Centros ou Grupos Hospitalares quer ao nível do aumento da cooperação e articulação entre os níveis de cuidados primários e hospitalares, através da criação de Unidades Locais de Saúde (Simões, 2010).

Um Centro Hospitalar (CH) é constituído por um conjunto de hospitais em que cada um deles não é autónomo mas possui serviços comuns e ligações funcionais. É considerado uma pessoa colectiva pública e, só deste modo, possui uma autonomia administrativa e financeira, património próprio e uma interligação de órgãos legalmente estabelecidos para os hospitais públicos que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica (ACSS, 2009).

No que diz respeito às Unidades Locais de Saúde (ULS) surgiram da necessidade de aumentar a prestação entre níveis de cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. É comumente aceite que o elevado nível de desempenho assistencial deste tipo de organizações é atingido através de um fortalecimento do papel dos cuidados de saúde primários como gestores do doente, da aplicação de orientações terapêuticas de modelos de gestão da doença, do desenvolvimento de sistemas de informação clínica integrados, e dos instrumentos de contratação de serviços (ACSS, 2009).

O processo de empresarialização hospitalar encontra-se, então, inserido numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde e consiste numa contratualização entre o governo e os prestadores públicos de cuidados de saúde com o objectivo de garantir a equidade no acesso e a sustentabilidade financeira do sector público da saúde em Portugal (Ministério da Saúde, 2007).

Deste modo, conhecendo o tipo de organizações existentes em Portugal, percebendo o modo como se comportam, evoluem, e quais os principais problemas que irão enfrentar no futuro tornará mais fácil a racionalização e a redução dos custos em saúde. Neste sentido, têm sido desenvolvidos diversos estudos (Greiner, 1972; Galbraith, 1982; Churchill e Lewis, 1983; Quinn e Cameron, 1983; Hanks *et al.*, 1993; Adizes, 1996; Ferreira, 2003; Rutherford *et al.*, 2003; Frohlich *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2011) que têm pretendido contribuir, com a teoria

do ciclo de vida organizacional, como um auxílio importante na gestão e crescimento das organizações.

Assim, a Teoria do Ciclo de Vida foi desenvolvida com o objectivo de tentar contribuir para predição e explicação das mudanças organizacionais e fornecer um modelo teórico prescritivo e uma prática comprovada para lidar com as mudanças dentro das organizações (Adizes, 1996; Liechtenstein *et al.*, 2008). Da mesma forma que os organismos vivos possuem um ciclo de vida, as organizações enfrentam as dificuldades e embates normais que existem em cada estágio do Ciclo de Vida Organizacional (Adizes, 1996). Os problemas que as organizações enfrentam parecem estar directamente relacionados com a posição que as mesmas ocupam numa determinada etapa do ciclo de vida (Galbraith, 1982; Kanzanjian, 1988).

Segundo vários investigadores (Miller e Friesen, 1983; Quinn e Cameron, 1983, Hank *et al.*, 1993; Ferreira, 2003) apesar de existirem numerosas abordagens teóricas sobre a Teoria do Ciclo de Vida das Organizações, e de muito se ter escrito sobre esta teoria, poucos têm sido os esforços para a validar empiricamente.

Alguns dos poucos estudos realizados no sentido de validar empiricamente esta teoria e desenvolver uma taxonomia do ciclo de vida das organizações foram aplicados a diferentes contextos, porém todos eles se reportam ao contexto empresarial. Existem estudos aplicados às organizações americanas (Miller e Friesen, 1983), às empresas de alta tecnologia no *Utah's High Tech Directory* (Hanks *et al.*, 1993), à realidade empresarial das Pequenas e Médias Empresas (PME's) Portuguesas (Ferreira, 2003) e às empresas de serviços de hotelaria de Cabo Verde (Ferreira *et al.*, 2011). No entanto, e apesar dos diferentes trabalhos referidos, não existe até à data nenhum estudo publicado sobre a Teoria do Ciclo de Vida aplicado às Organizações de Saúde.

Assim, e no seguimento destes trabalhos, propõe-se nesta investigação aplicar esta teoria às organizações de saúde de Portugal Continental, contribuindo deste modo para o preenchimento da lacuna existente na literatura com a falta de estudos empíricos neste tipo de organizações. De um modo geral, a pertinência deste estudo reside no facto de pretender fornecer um contributo adicional para a melhor compreensão da teoria do ciclo de vida e a sua validação empírica e, principalmente, a sua aplicabilidade a uma realidade ainda não estudada, com características e especificidades muito próprias e particulares: a saúde.

A investigação iniciar-se-á com a revisão bibliográfica, a partir da qual se formularão os objectivos do estudo e as respectivas questões de investigação. Posteriormente, serão recolhidos os dados e mediante a sua análise verificar-se-á a confirmação ou não das hipóteses colocadas. Por fim, com base nos resultados da investigação e em alguns fundamentos teóricos importantes, retirar-se-ão as conclusões e algumas sugestões para futuras investigações.

2. O sector da Saúde em Portugal

Segundo o INE (2001), nos últimos censos realizados em 2001, Portugal possuía uma população de 10 356 117 habitantes. Durante os 10 anos que mediaram os dois últimos censos, verificou-se uma tendência para um crescente envelhecimento da população, em todas as regiões do país (INE, 2002). Segundo Simões (2010), este envelhecimento da população, conjuntamente com o aumento de custos, representam as duas grandes ameaças ao SNS. O mesmo autor refere, ainda, que os gastos em saúde têm vindo a aumentar e em 2007, segundo o INE, representavam já 9,5% do Produto Interno Bruto (PIB) do país.

Desde que, em 1983, foi criado o Ministério da Saúde (o SNS foi constituído em 1979 pela Lei nº 56/79 de 15 de Setembro) cuja autonomia administrativa e financeira é ditada pela importância do sector e que, em 1988, foi aprovada a lei da gestão hospitalar, se vão denotando preocupações com o aumento dos gastos com a saúde (Ministério da Saúde, 2010).

As consecutivas crises económicas e financeiras, não só em Portugal mas em todo o mundo, têm obrigado os governos a agilizar a adopção de novas medidas de gestão com vista à contenção de custos. Assim, à medida que os modelos de governação iam evoluindo, foram sendo lançados projectos de mudança dos regimes de gestão, essencialmente associados a duas dimensões diferentes: ou à colaboração com o sector privado, ou à alteração do regime jurídico dos hospitais públicos (Simões, 2010).

Em 2002 surgem, em Portugal, os Hospitais SA (Sociedade Anónima) e o programa de Parcerias Público/Privado (PPP), sendo os Hospitais SA substituídos, em 2005, pelos Hospitais EPE (Entidade Pública Empresarial). Com os Hospitais EPE procuraram-se introduzir regras gestionárias mais flexíveis (Escoval et al, 2010).

3. A Teoria do Ciclo de Vida

Todos os organismos vivos se encontram submetidos a um fenómeno denominado Ciclo de Vida - todos nascem, crescem, envelhecem e morrem. Também as organizações, à semelhança destes organismos, possuem ciclos de vida (Adizes, 1996).

No ciclo de vida, as organizações percorrem uma série de etapas, começando sempre no nascimento, continuando com uma sequência de transições (muitas vezes marcadas por traumas ou crises) e culminando com a maturidade, revitalização (na maioria dos casos) ou morte (mais ocasional) (Phelps *et al.*, 2007). O crescimento sustentado de uma empresa é vital tanto para o seu valor como para a criação de emprego (Hanks *et al.*, 1993).

Anteriormente a Phelps *et al.* (2007), outros investigadores já defendiam que as organizações se movem através de etapas de desenvolvimento, nas quais se encontram problemas característicos de acordo com os diferentes estilos de gestão, prioridades e configurações estruturais (Hanks *et al.*, 1993; Greiner, 1998; Ferreira 2003). Também Adizes (1996) referiu que no decorrer do ciclo de vida, as organizações sofrem mudanças e revelam determinados padrões característicos e previsíveis da etapa em que se encontram. Em cada etapa, esses padrões de comportamento manifestam-se como dificuldades ou problemas de transição que o sistema organizacional necessita superar.

Segundo Hanks *et al.* (1993), a primeira proposta de um modelo de ciclo de vida foi elaborada por Davis (1951). Ainda de acordo com o mesmo autor, um dos melhores modelos propostos foi o de Greiner (1972) que sugere que as organizações ao crescerem percorrem cinco estádios evolutivos, interrompidos por períodos “revolucionários” breves. Segundo Scott e Bruce (1987), o conhecimento do que se pode esperar nas fases posteriores ao desenvolvimento faz com que o modelo de crescimento se torne útil no planeamento futuro das organizações.

No entanto, apesar dos diversos modelos propostos (Greiner, 1972; Kimberly e Miles, 1980; Galbraith, 1982; Churchill e Lewis, 1983; Quinn e Cameron, 1983; Miller e Friesen, 1983; Smith *et al.*, 1985; Scott e Bruce, 1987; Kazanjian, 1988; Hanks *et al.*, 1993; Adizes, 1996; Frohlich *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2011) parece existir um consenso no ponto de partida (esforço pela autonomia na criação e desenvolvimento de uma organização viável), na expansão e na estabilidade (Quadro 1).

Quadro 1 - Síntese dos Modelos do Ciclo de Vida

Investigadores	Etapas do Ciclo de Vida
Greiner (1972)	1-Criatividade 2 -Direcção 3 -Delegação 4 - Coordenação 5 - Colaboração
Adizes (1979)	1 - Namoro 2 - Infância 3 - Arranque 4- Adolescência 5 - Plenitude 6 - Estabilidade 7 - Aristocracia 8- Burocracia Incipiente 9 - Burocracia 10- Morte
Galbraith (1982)	1 - Protótipo 2 - Modelo de compras 3 - Arranque/Volume de produção 5 - Manobras Estratégicas
Churchill e Lewis (1983)	1 -Existência 2 - Sobrevivência 3- Sucesso-Libertação 3 - Sucesso - Crescimento 4 - Descolagem 5 - Maturidade dos recursos
Quinn e Cameron(1983)	1 - Empreendedora 2- Colectividade 3- Formalização e Controlo 4 - Elaboração de estrutura
Miller e Friesen (1984)	1 - Nascimento 2 - Crescimento 3 - Maturidade 4 - Renascimento 5-Declínio
Mintzberg(1984)	1- Formação 2 - Desenvolvimento 3 - Maturidade 4 - Declínio
Smith <i>et al.</i> (1985)	1 - Iniciação 2 - Alto Crescimento 3 - Maturidade
Scott e Bruce(1987)	1 - Iniciação 2 - Sobrevivência 3 - Crescimento 4 -Expansão 5 - Maturidade
Kajanjian (1988)	1- Concepção e Desenvolvimento 2 -Comercialização 3 - Crescimento 4 -Estabilidade
Hasenfeld e Schmid (1989)	1 - Empreendedora 2- Desenvolvimento 3- Maturidade 4- Elaboração de estrutura 5 - Declínio 6 - Morte
Dodge e Robbins (1992)	1 - Criação 2 - Crescimento 3 -Expansão 4 - Estabilidade
Bailey e Grochau (1993)	1 - Empreendedora 2- Formação de equipas 3 -Burocrática 4 - Estagnação, morte ou renovação
Hanks <i>et al.</i> (1993)	1- Iniciação 2 - Expansão 3 - Consolidação 4 - Diversificação 5 - Declínio
Flamholtz (1995)	1 -Iniciação 2 - Expansão 3 - Profissionalização 4- Consolidação 5- Diversificação 6 - Integração 7 - Declínio
Abetti (2000)	1 - Informal 2 - Funcional 3 - Unidades de negócio
Beverland e Lochshin (2001)	1 -Pré-Nascimento 2 - Iniciação 3 - Expansão 4 - Crescimento
Rutherford <i>et al.</i> (2003)	1 -Não-crescimento 2- Pouco crescimento 3- Crescimento moderado 4- Alto Crescimento
Ferreira (2003)	1 - Nascimento 2- Expansão 3- Maturidade 4- Diversificação 5 - Declínio
Frohlich <i>et al.</i> (2007)	1 - Arranque 2 - Crescimento 3- Maturidade 4 - Renovação
Lichtentein <i>et al</i> (2008)	0 - Pré-Risco; 1 - Existência ou Infância; 2 - Início do Crescimento; 3 - Expansão ou Crescimento Sustentado; 4 - Maturidade; 5 - Declínio
Ferreira <i>et al</i> (2011)	1 - Nascimento 2- Expansão 3- Maturidade 4- Diversificação 5 - Declínio

Fonte: Elaboração Própria

Independentemente do número de etapas propostas, existem duas ideias comuns ao longo dos vários modelos de ciclo de vida (Rutherford *et al.*, 2003): cada etapa é determinada por factores como a idade, a taxa de crescimento e tamanho das organizações; e, cada etapa possui problemas característicos.

Observando os diversos modelos percebe-se que oferecem estruturas importantes na compreensão das mudanças que as organizações atravessam durante o seu processo de crescimento (Lichtenstein *et al.*, 2008). Estas estruturas fornecem conhecimentos essenciais, que permitem às organizações uma gestão e técnicas de marketing eficazes que lhes permitem atravessar com sucesso o processo de crescimento e alavancar as mudanças organizacionais (Lichtenstein *et al.*, 2008).

No entanto, para Lichtenstein *et al.*, (2008), os modelos do ciclo de vida apresentam três grandes falhas que limitam a capacidade de serem utilizadas como ferramentas consistentes e úteis para avaliar o desenvolvimento da organização.

A primeira limitação prende-se com o facto de os estádios apresentarem fronteiras muito difusas. Não existe uma separação clara entre o final de um estágio e o começo do seguinte. Em vez disso, supõe-se que as principais diferenças na estrutura organizacional, os desafios de gestão e/ou a posição da organização no mercado sejam suficientes para clarificar a posição.

A segunda limitação refere-se à distinção ténue entre o empresário e a empresa. Os modelos do ciclo de vida tendem a ser modelos de um padrão de crescimento da organização mas, em simultâneo, tentam ser modelos do desenvolvimento do próprio empresário.

A terceira limitação encontra-se na inconsistência entre os estádios dos diversos modelos existentes, ou seja, não existe unanimidade acerca do que cada estágio deve abranger. Por exemplo, alguns modelos dão mais ênfase à fase da pré-empresa do que aos estádios de maturidade e declínio; existem modelos que apresentam o crescimento como um processo gradual, outros passam de um início para um crescimento rápido; nem todos os modelos apresentam um estágio de declínio ou morte, parecendo assumir um crescimento sem fim.

4. Modelo do Ciclo de Vida Adoptado

De entre os diversos modelos propostos optou-se, para este estudo, pela utilização do modelo proposto por Hanks *et al.*, (1993). Esta escolha deveu-se ao facto do modelo já ter sido validado empiricamente e ser um dos modelos mais seguidos na literatura. De acordo este modelo adoptado, o Ciclo de Vida das Organizações é constituído por cinco estádios: Estádio 1: Iniciação; Estádio 2: Expansão; Estádio 3: Consolidação; Estádio 4: Diversificação e Estádio 5: Declínio.

4.1 Estádio 1: Iniciação

O ciclo de vida das organizações tem início com o Nascimento (Estádio 1). Durante este estádio a estrutura e a formalidade são inexistentes, centralizando-se quase toda a actividade em questões técnicas definidas e dirigidas pelas opiniões do empresário (Ferreira, 2003). Churchill e Lewis (1983) caracterizam-no como uma organização simples com um grau quase inexistente de formalidade e planeamento, no qual a estratégia da empresa passa pela simples sobrevivência e o fundador é quem desempenha as principais funções. A grande ênfase é colocada na criação de um produto e de um mercado (Greiner, 1972).

Adizes (1996) refere que a empresa nasce quando é assumido um risco. Quando o risco assumido for substancial, a organização passa ao estágio seguinte de desenvolvimento: a infância, no qual, a ideia é colocada em prática. Neste estádio, a organização assemelha-se a uma nova equipa de desenvolvimento do produto, com problemas e competências basicamente técnicas. A atenção é, primeiramente, sobre a aprendizagem de como efectuar, correctamente, os mecanismos do produto e como o produzir para além da concepção e desenvolvimento do primeiro estádio (Ferreira, 2003).

Os principais problemas das organizações, neste estádio, incluem a construção de um protótipo do produto, a venda do produto e as fontes de financiamento (Ferreira, 2003). Adizes (1996), na sua comparação entre o ciclo de vida das organizações e dos organismos vivos, observa que neste estádio é necessário ter cuidado com a “Mortalidade Infantil”, ou seja, quando o fundador começa a entediar-se, e a sentir-se alienado da sua criação podendo, mesmo, perder o controlo da organização, levando-a a perder, irrecuperavelmente, a sua liquidez.

Este estádio de Iniciação corresponde aos estádios de Namoro e Infância de Adizes (1996); aos estádios de Existência, Sobrevivência e Sucesso-Libertação de Churchill e Lewis (1983); aos estádios de Protótipo e Modelo de Compras de Galbraith (1982), ao estádio de Criatividade de Greiner (1972); aos estádios de Concepção e Desenvolvimento e de Comercialização de

Kazanjian (1988); ao estágio de Nascimento de Miller e Friesen (1983); ao estágio Empresarial de Quinn e Cameron (1983); ao estágio de Iniciação e Sobrevivência de Scott e Bruce (1987); ao estágio de Iniciação de Smith et al (1985) e de Hanks et al (1993) e ao estágio de Nascimento de Ferreira *et al.* (2011).

4.2 Estádio 2: Expansão

As empresas que sobrevivem ao primeiro estágio prosseguem, geralmente, para um período de crescimento sustentável, com uma direcção capaz (Greiner, 1972). Para Scott e Bruce (1987), a organização ao atingir este estágio prova ser lucrativa, aumenta a necessidade de coordenação dos gestores funcionais e implementação de sistemas de contabilidade organizados e o dinheiro gerado é reinvestido na organização para aumentar a variedade de produtos. Durante este período de crescimento, a estrutura organizacional da empresa irá ser, provavelmente, alterada e as políticas serão definidas com maior profundidade (Ferreira, 2003).

Os ajustamentos desejáveis, segundo Greiner (1972), incluem: a mudança de estrutura da empresa para a inclusão de vários departamentos de gestão funcionais; o estabelecimento de rotinas de funcionamento e o desenvolvimento de hierarquias de decisão; e a instalação de regras de controlo e regulamentações formais. Para Adizes (1996), a organização já resolveu o seu fluxo de caixa negativo e as vendas começam a aumentar (estádio *Go-Go*) existindo um renascimento da empresa (estádio Adolescência). Neste estágio (*Go-Go*) os principais problemas são, a “Cilada do Fundador” (a empresa e o fundador eram uma e a mesma coisa, no entanto, a empresa cresceu e o fundador tem que delegar tarefas e isso, geralmente, não funciona muito bem, a empresa morre quando o fundador morre) e a “Cilada Familiar” (quando algum familiar assume a empresa apenas porque é dono dela). Já na Adolescência os principais problemas são o conflito e a inconsistência.

É um estágio difícil porque implica delegação de autoridade, mudança de liderança e transposição de metas (Adizes, 1996). Outros problemas enfrentados no decorrer deste estágio são o volume de produção e de vendas, a distribuição do produto e o próprio mercado.

Este estágio de expansão corresponde aos estádios de Arranque e Adolescência de Adizes (1996); aos estádios de Sucesso-Crescimento e Descolagem de Churchill e Lewis (1983); aos estádios de Arranque de Galbraith (1982); aos estádios de Direcção de Greiner (1972); aos estádios de Crescimento de Kazanjian (1988) e de Miller e Friesen (1983); ao estágio de Colectividade de Quinn e Cameron (1983); aos estádios de Crescimento e Expansão de Scott e Bruce (1987); ao estágio de Elevado Crescimento de Smith *et al.*, (1985) e ao estágio de Expansão de Hanks *et al.* (1993), Ferreira (2003) e Ferreira *et al.* (2011).

4.3 Estádio 3: Consolidação

A empresa desenvolve-se mediante a aplicação, com êxito, de uma estrutura de organização descentralizada (Ferreira, 2003). As empresas neste estágio são identificadas pela atribuição de maior responsabilidade aos responsáveis da produção e das vendas, pela definição de incentivos para estimular a motivação e pelo facto da comunicação ser transmitida, do topo até à base, por meios de memorandos (Ferreira, 2003).

Segundo Greiner (1972), é neste estágio que a organização alcança a expansão da sua actividade através da motivação dos níveis de gestão inferiores. As principais questões que a gestão enfrenta são as despesas de controlo, a produtividade e a procura de oportunidades de crescimento. Devido à competição pelo preço, a produtividade é fundamental para o sucesso e o principal impulso deverá ser efectuado neste sentido (Scott e Bruce, 1987).

Consideráveis investimentos passam, agora, pelo esforço do marketing e pela ampliação e manutenção das instalações. Os ganhos são suficientes para os, anteriores, investimentos mas também podem ser necessários, eventuais, recursos financeiros (Ferreira, 2003). As maiores preocupações são a consolidação e controlo dos ganhos financeiros resultantes do crescimento rápido e a retenção das vantagens da pequena dimensão (flexibilidade de resposta e espírito empresarial) (Churchill e Lewis, 1983).

Segundo Adizes (1996), o estágio de Plenitude é o ponto mais favorável na curva do ciclo de vida e ocorre quando a organização atinge um equilíbrio entre o auto-controlo e a flexibilidade. A empresa pode querer ficar neste estágio, diversificando a sua actividade ou, mais tarde, pretender chegar a uma larga corporação através de aquisições ou fusões de outras empresas (Ferreira, 2003).

Este estágio de Consolidação corresponde aos estádios de Plenitude e Estabilidade de Adizes (1996); ao estágio de Maturidade de Recursos de Churchill e Lewis (1983); ao estágio de Crescimento Natural de Galbraith (1982); ao estágio de Delegação de Greiner (1972); ao estágio de Estabilidade de Kazanjian (1988); ao estágio de Maturidade de Miller e Friesen (1983), ao estágio de Consolidação de Scott e Bruce (1987), de Smith *et al.* (1985), de Ferreira (2003) e de Ferreira *et al.* (2011) e ao estágio de Formalização e Controlo de Quinn e Cameron (1983).

4.4 Estádio 4: Diversificação

A evolução deste estágio está construída em torno de uma maior flexibilidade por parte da administração (Ferreira, 2003). Segundo Greiner (1972) apresenta como principais características a preocupação na resolução rápida dos problemas através de equipas de trabalho, a integração de pessoas com diversas especializações nessas equipas, a redução do

número de administrativos e a combinação e simplificação dos sistemas criados de modo a cumprirem múltiplos objectivos.

Segundo Quinn e Cameron (1983) o estágio de Elaboração de Estrutura caracteriza-se por uma descentralização, domínio de expansão, adaptabilidade e renovação. A organização procura mercados diversificados, novos produtos e oportunidades de crescimento. Grande espontaneidade na acção administrativa, através de equipas de trabalho e de hábil confrontação de diferenças inter-pessoais. O controlo social e a auto-disciplina substituem o controlo formal. Esta transição é especialmente difícil para os especialistas que criaram os velhos sistemas, assim como para os gestores de linha que confiavam nos métodos formais para as suas respostas (Ferreira, 2003).

Este estágio corresponde ao estágio de Manobras Estratégicas de Galbraith (1982); de Coordenação e Colaboração de Greiner (1972); de Renascimento de Miller e Friesen (1983); de Elaboração de Estrutura de Quinn e Cameron (1983) e ao de Diversificação de Hanks *et al.* (1993) e Ferreira (2003).

4.5 Estádio 5: Declínio

Segundo Miller e Friesen (1983), este estágio revela uma estagnação usurpadora à medida que os mercados se saturam e as empresas começam a entrar em declínio. O lucro desce tanto por causa dos desafios externos, como por falta de inovação. Ao nível da organização, a empresa caracteriza-se por uma estrutura formal e burocrática, de moderada diferenciação e centralização e de sistemas de processamento de informação pouco sofisticados. Relativamente à inovação e estratégia a empresa apresenta, baixo nível de inovação, redução nos preços, aversão ao risco e conservadorismo nas políticas e processos de decisão.

Segundo Adizes (1996) uma empresa neste estágio recusa-se a aceitar a realidade do momento presente. Embora a sua cota de mercado esteja a diminuir e a empresa possua cada vez menos capacidade de competir, os seus membros nada fazem para alterar a situação, esperando que esta se resolva por si. Como a empresa, normalmente, tem dinheiro em abundância procura, muitas vezes, novos caminhos para o crescimento através de aquisições de outras empresas.

Como Adizes (1996) foi o investigador que maior número de etapas propôs, a última define-a como morte. Neste estágio a capacidade criativa dos gestores está direccionada à sua sobrevivência pessoal pelo que a vida da empresa só se prolongará caso esta seja subsidiada. A empresa não gera recursos próprios em grau suficiente e só se manterá através de sistemas artificiais de vida.

Este estágio de Declínio corresponde aos estádios de Aristocracia, Burocracia Incipiente, Burocracia e Morte de Adizes (1996), e ao estágio de Declínio de Miller e Friesen (1983), de Hanks *et al.* (1993), de Ferreira (2003) e de Ferreira *et al.*, 2011.

Como se pôde constatar, apesar da variedade de modelos e, conseqüentemente, do número de estádios, estes possuem diversos pontos em comum. Para facilitar a compreensão e a comparação dos modelos propostos pelos diversos investigadores, foi elaborado o seguinte Quadro 2.

Quadro 2 - Comparação por Estádios dos Modelos do Ciclo de Vida

Modelo	Nascimento	Expansão	Maturidade	Diversificação	Declínio
Churchill e Lewis, (1983)	1.Existência 2.Sobrevivência 3.Sucesso - Libertação	4.Sucesso-Crescimento 5.Descolagem	6.Maturidade de Recursos		
Flamholtz (1986)	1. <i>New Venture</i>	2.Expansão	3.Profissionalização 4.Consolidação	5.Diversificação 6.Integração	7.Declínio
Galbraith, 1982	1.Protótipo 2.Modelo de Compras	3.Arranque	4.Crescimento Natural	5.Manobras Estratégicas	
Greiner, 1972,	1.Criatividade	2.Direcção	3.Delegação	4.Coordenação 5.Colaboração	
Kazanjian 1988	1.Concepção e desenvolvimento 2.Comercialização	3.Crescimento	4. Estabilidade		
Miller e Friesen, 1983	1.Nascimento	2.Crescimento	3.Maturidade	4.Renascimento	5.Declínio
Quinn e Cammeron, 1983	1.Empresarial	2.Colectividade	3.Formalização e Controlo	4.Elaboração de Estrutura	
Scott e Bruce, 1987	1.Iniciação 2.Sobrevivência	3.Crescimento 4.Expansão	5.Maturidade		
Smith <i>et al.</i> , 1985	1.Iniciação	2.Alto Crescimento	3.Maturidade		
Hanks <i>et al.</i> , 1993	1.Iniciação	2.Expansão	3.Consolidação	4.Diversificação	5.Declínio
Adizes, 1996	1.Nascimento 2. Infância	3. <i>Go-Go</i> 4. Adolescência	5. Plenitude 6.Estabilidade		7. Aristocracia 8.Burocracia Incipiente 9.Burocracia 10.Morte
Ferreira, 2003	1.Nascimento	2.Expansão	3.Maturidade	4.Diversificação	5.Declínio
Frohlich <i>et al.</i> , 2007	1.Arranque	2.Crescimento	3.Maturidade	4.Renovação	
Lichtentein <i>et al.</i> (2008)	0.Pré-Risco 1.Existência Infância 2.Início Crescimento	3.Expansão ou Crescimento Sustentado	4.Maturidade		5.Declínio
Ferreira <i>et al.</i> , 2011	1.Nascimento	2.Expansão	3.Maturidade	4.Diversificação	5.Declínio

Fonte: Elaboração Própria

5. Metodologia

5.1 Objectivos e Hipóteses de Investigação

Este estudo visa compreender o processo de crescimento das Organizações de Saúde Públicas de Portugal Continental com base na Teoria do Ciclo de Vida. Deste modo, foram traçados os seguintes objectivos específicos: testar empiricamente o modelo conceptual do ciclo de vida adoptado, às organizações de saúde de Portugal continental; caracterizar cada uma das diferentes etapas do ciclo de vida das organizações de saúde portuguesas; propor medidas estratégicas que auxiliem a gestão e a evolução das organizações de saúde de acordo com a etapa do ciclo de vida em que cada uma se encontra.

De acordo com as etapas que constituem o ciclo de vida do modelo adoptado para este estudo (Hanks *et al.*, 1993) foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: As organizações de saúde hospitalares públicas de Portugal Continental encontram-se em etapas de desenvolvimento diferentes e seguem um modelo do ciclo de vida definido.

De acordo com Greiner (1972), Adizes (1996), Churchill e Lewis (1983), Flamholtz (1986), Galbraith (1982), Kazanjian (1988), Miller e Friesen (1983), Hanks *et al.*, (1993), Ferreira (2003), existem diferenças entre as várias etapas do ciclo de vida, que podem ser explicadas por questões relacionadas com a estrutura e o contexto. Assim, elaborou-se a segunda hipótese:

Hipótese 2: As diferentes etapas do ciclo de vida possuem características específicas de estrutura e de contexto.

Hipótese 2.1: existe uma sequência crescente no tamanho e idade das organizações de saúde no decorrer do ciclo de vida;

Hipótese 2.2: existe uma sequência crescente ao nível da complexidade e da estrutura das organizações de saúde no decorrer do ciclo de vida;

Hipótese 2.3: existe uma sequência crescente na formalização e na especialização das organizações de saúde no decorrer do ciclo de vida;

Importa esclarecer que apesar das organizações de saúde públicas não possuírem, propriamente, um “fundador” e as administrações hospitalares apresentarem um carácter provisório, o ministério da saúde transformou, em 2005, os hospitais sociedade anónima de

capitais exclusivamente públicos (HSA) em EPE. Deste modo, e a acrescentar o facto de um dos grandes objectivos dessa transformação ser a existência de um modelo de gestão mais descentralizado e participado, elaborou-se a hipótese 2.4.

Hipótese 2.4: existe uma descentralização progressiva nas organizações de saúde no decorrer do ciclo de vida.

Segundo vários investigadores (Miller e Friesen, 1983; Hank *et al.*, 1993; Ferreira *et al.*, 2011) o nível de recursos utilizados pelas empresas é diferente nas diversas etapas do ciclo de vida e uma vez que as organizações de saúde EPE possuem um *capital estatutário detido pelo estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e Saúde* (Decreto-Lei 233/2005, artigo 3º, ponto 1) para validar a importância dos recursos para o desenvolvimento das organizações, formulou-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese 3: o nível de recursos aumenta de acordo com a evolução das etapas do ciclo de vida.

5.2 Amostra e Recolha dos Dados

Segundo Fortin (1999), a amostragem é um procedimento através do qual se selecciona um sub-conjunto da população, que seja representativo da mesma, de forma a obter a informação que se pretende. Ou seja, a amostra deve ser representativa da população visada, logo, deve conter todas as características presentes na população. O estudo englobou todas as Organizações de Saúde Públicas de Portugal Continental. Os questionários foram enviados para os hospitais onde se localizam os respectivos Conselhos de Administração.

Em Portugal Continental existem, actualmente, 58 organizações de saúde públicas, das quais 6 são Unidades Locais de Saúde, 22 são Centros Hospitalares e 30 são Hospitais não agrupados, alguns com centros de saúde sob a sua tutela. Todas as organizações de saúde inquiridas são EPE. No total, responderam ao inquérito 39 organizações de saúde (o que corresponde a uma taxa de 67 %), em que 6 são ULS, 18 são CH e 15 são Hospitais.

No que diz respeito à recolha de dados, a natureza do problema de investigação determina o tipo de colheita de dados a utilizar (Fortin, 1999; Silverman, 2001; Ezzy, 2002). Para Quivy e Campenhoudt (1992) a recolha de dados apresenta-se de diferentes formas, consoante se trate de uma observação directa ou indirecta. De acordo com estes investigadores o inquérito por questionário inclui-se na observação indirecta.

No presente estudo e à semelhança de outros investigadores (Miller e Friesen, 1983; Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003; McMahon, 2001; Ferreira *et al.*, 2011) utilizou-se o método quantitativo ou observação indirecta e optou-se pelos questionários estruturados para a

recolha de dados. Tal como o modelo utilizado, o questionário foi elaborado de acordo com as escalas adoptadas por Hanks *et al.* (1993) mas, adaptado à realidade das organizações de saúde. No que diz respeito às questões, utilizaram-se questões fechadas, sob a forma dicotómica e de escolha múltipla. Foram utilizadas as escalas do tipo *Likert* como escalas de medida.

Os questionários foram enviados a 1 de Novembro de 2010, por correio ou correio electrónico, aos administradores das organizações de saúde seleccionadas e acompanhados por uma carta de apresentação (Anexo 1) onde se apresentava o investigador e explicava qual o objectivo da investigação. O processo de recolha dos dados demorou, aproximadamente, seis meses, tendo terminado a 30 de Abril de 2011.

O questionário era composto por cinco grupos (ver Anexo 2):

I - Identificação da organização de saúde

II - Perfil do(a) administrador(a) da organização de saúde

III - Caracterização da organização

IV - Identificação dos principais problemas da organização

V - Bases da organização

5.3 Caracterização das Variáveis e sua Operacionalização

Segundo Marconi e Lakatos (2003) uma variável pode ser considerada como um conceito operacional que contém ou apresenta valores; propriedade discernível num objecto de estudo e passível de mensuração.

Com base nos objectivos deste estudo e no modelo adoptado, foram utilizados dois tipos de medidas: as *variáveis de clusters* que incluem oito medidas de contexto e estrutura das organizações, utilizadas no desenvolvimento da taxonomia dos estádios de crescimento (estas dimensões foram identificadas na literatura como medidas de descrição dos estádios do ciclo de vida) e as *variáveis descritivas* utilizadas na interpretação das configurações derivadas da taxonomia dos estádios de desenvolvimento (Davidsson, 1988; Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003; Ferreira *et al.*, 2011).

5.3.1 Variáveis de Clusters

A análise de *clusters* inclui variáveis de contexto e variáveis de estrutura. As variáveis de contexto utilizadas são a idade, o tamanho e a taxa de crescimento da organização.

A idade da organização foi obtida pela diferença entre o ano de fundação e o ano de recolha dos dados (2011).

O tamanho da organização foi medido pelo logaritmo do total de empregados da organização até final de 2009. A utilização do logaritmo minimiza o efeito de assimetria nestas distribuições (Blau e Schoenherr, 1971; Khandwalla, 1977; Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003; Ferreira *et al.*, 2011).

A taxa de crescimento da organização demonstra o crescimento da organização para o ano mais recente de actividade e foi calculada com base na seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de Crescimento} = \frac{(\text{Total de Empregados em 2009} - \text{Total de Empregados em 2008})}{\text{Total de Empregados em 2009}} \quad (1)$$

Esta fórmula da Taxa de Crescimento foi utilizada porque permite reter na análise as organizações mais novas. A fórmula de crescimento, tradicional, designada neste estudo como Crescimento do Emprego é apresentada, posteriormente, como uma variável descritiva e não permite incluir novas organizações na análise. A fórmula do Crescimento do Emprego é a seguinte:

$$\text{Crescimento do Emprego} = \frac{(\text{Total de Empregados em 2009} - \text{Total de Empregados em 2008})}{\text{Total de Empregados em 2008}} \quad (2)$$

Para a formação dos *clusters*, a utilização de medidas baseadas no tamanho e no crescimento da organização em lugar da utilização de medidas baseadas nas vendas deve-se, essencialmente, a duas razões: em primeiro lugar, é sugerido que a estrutura da organização encontra-se mais directamente relacionada com o número de empregados do que com as vendas (Kazanjian, 1988; Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003); e em segundo lugar, o número de respostas seria maior em questões relacionadas com o emprego do que com as vendas (Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003).

As variáveis de estrutura utilizadas no desenvolvimento da taxonomia incluem as medidas de diferenciação vertical, a forma de estrutura, a formalização, a especialização e a centralização.

A diferenciação vertical diz respeito ao número total de níveis da organização (Hanks *et al.*, 1993). No questionário pergunta-se quantos níveis hierárquicos compõem a organização desde a base até ao topo (incluindo os dois extremos).

A forma de estrutura foi fornecida pelos próprios inquiridos, a partir de breves descrições e foi codificada em estrutura simples, em estrutura por funções e em estrutura por divisões.

A formalização foi operacionalizada em oito perguntas nas quais se utilizou uma escala de sete pontos de Likert (ver pergunta 5.3 do inquérito em anexo). A pergunta 5.5 mediu a formalização do processo de tomada de decisão da organização, baseada na dicotomia empresarial/profissional da tomada de decisão de Mintzberg (1973).

A especialização foi testada através da exposição de uma lista de dezanove áreas funcionais (ver questão 6 do inquérito em anexo), onde foi solicitado às organizações que identificassem as áreas que possuíam, pelo menos, um funcionário exclusivo. Esta variável foi quantificada pelo número de funções indicadas pelos inquiridos (Hanks *et al.*, 1993).

A centralização foi medida através de uma lista de cinco tipos de decisão. Foi perguntado o nível de gestão que aprova determinadas decisões, antes de se legitimar as acções a serem executadas. Segundo Hanks *et al.* (1993), uma elevada pontuação nesta escala indica um nível elevado de centralização da organização.

5.3.2 Variáveis Descritivas

As variáveis descritivas, apesar de não serem utilizadas directamente na derivação da taxonomia dos estádios do ciclo de vida, foram utilizadas posteriormente na interpretação da derivação dos *clusters*. Estas incluem o volume de prestação de serviços, o crescimento na prestação de serviços, o emprego total e o crescimento de emprego.

O volume de prestação de serviços diz respeito ao valor (expresso em 10⁶ euros) utilizado pela organização na prestação de serviços, no ano fiscal de 2009.

O crescimento na prestação de serviços foi calculado, a partir dos dados fornecidos pelas organizações, com base na seguinte fórmula:

$$\text{Crescimento na Prestação de Serviços} = \frac{\text{Prestação de Serviços 2009} - \text{Prestação de Serviços 2008}}{\text{Prestação de Serviços 2008}} \quad (3)$$

O emprego total consiste no número de funcionários que compunham a organização no final de 2009.

A variável crescimento de emprego já foi explicada anteriormente.

6. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

6.1 - Breve Caracterização das Organizações de Saúde

Conforme referido anteriormente, o primeiro grupo do inquérito pretendia obter informações relativas à identificação das mesmas. No que diz respeito ao ano de criação, destaca-se a predominância de organizações fundadas entre os anos de 1950 e 1999 (66,67%). Em relação ao número de funcionários, observou-se a predominância de organizações com menos de 2000 funcionários (64,1%). Apenas 5 (12,82%) das 39 organizações, que responderam ao inquérito, possuem mais de 4000 funcionários. Em relação ao volume de prestação de serviços, observou-se uma maioria de organizações (64,1%) a apresentarem um volume de prestação de serviços inferior a 110 000 000 euros e apenas 5 (12,82%) com um volume superior a 170 000 000 euros. Por fim, todas as organizações de saúde inquiridas se incluem no regime jurídico de EPE.

No segundo grupo do referido inquérito, as questões pretendiam traçar o perfil do Presidente do Conselho de Administração das Organizações de Saúde. Deste modo, o objectivo foi o de obter determinados indicadores que permitissem identificar o “perfil” de Administrador. Assim, das 39 organizações que responderam ao inquérito, 79,49% possuem na presidência do seu Conselho de Administração, administradores como idade superior a 50 anos, maioritariamente do sexo masculino (84,62%), licenciados (56,41%) e que administram a organização entre 4 e 8 anos (51,28%).

6.2 - Resultados da Análise de Clusters

A análise de grupos ou *clusters* é uma técnica exploratória de análise multivariada que permite agrupar sujeitos ou variáveis em grupos homogéneos relativamente a uma ou mais características comuns (Maroco, 2007).

A análise de clusters compreende cinco etapas principais (Pereira, 2004): 1 - Selecção dos indivíduos a serem agrupados; 2 - Definição de um conjunto de variáveis a partir das quais se fará o agrupamento dos indivíduos; 3 - Definição de uma medida de semelhança/distância entre cada dois indivíduos; 4 - Escolha de um critério de agregação e 5 - Validação dos resultados encontrados.

A selecção dos indivíduos e a definição das variáveis a serem utilizadas já foi efectuada no ponto 4.2 e 4.3 respectivamente. No que diz respeito à selecção da medida de semelhança, optou-se pelo *Quadrado da Distância Euclideana* e em relação ao critério de agregação optou-se pelo método de *Ward (1963)* que pretende otimizar a variância mínima dentro dos grupos. Ambas as escolhas foram feitas por se considerarem mais fiáveis e serem frequentemente adoptadas por vários investigadores (Hanks *et al.*, 1993; Reis, 2001; Ferreira, 2003; Ferreira, 2011).

Para se analisar as soluções fornecidas e o número de clusters a reter pode-se observar o dendograma formado (anexo 3). Considerando uma distância aproximada de 13 foi possível identificar 4 clusters. Para além da análise do dendograma, existem outros métodos que permitem avaliar a solução de clusters escolhida e o número de clusters a reter (Maroco, 2007). Um dos critérios é o do R Quadrado (R^2). É uma medida da percentagem da variabilidade total que é retida em cada uma das soluções dos clusters. Interessa, então, encontrar um número mínimo de clusters que retenha uma percentagem significativa da variabilidade total (Maroco, 2007).

No quadro seguinte (quadro 3), apresenta-se os resultados do R^2 para 2, 3, 4, 5, 6 e 7 clusters.

Quadro 3 - Cálculo do R^2 para os diversos clusters

Clusters	7	6	5	4	3	2
<i>R-Squared</i> (R^2)	0,407516	0,365202	0,290306	0,288635	0,116393	0,116

De acordo com os cálculos efectuados pode afirmar-se que uma solução aceitável reside entre os três e os quatro clusters. Note-se que os ganhos de variabilidade retida por mais do que 4 clusters é relativamente pequeno quando comparada com a evolução até 3 clusters. Deste modo, considerou-se que as organizações de saúde se dividiam por 4 grupos. No anexo 4 pode-se observar a distribuição dos casos pelos clusters.

Para testar eventuais diferenças significativas nas médias dos clusters, para cada uma das oito variáveis individuais, foi elaborada uma análise de variância “one-way” ANOVA. As variáveis independentes utilizadas foram os clusters obtidos e as variáveis dependentes foram as oito variáveis (de contexto e de estrutura) utilizadas para os formar. Os valores do teste F, resultantes dessa análise, demonstraram que as variáveis utilizadas são significativas para a inclusão das empresas nos cinco clusters (Quadro 4).

Quadro 4 - Resultados da análise de clusters e *Oneway* Anova

	Cluster 1 (N=14)		Cluster 2 (N=10)		Cluster 3 (N=9)		Cluster 4 (N=6)		Resultad OneWay Anova	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Val. F	P< F
VARIÁVEIS DE CLUSTERS										
Idade	31,86	11,18	53,89	47,61	80,1	28,60	94,67	75,88	4,72	0,01
Tamanho (log.)	3,17	0,18	3,19	0,21	3,20	0,15	3,66	0,14	12,79	0,00
Taxa de Crescimento	0,04	0,03	0,00	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	4,76	0,01
Níveis Hierárquicos	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	0,00		
Forma de Estrutura	1,86	0,36	1,60	0,52	1,56	0,53	1,50	0,55	1,24	0,31
Formalização	2,74	0,45	2,87	0,28	2,91	0,40	3,22	0,51	2,53	0,07
Centralização	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00		
Especialização	5,90	1,66	6,93	2,24	7,56	2,70	11,67	1,03	8,29	0,00
VARIÁVEIS DESCRITIVAS										
Serviços Totais (€)	77.464 065,19	28.221 751,31	83.302 291,51	46.459 088,74	87.260 445,73	42.629 277,07	252.38 0767,2	79.179 303,39		
Crescimento na Prestação de Serviços (€)	1.282 234,71	1.103 130,93	2.168 895,98	3.026 168,99	2.506 784,86	3.093 826,00	15.710 613,9	24.014 352,05		
Emprego Total ₁	1570,36	501,59	1664,1	581,26	1709,3	713,18	4813,2	1451,5		
Crescimento do Emprego	0,04	0,03	0,00	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03		

1 - número de colaboradores da organização

O Quadro 4 apresenta a composição dos quatro clusters, não só no que diz respeito às variáveis de contexto e de estrutura, como também em relação às quatro variáveis adicionais para, deste modo, auxiliar na interpretação dos mesmos.

Após a realização de uma análise de clusters, vários investigadores (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008) recomendam a elaboração de uma análise discriminante para escolher as variáveis que distinguem os grupos, de modo que conhecendo-se as características de um novo caso se possa prever a que grupo pertence. Segundo Pestana e Gageiro (2008) os pressupostos de uma análise discriminante são: (1) cada grupo é uma amostra aleatória de uma população normal multivariada e (2) dentro dos grupos a variabilidade é idêntica, isto é, as matrizes de variâncias e covariâncias são iguais para todos os grupos. A verificação deste pressuposto é feita na própria análise discriminante, através do teste *M* de Box.

Assim, procedeu-se à análise discriminante dos quatro clusters e das oito variáveis (contexto e estrutura). Todas as variáveis foram introduzidas simultaneamente na análise.

6.2.1 - Resultados da Análise Discriminante

Como referido anteriormente, o teste Box's M verifica se as diferentes dispersões observadas são ou não estatisticamente significativas. Uma vez que o teste tem associado um nível de significância de 0.000 ($p < 0.05$) pode concluir-se pela igualdade das dispersões entre os clusters (Quadro 5).

Quadro 5 - Teste Box M para a homogeneidade da matriz de covariâncias

Box's M		133,071
F	Aprox.	2,165
	df1	42
	df2	2052,947
	Sig.	0,000

O Quadro 6 apresenta a média e o respectivo desvio-padrão de todas as variáveis para cada grupo.

Quadro 6 - Media e Desvio-Padrão de todas as variáveis em cada cluster

Grupos Variáveis	Média	Desvio-Padrão	Grupos Variáveis	Média	Desvio-Padrão
1	31,857140	11,182797	3	53,888890	47,608939
	3,168000	0,176238		3,197440	0,152556
	0,037000	0,025146		0,023670	0,028623
	4,000000	0,000000		3,000000	0,000000
	1,857140	0,363137		1,555560	0,527046
	3,222210	0,508221		2,913670	0,399812
	3,000000	0,000000		3,000000	0,000000
	6,928570	2,234839		7,555560	2,697736
2	80,100000	28,598563	4	94,666670	75,880608
	3,193100	0,206016		3,664000	0,143129
	-0,003100	0,023610		0,026500	0,027392
	4,000000	0,000000		4,000000	0,000000
	1,600000	0,516398		1,500000	0,547723
	2,744300	0,453791		2,870330	0,275953
	3,000000	0,000000		3,000000	0,000000
	6,900000	1,663330		11,666670	1,032796

Para comprovar que os quatro clusters de organizações são estatisticamente diferentes, utilizou-se o valor do Wilk's Lambda, também designado de *U statistic*. O valor do Wilk's Lambda varia entre 0 e 1. Quando assume valores próximos de 0 significa que as médias dos grupos são diferentes.

Quadro 7 - Wilk's Lambda (U Statistic) e Teste F

	Wilks' Lambda	F	Sig.
Idade	0,512	4,723	0,004
Tamanho	0,477	12,787	0,000
Taxa Crescimento	0,410	4,756	0,004
Níveis Hierárquicos	a		
Forma Estrutura	0,904	1,236	0,311
Formalização	0,822	2,526	0,073
Centralização	a		
Especialização	0,585	8,289	0,000

a) as variáveis foram excluídas por apresentarem valores constantes

Deste modo, pode-se observar no quadro 7 que quando consideradas individualmente (significância do F) as variáveis não são todas estatisticamente significativas na diferenciação entre os clusters.

As variáveis “Níveis Hierárquicos” e “Centralização” foram excluídas, automaticamente da análise por apresentarem valores constantes e, por esse motivo, não serem diferenciadoras dos clusters. As variáveis “Forma de Estrutura” e “Formalização” apresentam valores de *Wilk's* muito aproximados de 1, com significâncias de 0.311 e 0.073 respectivamente ($p > 0.05$). Deste modo, a média dos grupos, no que diz respeito a estas duas variáveis, não parece ser muito diferente. No entanto, continuam a ser importantes na continuação da análise discriminante.

Seguidamente, foram estimadas as respectivas funções discriminantes. Como foram considerados quatro clusters na análise, são evidenciadas três funções discriminantes (quadro 8).

Quadro 8 - Funções Discriminantes Canónicas

Função	Eigenvalue	Correlação Canónica	% de Variância
1	3,354	0,838	56,300
2	2,027	0,712	30,100
3	1,032	0,676	13,600

O eigenvalue representa o rácio que se obtém da divisão que resulta da variação entre os grupos pela variação dentro dos grupos. Quanto mais afastado de 1, maior será a variação entre os grupos explicada pela função discriminante (Pestana e Gageiro, 2008).

Os valores próprios indicam ser de reter as três funções discriminantes. A primeira função contribui com 56,3% para o total da variância entre os grupos, sendo a que apresenta o maior poder de separação. A segunda função explica 30,1% da variância inter-grupal e a terceira

função explica os restantes 13,6% da variância. O quadrado da correlação canónica, que varia entre 0 e 1, indica a proporção da variância da função discriminante explicada pelos grupos.

Como complemento, procedeu-se ao teste *Wilk's Lambda* para determinar o número de funções a serem retidas. Na primeira linha do quadro 9 testa-se a hipótese das médias das três funções discriminantes serem iguais nos quatro clusters, a qual é rejeitada ($\text{sig}=0.000$). As linhas seguintes apresentam testes sucessivos, úteis para identificar se as funções adicionais reflectem diferenças. Assim, os resultados obtidos levam à utilização das três funções discriminantes.

Quadro 9 - *Wilk's Lambda*

Teste de Funções	<i>Wilk's Lambda</i>	R^2	Sig.
1 through 3	0,143	47,279	0,000
2 through 3	0,278	20,347	0,002
3	0,369	17,034	0,003

Como resultado da significância estatística verificada entre os grupos, é importante analisar a contribuição individual das variáveis discriminantes. Os coeficientes das variáveis (quadro 10) representam em valor absoluto, a importância relativa de cada uma para distinguir as organizações entre os quatro clusters.

Quadro 10 - Coeficientes Estandarizados das Funções Discriminantes Canónicas

	Função		
	1	2	3
Idade	0,313	-0,352	0,243
Tamanho	0,746	0,145	0,285
Taxa Crescimento	-0,128	0,743	-0,202
Forma Estrutura	-0,455	0,374	0,700
Formalização	0,405	0,644	0,220
Especialização	0,708	0,237	-0,274

Como são coeficientes estandarizados (medidos na mesma unidade), pode-se comparar directamente o seu peso relativo. Deste modo, para a função 1, as variáveis que apresentam valores mais elevados são o Tamanho (0.746) e a Especialização (0.708). No caso da função 2 as variáveis com valores mais elevados são a Taxa de Crescimento (0.743) e a Formalização (0.644). A função 3 apresenta a variável forma de estrutura como a de valor mais elevado (0.700).

Como forma de caracterizar a natureza das funções discriminantes, procedeu-se ao cálculo das correlações entre as variáveis independentes (variáveis de clusters) e as funções

discriminantes (Hanks *et al.*, 1993). Esta caracterização encontra-se demonstrada no quadro 11.

Quadro 11 - Correlações entre as variáveis de clusters e as funções discriminantes

	Função		
	1	2	3
Tamanho	0,679	0,080	0,341
Especialização	0,544	0,109	-0,277
Taxa Crescimento	0,001	0,623	-0,538
Idade	0,301	-0,428	0,315
Formalização	-0,112	0,422	0,349
Forma Estrutura	-0,133	0,206	0,807

Deste modo, constata-se que na Função 1 os valores mais elevados são o Tamanho e a Especialização, na Função 2 são a Taxa de Crescimento, a Idade e a Formalização e na Função 3 é a Forma de Estrutura.

6.3 Discussão dos Resultados

A análise de clusters identificou quatro grupos distintos de organizações, apesar de existirem variáveis que não se mostraram particularmente úteis nessa diferenciação (caso das variáveis “Níveis Hierárquicos” e “Centralização” - quadro do *U-statistic* e teste F). Este resultado pode ser atribuído ao facto das organizações de saúde não serem entidades totalmente autónomas e terem que se reger pelas leis e directrizes do Governo Central.

No que diz respeito à variável “Níveis Hierárquicos”, a maioria das organizações respondeu que possuía 4 níveis. Em relação à variável “Centralização”, todas responderam que, independentemente do tipo de decisão, o último responsável era o Conselho de Administração. Deste modo, todas as decisões se encontram centralizadas no Conselho de Administração. Em todas as organizações, o Conselho de Administração é composto por 1 Administrador, 1 Director Clínico, 1 Enfermeiro Director e 2 Vogais Executivos.

Conforme se pode observar no Quadro 4, as variáveis “Idade”, “Tamanho (log)”, “Serviços Totais”, “Crescimento na Prestação de Serviços” e “Emprego Total” vão aumentando do cluster 1 para o cluster 4. A variável “Especialização” é claramente superior no cluster 4. No que diz respeito à variável “Crescimento do Emprego”, esta não apresenta um padrão ao longo dos quatro clusters chegando a apresentar um resultado negativo no segundo cluster.

No entanto, os padrões gerais demonstram uma correlação entre os clusters encontrados e as etapas do ciclo de vida propostas por Hanks *et al.* (1993). Assim o Cluster 1 corresponde à fase de Iniciação, o Cluster 2 à fase de Expansão, o Cluster 3 à fase de Consolidação e o

Cluster 4 à fase de Diversificação. Como só foram definidos quatro clusters, nenhum corresponde à última etapa do ciclo de vida denominada “Declínio”. Deste modo, de acordo com os dados recolhidos, apresentar-se-á uma discussão dos resultados para cada um dos quatro clusters.

6.3.1 Cluster 1 - Iniciação

De acordo com Quadro 4, o qual apresenta os resultados da análise de clusters, pode-se observar que as organizações colocadas no cluster 1 são as mais novas, apresentando uma média de idades de, aproximadamente, 31 anos, são as mais pequenas em tamanho (log), e as que apresentam menor formalização (2.74) e especialização (5.90).

Na investigação de Hanks *et al.* (1993), as empresas estudadas, apresentavam uma média de idades que rondava os 4 anos e no estudo de Ferreira (2003) a média de idades era pouco acima dos 6 anos. Apesar das organizações de saúde estudadas apresentarem uma média de idades de 31 anos (claramente superior aos estudos anteriores), são as mais novas, as mais pequenas e as menos formais de todas as organizações que integraram o estudo, características apontadas por diversos investigadores (Galbraith, 1982; Churchill e Lewis, 1983; Miller e Friesen, 1984; Smith, Mitchell e Summer, 1985; Flamholtz, 1986; Scott e Bruce, 1987; Kazanjian, 1988; Ferreira, 2003; Ferreira *et al.*, 2011) como identificativas da primeira etapa do ciclo de vida.

Também o facto da prestação de serviços apresentar a média mais baixa (77.464.065,19 euros), o crescimento médio na prestação desses serviços ser de 1.282.234,71 euros e o número de trabalhadores ser o menor (1570) apoia a inclusão das organizações neste cluster 1. De acordo com Greiner (1972), Kimberly e Miles (1980), Quinn e Cameron (1983), Adizes (1996) na etapa de Iniciação as empresas apresentam um grau de especialização reduzido, da mesma forma que as organizações estudadas possuem pelo menos um funcionário a tempo inteiro em 5 funções especializadas (expedição/recepção, manutenção, departamento de pessoal, compras e contabilidade).

No que diz respeito aos presidentes dos Conselhos de Administração, estes são maioritariamente do sexo masculino (79%), licenciados e encontram-se a gerir a organização à menos de oito anos. Apontam o “capital financeiro” como o recurso mais escasso, no entanto, a falta de recursos humanos, o custo desses recursos, as dificuldades de financiamento e as políticas de gestão nacional são problemas importantes no crescimento e desenvolvimento das organizações.

O tipo de tomada de decisão característica desta etapa é sempre empresarial ou frequentemente empresarial, ou seja, decisões, essencialmente, baseadas na opinião do empresário/gestor (Mintzberg, 1978), a estrutura é simples e centralizada, a hierarquia

reduzida (Greiner, 1972; Galbraith, 1982; Churchill e Lewis, 1983; Miller e Friesen, 1984) e a direcção estratégica e as actividades diárias guiadas pela visão do empresário (Gray e Ariss, 1985).

No caso das organizações incluídas no cluster 1, estas encontram-se estruturadas, maioritariamente, por funções (86%) e, em 79% dos casos, os administradores utilizam a tomada de decisão frequentemente profissional. Estas divergências podem ser explicadas pela especificidade do sector da saúde e pelas directrizes definidas pelo Governo Central, que as organizações estão obrigadas a cumprir. Scott e Bruce (1987) referem, ainda, a criação e a identificação de um lugar no mercado como uma preocupação base.

Mais uma vez, estas características não se aplicam às organizações estudadas visto que a cada uma é atribuída uma procura “cativa” estando, por isso, limitados os incentivos à obtenção dos ganhos de eficiência e de atracção de clientes (Simões, 2010).

6.3.2 Cluster 2 - Expansão

No cluster 2, as organizações já são mais antigas, apresentando uma média de idades de 54 anos. São um pouco maiores em tamanho (3.19), são mais formais (2.87) e mais especializadas (6.93). Possuem, uma média, de 1664 funcionários, mas não registaram qualquer crescimento no emprego de 2008 para 2009.

De acordo com diversos investigadores (Galbraith, 1982; Churchill e Lewis, 1983; Miller e Friesen, 1984; Smith, Mitchell e Summer, 1985; Flamholtz, 1986; Scott e Bruce, 1987; Kazanjian, 1988; Hanks *et al.*, 1993; Ferreira, 2003; Ferreira *et al.*, 2011) as empresas que já se encontram num estágio de Expansão são um pouco mais velhas, maiores e com um número de trabalhadores superior às anteriores. Greiner (1972) defende que a estrutura da organização sofre alterações que passam pelo estabelecimento de rotinas de funcionamento e implementação de regras de controlo e regulamentação formalizada. De acordo com Quinn e Cameron (1983), Churchill e Lewis (1983), Scott e Bruce (1987) e Adizes (1996), à medida que uma empresa cresce vai-se tornando mais complexa, exigindo um maior nº de funções para sustentar de forma eficiente tal crescimento.

No caso das organizações estudadas, estas apresentaram um aumento da formalização e especialização possuindo, pelo menos, um funcionário especializado em oito áreas funcionais (expedição/recepção, manutenção, departamento de pessoal, compras, contabilidade, formação do pessoal, assuntos legais e processamento de salários).

Mantendo-se a tendência das organizações do cluster 1, 80% dos administradores são do sexo masculino com habilitações ao nível da licenciatura (50%), pós-graduação e mestrado (50%) e que se encontram a dirigir a organização à menos de 4 anos (50%) ou entre 4 e 8 anos (50%).

As organizações de saúde apresentam um volume de prestação de serviços de 83.302.291,51 euros e um crescimento na prestação de serviços de 2.168.895,98 euros demonstrando, mais uma vez, serem maiores que as organizações que se encontram na etapa de Iniciação.

O capital financeiro é apontado como o recurso de maior escassez. A insuficiência de recursos humanos, a par com as dificuldades de financiamento são os principais entraves ao crescimento e desenvolvimento das organizações. Em oposição, as decisões tomadas pelo Conselho de Administração em nada interferem com o baixo desenvolvimento.

De acordo com Adizes (1996), a principal característica desta etapa é um crescimento na prestação de serviços, uma acumulação de recursos, a adopção de uma estrutura hierárquico-funcional, delegando alguma autoridade aos gestores seniores e procedimentos mais formais.

Em Portugal, as organizações de saúde não conseguem acumular recursos, visto que um dos principais problemas apresentados era a escassez de capital financeiro e as dificuldades de financiamento no entanto, pode-se considerar alguma delegação de competências uma vez que o Conselho de Administração é constituído por cinco elementos, e cada um tem a sua especialidade e toma a maioria das decisões de rotina da sua área.

As decisões tomadas pelo Administrador são frequentemente profissionais (90%), funcionando 40% das organizações numa estrutura simples e 60% numa estrutura por funções. Segundo Mintzberg (1973) a tomada de decisão característica desta etapa é 50% empresarial/50% profissional, visto existir uma maior preocupação em tomar decisões com base em instrumentos especializados e analíticos por parte de especialistas funcionais. Neste caso, as organizações estudadas não apresentam esta característica, provavelmente, pelas mesmas razões referidas anteriormente. As directrizes são enviadas pelo Governo Central para os hospitais e têm, obrigatoriamente, que ser cumpridas. Assim, a maioria da tomada de decisões é baseada nesses instrumentos e, por esse motivo, frequentemente profissional.

6.3.3 Cluster 3 - Consolidação

As organizações do cluster 3 já possuem uma média de idades de, aproximadamente, 80 anos e um tamanho (log) ligeiramente superior às anteriores (3.20). Possuem um maior grau de formalização (2.91), de especialização (7.56) e o número de funcionários já ronda os 1710.

Segundo Churchill e Lewis (1983), as organizações apresentam sistemas de comunicação extensivos e bastante desenvolvidos, podendo ser uma explicação para a maior formalização apresentada. Também Galbraith (1982) e Quinn e Cameron (1983) demonstraram existir uma maior formalização dos programas e políticas de recursos humanos e controlo de custos.

Como são organizações maiores, apresentam um volume de prestação de serviços de 87.260.445,73 euros e um crescimento na prestação de serviços de 2.506.784,86 euros.

Nas organizações do cluster 3, todos os administradores são do sexo masculino, encontram-se a dirigir a organização à menos de 4 anos (56%) ou entre 4 a 8 anos (44%) e são todos licenciados com excepção de um que possui mestrado.

O recurso mais escasso destas organizações é o capital financeiro e os principais problemas responsáveis pelo fraco crescimento e desenvolvimento das organizações são a insuficiência e o custo dos recursos humanos, as dificuldades de financiamento e as políticas de Gestão Nacional. A contratação de conselheiros externos e as decisões do Conselho de Administração foram os problemas apontados como os menos relevantes e menos impeditivos para o desenvolvimento destas organizações. Neste caso, as organizações não apresentam as características típicas desta etapa visto que o controlo das despesas surge como uma tarefa prioritária (Scott e Bruce, 1987; Adizes, 1996) e elas indicaram o capital financeiro e as dificuldades de financiamento como um dos principais problemas.

Em relação ao tipo de estrutura que apresentam, 55% é por funções e 45% simples e as decisões são tomadas frequentemente de forma profissional (77%) existindo uma minoria que (33%) que opta pela opção 50% empresarial/50%profissional. Também estas organizações apresentam a tomada de decisões frequentemente profissional como a mais utilizada entre os administradores, no entanto, aparece aqui pela primeira vez as políticas de gestão nacional como um dos problemas responsáveis pelo fraco desenvolvimento destas instituições. Este facto vem, de certo modo, confirmar as hipóteses, sugeridas anteriormente, de que as tomadas de decisão eram fortemente condicionadas pelo Governo Central. No entanto, Miller e Friesen (1984) apresentam outra sugestão para o menor desenvolvimento destas organizações. Nesta etapa, as empresas são mais conservadoras. O seu estilo de decisão é o menos inovador e muito adverso ao risco. Por esse motivo, as decisões tornam-se menos eficazes e menos adaptáveis às exigências do mercado.

As organizações possuem, pelo menos, um funcionário a tempo inteiro na expedição/recepção, manutenção, departamento de pessoal, compras, contabilidade, formação do pessoal, assuntos legais e processamento de salários, segurança e finanças. Algumas referiram existir um funcionário no departamento de qualidade, demonstrando alguma preocupação com os clientes e o mercado.

Quinn e Cameron (1983) sugerem que a presença destes especialistas confere uma maior formalização dos programas e políticas dos recursos humanos, controlo de custos e expansão de mercado. Kazanjian (1988) evidenciou no seu estudo que, nesta etapa, as empresas abarcam já um mercado extenso, pelo que a manutenção da sua posição no mercado é uma preocupação a considerar. Estas organizações, quer pelo número de funcionários, quer pelo

volume de prestação de serviços (e que ainda aumentou de 2008 para 2009) demonstram a sua posição no mercado e o número de cidadãos a quem prestam serviço.

6.3.4 Cluster 4 - Diversificação

As organizações que compõem o cluster 4 são as mais antigas, com uma média de idades de 95 anos, as maiores em tamanho (log) (3.66), as que apresentam maior formalização (3.22) e as que apresentam maior especialização (11.67).

Greiner (1972) justifica a elevada formalização como uma forma de alcançar a coordenação das actividades organizacionais. De acordo com Hanks *et al.*, (1993), as organizações são velhas e bastante grandes em tamanho. São também bastante formais, podendo chegar ao excesso de burocratização.

Também foram estas organizações as que apresentaram o maior volume de prestação de serviços com uma média de 252.380.767,18 euros, o maior crescimento na prestação de serviços de, cerca de, 15.710.613,90 e o maior número de funcionários (4813).

À semelhança de todas as outras organizações, a maioria dos administradores hospitalares (83%) são do sexo masculino, licenciados, encontram-se a dirigir a organização, no máximo, há 8 anos.

O capital financeiro é apontado com o recurso mais escasso logo seguido pelos recursos humanos e os principais problemas no crescimento e desenvolvimento das organizações são: os recursos humanos e o seu custo, as dificuldades de financiamento e as políticas de Gestão Nacional. Em oposição, a contratação de consultores externos, a dificuldade na definição de objectivos, a localização da organização, o desenvolvimento de sistemas de controlo de custos, a estrutura da organização e o próprio Conselho de Administração são vistos como problemas que exercem pouca influência nesse mesmo crescimento.

Estas organizações apresentam, todas, uma estrutura por funções e as decisões são tomadas numa base frequentemente profissional. Todas as organizações que participaram no estudo demonstraram uma uniformidade relativamente ao tipo de tomadas de decisão que costumam adoptar. Os administradores decidem com base em instrumentos analíticos e não com base num julgamento pessoal. Conforme já foi referido, para as outras etapas, este factor pode dever-se às leis e normas que são enviadas do Governo Central.

Em relação a estarem estruturadas por funções, deve-se ao tipo de organizações estudadas. As organizações de saúde em Portugal Continental encontram-se separadas por departamentos, ou especialidades, ao contrário do que seria esperado para esta etapa. Segundo Miller e Friesen (1984) as empresas adoptam estruturas por divisões (grupos

separados segundo produtos similares, mercados, ou regiões geográficas) com o objectivo de enfrentar com êxito os mercados que se apresentam cada vez mais complexos e heterogéneos. Ainda de acordo com os mesmos autores, a diversificação, a expansão do produto e a inovação são características deste estágio.

Estas organizações possuem, pelo menos um funcionário a tempo inteiro, nas seguintes funções: relação com agentes externos, expedição e recepção, manutenção, planeamento da prestação de serviços, pessoal, assuntos legais, compras, processamento de salários, controlo de qualidade, formação de pessoal, contabilidade, controlo de stocks, investigação e desenvolvimento, segurança e finanças. Para Quinn e Cameron (1983) a organização procura novos produtos e oportunidades de crescimento. Como referido anteriormente, estas organizações são as que apresentam um maior grau de especialização, apresentando pelo menos um funcionário na área da investigação e desenvolvimento.

Após a recolha e análise dos dados e a caracterização das etapas do ciclo de vida, pode-se afirmar que os objectivos do estudo foram cumpridos. O modelo do ciclo de vida adoptado foi testado e aplicado às organizações de saúde de Portugal Continental.

Em relação às hipóteses apresentadas, é possível confirmar a hipótese 1 de que as organizações se encontram em etapas de desenvolvimento diferentes e seguem o modelo do ciclo de vida adoptado. Também é possível confirmar a hipótese 2; 2.1; 2.2; 2.3 de que as etapas do ciclo de vida possuem características específicas de estrutura e contexto. A hipótese 2.4, não pode ser confirmada visto que ao longo das diversas etapas do ciclo de vida, não existe qualquer descentralização. Todas as decisões se encontram centradas no Conselho de Administração, o qual tem sempre a “palavra” final. No que diz respeito à hipótese 3, esta referia que o nível de recursos aumenta de acordo com a evolução das etapas do ciclo de vida. No questionário eram referidos os equipamentos, os recursos financeiros e os recursos humanos. Em relação aos equipamentos e recursos humanos, confirma-se um aumento à medida que as organizações evoluem no ciclo de vida, uma vez que o aumento do tamanho das organizações necessita, de um maior número de funcionários e possui um maior número de serviços que oferecem à população. Em relação aos recursos financeiros, este pressuposto não se verifica, visto que, independentemente da etapa do ciclo de vida em que a organização se encontra, a falta de capital financeiro e as dificuldades de financiamento foram constantemente apontadas como entraves importantes no crescimento e desenvolvimento das organizações. Assim, pode-se afirmar que a hipótese 3 foi parcialmente confirmada.

7. Considerações Finais

A Teoria do Ciclo de Vida defende que as organizações se desenvolvem de acordo com um ciclo de vida natural, enfrentando problemas característicos em cada etapa. Conhecer a posição da organização, no ciclo, pode ser crucial para o seu sucesso (Adizes, 1996).

Após a revisão da literatura ficou claro que é uma teoria bastante estudada por diversos investigadores em todo o mundo, mas pouco aplicada empiricamente. Com este estudo, pretendeu-se fornecer mais um contributo para a sua validação empírica, num sector ao qual nunca foi aplicada, o sector público da saúde em Portugal.

Actualmente, não só Portugal como todo o mundo atravessa um período de crise económica muito grave e, nesse sentido, um crescimento sustentado das organizações é essencial, não só, para a criação de valor, mas também de oportunidades de emprego. No caso das organizações de saúde estudadas, este facto não se verificou uma vez que, no que diz respeito ao financiamento, todas as organizações apresentaram um défice financeiro e grandes dificuldades em adquirir capital que lhes permita um desenvolvimento e uma evolução sustentada e coesa. Ou seja, apesar de se ter conseguido demonstrar que as organizações se encontram em diferentes etapas do ciclo de vida existem, ainda, características comuns e dificuldades transversais ao longo de todo o ciclo de vida.

O sector da saúde é um sector muito específico e com algumas diferenças em relação a outros mercados empresariais. Neste sentido, e por causa de um elevado endividamento, encontra-se sob o efeito de fortes restrições orçamentais que se vão continuar a verificar e sem nunca poderem recusar a prestação de qualquer serviço.

Um contributo importante deste estudo foi perceber que uma descentralização de poder no Conselho de Administração pode-se tornar benéfico a médio e longo prazo uma vez que não possui todas as informações acerca do que acontece nas instituições que gere. Essa informação escassa e muitas vezes incorrecta permite que as tomadas de decisão não sejam as mais adequadas à realidade da cada uma das organizações. Também seria importante para as organizações que se encontram nas etapas 1 e 2 aumentarem a formalização não só ao nível da comunicação entre serviços, mas também ao nível do próprio serviço. A ausência de regras escritas e funções claramente definidas pode ser um dos factores relevantes para ocorrência de situações anómalas.

A tomada de decisões mais pró-activas e inovadoras, é outro aspecto no qual as organizações podem evoluir. Este tipo de tomada de decisão torna-se mais eficaz e mais adaptável às exigências da sociedade não tendo, necessariamente, que ir contra as directivas do Governo

Central. Outra medida que poderia ser implementada seria a alteração da sua estrutura. A grande maioria das organizações possui uma estrutura por funções, encontram-se divididas de acordo com a função que desempenham (actualmente designados “serviços”). Uma alteração para uma estrutura por divisões, ou seja, centrar em cada organização produtos similares poderia ser benéfico uma vez que se tornariam mais especializadas. Este assunto não é, propriamente, novidade, uma vez que o Governo já iniciou um processo semelhante aquando da aglomeração de maternidades (o qual se veio a revelar benéfico) mas que poderia estender a outras especialidades médicas como, por exemplo, os departamentos de psiquiatria e de hemodiálise. Apesar de ser uma decisão polémica, pois nem toda a sociedade concorda, talvez no final se tornasse vantajoso não só a nível financeiro mas ao nível da confiança das populações nos seus serviços de saúde.

Em relação às limitações do estudo, uma das mais importantes e que mais influenciou foi o facto de não existir grande sensibilidade, por parte dos gestores de topo das organizações de saúde, para a participação em estudos desta natureza. Provavelmente, a actual conjuntura e o clima de desconfiança que se vive no país fez com que tivessem receio de participar.

No que diz respeito a futuras investigações, aconselhava-se um estudo semelhante mas com uma nova definição de variáveis que conseguisse determinar com maior clareza as especificidades de cada organização, de modo a que se incluíssem mais claramente numa determinada etapa. Ao longo da análise de resultados pode-se perceber que, por exemplo as decisões se encontravam centralizadas no Conselho de Administração, que a hierarquia também era muito semelhante em todas as organizações de saúde, ou seja, variáveis que se mostraram bastante eficazes e adequadas para empresas de outras áreas, não serviram para distinguir este tipo de organizações.

Apesar das dificuldades e limitações apresentadas, o estudo revelou-se por um lado, pioneiro quanto ao contexto em que foi aplicado e um contributo importante para o sector da saúde em Portugal e, por outro lado, servirá de referência para outros investigadores que queiram desenvolver novos estudos dentro desta temática.

8. Referências Bibliográficas

Adizes, I. (1996). *Os Ciclos de Vida das Organizações*, Biblioteca Pioneira da Administração e Negócios, 3ª Edição, São Paulo.

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), *Unidades Locais de Saúde: Modalidades de Pagamento, Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização*, Ministério da Saúde, 23/03/2009. Consultado em: <http://www.acss.min-saude.pt>, Acesso em: 30/05/2010.

Bessant, J., Phelps, B., Adams, R. (2005). *A Review of the literature addressing the Role of External Knowledge and Expertise at Key Stages of Business Growth and Development Final Report*, Cranfield School of Management, Agosto.

Blau, P.M., Schoenherr, R. (1971). *The Structure of Organizations*, New York, Basic Books, 1971.

Churchill, N., Lewis, V. (1983). The five stages of small business growth, *Harvard Business Review*, Vol. 61, pp. 30-50.

Escoval, A., Lourenço, A., Ferreira, A., Matos, T. (2010). Contratualização Interna vs Contratualização Externa, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9 (Vol. temático), pp. 160-180.

Ezzy, D. (2002). *Qualitative Analysis: Practice and Innovation*, Routledge, Taylor e Francis Group, Londres.

Ferreira, J. (2003). *Estudo de uma Taxonomia de Estádios de Ciclo de Vida Aplicável às PME Portuguesas*, Série de Estudos Económicos e Empresariais Nº 5, Fundação Nova Europa, UBI, Covilhã.

Ferreira, J., Azevedo, S. and Cruz, R. (2011). SME Growth in the Service sector: A Taxonomy Combining Life-Cycle and Resource-based Theories, *Service Industries Journal*, Vol: 31(1-2): 251-271 (doi:10.1080/02642060802712855).

Flamholtz, E. (1986). *Managing the Transition from a Entrepreneurship to a Professionally Managed Firm*, San Francisco, Jossey-Bass Inc.

Galbraith, J. (1982). The stages of growth, *Journal of Business Strategy*, Vol 3 (1), pp. 70-79.

Gray, B., Ariss, S. (1985). Politics and Strategic change across organizational life cycles, *Academy of Management Review*, 10(4), pp. 707-723.

Greiner, L. (1972). Evolution and revolution as organizations grow, *Harvard Business Review*, Vol. 50(4), pp. 37-46.

Hanks, S., Watson, C., Jansen, E. and Chandler, G. (1993). Tightening the Life-Cycle Construct: A Taxonomic Study of Growth Stage Configurations in High-Technology Organizations, *Entrepreneurship Theory and Practice*, Baylor University, Vol. 18 (2), pp. 34-59.

Hansen, J. (1998). *Surviving Success: Managing the Challenges of Growth*, Oasis Press, Grants Pass, OR.

Hansen, J. (2005). *Mastering Business Growth and Change Made Easy*, Entrepreneur Press, New York.

Hill, M., Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*, 2ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Kazanjian, R. (1988). Relation of Dominant Problems to Stages of Growth in Technology-Based New Ventures, *Academy of Management Journal*, Vol. 31 (2), pp. 257-279.

Kimberly, J., Miles, R. (1980). *The Organizational Life Cycle*, Jossey-Bass Inc., Publishers, California.

Khandwala, P. (1977). *The design of organizations*, New York, Basic Books.

Leeuw, E., Zouwen, J. (1992). Data quality and mode of data collection in *Quality of Information in Sample Surveys*, Paris, Dunod.

Lichtenstein, B., Lyons, T. (2008). Proposing an actionable model for assessing and fostering entrepreneurship: Revisiting the business life-cycle, *Entrepreneurship and Innovation*, Vol. 9, Nº 4, pp. 241-250.

Lichtenstein, B., Levie, J. (2010). A Terminal Assessment of Stages Theory: Introducing a Dynamic States Approach to Entrepreneurship, *Entrepreneurship Theory and Practice*, Baylor University, pp. 317-350.

Marconi, M., Lakatos, E. (2003). *Fundamentos da Metodologia Científica*, Editora Atlas, S. Paulo.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*, 3ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Miller, D., Friesen, P. (1983). Successful and Unsuccessful Phases of the Corporate Life Cycle, *Organization Studies*, Vol: 4 (4), pp.339-356 (doi: 10.1177/017084068300400403).

Ministério da Saúde (Portal da Saúde) - Lista dos Centros Hospitalares Públicos de Portugal Continental. Consultado em: <http://www.min-saude.pt>, Acesso em: 25/11/2010.

Ministério da Saúde (Portal da Saúde) - Lista das Unidades Locais de Saúde de Portugal Continental. Consultado em: www.min-saude.pt, Acesso em: 25/11/2010.

Ministério da Saúde (Portal da Saúde) - Lista dos Hospitais EPE. Consultado em: <http://www.hospitaisepe.min-saude.pt>, Acesso em: 25/11/2010

Mintzberg, H. (1978). Patterns in Strategy Formation, *Management Science*, Vol: 24(9), Maio.

Pereira, A. (2004). *Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia - SPSS: Guia Prático de Utilização*, 5ª Edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*, 5ª edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Phelps, R., Adams, R. and Bessant, J. (2007). Life cycles of Growing organizations: A review with implications for knowledge and learning, *International Journal of Management Reviews*, Vol: 9 (1), pp. 1-30 (doi: 10.1111/j.1468-2370.2007.00200.x).

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva Publicações Lda., Lisboa.

Reis, E. (2001). *Estatística Multivariada Aplicada*, 2ª edição, Edições Sílabo, Lisboa.

Silverman, D. (2001). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*, 2ª Edição, Sage Publicações, Londres.

Simões, J. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percorso Comentado*, Almedina.

Scott, M., Bruce, R. (1987). Five Stages of Growth in Small Business, *Long Range Planning*, Vol. 20 (3), pp. 45-52.

Wang, K. (2002). *The five element theory in business research*, Proceedings of the 46th Annual Conference of ISSS, International Society for the Systems Sciences, Shanghai, PR China, Agosto.

Anexos

Anexo 1 - Carta de Apresentação enviada às Organizações de Saúde, juntamente com o questionário

Covilhã, Outubro de 2010

Exmº Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração:

O meu nome é Sara Filipa dos Santos Farromba Flores, Técnica de Diagnóstico e Terapêutica da área de Farmácia na Unidade Local de Saúde da Guarda.

No momento encontro-me a elaborar a tese do Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde na Universidade da Beira Interior, Covilhã, cujo tema é “Aplicação da Teoria do Ciclo de Vida às Organizações de Saúde de Portugal Continental”.

No geral, consiste em identificar e caracterizar os principais problemas que as organizações de saúde enfrentam e, posteriormente, definir orientações estratégicas que auxiliem a resolução dos mesmos.

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração através do preenchimento do questionário em anexo, o qual deve reenviar por email o mais rapidamente possível.

Devo ainda esclarecer que as informações recebidas são estritamente confidenciais e só serão utilizadas para efeitos deste trabalho, e que a análise dos resultados será realizada de forma agregada o que impossibilitará a identificação das respostas individuais.

O êxito deste trabalho depende, inteiramente, da vossa contribuição.

Agradecendo desde já a atenção dispensada,

Atenciosamente,

Sara Filipa Flores

Contactos: Telm: 966477055

email: saraffarromba@gmail.com

Anexo 2 - Questionário enviado às Organizações de Saúde

Questionário

O presente questionário destina-se à elaboração de um trabalho de investigação sobre o Ciclo de Vida das Organizações de Saúde de Portugal Continental. É **anónimo** e as respostas, absolutamente, confidenciais.

Demorará, aproximadamente **10 minutos** a responder e, se surgir alguma dúvida durante o seu preenchimento, responda o melhor que souber. O mais importante é não deixar nenhuma resposta em branco.

Obrigada pela atenção!

I - Identificação da Organização de Saúde

1.1 Designação da Organização de Saúde _____

1.2 Localização (Concelho) _____

1.3 Ano de Criação _____

1.4 Forma Jurídica da Organização _____

1.5 Qual o número total de funcionários da Organização?

2008 _____ 2009 _____

1.6 Qual o volume de prestação de serviços da Organização?

2008 _____ 2009 _____

II - Perfil do(a) Administrador(a) da Organização de Saúde

2.1 Idade do Administrador(a) _____

2.2 Sexo: Masculino Feminino

2.3 Administra a Organização:

À menos de 4 anos

De 4 a 8 anos

À mais de 8 anos

2.4 Nível de Formação:

Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro (Qual?) _____

III - Caracterização da Organização

Considerando uma escala de 1 (completamente de acordo) a 7 (totalmente em desacordo), classifique as seguintes afirmações sobre a organização de saúde:

3.1 A organização possui uma estrutura formal

1 2 3 4 5 6 7

3.2 Todas as actividades da organização encontram-se centradas no Administrador(a)

1 2 3 4 5 6 7

3.3 A organização possui gestores funcionais

1 2 3 4 5 6 7

3.4 A organização possui sistemas de contabilidade organizados

1 2 3 4 5 6 7

3.5 A organização gera lucros

1 2 3 4 5 6 7

3.6 Os lucros são reinvestidos na organização para melhoramento dos produtos e serviços

1 2 3 4 5 6 7

3.7 Os directores de serviço são responsáveis pela definição de incentivos

1 2 3 4 5 6 7

3.8 A comunicação dentro da organização é realizada de um modo formal (ex: memorandos)

1 2 3 4 5 6 7

3.9 A organização possui um departamento de marketing

1 2 3 4 5 6 7

3.10 A organização possui um departamento de manutenção de instalações e equipamentos

1 2 3 4 5 6 7

3.11 Quando aparece algum problema/tarefa a organização forma equipas de trabalho para aumentar a rapidez da resolução

1 2 3 4 5 6 7

3.12 Estas equipas são multidisciplinares

1 2 3 4 5 6 7

3.13 Existe uma preocupação com a simplificação de processos

1 2 3 4 5 6 7

3.14 A organização aposta na diversificação dos serviços

1 2 3 4 5 6 7

3.15 A organização aposta na implementação de novas tecnologias

1 2 3 4 5 6 7

3.16 A organização apresenta um crescimento lento

1 2 3 4 5 6 7

3.17 A organização apresenta escassez de recursos.

1 2 3 4 5 6 7

3.18 A organização apresenta um certo conservadorismo nas políticas e na tomada de decisões

1 2 3 4 5 6 7

IV - Identificação dos Principais Problemas da Organização

4.1 Classifique de 1 (muito mau) a 7 (excelente) o nível de recursos que a organização possui em termos de:

Equipamentos	1 2 3 4 5 6 7
Capital Financeiro	1 2 3 4 5 6 7
Recursos Humanos	1 2 3 4 5 6 7

4.2 Considerando uma escala de 1 (completamente de acordo) a 7 (totalmente em desacordo), identifique qual a relevância dos seguintes problemas no crescimento e desenvolvimento da organização:

4.2.1 Insuficiência de Recursos Humanos

1 2 3 4 5 6 7

4.2.2 Custo dos recursos humanos

1 2 3 4 5 6 7

4.2.3 Recrutamento de funcionários qualificados

1 2 3 4 5 6 7

4.2.4 Insuficiência de Equipamentos

1 2 3 4 5 6 7

4.2.5 Dificuldade na implementação de novos serviços, processos e tecnologias

1 2 3 4 5 6 7

4.2.6 Contratação de consultores externos

1 2 3 4 5 6 7

4.2.7 Dificuldade na definição de objectivos para a prestação de cuidados

1 2 3 4 5 6 7

4.2.8 Dificuldade de adequação da oferta à procura

1 2 3 4 5 6 7

4.2.9 Dificuldades de financiamento

1 2 3 4 5 6 7

4.2.10 Políticas de Gestão Nacional

1 2 3 4 5 6 7

4.2.11 Localização da Organização

1 2 3 4 5 6 7

4.2.12 Desenvolvimento de sistemas de consolidação financeira

1 2 3 4 5 6 7

4.2.13 Desenvolvimento de sistemas de controlo de custos

1 2 3 4 5 6 7

4.2.14 A estrutura da Organização

1 2 3 4 5 6 7

4.2.15 O Conselho de Administração

1 2 3 4 5 6 7

4.2.16 Definição clara dos papéis organizacionais, das responsabilidades e das políticas administrativas

1 2 3 4 5 6 7

V - Bases da Organização

5.1 Caracterize a forma como a organização se encontra estruturada

- Estrutura Simples: O Administrador é assessorado por indivíduos com várias responsabilidades. Não há divisões ou departamentos funcionais.
- Estrutura por funções: separação por departamentos ou funções
- Estrutura por divisões: grupos separados segundo produtos similares.
- Outras formas (Quais?) _____

5.2 Considerando a base e o topo, quantos níveis hierárquicos possui a organização?

5.3 Classifique o nível de formalização correspondente a cada uma das afirmações seguintes (1 - completamente de acordo; 7 - totalmente em desacordo)

5.3.1 A maioria das decisões é orientada por políticas e procedimentos formais

1 2 3 4 5 6 7

5.3.2 Todas as comunicações do Conselho de Administração são documentadas através de circulares

1 2 3 4 5 6 7

5.3.3 As comunicações entre os vários serviços são documentadas através de memorandos/circulares

1 2 3 4 5 6 7

5.3.4 Todas as classes profissionais possuem documentos formais da descrição das suas funções na organização

1 2 3 4 5 6 7

5.3.5 As classes profissionais possuem objectivos de serviço formalmente descritos

1 2 3 4 5 6 7

5.3.6 A organização possui um sistema de incentivos e compensações

1 2 3 4 5 6 7

5.3.7 Os incentivos e compensações são geridos por critérios sistemáticos e objectivos

1 2 3 4 5 6 7

5.3.8 Os orçamentos anuais são formais e orientam todas as decisões

1 2 3 4 5 6 7

5.4 O Conselho de Administração é constituído por:

- Presidente
- Director Clínico
- Enfermeiro Director
- Técnico Director
- Vogais Executivos
- 1 Vogal não Executivo (Representante da Comunidade)

5.5 Qual o tipo de decisão estratégica utilizada pelo Conselho de Administração?

(**empresarial** - quando as decisões são baseadas num julgamento pessoal; **profissional** - quando as decisões são baseadas em instrumentos analíticos e especializados)

- sempre empresarial (1)
- frequentemente empresarial (2)
- 50% empresarial, 50% profissional (3)
- frequentemente profissional (4)
- sempre profissional (5)

6. Das seguintes áreas funcionais, assinale com um X aquelas que possuem, pelo menos, um funcionário ligado, exclusivamente, a essas áreas:

Relação com agentes externos	Controlo de Qualidade
Expedição e Recepção	Formação de Pessoal
Manutenção	Pesquisa de Mercado
“Cliente”/Serviços	Contabilidade
Planeamento da prestação de serviços	Controlo de stocks
Pessoal	Engenharia Industrial
Publicidade	Investigação e desenvolvimento
Assuntos Legais	Segurança
Compras	Finanças
Processamento de salários	

7. Quem é o último responsável a autorizar as seguintes acções?

0 - o próprio trabalhador	1 - o coordenador da carreira
2 - o director do serviço	3 - o conselho de administração

7.1 Promoção de um funcionário _____

7.2 Demissão ou despedimento de um funcionário _____

7.3 Implementação na prestação de um novo serviço _____

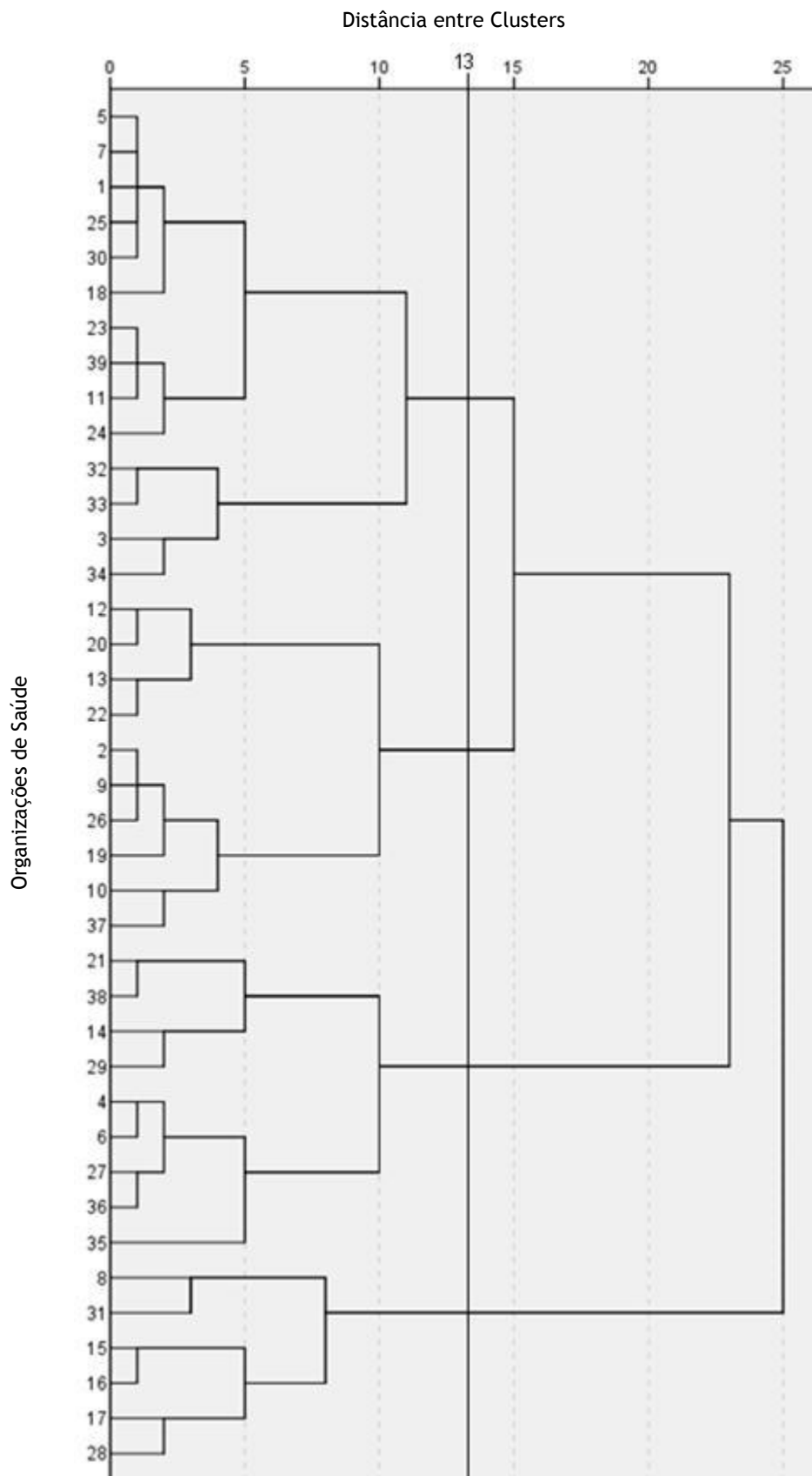
7.4 Despesas não orçamentadas _____

7.5 Concursos de fornecimento de produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, etc... _____

Terminou o Questionário. Queira então enviá-lo o mais breve possível.

Muito Obrigada pela sua Colaboração e Disponibilidade.

Anexo 3 - Dendrograma da Análise de Clusters



Anexo 4 - Distribuição dos casos estudados pelos Clusters.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
	1	2	4	8
	3	9	6	15
	5	10	14	16
	7	12	21	17
	11	13	27	28
	18	19	29	31
Casos	23	20	35	
	24	22	36	
	25	26	38	
	30	37		
	32			
	33			
	34			
	39			

Fonte: Elaboração Própria