

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA  
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS

FATIMA IZABEL DORNELLES FARIAS

**RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS E FORMAS DE GOVERNANÇA  
PRATICADAS NOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE  
CASO EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PRIVADA**

Porto Alegre  
Julho de 2007

FATIMA IZABEL DORNELLES FARIAS

**RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS E FORMAS DE GOVERNANÇA  
PRATICADAS NOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE  
CASO EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR PRIVADA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre em administração pela Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Profº Dr. Peter Bent Hansen

Porto Alegre

Julho de 2007

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F224r Farias, Fatima Izabel Dornelles

Relações interorganizacionais e formas de governança praticadas nos prestadores de serviços de saúde: um estudo de caso em uma organização hospitalar privada. / Fatima Izabel Dornelles Farias. – Porto Alegre, 2007.  
142 f.

Dissertação (Mestrado em Administração e Negócios) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, PUCRS.  
Orientação: Prof. Dr. Peter Bent Hansen.

1. Administração de Empresas. 2. Relações Interorganizacionais. 3. Parcerias. I. Título.

*3.1.3 CDD 658.401*

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

Dedico este trabalho ao meu filho, Eduardo, que mesmo privado de minha companhia, sem entender os momentos de ausência, iluminou meus dias com seu sorriso amoroso e inocente. Ao meu esposo Glauber, pelo seu amor e incentivo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Dr. Peter Bent Hansen pela orientação, incentivo e oportunidades de aprendizado.

Aos professores Dra. Gabriela Cardoso e Dr. Sergio Lessa Gusmão pelas contribuições apresentadas na banca de qualificação do projeto.

Ao Hospital Mãe de Deus que tornou possível esta caminhada proporcionando-me subsídios financeiros e a necessária confiança no retorno deste investimento.

A minha querida amiga Jane Isabel Biehl, que acreditou no meu potencial e foi a grande responsável pelo início desta trajetória.

A minha sogra Gilca, pelo apoio, incentivo e cuidados com meu filho nos momentos de minha ausência.

A meu pai, Arlindo Farias, que me possibilitou a educação necessária para que eu seguisse até este momento.

As minhas irmãs, Jussara e Adriana, fiéis companheiras e amorosas amigas que incentivaram cada momento.

## RESUMO

O cenário econômico e social têm levado os diversos meios produtivos a uma busca constante por inovações, e a competição, antes mobilizada por empresas isoladamente, hoje assume um caráter mais sistêmico. As empresas começam a transitar em torno de outras possibilidades de organização para aumentar suas potencialidades, otimizar recursos, ganhar mercados e aprimorar suas capacidades. As redes interorganizacionais, parcerias e alianças estratégicas estão sendo formadas para atender a estas necessidades. Com os prestadores de serviços em saúde não têm sido diferente e novos arranjos produtivos estão se formando, com os mais diferentes objetivos. No entanto, é imperativo que para novas formas de relacionamento, novas estruturas de governança sejam adotadas para gerenciar as interfaces e garantir resultados superiores para os parceiros. Conhecer e compreender os fatores que afetam as relações interorganizacionais pode colaborar para que estruturas de governança adequadas sejam utilizadas buscando os resultados de um empreendimento conjunto. O objetivo deste estudo vem ao encontro destas necessidades: analisar as relações interorganizacionais e as formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado. O método utilizado para o alcance dos objetivos foi um estudo de caso único. Os resultados foram descritos considerando três dimensões de análise: prestação de serviços no ambiente hospitalar privado, relações interorganizacionais e formas de governança. A partir da estrutura de pesquisa montada para o estudo foi possível verificar que as relações interorganizacionais no ambiente hospitalar pesquisado são de caráter formal, prevalecendo mecanismos igualmente formais para a coordenação das atividades. A estrutura de governança mais utilizada é a chamada semi-hierarquia, mais adequada quando os riscos são altos e a competência do parceiro não pode ser generalizada.

**Palavras-chave:** Relações interorganizacionais, parcerias, governança.

## **ABSTRACT**

The economic and social panorama has led different productive means to the constant search of innovation, and competition, first individually mobilized by companies, and now more systemic. Companies begin to thinking about other organizational possibilities to increase their potentialities, optimize their resources, gain new markets and improve their capabilities. Interorganizational networks, partnerships and strategic alliances are being formed to meet these needs. This is not different in the healthcare service industry, and new productive arrangements are being formed, with many different objectives. However, new governance structures are imperative for those new arrangements in order to manage the interfaces and assure higher outcomes for their partners. Knowing and understanding the factors affecting interorganizational relationships can contribute to use suitable governance structures, looking for the outcomes of a joint undertaking. The objective of this study meets these needs: analyzing the interorganizational relationships and governance forms used within the private hospital environment. The method used to reach this objective was the case study. The results were described considering three analysis dimensions: service supply within the private hospital environment, interorganizational relationships and governance forms. From the research structure, it was possible to verify that interorganizational relationships within the studied hospital environment are formal, formal mechanisms also prevailing in the coordination of the activities. The most used governance structure is called semi-hierarchy, more suitable when risks are high and partners' competition cannot be generalized.

**Keywords:** Interorganizational relationships, partnerships, governance.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Encadeamento lógico da fundamentação teórica .....	21
Figura 2 – Modelo de rede <i>todown</i> .....	33
Figura 3 – Redes flexíveis de pequenas empresas .....	34
Figura 4 – Tipologia de Redes de Empresas .....	34
Figura 5 – Estrutura de interesses .....	41
Figura 6 – Atributos de contrato (tradução do autor) .....	44
Figura 7 – Rede de relacionamentos e contexto da governança para empresas hospitalares ...	56
Figura 8 – Desenho de Pesquisa .....	61
Figura 9 – Estrutura de análise dos resultados .....	69
Figura 10 – Caracterização da prestação de serviços no hospital privado pesquisado.....	71
Figura 11 – Ambiente das parcerias .....	73
Figura 12 – Estrutura para análise das relações interorganizacionais .....	79
Figura 13 – Estruturas de interesses na organização pesquisada.....	88
Figura 14 – Estrutura para análise das formas de governança .....	92
Figura 15 – Medicina diagnóstica, contrato de terceirização da gestão Governança das relações em Semi-hierarquia.....	94
Figura 16 – Medicina diagnóstica franquia -Governança em Semi-hierarquia.....	95
Figura 17 – Associação médica - Governança em rede.....	96
Figura 18 – Operadoras de planos de saúde-Governança em Semi-hierarquia.....	98
Figura 19 – Especialidades médicas organizadas Governança em Semi-hierarquia.....	99
Figura 20 – Modelo de redes interorganizacionais para o ambiente hospitalar privado .....	109



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Adaptação dos hospitais aos diferentes condicionantes .....	25
Quadro 2 – Perspectivas teóricas das relações interorganizacionais.....	37
Quadro 3 – Tipos de interdependência .....	40
Quadro 4 – Tipos de interdependência e formas de redes.....	41
Quadro 5 – Variáveis para os relacionamentos interorganizacionais.....	47
Quadro 6 – Tipos de governança e suas determinantes (tradução do autor).....	54
Quadro 7 – Comparativo das variáveis determinantes da governança segundo Grandori (1997) e Humphrey e Schmitz (2000) .....	55
Quadro 8 – Estrutura de análise das variáveis da pesquisa .....	62
Quadro 9 – Principais agentes, serviços, atividades, recursos e formas de constituição das parcerias na organização pesquisada.....	74
Quadro 10 – Variáveis para análise dos tipos de redes de relacionamento.....	80
Quadro 11 – Tipos de redes de relacionamento para os diferentes tipos de parcerias .....	82
Quadro 12 – Tipos de interdependência e formas de rede .....	85
Quadro 13 – Grau de colaboração entre a organização pesquisada e seus parceiros .....	88
Quadro 14 – Complexidade das informações.....	90
Quadro 15 – Relações interorganizacionais no ambiente hospitalar.....	91
Quadro 16 – Variáveis determinantes da governança na organização pesquisada.....	93
Quadro 17 – Análise comparativa das formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado pesquisado, com base nos pressupostos de Humphrey e Schmitz (2000) .....	101
Quadro 18 – Análise comparativa das formas de governança (Humphrey e Schmitz, 2000), considerando os mecanismos de coordenação (GRANDORI, 1997).....	103
Quadro resumo 19 – Resultado das categorias e variáveis analisadas .....	105

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA</b> .....	15
2.1 DELIMITANDO O TEMA .....	15
2.2 QUESTÃO DE PESQUISA .....	17
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	19
3.1 OBJETIVO GERAL .....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	20
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE .....	21
<b>4.1.1 O Ambiente Hospitalar</b> .....	24
<b>4.1.2 O Ambiente Hospitalar Privado</b> .....	24
<b>4.1.3 Realidade Estratégica e Competitiva para os Hospitais</b> .....	27
4.2 RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS .....	29
<b>4.2.1 Terceirização</b> .....	30
<b>4.2.2 Tipologia de Redes Interorganizacionais</b> .....	32
<b>4.2.3 Perspectivas Teóricas das Relações Interorganizacionais</b> .....	36
<b>4.2.4 Relacionamentos Interorganizacionais em Redes</b> .....	38
<b>4.2.5 Economia dos Custos de Transação</b> .....	42
<b>4.2.6 Teoria Baseada em Recursos</b> .....	45
<b>4.2.7 Comparativo e Complementaridade das Teorias que Abordam as Relações Interorganizacionais</b> .....	47

4.3 O PROCESSO DE GOVERNANÇA.....	48
4.3.1 A Governança das Relações Interorganizacionais de acordo com Grandori .....	50
4.3.2 A Governança das Relações Interorganizacionais de acordo com Humphrey e Schmitz .....	52
4.3.3 Variáveis de Análise da Governança nas Relações do Ambiente Hospitalar .....	55
<b>5 MÉTODO DA PESQUISA .....</b>	<b>58</b>
5.1 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO MÉTODO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO .....	59
5.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	60
5.3 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	62
5.4 UNIDADE DE ANÁLISE .....	63
5.5 COLETA DE DADOS .....	63
5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	66
<b>6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>68</b>
6.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO AMBIENTE HOSPITALAR PRIVADO .....	69
6.1.1 Agentes, Serviços, Recursos, Atividades Envolvidas e Formas de Constituição das Parcerias .....	70
6.2 RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR .....	79
6.2.1 Formas da Rede de Relacionamento.....	80
6.2.2 Fluxo de Recursos (tipo de interdependência).....	84
6.2.3 Estrutura de Interesses .....	86
6.2.4 Complexidade das Informações .....	89
6.2.5 Caracterização dos Relacionamentos Interorganizacionais no Ambiente Hospitalar .....	90
6.3 TIPOS DE GOVERNANÇA.....	92
6.3.1 Comparativo das Formas de Governança das Relações.....	100
6.4 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS DE REDES PARA AVALIAR O AMBIENTE HOSPITALAR PRIVADO .....	104
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
7.1 CONCLUSÕES.....	111

7.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....	116
7.3 RECOMENDAÇÕES.....	117
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	119
<b>APÊNDICES</b> .....	127
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para estudo de caso.....	128
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para estudo de caso.....	132
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para estudo de caso.....	139

## 1 INTRODUÇÃO

O mundo passou por rápidas e drásticas transformações nas últimas décadas, especialmente após a segunda guerra mundial. Em nenhum outro tempo houve tantas mudanças. Os reflexos foram tanto de ordem sócio-cultural e econômica, como da própria dinâmica das organizações. A globalização passou a ser sinônimo de novas tecnologias, com novos produtos e serviços, ofertados para atender a um mercado consumidor muito exigente, com novos padrões de qualidade, muito diversificado e, como consequência, fortemente competitivo. Estes movimentos se traduziram em um grande desafio para a gestão, que foi levada a mudanças significativas nas estratégias empresariais e na reorganização dos meios produtivos, com impactos na forma de administrar, de distribuir e de operar seus recursos.

Esta nova realidade se caracteriza pela transição da eficiência individual para a coletiva, com novas formas de organizar a produção e novos relacionamentos intra e interempresas, estruturados através da cooperação. Estes movimentos cooperativos são motivados pela busca por recursos complementares, pela necessidade de reduzir incertezas, contrapor ameaças e alcançar oportunidades, ou para sustentar prováveis vantagens competitivas. A integração, as parcerias e as alianças estratégicas começam a surgir tanto no macro, como no microambiente econômico, como uma forma de se adaptar a esta nova realidade competitiva. Em decorrência deste novo paradigma de gestão, novos arranjos produtivos começaram a surgir na indústria, tais como: *Joint Ventures*, *Clusters*, *Franchising*, *Supply Chain*, redes *top down*, alianças estratégicas, cadeias produtivas, consórcios de exportações, redes interorganizacionais, redes flexíveis de pequenas empresas, terceirização, entre outros (BITENCOURT e KLIEMANN, 2004; CHERCHGLIA, 2004; PEREIRA, 2005; CASAROTTO; PIRES, 1999).

Os mesmos fatores que influenciaram fortemente a indústria no mundo globalizado, somados a crescente urbanização e ao aumento da qualidade de vida das populações, também

modificaram a gestão das empresas prestadoras de serviços. Este setor foi impulsionado para o crescimento e assumiu uma nova posição competitiva no cenário econômico mundial. Os novos arranjos produtivos, até então experimentados na indústria, passam a ser replicados neste setor (CONRAD; SHORTELL, 1996).

No contexto da prestação de serviços em saúde, da mesma forma, mudanças foram impulsionadas por movimentos exercidos pela globalização, e novas formas de relacionamento começaram a ser inseridas neste ambiente como alternativa para obtenção de ganhos de competitividade. A formação de redes interorganizacionais, parcerias e terceirizações foram concebidas neste ambiente como uma forma de atender a estas exigências emergentes, oriundas de um mercado cada vez mais competitivo.

Entretanto, estas novas formas de organização da produção, a partir de relacionamentos interorganizacionais, foram requisitos para que novas formas para a governança das relações fossem introduzidas nos meios produtivos, como alternativas para a coordenação das atividades e administração dos relacionamentos. O sucesso destes novos empreendimentos depende, entre outros fatores, das estruturas de poder e de tomada de decisão utilizadas para a gestão destes relacionamentos, que podem ser mais democráticas, com o poder compartilhado a partir de uma ação coletiva, da participação, da regulação e práticas de “bom governo”, ou mais autocráticas, com o poder centralizado e o controle exclusivo de quem comanda a cadeia de relacionamentos (RODRIGUES, 2003).

A definição de papéis, as formas de interação e colaboração entre as organizações, os mecanismos de coordenação, as competências e recursos envolvidos, os riscos relacionais e financeiros, os custos das transações, a intenção estratégica e a complexidade do ambiente são fatores determinantes das formas de governança adotadas para a gestão dos relacionamentos (GRANDORI; SODA, 1995, WILLIAMSON, 1985, HUMPHREY; SCHMITZ, 2000, BARNEY; HESTERLY, 1996).

O fato é que a pressão para melhorar o desempenho e aumentar a competitividade está presente nas empresas no mundo todo e em todos os setores de produção. No entanto, a literatura sugere que as estratégias para alcançar o aprimoramento e a sofisticação dos produtos e serviços e aumentar o valor adicionado às atividades, podem ser facilitadas pelas formas de organização dos relacionamentos (GRANDORI, 1997) e pela governança das relações, que assumem então um caráter estratégico (HUMPHREY; SCHMITZ, 2001). Negociar os relacionamentos no mundo competitivo é uma atitude de inovação.

A capacidade de interpretar o ambiente e identificar os relacionamentos interorganizacionais e as formas de governança pode contribuir para aumentar a

competitividade das organizações. Sendo assim, este estudo pretende analisar as formas de governança adotadas por uma empresa hospitalar para o gerenciamento das suas relações interorganizacionais.

Para a realização dos objetivos do presente trabalho, na seqüência da introdução, é apresentado o capítulo dois, com a delimitação do tema e a questão de pesquisa.

No capítulo três está o objetivo geral e os objetivos específicos.

A fundamentação teórica apresentada no capítulo quatro está dividida em três seções. A primeira seção apresenta a contextualização da indústria da saúde, partindo do macro-complexo da saúde até o segmento hospitalar privado. Na segunda seção são discutidas as teorias que analisam as relações interorganizacionais: a economia dos custos de transação, a teoria baseada em recursos (*resource-based view-RBV*) e as redes inter-firmas. Na terceira seção são tratadas as teorias que abordam diferentes estruturas de governança para a gestão dos relacionamentos.

O capítulo cinco descreve o método de pesquisa adotado para atingir os objetivos desta pesquisa.

O sexto capítulo apresenta a discussão dos resultados a partir a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

O sétimo e último capítulo traz as considerações finais, incluindo as conclusões da pesquisa, limitações e recomendações.

## **2 TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA**

Toda a produção da indústria da saúde – prestação de serviço em saúde, indústria farmacêutica, de vacinas, de equipamentos e materiais médicos, reagentes para diagnósticos, hemoderivados, soros e toxinas – está orientada à prestação dos serviços de saúde. As empresas prestadoras de serviços em saúde (hospitais) são estratégicas para o desenvolvimento de toda a cadeia produtiva da saúde, pois governam os custos e a qualidade de todo o sistema (PORTER; TEISBERG, 2007). Compreender como são gerenciados os relacionamentos entre os diversos elos da cadeia de relacionamentos é uma tarefa complexa, exigindo do pesquisador a priorização de determinados elementos para o desenvolvimento do estudo. Para tanto, a seguir, serão apresentadas a delimitação do tema e a questão de pesquisa a ser analisada.

### **2.1 DELIMITANDO O TEMA**

A indústria da saúde não ficou indiferente aos movimentos exercidos pela globalização e sofreu mudanças em seu modo operante. Segundo Sicsú et al. (2003), a partir dos anos 80 o setor de serviços de saúde emergiu como uma nova percepção de negócio, que foi acompanhada pelo surgimento acelerado de empresas privadas neste ramo. As atividades relacionadas com a prestação desses serviços passaram a ter uma maior dimensão econômica e ganharam *status* de complexo de saúde. Estas atividades foram consideradas deste momento em diante, como atividades econômicas geradoras de emprego e renda, além de serem altamente intensivas em trabalho e socialmente desejáveis, por causarem externalidades positivas.



Os elos da cadeia produtiva deste grande complexo de saúde são formados por um composto de empresas e instituições, cuja função é a assistência à saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e ambulatórios), envolvendo alguns setores da atividade industrial, setores da atividade comercial (atacado e varejo de produtos médicos, farmacêuticos, odontológicos e ortopédicos), atividades de infra-estrutura e apoio e provedores de serviços e atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento (universidades, assistência técnica, consultorias, laboratórios, etc).

O núcleo de organizações e instituições cuja função ou objetivo é a prestação de serviços em saúde assumiu uma relevante posição na cadeia devido à sua função econômica e social (SICSÚ et al., 2003) e a sua parcela de responsabilidade nos custos e na qualidade de todo o sistema de saúde (PORTER; TESIBERG, 2007). Estes núcleos estão divididos em setores públicos e privados, sendo que as clínicas e hospitais totalizam a grande maioria dos estabelecimentos, chegando a 97% (COHN; ELIAS, 2005). Os hospitais assumem isoladamente um total de 79% dos estabelecimentos (segundo o IBGE, 1990), possuindo uma posição de destaque dentro da indústria da saúde.

Para Zanon (2001) e Cohn e Elias (2005), o segmento hospitalar tem sofrido grandes mudanças na forma de operacionalizar seus processos e de fazer a gestão de seus recursos. Os hospitais são formados por sistemas integrados em vários aspectos, e inseridos em um contexto conturbado como o da saúde, necessitam de planejamento e tomada de decisão estratégica. A gestão toma um caráter de complexidade ímpar, conduzindo os gestores a alternativas que não cabem mais nos modelos tradicionais e centralizados de gestão, mas requer parcerias, divisão de ganhos e governança, com gerenciamento dos relacionamentos. Para o alcance de vantagens competitivas formam-se alianças estratégicas com os diversos atores envolvidos para o atendimento das áreas fim, meio e de apoio.

Ao integrarem-se com outros serviços, com atividades fora da linha central do negócio ou de sua principal competência, os hospitais buscam a redução do risco financeiro e ganhos na receita, acompanhados pela habilidade de coordenar a assistência dentro e entre os serviços ao longo da cadeia produtiva da saúde (CONRAD; SHORTELL, 1996). Ao integrarem-se com serviços dentro da linha central de seu negócio, buscam acessar competências, aprimorar produtos ou serviços, transformar potenciais concorrentes em parceiros, ou acessar mercados.

No setor hospitalar a prática mais adotada pelo segmento para atender a esta nova realidade tem sido a terceirização. Segundo Sunseri (apud CHERCHGLIA, 1998), nos hospitais norte-americanos a terceirização alcança 83% dos serviços de manutenção e

conservação, 61% do tratamento do lixo, 56% da lavanderia, 58% dos serviços de diálise, 39% dos serviços de patologia, 33% do serviço de anestesiologia e 31% do serviço de fisioterapia.

No Brasil, segundo Girardi, Carvalho e Girardi Jr. (2005), a terceirização neste segmento tem ultrapassado os serviços ditos não essenciais (de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços gerais, administrativos e hotelaria), atingindo os serviços profissionais (médicos, enfermagem, fisioterapia, anestesiologia), a gestão financeira e a gestão de serviços. A prática é mais freqüente em hospitais de grande porte.

O modelo de terceirização busca ser eficiente, oferecer ao mercado preços compatíveis com a concorrência, alcançar qualidade, produtividade, redução de custos, lucro e competitividade, mediante um processo de horizontalização de atividades (MARQUES, 2003, CHERCHGLIA, 2004).

A possibilidade de existência de conflitos de interesses entre os atores envolvidos no relacionamento implica no estabelecimento de todo um conjunto de normas para definir as regras contratuais bem como para efetivar seu cumprimento e repactuar, sempre que necessário, os termos do contrato/relação (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR, 2005).

No entanto, apesar dos contratos, nem todos os conflitos de interesses podem ser previstos. Existem estratégias de condução e coordenação das atividades – estruturas de governança – que podem ou não possibilitar a conversão de interesses e a busca de resultados superiores para ambos os parceiros. Estas estruturas poderão estar previstas em contratos, serem utilizadas por meio de procedimentos hierárquicos, ou estarem pautadas por estruturas de colaboração e cooperação.

Seja qual for o modelo de relacionamento adotado pela organização, a constituição desta nova forma de organizar a produção passará pelo crivo da decisão estratégica e o resultado dependerá das habilidades desenvolvidas para gerenciar estas estruturas no ambiente hospitalar.

## 2.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Com o crescimento e o impacto da prestação de serviços em saúde no contexto econômico e social, a administração das organizações hospitalares assume uma complexidade maior, com a urgência de adotar novas formas de gestão e novos arranjos produtivos, com

vistas a obter maior competitividade. Os altos custos para operação, a pressão por inovação constante e os impactos sociais do funcionamento dos diversos sistemas envolvidos na assistência à saúde, entre outros aspectos, têm levado os gestores das organizações hospitalares a buscar inovações no modo de fazer a gestão dos processos. No entanto, com o advento das novas formas de relacionamento intra e interorganizacionais, a complexidade da gestão, que já era grande, toma uma proporção maior, gerando a necessidade de gerenciar os relacionamentos através da governança das relações.

O presente estudo, analisa uma das empresas que compõem este universo de inúmeras prestadoras de serviços em saúde, mas que caracteriza as instituições de caráter privado, geradoras, assim como outras, de emprego, renda e soluções em saúde para a comunidade. A forma como estas organizações são gerenciadas pode colaborar para um importante campo de estudo para atuais e futuros pesquisadores, uma vez que são cada vez mais consideradas as relações interorganizacionais voltadas para a competitividade.

A partir desta reflexão foi formulada a questão de pesquisa deste estudo: Quais as formas de governança adotadas pelas empresas hospitalares para o gerenciamento das suas relações interorganizacionais?

O próximo tópico apresenta os objetivos geral e específico desta pesquisa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as relações interorganizacionais e as formas de governança existentes na prestação de serviços de saúde no ambiente hospitalar privado.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar o ambiente hospitalar privado em termos de prestação de serviços em saúde;
- Identificar os agentes parceiros envolvidos na prestação de serviços em saúde na área hospitalar;
- Descrever os tipos de relações interorganizacionais existentes neste ambiente;
- Caracterizar as formas de governança utilizadas para o gerenciamento das relações.

O próximo tópico aborda os conceitos teóricos utilizados como referencial para esta pesquisa.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

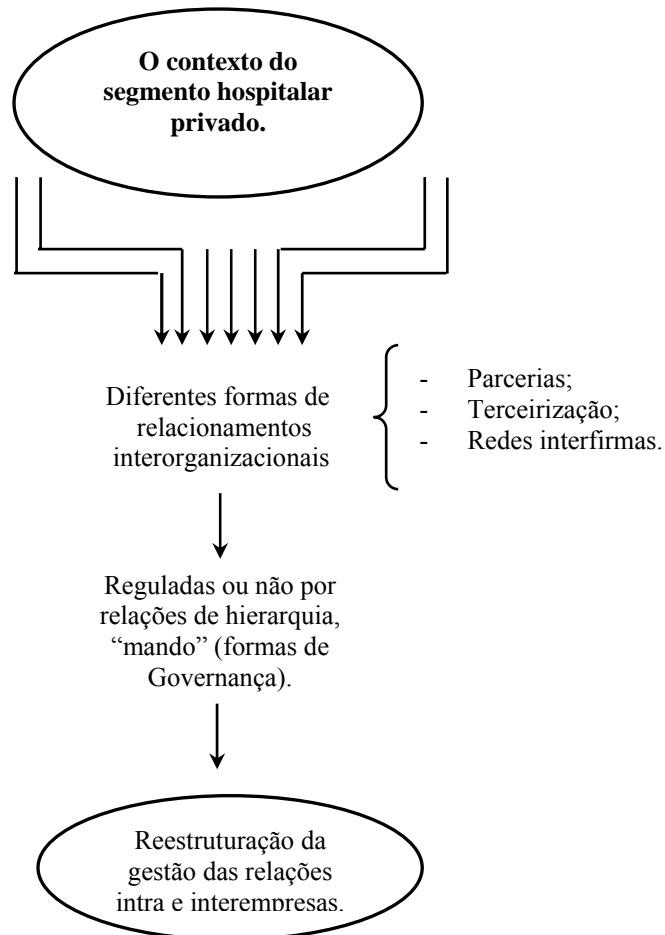
Esta etapa do trabalho oportuniza ao pesquisador o aprofundamento dos conceitos centrais pertinentes ao trabalho, tomando como base, referenciais teóricos e diferentes abordagens sobre o mesmo tema. No presente estudo a base teórica estará enfatizando três temas: contextualização do setor da saúde, relações interorganizacionais e governança.

As reflexões apresentadas nesta etapa do estudo buscam na literatura subsídios para a análise das relações interorganizacionais e de governança existentes na prestação de serviços de saúde no ambiente hospitalar privado.

Estas relações são advindas de alianças estratégicas formadas em ambientes complexos, que surgem como uma opção para superar as dificuldades atreladas à competição no mercado. Para que isso se concretize, as organizações procuram potenciais parceiros, tanto para somar vantagens unindo capacidades, conhecimentos e/ou recursos, como para operacionalizar as atividades meio ou de apoio e focar investimentos de toda a ordem na atividade essencial do negócio. Seja qual for a intenção estratégica da organização ao compor a aliança, a governança surge para gerenciar as diversas estruturas de interesse envolvidas na relação. Segundo alguns autores, o resultado deste movimento de reestruturação da gestão das relações intra e interempresas, pode estar na reformulação ou consolidação das estratégias organizacionais. A Figura 1 ilustra este encadeamento lógico dos conceitos que serão abordados neste capítulo.

A estrutura do capítulo está dividida em três seções. Na primeira será analisado o contexto da saúde – cenário da saúde, ambiente hospitalar, ambiente hospitalar privado e realidade estratégica dos prestadores *versus* planos de saúde. Na segunda seção são discutidas as teorias que analisam as relações interorganizacionais: a economia dos custos de transação, a teoria baseada em recursos (*resource-based view-RBV*) e as redes inter-firmas. Na terceira

seção são tratadas as teorias que abordam diferentes estruturas de governança para a gestão dos relacionamentos.



**Figura 1 – Encadeamento lógico da fundamentação teórica**

Fonte: autor

#### 4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE

O setor de saúde recebe considerável atenção dos Governos na regulação, investimentos e consumo de produtos, através de suas agências de regulação e secretarias municipais e estaduais. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são responsáveis por uma parcela das normas que orientam a prestação de serviços em saúde quanto à produção de bens destinados a estes serviços. O Estado tem o papel da universalização da assistência básica à saúde (nível

primário, secundário e terciário de atenção à saúde), ficando a assistência especializada com investimentos altos em tecnologia para o setor privado (no nível secundário e terciário de atenção à saúde) (COHN; ELIAS, 2005).

O governo é o grande comprador dos setores de saúde (70% do consumo nessa área), sendo uma variável importante na sua expansão. As políticas de incentivo do governo estão relacionadas à substituição de importações de produtos que atendam aos serviços de saúde. As atividades de saúde no Brasil representam cerca de 3,2 % do PIB, que corresponde a 260 dólares/ ano/habitante, valor considerado baixo se comparando com outros países (INSTITUTO INOVAÇÃO, 2003). Nos países mais desenvolvidos, como os Estados Unidos, as atividades de saúde representam até 13% do PIB (PORTER; TEISBERG, 2007).

Quanto aos custos com saúde, o governo é responsável por cerca de 67% das despesas em saúde, sendo 60% em serviços ambulatoriais e hospitalares. Em comparação com outros países com IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) mais elevado, o Brasil fica aquém. Na Alemanha o governo é responsável por 88% dos gastos em saúde, na Inglaterra este percentual é de 83% (INSTITUTO INOVAÇÃO, 2003).

Além das responsabilidades do Ministério da Saúde, o Ministério de Ciência e Tecnologia, também atua nesta área, com altos investimentos públicos para pesquisa & desenvolvimento (P&D), comparável em países ricos apenas a investimentos militares<sup>1</sup>.

A Organização Mundial da saúde (OMS), junto com o Banco Mundial, estabeleceram o panorama geral da situação da saúde no mundo e identificaram problemas semelhantes entre os setores públicos e privados, em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. São eles: má utilização de recursos em relação ao custo-benefício; desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde; ineficiência nos gastos; aumento significativo dos custos, decorrente das novas tecnologias, entre outros.

Cohn e Elias (2005) argumentam que a mesma situação se evidencia no Brasil, agravada pela insuficiência de recursos financeiros específicos para saúde, pelo efeito da ausência de uma política de cidadania no dia-a-dia da saúde e pela falta de definição de recursos necessários e fontes estáveis para o seu provimento. Este setor passou por um esgotamento em seu financiamento nas décadas de 80 e 90 e enfrenta uma insuficiência de recursos para suprir os gastos de seu funcionamento. As alterações no perfil epidemiológico, como o aumento da população idosa, elevando a incidência de doenças prevalentes desta faixa etária, o aumento da complexidade e o tipo de assistência médica, têm fragilizado o sistema

---

<sup>1</sup> Fonte: Estudos do Instituto Inovação, 2003.

de financiamento da saúde, obrigando toda a cadeia produtiva a repensar o setor, especialmente os prestadores de serviços.

A indústria da saúde possui três características principais: (1) alto nível de conhecimento, percebido pelo elevado grau de inovação; (2) alto dinamismo em termos de taxa de crescimento e competitividade, em decorrência da primeira característica; e (3) interesse social marcante (INSTITUTO INOVAÇÃO, 2003).

Estudos da Unicamp (INSTITUTO INOVAÇÃO, 2003) apontam cinco áreas que representam tipicamente a indústria da saúde: (1) a prestação de serviço em saúde; (2) a indústria farmacêutica; (3) a indústria de vacinas; (4) a indústria de equipamentos e materiais médicos e (5) os reagentes para Diagnósticos, Hemoderivados, Soros e Toxinas. A tecnologia aparece como uma das variáveis de maior importância, por necessitar de altas taxas de investimentos, o que determina a competitividade do setor.

Por outro lado, segundo Sicsú (2003), o setor de saúde faz parte de um complexo mais amplo de reestruturação produtiva e está associado à chamada economia do conhecimento, que engloba as indústrias da comunicação, da educação, dos serviços de saúde e das biotecnologias. Para Bolaño e Sicsú (2002, p. 7-8):

Há de se diferenciar e articular, há um tempo, dois tipos de cadeias econômicas: cadeias produtivas e cadeias do conhecimento. Assim, a partir do que podemos chamar de cadeia do conhecimento das biotecnologias – constituído por complexos processos de trabalho altamente informatizados e articulados em redes de laboratórios públicos e privados, que produzem conhecimento puro diretamente ligado a necessidades sociais e econômicas – desenvolvem-se produtos, técnicas e procedimentos que influenciarão diferentes cadeias produtivas, como aquelas ligadas à agroindústria, à indústria farmacêutica ou ao setor de serviços médicos e hospitalares.

O segmento de saúde, segundo o mesmo autor, não pode ser analisado a partir de lógicas autônomas entre as áreas de prestação de serviços e a de geração e difusão do conhecimento. Estas áreas possuem uma forte sinergia determinante de suas dinâmicas, o que torna quase impossível separar as atividades e resultados dos principais atores das duas cadeias, a produtiva e a do conhecimento. Suas funções são exercidas simultaneamente pelos diferentes atores, dentro do que atualmente se chama de complexo de saúde. Nas atividades com objetivo de assistência à saúde, identifica-se a capacidade de articular dois arranjos institucionais: os sistemas de bem-estar social e os sistemas de inovação. Esta articulação envolve a interação entre a assistência à saúde, as redes de formação profissional superior e a indústria produtora de equipamentos médico-hospitalares e instrumentos de diagnóstico (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999).



O núcleo de organizações e instituições cuja função ou objetivo é a prestação de serviços e/ou assistência à saúde está composto por hospitais, clínicas, laboratórios clínicos e ambulatorios. Sua importância econômica e social, bem como, a obtenção de um espaço privilegiado de aplicação de tecnologias permite que se misturem elementos não-mercantis com elementos de mercado (SICSÚ, 2003). Estes núcleos estão divididos em setores públicos e privados, sendo que as clínicas e hospitais totalizam a grande maioria dos estabelecimentos, chegando a 97% (COHN; ELIAS, 2005) e o segmento hospitalar 79% segundo o IBGE (1990), denotando uma relevância ímpar para este último dentro de toda a indústria da saúde.

#### **4.1.1 O Ambiente Hospitalar**

Segundo o Ministério da Saúde (ZANON, 2001, p. 24) “o hospital é definido como parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento”.

Os hospitais possuem uma característica humanística e uma realidade sócio-econômica, pois é necessário gerir recursos econômico-financeiros cada vez maiores, para suprir necessidades mais complexas em saúde. Estas instituições apresentam duas áreas de atividade: a médico-assistencial ou intrínseca e a administrativa ou de suporte operacional. Cohn e Elias (2005, p. 77) referem-se ao hospital como um “estabelecimento para assistência médica em regime de internação”, apresentando recursos tecnológicos e humanos específicos para atendimento 24 horas (ZANON, 2001). Segundo Mirshawka (1994, p. 22), de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Esta complexidade é fruto da conjunção de uma estrutura altamente tecnológica e de recursos humanos especializados para atender uma demanda crescente de necessidades em saúde.

#### **4.1.2 O Ambiente Hospitalar Privado**

Os serviços privados de saúde destinam-se a grupos com renda mais elevada e a trabalhadores de setores mais dinâmicos da economia. Representam 25% da população

residente nas regiões sul e sudeste do país. O mercado que envolve estes serviços está apresentando inúmeras dificuldades, decorrentes de vários fatores, tais como: o aumento dos gastos com os planos de saúde; modificações do perfil econômico dos convênios decorrente do perfil sócio-econômico dos usuários; o aumento de novas tecnologias, e conseqüente aumento dos custos de estrutura; necessidade de estabelecer alianças estratégicas; conflitos nas relações dos prestadores de serviços com as fontes pagadoras; e políticas governamentais desfavoráveis (dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, 2005).

O segmento hospitalar passa por uma grande turbulência que o impulsiona para grandes mudanças na forma de operacionalizar seus processos e de fazer gestão (ZANON, 2001, COHN; ELIAS, 2005). Novos padrões tecnológicos e de gestão são introduzidos para atender as demandas geradas pelo ambiente, que levam a alterações nos processos de trabalho médico-hospitalares. Estes padrões não superaram o lastro do trabalho vivo e a necessidade de conhecimento, mas introduzem mudanças significativas de natureza organizacional (SICSÚ, 2003).

De acordo com Gonçalves (2002), para que os hospitais façam a necessária mudança para adequarem-se à nova realidade competitiva, é preciso adaptar-se a um conjunto de condicionantes que levam ao desempenho das atividades hospitalares. Estes condicionantes podem ser tanto de ordem interna quanto externa. O autor agrupou estes condicionantes em três conjuntos: ambientais, estruturais e funcionais, representados no Quadro 1.

<b>CONDICIONANTES</b>	<b>Ambiental</b>	Presença do estado	Adequação à legislação insegura
		Marketing	Reconhecimento da relevância
	<b>Estruturais</b>	Modelo estrutural	Estrutura de cooperação Corpo clínico Funcionários Terceiros Parceiros Tecnologia de ponta Instalações <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">             {              Serviços              Complexidade           </div>
		Usuário-dependente	Hospitalização Hospital-dia Atendimento domiciliar
	<b>Funcionais</b>	Modelo administrativo	Profissionalização
		Financiamento	Convênios / Clientes particulares
		Informatização	Dominante
		Capacitação dos funcionários	Permanente
		Compromisso com a qualidade	Obrigatório

**Quadro 1 – Adaptação dos hospitais aos diferentes condicionantes**

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2002) – RAE-Revista de administração de empresas, v. 1, n. 2, p. 4

Destacam-se alguns desses condicionantes:

- Mudanças ambientais, com a presença do estado (por meio da legislação); e do marketing, indispensável e de grande contribuição para a inovação da administração hospitalar (GONÇALVES, 2002).
- Mudanças estruturais, com adaptação à complexidade, característica do hospital-empresa. Estas mudanças encontram-se: na estrutura hierarquizada e verticalizada da gestão administrativa, que vêm se mostrando insatisfatória e deve migrar para uma nova formatação gerencial; na emergente necessidade de cooperação entre todos os atores envolvidos nos processos de assistência a saúde, que são o elo entre os diversos segmentos que compõem o hospital e respondem por todas as metas de integração e pela busca de um desempenho superior; e, de maneira análoga à atuação dos profissionais, está o emprego adequado de equipamentos e dispositivos necessários ao atendimento (instalações modernas e novas tecnologias).
- Mudanças funcionais: no modelo administrativo, com maior profissionalização da administração hospitalar, no financiamento de atividades, na informatização, na capacitação e no compromisso com a qualidade.

Minzberg (2001) classificou os hospitais como organizações profissionais, caracterizadas pela dependência das habilidades e conhecimento do seu grupo funcional, bem como, por produzir serviços padronizados. Na verdade as organizações profissionais dependem da padronização para a coordenação de habilidades, que é alcançada através de treinamentos formais. Trata-se de uma empresa de estrutura burocrática, sem necessariamente ser centralizada, onde a essência operacional é a “chave” da organização.

Os profissionais contratados são especialistas treinados para a essência operacional, mas assumem considerável controle sob seu próprio trabalho. A interiorização dos procedimentos estabelecidos por meio de treinamento “doutrinário” (MINTZBERG, 2001) que começa a ser ministrado aos profissionais na universidade e se aprimora no decorrer da prática, é o que torna esta organização burocrática. Esta burocracia enfatiza a autoridade de natureza profissional, adquirida pela *expertise*.

No entanto, para Mintzberg (2001) estas organizações são descritas como estruturas administrativas que se comportam como uma “pirâmide invertida” que, do ponto de vista profissional, tem os operadores profissionais (por exemplo, médicos) em cima e a administração bem abaixo para servi-los. Do ponto de vista da estrutura inverte a posição. Esta estrutura leva as organizações profissionais a terem hierarquias administrativas paralelas

e separadas. “Uma é democrática e invertida para os profissionais e a outra de cima para baixo para o pessoal de suporte” (MINTZBERG, 2001, p. 274). Esta estrutura administrativa, segundo o autor, não diminui o poder dos executivos, pois apesar de não poder controlar de perto os profissionais, eles exercem funções dotadas de um poder indireto importante, principalmente nas fronteiras da instituição, fazendo o papel de intermediário entre o meio interno e externo (governo, associações, etc).

Conforme Gomez (2006), muitas organizações hospitalares brasileiras são administradas por leigos ou por profissionais das mais diversas formações, uma vez que o principal critério de escolha é a relação de confiança com os membros da diretoria. Este fato propicia conflitos entre os diversos segmentos profissionais que co-existem nas organizações. Sua estrutura complexa, falta de profissionalismo e ausência de agentes externos, gera uma rede de favorecimento que privilegia diversos interesses. Este cenário segundo o mesmo autor, leva a desorganização administrativa, promovida pelo amadorismo e conflito dos interesses e resulta na dificuldade de entrada do setor na economia de mercado, atrasa a profissionalização da administração hospitalar e reforça e mantém estruturas de governança inadequadas.

Por outro lado, em pesquisa recente, realizada por Minotto (2003) em três hospitais de referência no Rio grande do sul, constatou-se a presença de dirigentes capacitados, profissionais com visão de mercado e preocupados com a produção do conhecimento. Nas palavras do pesquisador “a profissionalização, com valor destacado para a área administrativa vai além do modelo de gestão, mas é um condicionante funcional” (MINOTTO, 2003, p. 65). Esta pesquisa foi representativa de três hospitais de direito privado, com fins filantrópicos.

Quando a pauta é a estratégia, nas empresas hospitalares, cabe uma abordagem à parte, que será feita a seguir.

#### **4.1.3 Realidade Estratégica e Competitiva para os Hospitais**

Para Mintzberg, (2001), as estratégias nas organizações de saúde não acontecem como descreve a literatura convencional. O autor sugere que especialmente nas organizações hospitalares as ações se constituem em padrões ao longo do tempo, que são controladas significativamente pelos profissionais. Muitas pessoas se envolvem no processo de formulação da estratégia. Porém, existem forças que comungam com alguma coesão na

estratégia, como as forças de ordem administrativa, as negociações, as forças de hábitos e tradições, como as ideologias que podem permear uma organização profissional.

De modo geral a estratégia nas organizações profissionais, como definiu Mintzberg (2001) tem a tendência a serem estáveis. As mudanças estratégicas são reprimidas pela fragmentação da atividade e pela influência dos profissionais, embora em um nível mais restrito, que Mintzberg (2001) chamou de casulos, pouco a pouco estejam sendo reorganizados. Assim sendo, o autor entende “que estas organizações, são paradoxalmente, extremamente estáveis em seu nível mais amplo e em um estado de mudança perpétua no nível mais restrito” (MINTZBERG, 2001, p. 280).

Por outro lado, Porter e Teisberg (2007) referem que sob o aspecto da estratégia existem muitas dimensões de análise no sistema de saúde, que envolvem uma grande complexidade, mas reconhecem na estrutura da prestação de serviços em saúde – representada pelos hospitais – a dimensão que abrange a questão mais fundamental das estratégias e soluções para o mercado de saúde. Segundo os mesmos autores, esta estrutura dos hospitais governa os custos e a qualidade de todo o sistema.

Quando analisam a competição no setor hospitalar Porter e Teisberg (2007) consideram que existe uma disfunção competitiva neste setor que perpetua a ineficiência e a baixa qualidade dos serviços, aumentando os custos administrativos, inibindo a inovação e resultando em aumento exorbitante dos custos para os pacientes, empregadores e governo. Como resultado houve uma proliferação de ações judiciais e a elevação dos custos no sistema de assistência à saúde como um todo. O modelo de relacionamento entre prestadores (hospitais) e planos de saúde responde por estes muitos desajustes do sistema e pelas conseqüências para os próprios prestadores. Para reformar o sistema de saúde é necessário reformar a própria natureza da competição, sendo os prestadores de serviços (hospitais) de grande relevância para esta caminhada.

Segundo Porter e Teisberg (2007), para que a natureza da competição se modifique, novas formas de relacionamento entre os diversos atores do sistema precisam ser encontradas, assim como novos mecanismos precisam ser adotados para a coordenação das atividades. Para tanto, algumas iniciativas estratégicas começam a ser implementadas.

Estudos recentes demonstram que empreendimentos colaborativos refletem forças poderosas dando forma ao sistema de saúde (LASKER; WEISS; MILLER, 2001). No entanto, como a colaboração exige relacionamentos, procedimentos, e estruturas que são bastante diferentes das formas que muitas pessoas e organizações trabalharam no passado, construir parcerias efetivas consome bastante tempo, concentra recursos, e é bastante difícil.

Os próximos tópicos tratam da análise dos relacionamentos sob estes aspectos e constroem uma base teórica para o aprofundamento deste tema.

## 4.2 RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS

Segundo Pereira (2005), tanto do ponto de vista prático, como teórico, a noção de relacionamentos interorganizacionais é aplicada a uma ampla variedade de relacionamentos entre organizações, para vários tipos de arranjos produtivos, tais como: *joint ventures*, alianças estratégicas, *Clusters* (aglomerado empresarial, território), *franchising*, cadeias produtivas, consórcios de exportação, redes interorganizacionais, entre outros. Kliemann (2003) e Casarotto e Pires (1999), acrescentam *Supply Chain* (competição, racionalização), redes flexíveis de pequenas empresas (cooperação, organização) e as redes *Top down* (terceirização).

Os *Clusters*, dentro da cadeia produtiva da saúde são mais comumente encontrados em cadeias específicas do setor de equipamentos médicos e hospitalares (OLIVEIRA, 2004).

As redes surgiram neste segmento a partir de estratégias de consolidação e integração, representadas por gestores estratégicos e fornecedores de assistência médica, que começaram a se organizar como sistemas integrados verticalmente, ou em redes de saúde (FRIEDMAN; GÓES, 2001).

A formação não somente de redes interorganizacionais, mas de parcerias e terceirizações estão sendo concebidas como uma forma de atender as novas necessidades, que implicam em novas ações em saúde, permitindo melhores níveis de competitividade para os hospitais, clínicas, fornecedores e demais organizações que façam parte da rede de relacionamentos (FRIEDMAN; GÓES, 2001). A utilização de atividades em parcerias é a maneira encontrada pelas organizações não somente para sobreviver, mas também para aumentar a sua competitividade. Para que estas relações não fracassem são necessários mecanismos que facilitem a coordenação (KOTZLE, 2002).

Os estudos na cadeia produtiva da saúde apontam para a terceirização e redes interorganizacionais como os tipos de arranjos mais praticados no segmento hospitalar, tanto no Brasil, como em outros países. (CONRAD; SHORTTEL, 1996, FRIEDMAN, 2001, PROVAN, 1995; GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2005). Sendo assim, estes serão os arranjos produtivos que estarão sendo discutidos a seguir.

### 4.2.1 Terceirização

Segundo (KLOTZLE, 2002, p. 89), “alianças estratégicas incluem acordos de esforços conjuntos na área de marketing, atividades conjuntas de pesquisa e desenvolvimento (P&D), colaboração no desenvolvimento de novos produtos, transferência de tecnologia e atividades de terceirização”. Para que a aliança estratégica através da terceirização se concretize algumas questões devem ser consideradas, tais como: os recursos possuídos pelos potenciais parceiros, cultura organizacional, práticas gerenciais, orientações estratégicas e os riscos relacionais e financeiros (KOTZLE, 2002, BITENCOURT; KLIEMANN, 2004).

Terceirização, ou *outsourcing* é um neologismo cunhado através da palavra “terceiro”, entendido como intermediário ou interveniente. Em toda a terceirização o que se estabelece é uma relação contratual entre dois agentes, onde o contratado age em nome e por determinação do contratante (GIRARDI, 1999). Trata-se de uma estratégia de diversificação e foi descrita como “estratégia de essência competitiva, desenvolvida em torno das habilidades empresariais” (PRAHALAD; HAMEL, 2001).

Conforme Marques (2003), a terceirização é entendida estruturalmente como uma intermediação de agentes terceiros, organizacionalmente constituídos para o suprimento de força de trabalho e serviços. O modelo de terceirização busca ser eficiente, oferecer ao mercado preços compatíveis com a concorrência, concentrar-se nas atividades fins (objetivos institucionais), neste caso a produção de serviços, e transferir para outras instâncias de execução os meios necessários.

Para Cherchglia (2004), com a terceirização a empresa visa alcançar qualidade, produtividade, redução de custos, lucro e competitividade, mediante um processo de horizontalização de atividades. Existem várias formas de aplicação da estratégia de terceirização, sendo as principais: desverticalização, a prestação de serviços (a mais utilizada), franquia, a compra de serviços, nomeação de representantes, concessão, permissão e alocação de mão-de-obra. Existem ainda a desintegração, a facção, a corporação e a descentralização, mais específicas da área da economia (CHERCHGLIA, 2004).

Segundo Quinn e Hilmer (1994), existem duas abordagens estratégicas, que quando combinadas, permitem alavancar as habilidades de uma organização bem além dos níveis apresentados por outras estratégias. A primeira é alcançada concentrando-se os próprios recursos da empresa em um conjunto de essências competitivas. A segunda é alcançada através da terceirização estratégica de outras atividades, incluindo atividades tradicionalmente

intrínsecas. A combinação das duas estratégias traz benefícios expressivos para a organização. Para combinar estes dois conceitos com vistas a obter o máximo de eficiência, é necessária atenção especial a algumas questões bastante espinhosas. São elas: primeiro, entender o significado de essência competitiva, que se iguala à parte fundamental ou ao cerne das atividades; segundo, definir quais atividades devem ser mantidas internamente e quais devem ser terceirizadas; e terceiro, avaliar os riscos relativos de se terceirizar em determinadas situações. São questões difíceis de materializar na prática gerencial. Contudo, estas dificuldades podem ser amenizadas se a organização pensar em termos das habilidades específicas que tem ou precisa ter para criar valor singular para os seus clientes.

Por seu lado, a medida que o sistema de saúde sofre rápidas mudanças tecnológicas torna-se mais especializado e competitivo, configura-se um ambiente com grande potencial para parcerias, possibilitando que pessoas e organizações diferentes se apoiem, alavancando, combinando e capitalizando seus pontos fortes e capacidades (LASKER, 2001). Em um contexto cada vez mais complexo, com um tráfego de informações enorme e frenético, aliado à pressão por melhorar a performance e descobrir alternativas mais adequadas para realidade do mercado, os gestores são desafiados todos os dias a otimizar o tempo, a fazer escolhas importantes e determinantes para a qualidade dos produtos e/ou serviços e, sobretudo, para a sobrevivência da organização.

Apesar da necessidade de respostas rápidas, é imprescindível a avaliação inteligente das alternativas a se adotar (TARABOULSI, 2005). Ao integrarem-se com outros serviços, com atividades fora da linha central do negócio ou de sua principal competência, os hospitais buscam a redução do risco financeiro e de ganhos na receita, acompanhados pela habilidade de coordenar a assistência dentro e entre os serviços ao longo da cadeia produtiva (CONRAD; SHORTELL, 1996).

A terceirização em hospitais deve ser feita nas atividades-meio e em alguma medida nas atividades fim ou eleitas como atividades essenciais (TARABOULSI, 2005). No que se refere à terceirização de serviços no ambiente das organizações hospitalares, as vantagens comparativas identificadas referem-se ao aumento da produtividade e da eficiência na produção de serviços; a transferência de custos com passivos trabalhistas e a administração dos conflitos para os agentes terceiros; e os ganhos em qualidade advindos da delegação de funções não essenciais a terceiros, liberando a gerência para as atividades essenciais (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2005).

Além da terceirização de serviços evidenciam-se aspectos importantes das relações de trabalho sendo resolvidos e transferidos para a terceirização. Um exemplo é a relação dos



médicos com as organizações hospitalares. Muitos hospitais privados, não estão mais contratando os médicos sob regime salarial ou a vinculação como autônomo, mas terceirizando seus serviços (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2005). Esta conduta está em muito balizada pela proliferação dos seguros, planos e convênios, motivo pelo qual, os hospitais estimulam os médicos a organizarem-se sob a forma de sociedades de cotistas (micro-empresas) e cooperativas médicas, sendo que prevalecem as sociedades de quotas.

Os problemas que podem surgir quando a organização opta pela terceirização estão relacionados a (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2005):

- Precarização do trabalho, característica intrínseca ligada muitas vezes à terceirização e muito evidenciada na saúde através da cooperativização;
- Existência de conflitos de interesses entre as partes;
- Os custos de administração e regulação destes contratos (os custos de transação), que precisam ser adequadamente dimensionados, pois em uma macro-análise podem necessitar de regras mais amplas e em uma visão micro-analítica, impor instituições e estruturas de governança operando para regulação das transações;
- Problemas relativos à qualidade técnica e ética;
- Problemas que se referem à adequação do equilíbrio remunerativo dos fatores de produção.

Estes problemas tornam indispensável o estabelecimento de um conjunto de normas para definir as regras contratuais, bem como a repactuação dos termos de contrato e da relação, proporcionando assim, sua efetivação (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI JR., 2005).

A terceirização também é analisada no universo das redes interorganizacionais, onde são considerados vários aspectos da sua constituição como um instrumento de parcerias (CASAROTTO FILHO; PIRES, 2001).

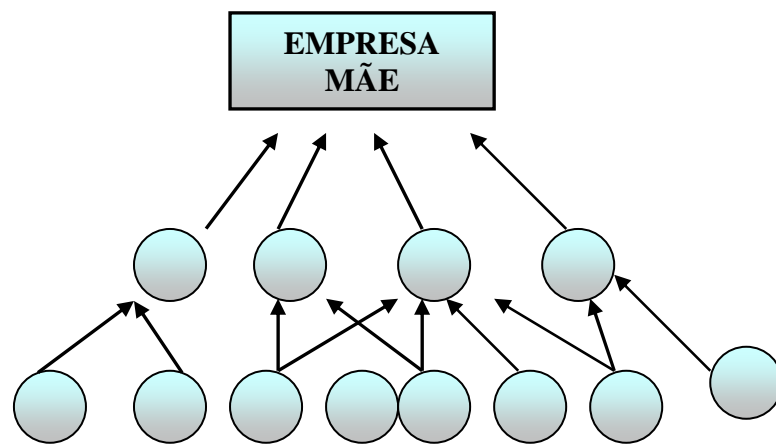
Para entender como são estruturadas estas redes interorganizacionais, este tópico será tratado separadamente e com maior detalhamento a seguir.

#### **4.2.2 Tipologia de Redes Interorganizacionais**

Na busca por entender as relações de redes entre empresas, vários estudos têm sido realizados desde a década de sessenta. Entretanto, a atualização do tema começou na segunda

metade dos anos 80 do último século. Existe uma variedade de classificações para a tipologia de redes empresariais, que atendem a necessidades diferentes. Casarotto Filho e Pires (2001), ao analisar o universo das pequenas e médias empresas (PME's), classificaram as redes em dois tipos: redes *topdown* e redes flexíveis de pequenas e médias empresas.

As redes *topdown*, são as formadas por empresas de pequeno porte, fornecendo direta e/ou indiretamente sua produção à uma empresa-mãe através de subcontratações, terceirizações, parcerias e outras formas de repasse de produção. São altamente dependentes e tem pouca ou nenhuma influência nos destinos da rede (Figura 2).

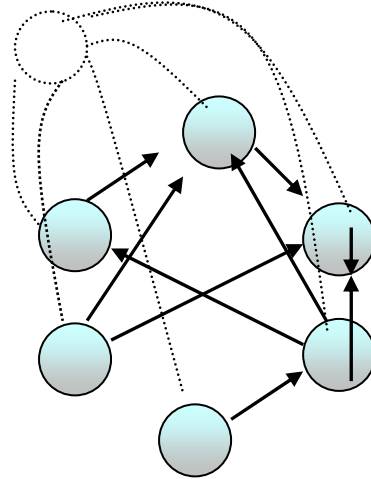


**Figura 2 – Modelo de rede *topdown***  
Fonte: Casarotto Filho e Pires (1999, p. 36)

As redes flexíveis de pequenas e médias empresas são aquelas em que o grupo reúne-se para formar um consórcio com objetivos comuns. Neste último caso, cada uma das empresas é responsável por uma parte do processo de produção. Este consórcio simula a administração de uma grande empresa, mas tem muita flexibilidade de atendimento dos mais diferenciados pedidos. Isto agrega valor para a rede (CASAROTTO FILHO; PIRES, 2001), que pode abranger desde a fabricação de produto, passando pela valorização da marca, comercialização, exportações, padrão de qualidade, crédito e capacitação (Figura 3). A questão cultural é altamente relevante neste contexto.

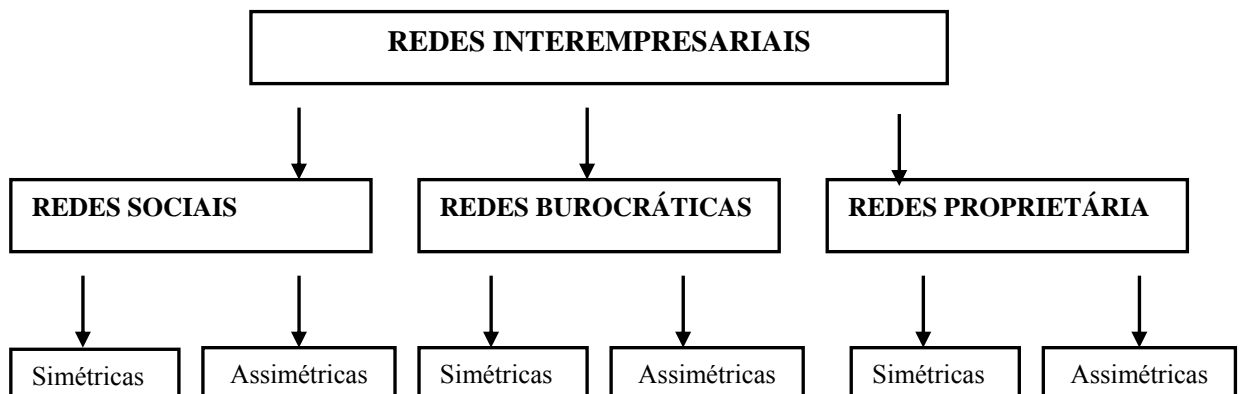
Wood Jr. e Zuffo (1998) classificaram as redes em três estruturas: a estrutura modular, a estrutura virtual e a estrutura livre de barreiras. Na estrutura modular a organização mantém as atividades essenciais da cadeia de valores e terceiriza as atividades de suporte, porém, continua a exercer controle sobre elas. A estrutura virtual refere-se às redes de fornecedores, de clientes e de concorrentes, que se ligam temporariamente para maximizar

suas competências, reduzir seus custos e facilitar o acesso a mercados. Na estrutura livre de barreiras existem definições menos rígidas de funções, papéis e tarefas dentro da organização.



**Figura 3 – Redes flexíveis de pequenas empresas**  
 Fonte: Casarotto Filho e Pires (1999, p. 36)

Para Grandori e Soda (1995), os relacionamentos formam uma tipologia a qual chamaram de redes interempresariais, descritos e classificados dentro de três critérios: existência ou não de formalização, centralização e mecanismos de coordenação. Sendo assim as formas de associação em redes são entendidas como: sociais, burocráticas e proprietárias (Figura 4). Para efeito deste estudo, as redes interempresariais serão chamadas de redes interorganizacionais, visto que, o conceito de redes adotado para este estudo não se refere apenas a parcerias constituídas entre empresas, mas abre a possibilidade para outras formas de relacionamento.



**Figura 4 – Tipologia de Redes de Empresas**  
 Fonte: Grandori e Soda (1995, p. 199)

**As redes sociais** são redes em que o relacionamento dos integrantes não é regulado por nenhum tipo de contrato formal. Os relacionamentos sociais não se restringem a trocas de “*mercadorias sociais*” (GRANDORI; SODA, 1995), tais como status e prestígio, nem precisam estar baseadas na igualdade. A influência social pode ser recíproca, ou seja, incluir elementos como liderança e autoridade nas relações interorganizacionais e interpessoais. Elas podem ser redes sociais simétricas e assimétricas.

As *Redes Sociais Simétricas* são as redes com base em igualdade, ou seja, todos os participantes têm a mesma capacidade de influência. Estas redes são com frequência redes exploratórias usadas para a troca de informações e valor econômico desconhecido. São utilizadas também, para regular as transações entre parceiros quando as contribuições e performances são muito difíceis de avaliar por meios contratuais ou burocráticos. Distrito industriais de alta tecnologia e pólos de pesquisa e desenvolvimento são um exemplo deste tipo de rede (GRANDORI; SODA, 1995). A coordenação dessas trocas baseia-se em mecanismos informais.

As *Redes Sociais Assimétricas*, com frequência estão vinculadas por contratos formais, mas não especificam a organização das relações interorganizacionais. Um exemplo encontra-se na sub-contratação.

As *Redes Burocráticas*, são modelos de coordenação interorganizacionais através da formalização contratual ou de acordos de troca. Neste caso, o acordo especifica os relacionamentos entre seus membros. O grau de formalização pode variar e nunca está totalmente completo. Os contratos complexos de redes burocráticas nunca substituem a presença da rede social. Assim como nas redes sociais, as formas mais importantes de redes burocráticas podem ser agrupadas em duas sub-classes de estruturas de coordenação, redes simétricas e assimétricas (GRANDORI; SODA, 1995).

Entre as *Redes Burocráticas Simétricas* as associações interorganizacionais são um tipo relevante para estudos; entretanto, entre as formas mais complexas estão os consórcios. As associações interorganizacionais são relevantes porque ajudam a coordenar comportamentos entre um grande número de empresas do mesmo setor, em detrimento dos interesses particulares de cada uma.

Dentre as *Redes Burocráticas Assimétricas* as redes de agências, licenciamento e franquias são as mais importantes.

As *Redes Proprietárias* caracterizam-se pela formalização de acordos relativos ao direito de propriedade entre os acionistas de empresas, e sua relevância está na capacidade de servir como sistema de incentivo para sustentar alguma forma de cooperação. Estas redes

estão representadas por importantes formas de coordenação interorganizacional, baseada em diretos de propriedade, empreendimentos conjuntos e empreendimentos de capital. Podem ser classificadas também em simétricas e assimétricas.

As *Redes Proprietárias Simétricas* são representadas por redes do tipo *joint ventures*, geralmente empregadas na regulação das atividades de pesquisa e desenvolvimento (P&D), inovação tecnológica e de sistemas de produção de alto conteúdo tecnológico.

As *Redes Proprietárias Assimétricas* são encontradas nos empreendimentos do tipo *capital*, que envolvem o relacionamento entre o investidor e a empresa parceira. Estas redes são encontradas em maior frequência nos setores de alta tecnologia, com canais para a tomada de decisão conjunta e transferência de conhecimento gerencial.

Existem inúmeras outras tipologias na literatura que definem as redes interorganizacionais. Sua classificação depende dos interesses envolvidos, fatores econômicos, estruturas, dimensões e localização.

Além dos aspectos estruturais e constitutivos relativos à formação das alianças estratégicas, outras questões são relevantes para a investigação deste estudo e estão relacionadas mais de perto com a gestão das relações. A análise dos fatores resultantes da interação interorganizacional, as relações contratuais, seus custos e limitações, os mecanismos de coordenação, os fluxos de interesses, as formas de comunicação, normas e hierarquia, são aspectos que permitem uma visão mais global da relação e possibilitam entender as estruturas de governança que envolvem cada arranjo produtivo. Estes aspectos da relação estão descritos na literatura sob a ótica de diferentes teorias. A próxima seção fará uma descrição dos estudos direcionados com base nestes aspectos das relações interorganizacionais.

#### **4.2.3 Perspectivas Teóricas das Relações Interorganizacionais**

O estudo das relações interorganizacionais está relacionado à gestão da interação entre as organizações. Refere-se a interligações mais extensas, compostas por transações, fluxos e ligações de recursos relativamente duradouros estabelecidas por duas ou mais organizações para melhor compreensão e atuação no ambiente competitivo atual (CUNHA; CARRIERI, 2003). Para Porter (1989), O desenvolvimento econômico, tecnológico e competitivo está aumentando a vantagem competitiva das organizações que se mostram capazes de identificar e explorar potenciais inter-relações entre negócios distintos, porém

relacionados. Estas inter-relações são oportunidades tangíveis tanto para a redução dos custos, como para aumentar a diferenciação em quase toda a atividade na cadeia de valores. O mesmo autor dá especial ênfase para as inter-relações que envolvem estratégias horizontais, entendidas como um conjunto coordenado de metas e políticas entre unidades empresariais distintas, mas relacionadas, que são necessárias ao nível da empresa, do setor em que está inserida ou de um grupo de empresas. A forma como as organizações concebem seus arranjos produtivos também influencia a ocorrência e características das relações entre empresas. As empresas podem formar redes de relacionamento mais ou menos hierarquizadas em função de suas relações (LA ROVERE; CARVALHO, 2003).

Diversos conjuntos teóricos têm sido utilizados para compreender as variáveis relativas a análise das relações interorganizacionais, reunindo diferentes perspectivas, com destaque para: a perspectiva estratégica, ecologia organizacional, dependência dos recursos, redes, teoria institucional e custos de transação (Quadro 2).

<b>PERSPECTIVAS TEÓRICAS</b>	<b>TERMOS-CHAVE</b>	<b>PENSAMENTO</b>
<b>Estratégias</b>	Alianças Atitudes cooperativas/concorrenciais Arranjos híbridos	Economia industrial
<b>Ecologia organizacional</b>	Sobrevivência organizacional Variação/seleção/retenção Evolução no tempo	Biologia Sociologia
<b>Dependência dos recursos</b>	Cooperação conflito de interesses Interdependência Poder de sobrevivência	Ciência política Sociologia
<b>Relacionamentos em Rede</b>	<b>Sociais</b> Interação Trocias sociais Estrutura de relacionamento Comunicação Normas	Sociologia e economia
	<b>Cooperativas</b> Associações Interligações Mecanismos de controle Parceria	
<b>Institucionalismo</b>	Mudanças ambientais, legitimidade Isomorfismo mimético, coercivo e normativo	Sociologia
<b>Custos de transação</b>	Acordos colaborativos Oligopólios Estrutura de governança Domínio dos mercados	Economia e sociologia
<input type="checkbox"/> <b>Perspectivas selecionadas para o presente estudo</b>		

**Quadro 2 – Perspectivas teóricas das relações interorganizacionais**

Fonte: Adaptado de Cunha e Carrieri (2003, p. 4)

Apesar da especificidade de cada uma, há que se considerar a limitação de cada perspectiva, que lhes confere um caráter não estanque e permite que sejam integradas conforme o objetivo do investigador (CUNHA; CARRIERI 2003).

Para atender aos objetivos da presente pesquisa, a teoria da economia dos custos de transação, a teoria dos recursos internos (*resource-based view*, *RBV*), e as redes interempresas (destacadas no quadro) foram selecionadas como perspectivas teóricas para este estudo. De forma distinta os três referenciais tratam do relacionamento entre empresas, mas de forma complementar são condicionantes para a análise das relações considerando todos os produtos e serviços que compõem a prestação de serviços em saúde (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004). Com esta orientação os próximos tópicos abordam as relações interorganizacionais através destas três teorias.

#### **4.2.4 Relacionamentos Interorganizacionais em Redes**

Nas atuais condições de concorrência e no atual paradigma competitivo, terão destaque organizações voltadas para o aprendizado, para a inovação, aptas a cooperarem, democráticas, flexíveis, conectivas, motivadoras e igualitárias (VERSCHOORE FILHO, 2003). Embora a composição de redes, alianças e de novas formas organizacionais, seja aos olhos dos dirigentes das organizações uma estratégia para enfrentar a turbulência e complexidade do ambiente organizacional, não existe um conceito único que defina cada arranjo (OLAVE; AMATO NETO, 2001). No que concerne às redes, os conceitos são dinâmicos, difusos e descrevem uma série de situações, cujo ponto em comum é a existência de duas ou mais empresas que realizam ações conjuntas (WEGNER; WITTMANN; DOTTO, 2006).

As redes são uma nova forma de organização da produção que envolve inter-relações. Os pesquisadores desta área concentram-se em analisar os diferentes mecanismos de coordenação e controle, os sistemas de informação e produção e a disseminação de conhecimento nas organizações (BALDI; LOPES, 2002). As redes também têm recebido crescente atenção na literatura organizacional em decorrência de sua aplicação nas mais diversas esferas da sociedade. Sua amplitude chega aos mais variados setores econômicos, farmacêuticos, biotecnológicos, entre outros, até mesmo nas organizações sem fins lucrativos, tais como ONGS, universidades e centros de pesquisa.

Conforme Cândido e Abreu (2000), as redes se formam por diversos motivos. Podem ter sido motivadas por limitações oriundas da estrutura, tamanho e situação financeira ou ainda para a troca de informações. Para Ceglie e Dini (apud WEGNER, 2004) redes, são grupos de firmas que se unem para o desenvolvimento conjunto de um projeto, sendo que o produto desta cooperação é a especialização, utilizada para superar problemas comuns, adquirir eficiência coletiva e penetrar em mercados. Segundo Wood Jr e Zuffo (1998), as redes interorganizacionais são formadas com o objetivo de reduzir incertezas e riscos, organizando atividades econômicas por meio de coordenação e cooperação entre empresas. Para Olave e Amato Neto (2001, p. 293), “as empresas em rede complementam-se umas às outras nos planos técnicos (meios produtivos) e comerciais (redes de distribuição) e decidem apoiar-se mutuamente em prioridade”. Conceitualmente e para efeito deste estudo, será utilizada a abordagem de Wegner (2004, p. 4), que entende que “as redes se caracterizam por um grupo de organizações que colaboram entre si visando atingir objetivos comuns através de relações verticais ou horizontais, constituindo-se ou não, em uma nova entidade”.

As redes verticais caracterizam-se pela colaboração entre empresas com produtos complementares ou em fases diferentes de uma mesma cadeia produtiva compartilhando recursos e informações e reduzindo riscos e incertezas. Também são chamadas de ampliação por integração vertical. As redes verticais, geralmente dependem da existência de empresas maiores, e tem relações de dependência ou de subordinação (franquias). As redes horizontais caracterizam-se pela colaboração entre empresas que atuam na mesma fase de uma cadeia produtiva, realizando em conjunto atividades comuns ao grupo ou, atuando de forma complementar.

Grandori e Soda (1995), reconhecem nos estudos organizacionais em rede variáveis importantes utilizadas para explicar os modos de coordenação organizacional interempresas, tais como: o grau de diferenciação das unidades coordenadas, a intensidade de interdependência, o número de unidades a serem coordenadas, a complexidade das atividades e a flexibilidade. Porém os mesmos autores referem que estas variáveis servem somente para explicar e prever o surgimento de uma rede de forma bastante genérica.

Para entender a “estrutura fina” de uma coordenação, são necessárias outras variáveis, relacionadas mais de perto com estruturas de governança (negociação, estruturas de jogo, a estrutura de recursos, a análise dos contratos, entre outras), ou relacionadas às trocas interorganizacionais e situações de relacionamentos (GRANDORI, 1997). Devem ser consideradas variáveis como: a complexidade das atividades e recursos envolvidos, as pessoas envolvidas, a relação de interdependência, possibilidade de substituição e a



complementariedade (GRANDORI; SODA, 2005). As variáveis relativas à governança estarão sendo abordadas em seção posterior para permitir um maior aprofundamento do tema. Segundo Grandori (1997), as variáveis relacionadas às trocas são definidas como: fluxo de recursos, complexidade das informações e estrutura de interesses.

O fluxo de recursos identifica os tipos de interdependência, que pode ser combinada, intensiva, seqüencial e recíproca. Estas relações de interdependência estão descritas no Quadro 3.

<p><b>COMBINADA:</b> Cada unidade participa de forma pontual e apoiada pelo todo;  <b>Mecanismos de coordenação:</b> comunicações, regras, procedimentos, <i>staff</i> comum com monitoramento ou supervisão mútua.</p>	<p><b>INTENSIVA:</b> Ação conjunta para resolução de problema comum ou para integrar um processo de transformação.  <b>Mecanismos de coordenação:</b> incentivos capazes de obter contribuições efetivas de membros, onde não há capacidade de controle.</p>
<p><b>SEQÜENCIAL:</b> É a ligação entre duas atividades para a qual a saída de uma atividade A é a entrada para a atividade B.  <b>Mecanismos de coordenação:</b> programação entre as atividades.</p>	<p><b>RECÍPROCA:</b> Caracterizado pela forte incerteza, requer grande troca de informação e competências específicas para a resolução de problemas.  <b>Mecanismos de coordenação:</b> relações laterais, papéis de conexões e unidades de integração.</p>

**Quadro 3 – Tipos de interdependência**

Fonte: Bitencourt e Kliemann (2004, p. 12) – adaptado de Grandori (1997)

O termo interdependência combinada indica que as atividades de duas organizações são genericamente ligadas pelo fato delas fazerem uso de um mesmo recurso (estruturas administrativas, recursos físicos, competências, tecnologias ou outros). O conceito aplica-se igualmente para os relacionamentos de certas classes de atividades nas quais existem distintas contribuições de cada lado. Neste caso, ambos enxergam oportunidades de aumentar seus resultados, tanto dividindo, como juntando seus esforços (combinando seus recursos) para financiar e/ou organizar suas atividades. Até mesmo concorrentes podem enxergar a possibilidade de aumentar seus resultados somando esforços conjuntos (combinando seus recursos).

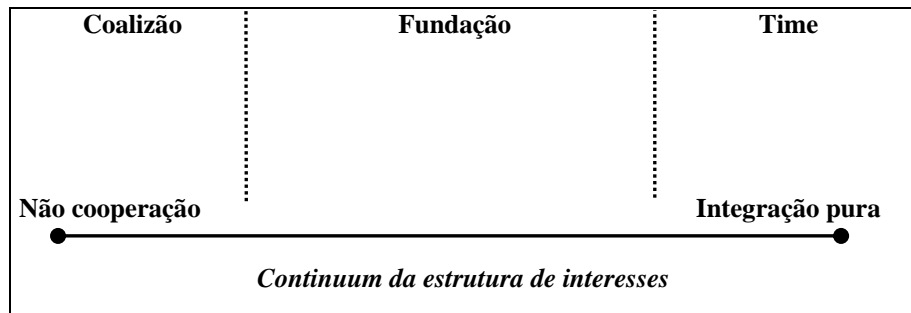
Na interdependência Intensiva a ação conjunta para a solução de problemas é exemplificada através de duas possibilidades: uma equipe médica em uma intervenção cirúrgica; ou, um relacionamento cooperativo, como formas de integração, utilizando-se de recursos complementares para atividades comuns (conhecimentos complementares para o desenvolvimento de novos produtos ou serviços em um projeto complexo).

Na interdependência seqüencial existe uma transferência de produtos ou serviços através de uma interface tecnicamente separável de uma atividade A para outra atividade B. Existem tempos específicos para cada atividade, com equilíbrio no uso dos recursos

conjuntos. Neste caso, para garantir a eficiência e eficácia, o mecanismo de coordenação mais utilizado é a programação das atividades.

Na interdependência recíproca existe uma complexidade maior. Neste tipo de relacionamento, as atividades de A somente podem ser ativadas se B permitir, fornecendo elementos para A, como algum conhecimento específico. Relacionamentos de sub-contratação são exemplos deste tipo de interdependência, onde dois parceiros se utilizam de um terceiro que detém o *Know-how* específico para uma atividade. Grandori (1997) reconhece nos contratos entre empresas de construção este tipo de interdependência.

A complexidade das informações pode se estabelecer de duas formas, ou através da complexidade computacional ou por meio da complexidade cognitiva. A incerteza gerada pela variabilidade imprevisível presente nas situações de cooperação ou de trocas é denominada complexidade computacional. A Complexidade Cognitiva está composta pela capacidade de observação da ação e a capacidade de observação dos insumos. A estrutura de interesses varia num contínuo entre cooperação e integração pura, conforme Figura 5.



**Figura 5 – Estrutura de interesses**

Fonte: Bitencourt e Kliemann (2004, p. 13) – adaptado de Grandori (1997)

O Quadro 4, apresenta a combinação das três variáveis com as formas de rede, associadas aos tipos de relações inter-firmas.

<b>TIPOS DE INTERDEPENDÊNCIA</b>	<b>REDE SOCIAL</b>	<b>REDE BUROCRÁTICA</b>	<b>REDE PROPRIETÁRIA</b>
Combinada	Distrito industrial clássico de “ <i>Marshallian</i> ” (aglomerados)	Associação e Traders	Joint Venture Setores maduros
Intensiva	<i>Cluster</i>	Consórcio de Pesquisa	Joint Venture P&D
Seqüencial	<i>Filières</i>	Licenças e Concessões	Joint Venture c/ divisão de lucros
Recíproca	Contratação e terceirização	Franchising	Joint Venture de investimentos

**Quadro 4 – Tipos de interdependência e formas de redes**

Fonte: Adaptado de Grandori e Soda (1997, p. 39)

Para a aplicação destes mecanismos deve-se considerar o contexto das organizações, a estrutura de relações existentes, o grau de convergência de interesses e a complexidade das trocas para a realização do negócio (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004).

De uma forma geral as formas de organização da produção podem afetar ou predizer as características envolvidas nas relações (LA ROVERE; CARVALHO, 2003). Conforme se formam os diferentes arranjos produtivos as empresas podem constituir relacionamentos mais ou menos hierarquizados, em função do tipo de relação que exercem. As redes são arranjos produtivos que permitem esta análise. Para uma organização integrante de uma rede, ou aspirante a integrar-se, é de grande relevância identificar como esta rede se organiza, quais seus mecanismos de integração e quais variáveis determinaram sua formação e estrutura (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004). Estas informações podem ser úteis tanto para estabelecer estratégias internas, como para mediante a identificação do tipo de rede definir estratégias de integração e cooperação externas para o posicionamento no mercado e a conseqüente relação com a concorrência (GRANDORI; SODA, 1995).

Uma outra forma de avaliar a coordenação organizacional interempresas, bastante difundida na literatura, diz respeito aos custos decorrentes das trocas em uma relação. Para os precursores destas teorias os custos envolvidos em uma transação determinam os mecanismos de coordenação (COASE, 1937). Este aspecto das relações interorganizacionais é definido como economia dos custos de transação e será abordado a seguir.

#### **4.2.5 Economia dos Custos de Transação**

A economia dos custos de transação foi desenvolvida por Coase (1937), e mais recentemente por Williamson (1985), e tem sido objeto de grandes contribuições para as organizações industriais ao abordar conceitos importantes relativos ao comportamento humano e ao ambiente em que as mesmas estão inseridas. Na economia dos custos de transação, o desempenho da economia também depende de como as empresas são administradas. Esta teoria considera que o mercado é imperfeito, existindo privilégios para alguns agentes econômicos, e as informações e condições para a competição são desiguais para os diferentes agentes. As empresas existem para minimizar os custos de transação e a eficiência no planejamento, nos processos de adaptação e no monitoramento, passam a ser importantes atributos para atingir este objetivo.

Coase (1937) inspirou o que se convencionou chamar de a Nova Economia Institucional. Com o artigo intitulado “A Natureza da Firma”, de 1937, o autor critica a noção tradicional da Economia Neoclássica, onde a economia estava regulada por mecanismos de preços e a firma era considerada com a função única de produção. Coase (1937), introduz a lógica de uma relação orgânica entre os agentes envolvidos, que se realiza através de contratos, sejam eles explícitos, como os contratos de trabalho, ou implícitos, como uma parceria informal. Os custos transacionais são “os custos de funcionar o sistema econômico” (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004), diferentemente dos custos de produção, que são uma categoria de custo com qual a análise clássica e neoclássica está preocupada.

Segundo Coase (1937), a utilização de um ou outro mecanismo de coordenação é determinada em função dos custos envolvidos no processamento das transações. Estes custos foram denominados como custos de transação e são entendidos como: os custos *ex-ante* de esboçar, negociar e salvaguardar um acordo – devem ser feitos com muito cuidado e implicam na elaboração de um documento complexo, com inúmeras possibilidades reconhecidas e adaptações apropriadas, estipuladas e concordadas antecipadamente pelas partes; e os custos *ex-post*, incorridos nos problemas de adaptação que surgem na execução de um contrato. Como estes custos existem e não podem ser ignorados, as partes se protegem de comportamentos oportunistas, formalizando suas obrigações através de termos negociados em contratos. Neste caso, empresa e mercado são descritos como modos alternativos de governança (WILLIAMSON, 1996).

Williamson (1985), incorporou às teorias da nova economia institucional uma nova abordagem sobre os custos de transação, os quais dependem por um lado, dos atributos das transações, da frequência das transações, do grau de incerteza e da especificidade dos ativos envolvidos e, por outro lado, de pressupostos comportamentais. Segundo a perspectiva dos indivíduos, Williamson (1996) considera que as características comportamentais que podem afetar os contratos são: os altos custos em decorrência da racionalidade limitada – é a incapacidade do indivíduo de ter acesso a todas possibilidades de ação, a todas as informações e às tendo, permanece a incapacidade de processá-las; e o oportunismo – que resulta do comportamento do indivíduo na busca de seus próprios interesses.

Entretanto, “a dimensão mais crítica para descrever as transações é a especificidade dos ativos” (WILLIAMSON, 1985, p. 31). Os ativos específicos são os ativos cujo retorno depende de uma transação específica e são classificados como: ativos específicos de local, ativo físico, ativo humano e ativo dedicado. Quanto maior a especificidade dos ativos, maior a perda associada à ação oportunista por parte de outro agente, e maiores os custos de transação.

Quanto mais especializado um ativo para uma determinada atividade ou localidade, menor seu valor de liquidação e maiores os custos de transferência ou conversão (MACHADO; OLIVEIRA; CAMPOS FILHO, 2004). Em caso de baixa ou nula especificidade dos ativos, os custos podem ser “negligenciáveis” (VINHAES, 2003), não havendo necessidade de controle sobre a transação e o mercado seria o meio de relacionamento mais eficiente. Se a especificidade dos ativos for alta, os custos associados ao rompimento contratual serão altos, impondo um maior controle sobre as transações e a forma institucional indicada seria a hierarquia.

A frequência está associada ao número de vezes que dois agentes realizam determinada transação. Transações podem ocorrer uma única vez, ou podem repetir-se dentro de uma periodicidade conhecida. A pouca ocorrência das transações favorece o oportunismo; por outro lado em transações recorrentes o oportunismo tende a ser limitado. Segundo Williamson (1985), a incerteza está presente em um grau não desprezível e considera os tipos de contrato a partir das diferenças quanto aos graus de especificidade dos ativos, racionalidade limitada e oportunismo. A partir desta composição se formarão quatro modelos de contratação, conforme a Figura 6.

<b>Supostos comportamentos</b>			
<b>Racionalidade limitada</b>	<b>Oportunismo</b>	<b>Especificidade do ativo</b>	<b>Modelo de contrato</b>
0	+	+	Planejado
+	0	+	Compromisso
+	+	0	Competitivo
+	+	+	Governança

**Figura 6 – Atributos de contrato (tradução do autor)**

Fonte: Williamson (1985, p. 31)

Um contrato planejado ocorre na ausência de racionalidade limitada e presença de oportunismo, nas quais os incentivos contratuais são negociados *ex-ante*. Na falta de oportunismo os contratos são do tipo compromisso, através de cláusulas de contrato prevendo o cumprimento. Se a especificidade dos ativos está ausente, mas a racionalidade limitada e o oportunismo estão presentes predomina o processo competitivo. No entanto, na presença de um alto grau de especificidade dos ativos, com oportunismo e racionalidade limitada, existe uma grande complexidade no processo competitivo e devem prevalecer as estruturas de governança ou as instituições de ordem privativa.

Por outro lado, a análise dos custos de transação remete a organização para a tomada de decisão entre produzir internamente de forma integrada/verticalizada, ou produzir externamente, utilizando-se de instrumentos de mercado. Os custos de transação serão relacionados aos custos de administrar internamente ou fazer contratos para produção externa (VINHAES, 2003). Os custos de transação passam a reunir pressupostos a partir do grau de integração de uma firma numa dada indústria, sendo que os fatores que levariam as firmas a optar por centralizar ou descentralizar sua produção se devem aos custos de transação. Se as vantagens de centralização forem maiores que os custos contratuais, a firma vai optar por desenvolver sua atividade de forma integrada/coordenada, e se os custos contratuais ou de transação não se mostrarem muito altos, a firma vai preferir coordenar a sua atividade via mercado (WILLIAMSON, 1985). As relações contratuais entre firmas, as franquias, as alianças estratégicas, a sub-contratação e as parcerias são entendidas como relações típicas de produção. Os custos estariam associados à coleta de informações, aos custos de negociação e aos acordos entre as partes, sendo estes os custos de transação.

Se por um lado os contratos e as variáveis individuais computadas por cada agente da relação podem definir as formas de relacionamento, por outro, não abrangem uma série de outros mecanismos inseridos no contexto das relações interorganizacionais, bem como, aspectos importantes da produção. Um dos aspectos negligenciados pela economia dos custos de transação e por outras teorias, é a existência ou não de recursos que possibilitem a transação.

Enquanto a economia dos custos de transação preocupa-se com os custos da fricção nas transações, uma outra teoria preocupa-se com os recursos internos e analisa a fricção na produção (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004). Trata-se da *RBV* (*resource-based view*), onde os recursos se traduzem em vantagem competitiva e conduzem as organizações a estratégias de integração. Os pressupostos desta teoria estão descritos a seguir.

#### **4.2.6 Teoria Baseada em Recursos**

A *RBV* (*resource-based view*) é uma teoria dentro da área da estratégia, que possibilita novos *insights* de formulação e implementação de estratégias, não tentando mais explicar por meio da estrutura da indústria as causas de desempenhos distintos, mas pelos próprios recursos e competências das empresas (BARNEY; HESTERLY, 1996). De acordo

com esta teoria a gestão estratégica tem um papel na coordenação e alocação de recursos tanto dentro das fronteiras da empresa, como através delas, e esta forma de atuar leva a empresa a procurar a colaboração com outras empresas (COLLIS; MONTEGOMERY, 1995). A *RBV* se expressa nos recursos e capacidades que estão disponíveis para a organização visando levá-la a desempenhos superiores. Estes recursos que podem ser tangíveis, tais como projetos de produtos e técnicas de produção, ou intangíveis como a marca, estão vinculados à organização de forma semipermanente (HAYASHI; BUGACOV; BARANIUK, 2003).

Para Barney e Hesterly (1996), as capacidades e competências, embora distintas na teoria, na prática estão junto aos recursos como uma única categoria. Os recursos, por sua vez, podem ser divididos em quatro categorias: recursos físicos, financeiros, de capital humano e organizacional. Bitencourt e Kliemann (2004) incluem recursos como conhecimento de mercados específicos ou necessidades de usuários, rotinas idiossincráticas, tais como técnicas de tomada de decisão ou sistemas de gerenciamento, redes complexas para impulsionar o marketing e a distribuição de produtos.

A *RBV* (*resource-based view*), estabelece que a vantagem competitiva que a organização tem ou venha a ter está diretamente relacionada a um conjunto de recursos estratégicos que sustentam essa posição (MOWERY; OXLEY; SILVERMA, 1998). Portanto a organização é uma coleção de recursos, cuja forma de utilização produtiva depende das percepções e visão estratégica de seus gestores. Se esses recursos são de algum modo raros, escassos, especializados, complementares e capazes de adicionar valor efetivo aos produtos ou serviços, eles podem ser utilizados como fontes de vantagem competitiva, conduzindo as empresas que os utilizam a uma performance superior. Este é o princípio central da Visão da Firma Baseada em Recursos (WILK; FENSTERSEIFER, 2003).

Para que estes recursos sejam uma fonte diferencial de vantagem competitividade, deve existir uma heterogeneidade em sua distribuição, ou seja, nem todas as firmas podem possuí-los, desenvolvê-los rapidamente, imitá-los ou acessá-los facilmente em um “mercado de fatores” ou de recursos. (WILK; FENSTERSEIFER, 2003). As organizações que escolhem estratégias de integração com outras empresas estão à procura destes recursos, ou procurando manter para si as atividades de caráter essencial para o negócio, entregando para outras organizações o desempenho de atividades secundárias, ou ainda compartilhando recursos para aumentar sua capacidade competitiva.

Conforme Mowery, Oxley e Silverman (1998), alianças estratégicas e outras formas de relacionamento interorganizacionais são categorizadas como produtos da *RBV*, por terem combinado estruturas de mercado com características internas da organização, obtendo assim

ganhos maiores e acesso a capacidades desejadas para a excelência de sua operação, que antes da integração não possuíam. É preciso lembrar que toda empresa tem uma área de competência, que é acumulada ao longo do tempo através da experiência, que pode se tornar uma importante fonte de vantagem competitiva; entretanto também pode mostrar-se uma restrição competitiva. Deve-se ter o cuidado de não levar excessivamente as atividades para muitos domínios diversos e diluir a força competitiva ao mesmo tempo em que isto aumenta os custos pela falta de experiência e especialização.

#### 4.2.7 Comparativo e Complementaridade das Teorias que Abordam as Relações Interorganizacionais

As três teorias apresentadas, relacionamentos em rede, economia dos custos de transação e RBV (teoria baseada em recursos), analisam as relações interorganizacionais sob diferentes enfoques, porém, de forma complementar conduzem a uma tríade que traz consigo, se não totalmente, em grande parte, os principais aspectos relacionais de uma relação entre empresas (Quadro 5).

AUTORES	TEORIAS	VARIÁVEIS QUE DETERMINAM A COORDENAÇÃO INTEREMPRESAS
Grandori e Soda (2005)	Relacionamentos em rede	A coordenação organizacional interempresas <b>explica-se através de dois tipos de variáveis: as relacionadas à formação da rede</b> – grau de diferenciação, interdependência, número de unidades, complexidade das atividades e a flexibilidade; e as <b>relacionadas às trocas interorganizacionais e estruturas de governança</b> – negociação, jogos, recursos, a análise dos contratos, fluxo de recursos (que identifica o tipo de interdependência), complexidade das informações e estrutura de interesses.
Coase (1937), Williamson (1985; 1996)	Economia dos custos de transação	A coordenação organizacional interempresas <b>explica-se através dos custos das transações. As variáveis analisadas são:</b> os atributos das transações, a frequência das transações, o grau de incerteza, a especificidade dos ativos envolvidos e pressupostos comportamentais. Estes custos determinam os mecanismos de coordenação, que determinam modos alternativos de governança;
Barney; Hesterly (1996); Collis; Montgomery (1995).	Teoria baseada em recursos (RBV)	A coordenação organizacional interempresas <b>explica-se através dos recursos.</b> A vantagem competitiva está diretamente relacionada aos recursos que sustentam essa posição, que podem ser tangíveis (produtos e técnicas de produção), ou intangíveis (marca). A principal variável é o tipo de recurso envolvido. Os recursos são divididos em quatro categorias: físicos, financeiros, de capital humano e organizacional.

**Quadro 5 – Variáveis para os relacionamentos interorganizacionais**

Fonte: o autor

Estes aspectos relacionais compõem as chamadas estruturas de governança, utilizadas para a integração entre empresas e para a gestão dos relacionamentos, uma vez integrada. O



termo governança tem recebido atenção importante nas últimas décadas e tem sido motivo de interesse de várias disciplinas, tanto na academia, quanto na prática das organizações.

A variedade de significados com os quais o conceito tem sido utilizado exige que se avalie o contexto em que está inserido e se estabeleçam dimensões de análise, antes de extrair dele qualquer contribuição (RODRIGUES, 2003).

O próximo tópico trata de analisar os diferentes conceitos sobre governança e aprofunda aquelas dimensões de análise mais relacionadas ao exercício do poder e tomada de decisão nas relações interorganizações, que atendem aos interesses do escopo desta pesquisa.

### 4.3 O PROCESSO DE GOVERNANÇA

A Governança Corporativa ou *Corporate Governance*, surgiu na economia anglo-saxônica, com o objetivo de aprimorar as relações entre as companhias e o mercado investidor. Nos Estados Unidos, surgiu como um movimento para o uso de maior informação e transparência e se transformou em uma espécie de código das melhores práticas de governança. Chegou ao Brasil em meados da década de 90, com seus princípios sendo disseminados por força da globalização (SOUZA, 2005).

Segundo o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC, 1995, p. 1):

Governança corporativa é o sistema que assegura aos sócios proprietários o governo estratégico da empresa e a efetiva monitoração da diretoria executiva. A relação entre propriedade e gestão se dá através do Conselho de Administração, auditoria independente e conselho fiscal, instrumentos fundamentais para o exercício do controle. A boa governança corporativa assegura aos sócios equidade, transparência, responsabilidade pelos resultados e obediência às leis do País.

O escopo de pesquisa deste estudo refere-se a um conceito mais amplo de governança, relacionado ao exercício do poder e tomada de decisão na rede que compõe os relacionamentos interorganizacionais. Apesar do conceito de governança corporativa não estar no escopo de interesse deste trabalho, o papel do conselho e administradores não será negligenciado, mas entendido como parte de um grupo de agentes dentro de um âmbito maior de governança.

A governança inserida no universo das relações interorganizacionais pode referir-se a diferentes estruturas de poder. Segundo Rodrigues (2003), em algumas estruturas o poder será

compartilhado, com uma ação coletiva, gerenciada, que amplia o conceito para uma categoria de análise associada à participação, regulação e práticas de “bom governo”. Neste caso, criar estruturas de governança implica em definir papéis e interações entre os membros da rede de relacionamentos, de tal maneira a desenvolver a participação e engajamento dos mesmos no processo decisório.

Na economia dos custos de transação (WILLIAMSON, 1996), os custos envolvidos nas transações podem determinar as formas de governança. Conforme abordado anteriormente, a especificidade dos ativos assume uma proporção maior de responsabilidade nos custos da transação, pois quanto maior a especificidade dos ativos, maior a perda associada à ação oportunista por parte de outros atores (WILLIAMSON, 1985). Portanto, se a especificidade dos ativos é baixa ou negligenciável, o Mercado é a forma mais eficiente para a transação. Se a especificidade dos ativos for muito alta, os custos associados ao rompimento de um contrato também são altos, e a forma mais eficiente para gerenciar o controle é a Hierarquia. Sob este aspecto, o autor entende que ambas as formas podem funcionar como instrumentos para reger o jogo e restringir o comportamento oportunista e são tidas como formas de governança.

Um exemplo prático desta estrutura de governança é referido por Ribeiro (2005, p. 4), que ao avaliar os contratos no ambiente regulatório da saúde fez a seguinte interpretação:

Caso a integração vertical e a incorporação à empresa reduzam o “atrito”, a hierarquização se constitui como uma solução. Caso os problemas de déficit de incentivos inerentes às relações internas às empresas e grandes organizações sejam elevados, a boa governança contratual pode orientar soluções como terceirizações e contratualização direta entre empresas ou indivíduos.

Para Williamson (1996, p. 11), estas instituições são as estruturas para o estudo da governança, “de modo que nelas as transações são efetivamente realizadas e decididas”.

No entanto, a economia dos custos de transação dedica-se à análise dos contratos, o que limita a avaliação de outros aspectos pertinentes à governança, principalmente no que diz respeito às relações não contratuais. A governança pode ser analisada através de outras estruturas, tais como aquelas relacionadas com a formação de redes.

A governança de relações interorganizacionais em rede é avaliada por meio de estruturas tanto de mercado, como voltadas a questões internas às organizações. Segundo Messner e Meyer-Stamer (apud HANSEN, 2004), a governança em rede caracteriza-se pelas estruturas formadas para lidar com a complexidade das relações e a interdependência, alcançada através da coordenação, que pode ser exercida pela “mão invisível do mercado”, ou

pela hierarquia. O estudo das relações interorganizacionais em rede aborda a governança como uma negociação entre atores autônomos, que interagem de forma mais ou menos permanente (HANSEN, 2004). Para Grandori (1997), a governança de relações interorganizacionais pode ser analisada na medida em que se estabelecem os mecanismos de coordenação.

#### **4.3.1 A Governança das Relações Interorganizacionais de acordo com Grandori**

Grandori (1997), critica a modelagem encontrada na literatura sobre as estruturas de governança, especialmente aquela da nova teoria institucional, baseada em mercado e hierarquias. Segundo a autora, a conceitualização de estruturas de governança é insatisfatória em pelo menos dois aspectos. Primeiro, existe na vida econômica uma variedade de formas de governança bem maior do que teoricamente é descrito e apesar do mérito dos vários modelos de estruturas de governança, eles fornecem descrições bastante amplas e formas grosseiras de análise da governança. Segundo, a forma como as estruturas de governança são conceitualizadas não são homogêneas, o que cria sérios obstáculos para uma avaliação comparativa mais rigorosa e clara. Tendem a usar um “tipo ideal” de mecanismo de mercado, não adequado para ser comparado com outras formas institucionais descritas em outras ciências, tais como no estudo dos *Clusters*, redes e outros.

Para Grandori (1997), a governança pode ser encontrada em uma variedade de “terceiros tipos”, propostos a partir dos mecanismos de coordenação empregados, que são ao mesmo tempo suficientemente variados e claramente comparáveis. Estes mecanismos são as formas de governança precisamente. A estratégia de análise de Grandori (1997), está baseada em quatro opções metodológicas: substitui a descrição e tipificação de estruturas de governança por uma modelagem de mecanismos de coordenação constitutivos e de direitos organizacionais; reconstrói uma variedade mais ampla de estruturas de governança através da combinação dos componentes constitutivos encontrados; distingue os mecanismos de coordenação que contam com processos e exigências cognitivas diferentes; e abandona a fronteira entre racionalidade absoluta e limitada para entender todos os processos cognitivos e de decisões como formas diferentes de racionalidade limitada ou heurística.

Os mecanismos de coordenação identificados por Grandori (1997) podem ser comparáveis e selecionados como alternativas mutuamente exclusivas ou usados de forma combinada, são eles:

- Mercado (base em preço) – os mercados são mecanismos de coordenação que permitem que os agentes simplifiquem em muito as decisões econômicas, através do uso de um conjunto particular de leis e instituições, onde o direito de propriedade é central;
- Jogos de soma positiva ou interação estratégica – situações nas quais não há conflito de interesses de nenhuma forma, e as estratégias dominantes de cada “jogador” levam a um resultado superior para ambos;
- Voto – é o mecanismo de coordenação aplicável para problemas de ação coletiva. São paralelos aos mecanismos de preço em termos de exigências de informações, envolvendo o valor esperado de ambas as partes, maximizando as tomadas de decisão sobre um conjunto de alternativas bem definidas. Este mecanismo foi profundamente avaliado por muitos cientistas, políticos e economistas, devido a sua semelhança aos mecanismos de mercado. Deve ser considerado junto a outras alternativas de governança;
- Centralização de decisões e direito de controle – o conceito de hierarquia é aumentado para incluir a centralização de propriedade e/ou direito de recompensa residual, além dos direitos de decisão e controle. A consolidação de propriedade não significa que o mecanismo de coordenação dominante deva ser uma relação de autoridade. A autoridade é um mecanismo de coordenação possível somente perante quatro variáveis: se as informações e competências relevantes para a solução de problemas podem ser tratadas e transferidas para um único agente; se o comportamento dos participantes é observável; se existe uma aceitação positiva da autoridade; e se o sistema não é grande o suficiente para causar uma sobrecarga no canal de comunicação com perda do controle.
- Descentralização com base em relações organizacionais – são alternativas de coordenação que podem administrar as atividades e relacionamentos para os quais a autoridade falha, também sobre o teto de uma propriedade única;
- Negociação – pode estar sozinho ou em combinação com outros mecanismos de coordenação; é um mecanismo bastante difundido devido a presença na economia moderna de interesses conflitantes e informações complexas;

- Institucionalização de regras e normas – implica no uso de modelos de ação estáveis, legitimados por costume, hábito ou lei. Segundo Grandori (1997), apesar de “instituições” serem vistas como variáveis de “contexto” em análise organizacional, existem razões para se considerar as convenções como mecanismos de coordenação em seus próprios direitos, concorrendo com outros mecanismos na governança efetiva das atividades econômicas. Tem a propriedade de reduzir os custos com informação e reduzir a complexidade cognitiva. Portanto é considerado como um mecanismo efetivo para a governança de atividades e relacionamentos altamente incertos e ambíguos.

De acordo com Grandori (1997), as conexões entre as formas de governança e formas de racionalidade não devem ser tomadas como mutuamente excludentes, mas como cumulativas: preços, votos e jogadas governam eficientemente e geram equilíbrio esperado apenas se os agentes maximizam sua utilidade esperada; formas de governança baseadas em tomadas de decisão consertadas caso a caso também são compatíveis com julgamentos de aceitabilidade heurística e solução de problemas; governança por regras e normas podem sobreviver também em um mundo de tomadores de decisão. A autora salienta que no mínimo duas dimensões são relevantes para todos os mecanismos de coordenação: o grau de formalização e o processo pelo qual podem ficar estabelecidos alguns mecanismos ou, pelo qual podem ser modificados. Todos os mecanismos descritos podem ser formais ou informais.

#### **4.3.2 A Governança das Relações Interorganizacionais de acordo com Humphrey e Schmitz**

Uma outra dimensão de análise da governança foi apresentada por Humphrey e Schmitz (2000), ao estudar a governança de duas cadeias produtivas, quais sejam, a inserção de um *Cluster* local e em uma cadeia global de valor e o impacto desta interação nas estratégias de aprimoramento local.

Apesar da distância entre o ambiente em que foram aplicados estes conceitos pelos autores e a unidade de análise do presente estudo, identificam-se fundamentos teóricos nesta pesquisa passíveis de serem aplicados em outros contextos. Segundo Lockett e Thompson (apud BITENCOURT; KLIEMANN, 2004, p. 3), “vivemos em um período denominado *normal science*, onde novas teorias têm suas hipóteses testadas, seus resultados replicados em

outros contextos e estes, estão sujeitos à qualificação, modificação ou extensão, conforme a necessidade”. As estruturas de governança discutidas pelos dois autores estão descritas a seguir.

Humphrey e Schmitz (2000, p. 4), definem governança como a “coordenação das atividades econômicas através de relacionamentos não mercadológicos” e distinguem três tipos de governança: em rede, semi-hierárquica e hierárquica. O mercado não está incluído nos termos de governança; entretanto, o conceito permite a inclusão de governança em redes e outras formas hierárquicas, até mesmo na governança corporativa.

Os pressupostos da teoria de Humphrey e Schmitz (2000), analisam quais as formas de governança e o quanto estas formas impactam no “aprimoramento” (na melhor eficiência). Existe o entendimento pelos autores de que se as empresas enfrentam pressões competitivas, elas tem dois caminhos, ou desempenhar as mesmas atividades, porém de maneira mais eficiente, ou mudar as atividades que desempenham. Estas condições são descritas como necessidades de aprimoramento, que podem estar em três trocas diferentes a serem desempenhadas:

- Aprimoramento de processo – por meio da atualização dos processos para resultados mais eficientes, tanto reorganizando o sistema de produção, como introduzindo uma tecnologia superior;
- Aprimoramento de produto – partindo para linhas de produtos mais sofisticadas;
- Aprimoramento funcional – adquirindo novas funções na cadeia produtiva, como exemplo, um produtor assumindo a comercialização.

O primeiro envolve fazer as mesmas coisas de maneira mais eficiente, os dois seguintes podem levar ao reposicionamento na cadeia. Os determinantes da governança em qualquer ponto da cadeia de valor se comportam de maneira diferenciada (HUMPHREY e SCHMITZ, 2000).

A governança em rede se estabelece entre mais ou menos “iguais”, que são favorecidos por alta competência e por interdependência recíproca. Os relacionamentos entre as empresas são mais simétricos do que em semi-hierarquia, mas contém um compromisso mútuo mais forte.

Na governança semi-hierárquica existe alto grau de controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos. Existem duas razões para estabelecer esta forma de governança: primeiro a necessidade de um monitoramento e controle de perto para assegurar que os produtos e processos cumpram os padrões exigidos; segundo, a necessidade de investimentos

em outros agentes da cadeia para ajudá-los no aprimoramento. “Os custos dessa forma de governança são compensadores” (HUMPHREY; SCHMITZ, 2000, p. 17).

Na governança do tipo hierarquia existe um controle direto da cadeia de produção pelo proprietário, normalmente o comprador (quem comanda a cadeia).

As três formas de governança, e visando um parâmetro comparativo, a governança dos relacionamentos via mercado, estão ilustradas no Quadro 6. As formas de governança ilustradas neste quadro trazem a tradução deste autor e foram interpretadas de forma a facilitar a compreensão dos conceitos e sua aplicabilidade no ambiente de pesquisa aqui proposto.

<b>Tipos de governança</b>	<b>Determinantes</b>
<b>Relacionamentos de mercado</b>	Não existe necessidade de colaboração entre os diferentes agentes da cadeia. Os riscos para quem comanda a cadeia são baixos, ou porque as exigências são fáceis de cumprir, ou porque os outros atores tem uma capacidade clara de cumpri-las. O conhecimento de quem comanda a cadeia dessa capacidade pode surgir da reputação de grupo, ou da reputação de um agente em particular.
<b>Rede</b>	Cooperação entre mais ou menos ‘iguais’. Tanto quem comanda a cadeia, como outros atore(s) definem o produto ou serviço, e combinam competências complementares. Isso é mais comum quando quem comanda a cadeia e seus parceiros são inovadores. O risco para quem comanda é minimizado pelo alto nível de competência dos atores envolvidos. Competência alta e generalizada favorece as redes e interdependência recíproca.
<b>Semi-hierarquia</b>	Alto grau de controle por quem comanda a cadeia, que é quem define o produto ou serviço. Quem comanda assume perdas provenientes das falhas de desempenho dos outros atores, e há algumas dúvidas sobre a competência destes últimos. Onde alta competência dos atores não é generalizada, quem comanda investe em atores específicos (ajuda no aprimoramento) e busca fixá-los.
<b>Hierarquia</b>	Quem comanda a cadeia tem propriedade direta das operações, define o produto ou serviço, que pode envolver tecnologia com direitos autorais. Os riscos de desempenho fraco por atores independentes aumentam se o comprador usa qualidade como um atributo da marca. Esses fatores favorecem controle direto sobre o processo de produção ou serviço.

**Quadro 6 – Tipos de governança e suas determinantes (tradução do autor)**

Fonte: Adaptado de Humphrey e Schmitz (2000, p. 16)

O determinante-chave da forma de governança não está focado no produto ou serviço, mas nos riscos enfrentados por quem comanda a cadeia, que surgem da probabilidade de desempenho fraco dos outros agentes e das conseqüências advindas deste desempenho. Onde a perda (ou a probabilidade de perdas) é maior do que o custo de uma governança firme, a semi-hierarquia é adotada (HUMPHREY; SCHMITZ, 2000).

Quanto ao aprimoramento, Humphrey e Schmitz (2000), referem que ele emerge da duplicação e circulação do conhecimento nas relações interorganizacionais, que induz à especialização.

Nas cadeias com governança baseadas em mercado, todos os caminhos para aprimoramento estão abertos, com uma certa dificuldade para o aprimoramento funcional, mas não existe uma barreira. Em cadeias com governança baseada em semi-hierarquia o aprimoramento funcional é limitado, com a tendência dos agentes com menor poder de comando investirem em aprimoramento de produto e de processo. Neste caso, agentes com menor poder de mando não necessariamente estão presos à esfera da produção; existe mais espaço para o aprimoramento funcional que pode acontecer através de estratégias de diversificação.

Em cadeias com governança em rede, os relacionamentos são mais simétricos e contém um compromisso mútuo, com atores que possuem competências complementares e ambas podem colaborar para a inovação. Este aprimoramento enfatiza aprendizagem por interação. Diferentemente de outros autores, Humphrey e Schmitz (2000) descrevem estes relacionamentos como pouco duradouros e raros. A justificativa para tal afirmação está na tendência à um comprometimento mútuo até alcançar o resultado pretendido, com afrouxamento das relações uma vez alcançado, ou porque as inovações rapidamente são imitadas, ou porque existem conflitos. Humphrey e Schmitz (2000), também reconhecem a intenção estratégica e o ambiente político, como determinantes para o aprimoramento.

#### 4.3.3 Variáveis de Análise da Governança nas Relações do Ambiente Hospitalar

As dimensões de análise das estruturas de governança apresentadas por Humphrey e Schmitz (2000), e os mecanismos de coordenação descritos por Grandori (1997), estão relacionadas mais de perto com o exercício do poder e tomada de decisão nas relações interorganizacionais (quadro 7).

AUTORES	DIMENSÃO	VARIÁVEIS DETERMIANTES DA GOVERNANÇA
Grandori (1997)	Estruturas de governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismos de coordenação: mercado; jogos ou interação estratégica; institucionalização de normas e regras; centralização de decisões e direito de controle; descentralização com base em relações organizacionais; negociação</li> </ul>
Humphrey e Schmitz (2000)	Estruturas de governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riscos relacionais e financeiros envolvidos;</li> <li>Grau de controle por quem comanda (se comanda) a cadeia;</li> <li>Nível de cooperação;</li> <li>Grau de competência do parceiro;</li> </ul>

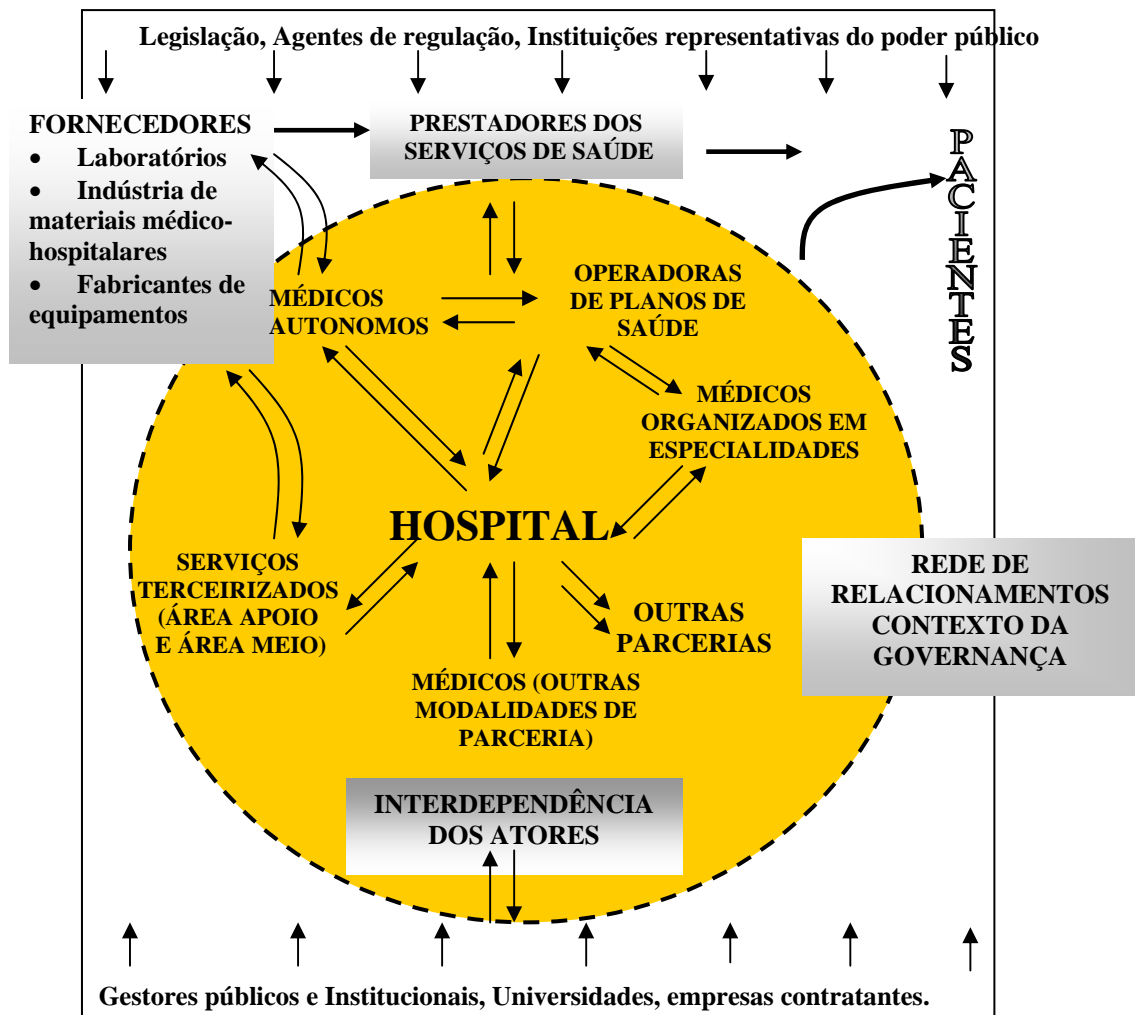
**Quadro 7 – Comparativo das variáveis determinantes da governança segundo Grandori (1997) e Humphrey e Schmitz (2000)**

Fonte: o autor



Estas dimensões estão relacionadas diretamente ao escopo desta pesquisa, motivo pelo qual, delas foram extraídas as variáveis para analisar os determinantes da governança no contexto das relações interorganizacionais das organizações hospitalares.

Assim, considerando as organizações hospitalares, constata-se que estas organizações fazem parte de uma cadeia complexa, a cadeia produtiva da saúde, que apresenta um tipo particular de rede, com três grupos distintos de atores (Figura 7).



**Figura 7 – Rede de relacionamentos e contexto da governança para empresas hospitalares**

Fonte: Adaptado de Bittencourt e Kliemann, 2004, p. 18

Tais atores podem ser identificados como:

- Atores principais – os fornecedores, prestadores de serviços (hospitais) e clientes;
- Atores que atuam na normatização do sistema – legislação, agentes de regulação (ANS), instituições representativas ou de controle social e o poder público;

- Atores que dão suporte tecnológico e de conhecimento – gestores públicos e privados, universidades e empresas contratantes (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004).

Estes atores, configuram no ambiente hospitalar privado, o contexto da governança, onde se estabelecem diferentes perfis de relacionamento e se consolidam alianças estratégicas de toda a ordem. Tanto atividades, quanto recursos ou pessoas podem ser os elos do relacionamento entre os distintos atores da cadeia (GRANDORI, 2005), relacionamentos estes, que se dão em varias direções. Os interesses e perfil de relacionamento que se estabelecem neste contínuo não são mais regulados apenas por contratos ou por sistemas regulatórios. Novos mecanismos de governança se estabelecem, levando à flexibilização administrativa, com a ampliação ou divisão do poder decisório, convergindo os diferentes interesses e minimizando as perdas. Esta complexidade nas relações conduz a cadeia a diferentes arranjos e os hospitais entendem que existem prejuízos a partes distintas da cadeia e começam a unir-se em torno de novas possibilidades.

Especialmente os conceitos sobre relações interorganizacionais e governança, formaram a base conceitual para este estudo, bem como, forneceram as variáveis selecionadas e aplicadas ao ambiente hospitalar privado, com vistas a alcançar o objetivo geral e objetivos específicos do mesmo. Para tanto, a escolha do método de pesquisa é fundamental.

O próximo capítulo apresenta o método escolhido para atender aos objetivos da pesquisa.

## 5 MÉTODO DA PESQUISA

Este capítulo descreve o método utilizado nesta pesquisa. Inicialmente será feita uma explanação a respeito do tipo de pesquisa e as estratégias adotadas para alcançar seus objetivos. A seguir será apresentado o desenho de pesquisa e finalmente será feito um detalhamento das etapas e das técnicas de coleta e análise dos dados.

A investigação científica depende de “um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos chamado de Método Científico, adotado para se atingir o conhecimento”, (GIL, 1999, p. 26). A legitimidade do processo de investigação de determinado tema de pesquisa e os consequentes resultados estão diretamente relacionados ao método empregado (CAMPOMAR, 1991). O Método Científico é a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa e se configura através de duas abordagens: métodos quantitativos e métodos qualitativos. O que determina o método a ser adotado é o objetivo do estudo em desenvolvimento.

No caso do método quantitativo, segundo Minayo e Sanches (1993), trata-se de um método mais adequado para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados (questionários). É utilizado quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa. Permite que se realizem projeções para a população representada. Este método, testa de forma precisa as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornece indícios que podem ser comparados com outros. Não podem ser desconsideradas, neste caso, questões relativas à amostragem no processo de investigação (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Malhotra (2002, p. 155), “a pesquisa qualitativa proporciona melhor visão e compreensão do contexto do problema”. Oportuniza o aprofundamento do tema em estudo, explorando a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos (MINAYO; SANCHES, 1993). É uma técnica importante, utilizada em pesquisa exploratória

e tem como objetivo alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações subjacentes, das percepções, valores e significados. Utiliza um pequeno número de casos e diferentes formas de coleta de dados. Segundo Neves (1996), as pesquisas qualitativas descrevem e decodificam os componentes de um sistema complexo de significados. Seu caráter exploratório, segundo Cooper e Schindler (2003), possibilita desenvolver conceitos de forma mais clara, estabelecendo prioridades.

Para Gil (1999, p. 43) as pesquisas exploratórias são desenvolvidas quando o investigador busca uma visão geral que aproxime os fatos:

Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornam-se necessários seus esclarecimentos e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos.

Segundo Santos e Clos (1998), a opção pelo método e técnica de pesquisas depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto que se deseja conhecer ou estudar. Com esta orientação, este estudo foi conduzido por uma pesquisa de caráter qualitativo e descritivo – porque descreve as relações do hospital à luz dos construtos teóricos dos autores estudados. Este tipo de pesquisa concentra-se em “ganhar conhecimento sobre o tema, desenvolver hipóteses para serem testadas e aprofundar questões a serem estudadas” (MATTAR, 1997, p. 78).

## 5.1 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO MÉTODO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

A partir da questão de pesquisa é possível identificar a estratégia de pesquisa. É talvez o passo mais importante a ser estabelecido. A estratégia de pesquisa adotada para este estudo foi o estudo de caso. É o método mais apropriado para uma investigação empírica, em profundidade, porque se caracteriza pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, segundo Gil (1999). Busca responder questões do tipo “*como e por que*”, quando se tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, de acordo com Yin (2005). A tarefa de compreender os fenômenos que estão inseridos no contexto da organização em estudo, especificamente no que

diz respeito às relações inteorganizacionais e de governança, enfrentaria dificuldades se fossem utilizadas outras estratégias..

Existe, ainda a possibilidade de uma pesquisa abrangente levar ao surgimento de muitos eventos a serem estudados, o que conduz à necessidade de um planejamento que preveja uma certa dinâmica na coleta e análise dos dados (YIN, 2005). Para tanto e para responder ao problema formulado, é necessária uma estratégia clara e adequada.

Em face do exposto, a opção nesta pesquisa é pelo estudo de caso único e terá como unidade de análise uma organização hospitalar do setor privado. Os dados foram coletados no próprio ambiente da organização pesquisada e a coleta realizada de uma única vez, caracterizando um estudo do tipo transversal. Para a seleção da organização pesquisada foram utilizados os seguintes critérios: empresa hospitalar de grande porte (mais de 300 leitos), facilidade de acesso a informações e aos entrevistados, atuação no mercado de prestação de serviços em saúde e exclusivo a clientes do sistema de assistência médica privada. Também foi utilizado o critério de seleção da organização por conveniência. O nome da empresa será mantido sob sigilo.

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O desenvolvimento da presente pesquisa foi realizado em cinco etapas: definição das variáveis do estudo (através da revisão de literatura), elaboração do instrumento de coleta de dados (validado com os professores do MAN – mestrado em administração e negócios), coleta de dados na organização pesquisada (entrevista em profundidade com os gestores do hospital e com os parceiros identificados), triangulação dos dados, análise dos resultados da pesquisa e, análise e caracterização das relações interorganizacionais no ambiente hospitalar privado.

A revisão de literatura está presente em todas as etapas do estudo. O desenho de pesquisa está representado na Figura 8.

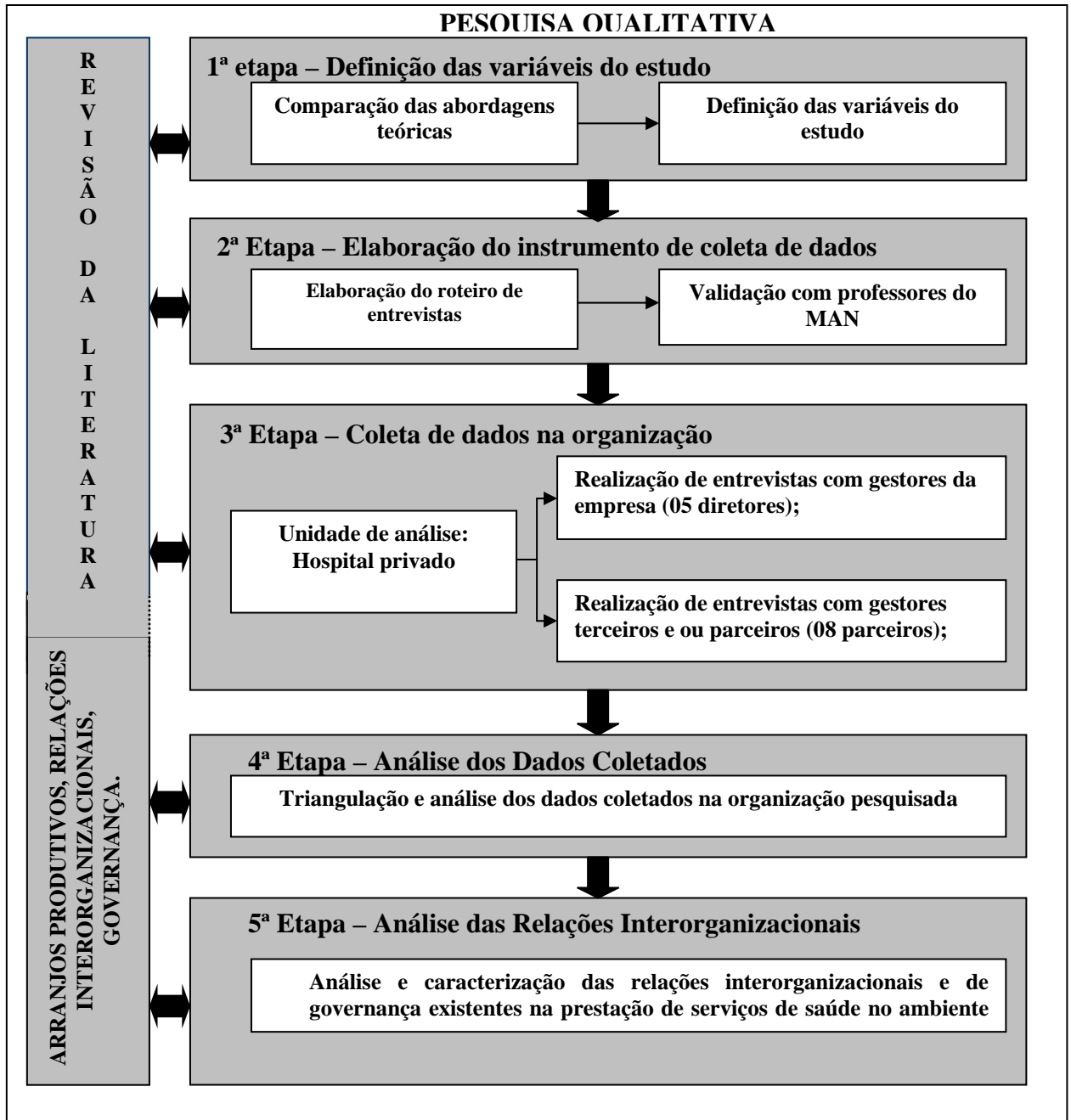


Figura 8 – Desenho de Pesquisa

Fonte: autor

O desenho de pesquisa ilustra a seqüência lógica das etapas do trabalho, iniciando com a revisão de literatura e terminando com a sistematização e comunicação dos resultados.

### 5.3 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

A identificação das variáveis do estudo foi realizada através da revisão de literatura e serviu para a elaboração do roteiro das entrevistas (Apêndices A, B e C). Por meio das variáveis de pesquisa, distribuídas em três dimensões e seis categorias, foi possível responder aos objetivos geral e específicos do estudo. O Quadro 8 apresenta as variáveis analisadas.

<b>DIMENSÃO</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>VARIÁVEIS</b>
<b>Prestação de serviços no ambiente hospitalar privado</b>	Agentes e serviços envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais agentes envolvidos</li> <li>• Tipos de serviços prestados;</li> <li>• Principais atividades e recursos envolvidos;</li> <li>• Formas de constituição das parcerias e motivações</li> </ul>
<b>Relações interorganizacionais</b>	Formas de redes de relacionamento: Burocrática, Social, Proprietária;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se as relações são formalizadas ou não. (de que forma são feitas as trocas);</li> <li>• Se as relações são centralizadas (simétrica ou assimétrica). Existe uma coordenação central ou são paritárias;</li> <li>• Mecanismos de coordenação</li> </ul>
	Fluxo de recursos: (tipo de interdependência)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de interdependência: Combinada, Intensiva, Seqüencial e Recíproca.</li> </ul>
	Estrutura de interesses:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não cooperação – Coalizão</li> <li>• Cooperação parcial – Fundação</li> <li>• Interação pura – Time</li> </ul>
	Complexidade das informações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Computacional integrada em rede ou cognitiva</li> </ul>
<b>Governança</b>	Tipo de governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de coordenação</li> <li>• Governança em rede, semi-hierarquia e hierarquia de acordo com: riscos relacionais e financeiros envolvidos; grau de controle por quem comanda, se comanda; nível de cooperação; Grau de competência do parceiro;</li> </ul>

**Quadro 8 – Estrutura de análise das variáveis da pesquisa**

Fonte: o autor

Com a categoria “agentes e serviços envolvidos” foi possível responder ao primeiro e segundo objetivos específicos, respectivamente, caracterizar o ambiente hospitalar privado em termos de prestação de serviços em saúde e identificar os agentes envolvidos na prestação de serviços em saúde neste ambiente.

Com as categorias “formas de redes de relacionamento”, “fluxo de recursos”, “estrutura de interesses”, “complexidade das informações”, “mecanismos de coordenação” e “formas de governança”, foi possível responder ao terceiro e ao quarto objetivos, que se

propõem à identificar os tipos de relações interorganizacionais existentes neste ambiente e as formas de governança praticadas. Os autores Grandori e Soda (1995), Grandori (1997) e Humphrey e Schmitz (2000), formam o referencial para a identificação das formas de relacionamento e para a identificação das formas de governança.

#### 5.4 UNIDADE DE ANÁLISE

A unidade de análise desta pesquisa faz parte da cadeia produtiva da saúde. Trata-se de uma empresa de prestação de serviços assistenciais, que oferece atendimento na esfera dos cuidados secundários e terciários de atenção à saúde, através das áreas médico-assistenciais, de diagnóstico e tratamento. É uma empresa hospitalar de grande porte (400 leitos), que atende exclusivamente a clientes do sistema de saúde privado. Está organizada hierarquicamente em cinco níveis de decisão: o conselho administrativo, um presidente, um diretor superintendente, uma diretoria executiva, direção operacional (composta de dois diretores técnicos), gerência de áreas, supervisão e gestão das áreas de resultado, gestão das áreas de apoio e suprimentos e nível operacional. O quadro funcional é composto de 1900 funcionários diretos. O corpo clínico (composto por médicos autônomos), corresponde a um total de 3.500 médicos credenciados para atendimento aos clientes, sendo que em torno de 300 destes, são responsáveis pelo atendimento de 80% da produção mês. No total, são 2.500 pessoas (técnicos e administrativos), trabalhando permanentemente para atender a carteira de clientes, em média 80.000 pacientes novos por ano.

#### 5.5 COLETA DE DADOS

Ao optar por uma estratégia de pesquisa como o estudo de caso o investigador deve estar ciente da complexidade da coleta de dados. A riqueza das informações dependerá da constituição de procedimentos metodológicos e mapeamentos das possíveis fontes de evidência.

Yin (2005) recomenda a utilização de alguns princípios importantes para o trabalho de coleta de dados em um estudo de caso. São eles:



- a) Várias fontes de evidências: o pesquisador deve utilizar duas ou mais fontes de dados, mas que convergem para o mesmo fato;
- b) A utilização de um banco de dados para o estudo de caso: proporciona a reunião de evidências;
- c) Um encadeamento de evidências: ligações explícitas entre os questionamentos de pesquisa, os dados coletados e as conclusões.

Para Yin (2005), existem seis fontes de evidências que são utilizadas para um estudo de caso: a documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos, que podem ser conduzidas de forma espontânea, focada ou através de um levantamento formal. Os instrumentos escolhidos como fonte de evidência e coleta de dados para este estudo serão as entrevistas e a análise de documentos.

A **entrevista** “é a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 1999, p. 117). É uma forma de interação entre o pesquisador e o entrevistado. A entrevista pode ser formal ou informal e deve haver o cuidado por parte do investigador para não influenciar o entrevistado ou emitir juízo de valor, comprometendo assim, a essência da informação. Por outro lado, o conhecimento do tema pode ajudar a aprofundar a reflexão (GIL, 1999). As entrevistas são uma fonte essencial de evidências para os estudos de casos, já que a maioria delas trata de questões humanas que devem ser captadas e interpretadas pelo pesquisador. Além disso, as entrevistas podem auxiliar a identificar as demais fontes relevantes de evidências (YIN, 2005). tomados os devidos cuidados para a sua realização.

O instrumento elaborado para a primeira e segunda etapa de entrevistas deste estudo foi do tipo roteiro semi-estruturado. O roteiro para as entrevistas foi preparado com antecedência e validado pelos professores do Mestrado em Administração e Negócios – MAN. Este roteiro contempla os objetivos específicos propostos no estudo: caracterizar o ambiente hospitalar privado em termos de prestação de serviços em saúde; identificar os agentes parceiros envolvidos na prestação de serviços em saúde na área hospitalar; descrever os tipos de relações interorganizacionais existentes neste ambiente; e caracterizar as formas de governança utilizadas para o gerenciamento das relações (ver Apêndices A, B e C).

Para responder aos objetivos foram realizadas duas etapas de entrevistas, uma etapa de entrevistas com seis diretores da organização e análise dos documentos e uma etapa de entrevistas com nove gestores de empresas associadas e/ou parceiros identificados pelos mesmos.

Com a organização pesquisada a entrevista foi realizada em duas fases. Na primeira fase foi realizada entrevista com quatro diretores do nível estratégico (presidente, diretor superintendente, diretor executivo e diretor de pacientes externos) que foram questionados quanto à dimensão “prestação de serviços de assistência à saúde no ambiente hospitalar privado”. Esta fase também permitiu identificar quais são, segundo os diretores, os principais serviços prestados; como são os contratos e, quais são as principais empresas e/ou parceiros associados de maior relevância para a organização. Ao todo foram indicadas dez parcerias estratégicas. Uma vez identificados estas parcerias, foi solicitado aos diretores que classificassem às mesmas por grau de importância, sendo a número um a parceira de maior relevância e a número cinco a de menor relevância. Sendo assim, foram identificados cinco tipos ou perfis de parcerias consideradas estratégicas, que foram selecionadas para as entrevistas da segunda etapa do estudo.

Na segunda fase das entrevistas com os diretores foram avaliadas a segunda e a terceira dimensão, “relações interorganizacionais” e “formas de governança”. Esta fase permitiu analisar quais as formas de relacionamento (os mecanismos de coordenação), as relações de interdependência, as formas de colaboração, a complexidade das trocas, os fluxos de interesse e quais as formas de governança utilizados pela organização na gestão do relacionamento com seus parceiros. Para tanto, foram entrevistados o diretor superintendente, o diretor executivo e o diretor de pacientes externos. Para cada momento foi aplicado um roteiro específico (Apêndices B e C).

O conjunto destas informações deu condições para a identificação dos entrevistados da segunda etapa, representantes das empresas associadas e/ou parceiros. Foram entrevistados oito parceiros estratégicos da organização ou seus representantes, identificados dentro dos cinco tipos definidos pelos diretores estratégicos: medicina diagnóstica (contrato de gestão), medicina diagnóstica (sociedade anônima com contrato de uso da marca), um gestor das especialidades médicas organizadas, o vice-presidente da associação médica, uma operadora seguradora, uma operadora cooperativa e uma operadora de auto-gestão. A entrevista foi realizada de uma única vez e com cada entrevistado foram avaliadas as dimensões “relações interorganizacionais” e “formas de governança”. Estas entrevistas permitiram analisar quais são as formas de relacionamento (mecanismos de coordenação empregados na gestão dos relacionamentos), as relações de interdependência, onde se dá a complexidade destas trocas, quais os fluxos de interesse e quais as formas de governança que se estabelecem, segundo a visão destes parceiros. Estes gestores responderam as mesmas perguntas feitas para os

diretores da organização pesquisada na etapa anterior (segunda fase da pesquisa com os diretores).

As informações dos dois grupos entrevistados foram confrontadas para melhor análise dos resultados.

Quanto à análise de documentos, segundo Yin (2005, p. 112), “para estudos de caso, o uso mais importante de documentos é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”. Para Gil (1999), existem documentos de “primeira mão”, que não foram tratados analiticamente e aqueles de “segunda mão”, como relatórios que já passaram por uma análise. Estes últimos podem ser confrontados com as entrevistas. É possível ainda confrontar os próprios documentos, como é o caso da análise de contratos.

No presente estudo, analisou-se a base contratual com a qual são expressas as transações (obrigações e/ou responsabilidades, atribuições, hierarquias, comando, etc.) entre ou intra-empresa e os documentos e artefatos simbólicos (declaração da missão, visão, valores, etc.). Estas informações foram confrontadas com as informações obtidas nas entrevistas com os diretores e com os parceiros. Este universo documental foi rico em informações para o pesquisador e permitiu a obtenção de conteúdos implícitos e explícitos apresentados em tais documentos.

As duas fontes de evidências utilizadas neste estudo possibilitaram a realização da triangulação das informações obtidas.,

## 5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Uma vez realizada a coleta de dados, por meio de entrevistas e análise documental foi possível partir para a análise dos dados, segundo Yin (2005, p. 143), usando preferencialmente “uma estratégia analítica geral”. A sistematização e comunicação dos resultados devem receber do pesquisador a mesma atenção que as outras etapas da pesquisa (GIL, 1999).

Para alcançar os objetivos do estudo, foi adotado como método para análise das informações obtidas nas entrevistas a análise de conteúdo. “A análise de conteúdo é uma técnica para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto de uma comunicação” (COOPER; SCHINDLER, 2003, p. 346). Além do conteúdo latente e manifesto pôde-se evidenciar o significado simbólico das mensagens e a análise qualitativa.

Foi quando ocorreu o refinamento e filtragem das informações, com a devida categorização das mesmas e validação dos objetivos.

A descrição dos resultados é representada na forma de relatório no próximo capítulo, a partir das variáveis testadas. Apesar de nem todos os dados serem comunicados por meio de relatórios, quando se trata de estudos de caso, ainda é a melhor forma de transmitir e comunicar informações mais precisas YIN, (2005). Algumas qualidades foram consideradas: impessoalidade, objetividade, clareza, precisão, coerência e concisão (GIL, 1999).

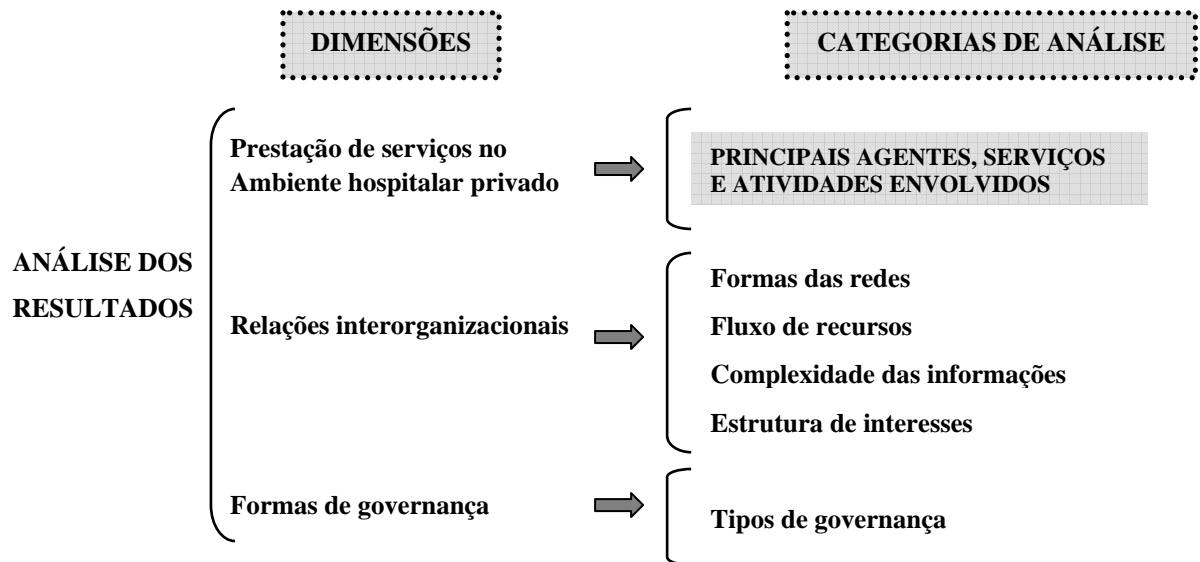
O próximo capítulo apresenta os resultados da pesquisa.

## **6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA**

Os resultados apresentados neste capítulo buscam traduzir a interpretação do pesquisador, construída a partir da análise das respostas obtidas nas entrevistas realizadas com os diretores do nível estratégico de uma organização hospitalar privada e com os parceiros estratégicos identificados pelos primeiros, bem como dos dados obtidos a partir da análise de documentos. As informações foram trabalhadas de forma a apresentar reflexões que venham a contribuir na produção do conhecimento sobre as relações interorganizacionais e de governança existentes na prestação de serviços de saúde, especificamente no ambiente hospitalar privado.

O capítulo está organizado de forma a responder ao objetivo geral e aos objetivos específicos, com base nas variáveis levantadas através da revisão de literatura e posteriormente incorporadas ao instrumento de pesquisa (Apêndices A, B e C). As variáveis testadas neste estudo foram agrupadas a partir de três dimensões: prestação de serviços no ambiente hospitalar privado – de onde se pretende entender os tipos de serviços e atividades envolvidos nas parcerias da organização pesquisada; relações interorganizacionais e formas de governança. Estas dimensões foram divididas em seis categorias de análise: principais agentes e serviços envolvidos, formas de rede de relacionamento, fluxo de recursos, estrutura de interesses, complexidade das informações e tipos de governança. Esta estrutura de análise está lustrada na figura 9. As categorias serão analisadas de forma independente em um primeiro momento e posteriormente cruzadas, com vistas a alcançar os objetivos do presente estudo. Pretende-se, desta forma, identificar fatores intervenientes destas variáveis na relação entre a organização pesquisada e seus parceiros e discutir as semelhanças entre o modelo de análise da indústria, apresentado neste estudo, e as práticas da área de prestação de serviços hospitalares, possibilitando assim o aprofundamento de conceitos e interpretações. Para verificar a influência de uma variável sobre as outras foram justapostas relações e/ou

aproximações. Nas variáveis em que houve divergência entre os grupos de entrevistados (dos diretores da organização e dos gestores das empresas parceiras), a análise será por grupo, para que o cruzamento e a comparação dos grupos possibilite a representação real das inter-relações. Ao final da análise serão identificadas as formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado a partir de seus relacionamentos interorganizacionais.



**Figura 9 – Estrutura de análise dos resultados**

Fonte: o autor

## 6.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO AMBIENTE HOSPITALAR PRIVADO

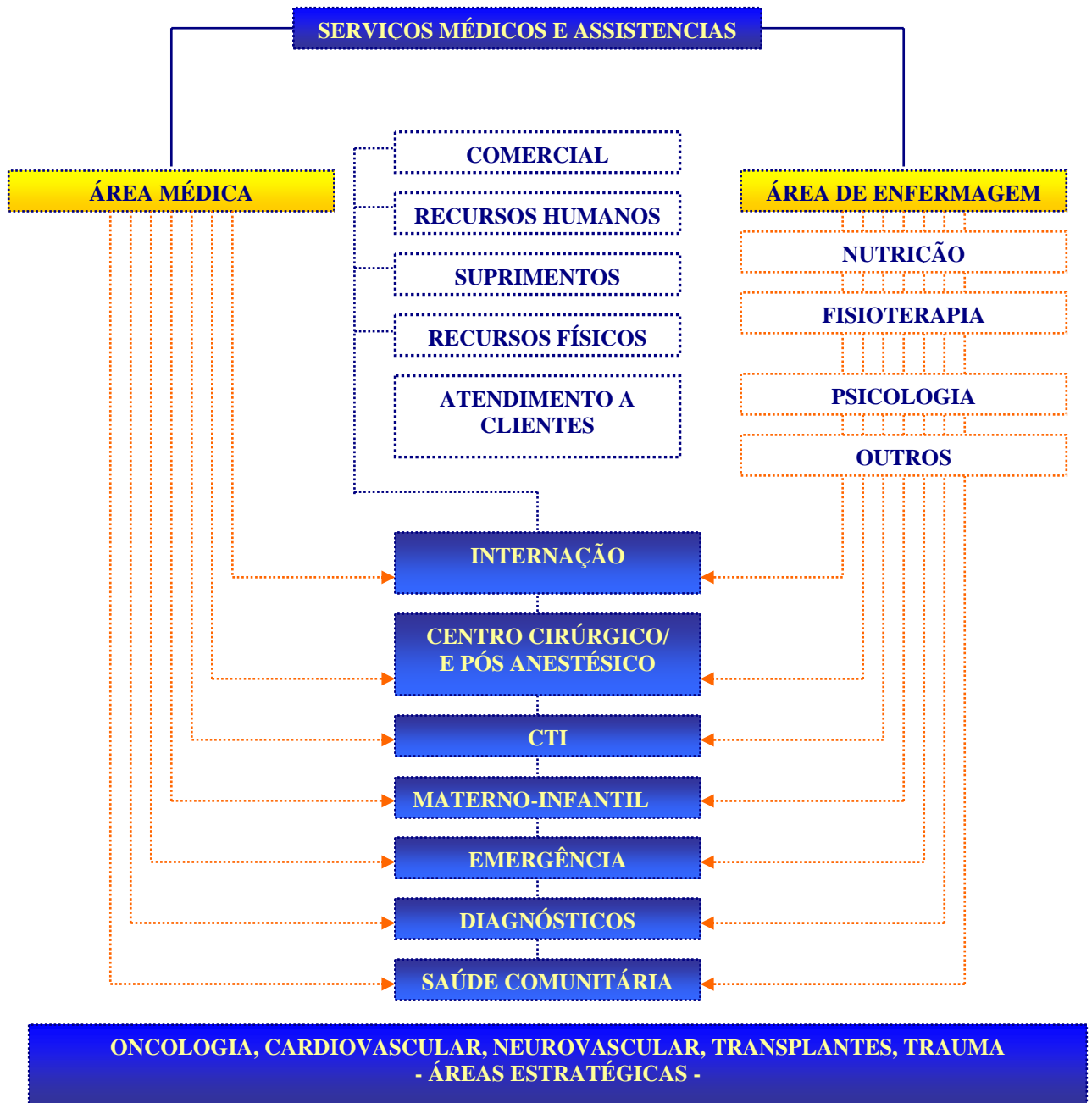
Esta dimensão de análise procurou caracterizar o ambiente hospitalar privado em termos de prestação de serviços. Para tanto foi necessário identificar as principais atividades do negócio, os principais recursos envolvidos nas atividades, quem são os principais agentes envolvidos, as parcerias compostas neste ambiente que envolvem a prestação de serviços, qual a motivação da organização pesquisada e dos parceiros para compor estas alianças e como elas se constituem. Todos os resultados foram obtidos por meio das entrevistas realizadas com os diretores do nível estratégico da organização pesquisada neste estudo.

### **6.1.1 Agentes, Serviços, Recursos, Atividades Envolvidas e Formas de Constituição das Parcerias**

Os principais serviços prestados pela organização hospitalar pesquisada são os serviços para soluções em saúde – diagnóstico, tratamento, reabilitação e saúde comunitária – que segundo os diretores do nível estratégico do hospital, são realizadas a partir de atividades médico-assistenciais. Estas atividades são consideradas como aquelas de maior importância para os resultados almejados pela organização para o seu negócio. Entende-se como atividades médico-assistenciais todas as interfaces de assistência à saúde oferecidas para os clientes do hospital (PORTE e TEISBERG, 2007), onde os médicos e a enfermagem respondem por 90% do total. Os entrevistados referem que estas são as atividades essenciais para a organização hospitalar – maior fonte de receita e despesa – que todas as demais atividades devem apoiar. A partir destas atividades são pensadas todas as estratégias da organização relacionadas à atividade-fim (assistência à saúde).

Com a enfermagem a relação é de empregador e empregado. As ações da organização para esta atividade estão voltadas para o desenvolvimento e capacitação técnico-científica dos profissionais de enfermagem, com vistas a oferecer a melhor assistência aos pacientes (serviços prestados). Existe ainda uma preocupação com a retenção de competências no *staff* da enfermagem.

Com os médicos a relação é de parceria e é tratada estrategicamente em termos da fidelização dos mesmos e do compartilhamento de responsabilidades e riscos que a organização e os médicos assumem. As atividades conjuntas envolvem a assistência aos pacientes, o desenvolvimento técnico-científico e a pesquisa clínica. A figura 10 apresenta esquematicamente a prestação de serviços do hospital pesquisado, com as principais atividades (fim e de apoio) e centros de resultados organizados para atender, entre outras, as áreas estratégicas relacionadas à atividade fim.



**Figura 10 – Caracterização da prestação de serviços no hospital privado pesquisado**

Fonte: adaptado do organograma e planejamento estratégico da organização pesquisada

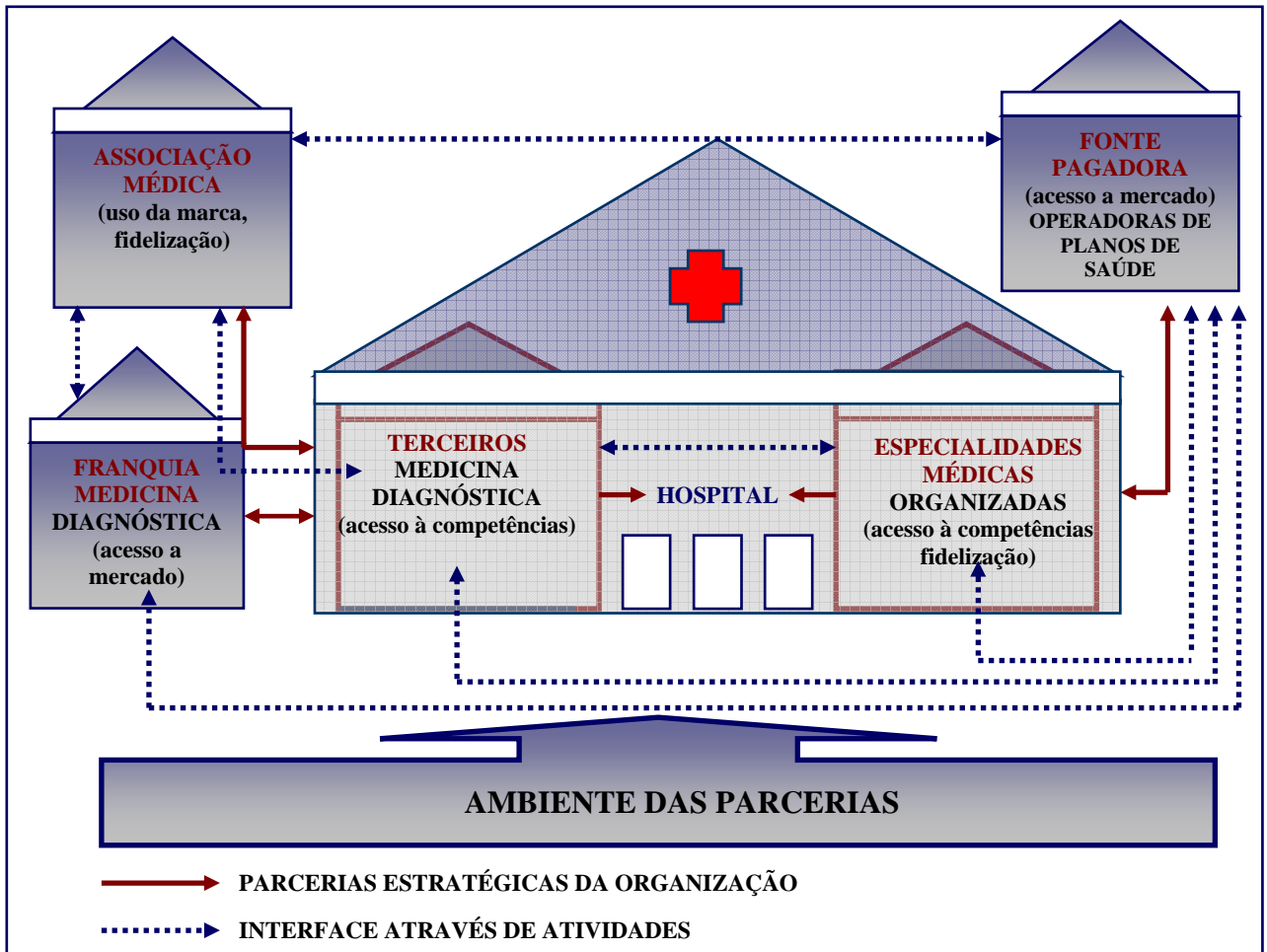
A duas atividades, médicas e de enfermagem, são desenvolvidas e respondem gerencialmente por cinco centros de resultados, que por sua vez, respondem por quase a totalidade da produção hospitalar. São eles: unidades de internação – com 370 leitos e uma produção média mensal de 1000 internações; o centro cirúrgico – com uma produção de três mil cirurgias em média por mês; o centro de tratamento intensivo (CTI) – que atende em média oitocentos pacientes-dia-mês; a materno-infantil – que recebe em média 300 internações mês, o plantão médico – que engloba emergência, o pronto atendimento e o



ambulatório de traumatologia, com uma produção média de onze mil atendimentos por mês; a área diagnóstica – com uma produção média de 10.000 atendimentos mês entre internados e ambulatoriais; e, saúde comunitária – que responde por todo o atendimento em nível ambulatorial (consultas), com um total de 5000 atendimentos mês. Estes centros de resultados produzem todos os principais serviços prestados pelo hospital aos clientes e englobam, entre outras, as cinco áreas estratégicas do hospital – oncologia, neurologia, cardiovascular, transplantes e trauma.

Para atender as diretrizes institucionais de qualidade, produção e renda a instituição formou algumas parcerias estratégicas, envolvendo atividades de apoio e a atividade-fim. Os diretores do nível estratégico identificaram nas entrevistas um total de onze parceiros estratégicos, a saber: **medicina diagnóstica – com duas parcerias (diagnóstico por imagem), uma associação médica, operadoras de planos de saúde (seguradora, cooperativa e auto-gestão), especialidades médicas organizadas**, um laboratório, o plano de saúde dos funcionários, empresas privadas conveniadas informalmente, médicos que compõem os consultórios de um centro clínico (condomínio), governo e fornecedores. No entanto, as cinco primeiras parcerias foram identificadas, do ponto de vista estratégico, como as mais importantes e todas envolvem a atividade-fim. Com exceção de uma parceira (operadora), as demais estão vinculadas à atividade médica, o que confere a este trabalho um direcionamento em termos de perfil de parceria estratégica na área hospitalar. Os serviços desenvolvidos referem-se a serviços médico-assistenciais, serviços de gestão, diagnóstico e tratamento. A operadora de planos de saúde é a fonte pagadora, que faz a intermediação dos recursos e soluções em saúde entre os usuários dos serviços e a organização hospitalar.

As cinco parcerias apresentam constituições e propósitos estratégicos diferentes. “Foram construídas e experienciadas ao longo do tempo e sofreram alterações conforme os resultados foram sendo apresentados”, segundo palavras dos diretores do nível estratégico da organização. Tanto a organização pesquisada, como os parceiros, reconhecem nestas parcerias uma fonte de vantagem competitiva, motivada pelo acesso às competências do parceiro ou, pela possibilidade de acessar o mercado. Os dois lados da parceria demonstraram entusiasmo, apesar de entenderem que são possíveis alguns avanços. Existe uma interface de relacionamento também entre os parceiros, que se dá tanto através de atividades, como por meio de outras alianças estabelecidas diretamente entre ambos. Duas parcerias estão constituídas de forma a exercer suas atividades no mesmo espaço físico do hospital e três delas são exercidas e monitoradas pela organização à distância. A figura 11 ilustra, de forma esquemática, estas relações e as interações das mesmas com a organização hospitalar.



**Figura 11 – Ambiente das parcerias**

Fonte: o autor

As variáveis pesquisadas nestas parcerias – relativas à categoria “agentes, serviços, recursos, atividades envolvidas e formas de constituição das parcerias”, e as motivações que levaram à formação das alianças na organização pesquisada, serão discutidas separadamente para cada parceria. Pretende-se, desta forma, facilitar o entendimento das demais dimensões, categorias e variáveis testadas, uma vez que esta dimensão de análise possibilita uma visão mais estrutural tanto da empresa pesquisada, quanto dos parceiros. Estas variáveis estão descritas no Quadro 9.

TIPO DE PARCERIA	PARCEIRO (AGENTE ENVOLVIDO)	TIPOS DE ATIVIDADES E/OU SERVIÇO	RECURSOS ENVOLVIDOS	MOTIVAÇÃO DA PARCERIA PARA A ORGANIZAÇÃO
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO</b>	Médicos	Diagnóstico e tratamento.	A organização com recursos tecnológicos e humanos; O parceiro com o capital intelectual.	Acesso a competências; Acesso a mercados; Possibilidade de ter os melhores profissionais técnicos – expoentes em sua área de atuação.
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA “FRANQUIA”</b>	Médicos	Diagnóstico e tratamento.	Um empreendimento conjunto de recursos tecnológicos e humanos; A marca da organização; O capital intelectual do parceiro	Acesso a competências e a recursos. Uso da marca.
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA (USO DE MARCA)</b>	Médicos associados	Serviços médicos	Marca (da organização); Capital intelectual (do parceiro).	Uso da marca; Fidelização dos médicos e transferência da gestão; Incremento na produção.
<b>OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE (FONTES PAGADORAS)</b>	Operadoras: Seguradora, Auto-gestão e Cooperativa	Serviços médicos, assistenciais, de diagnóstico e de tratamento.	Nenhum	Carteira de clientes da operadora.
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS</b>	Médicos	Serviços médicos e gestão das especialidades médicas.	A organização com recursos humanos e a marca; O parceiros com o capital intelectual.	Acesso a competências; Possibilidade de ter os melhores profissionais técnicos (que sem a parceria não seria possível); Fidelização do médico.

**Quadro 9 – Principais agentes, serviços, atividades, recursos e formas de constituição das parcerias na organização pesquisada**

Fonte: o autor

Na área de diagnóstico e tratamento, principalmente o diagnóstico por imagem, o hospital optou por dois tipos de parceria, uma através da terceirização da gestão médica, e a outra, através da composição de uma sociedade de cotas (SA) com cinco médicos acionistas, mais um contrato por direito de uso da marca da organização pesquisada, caracterizando assim esta parceria como uma franquia.

Com a associação médica se caracteriza uma parceria com contrato de uso da marca da organização pesquisada. Trata-se também de uma estratégia para a fidelização dos médicos. Com as operadoras a relação está fortemente balizada pelo mercado, motivada pelo acesso à carteira de clientes das operadoras. As especialidades médicas caracterizam trocas de competências e *expertises*, com contrato de uso da marca. Também é utilizada como uma estratégia de fidelização dos médicos. Todas as parcerias pesquisadas serão discutidas a seguir nos termos acima descritos.

### **A) Primeiro caso – contrato de terceirização da gestão médica para a medicina diagnóstica**

Esta composição com a área de diagnóstico por imagem atende principalmente aos clientes da categoria internados. Nesta parceria, a gestão técnica e alguma gerência administrativa são terceirizadas para uma empresa médica. Os recursos são todos do hospital – tecnológicos e humanos – e prevalece o direito de propriedade desta organização. A contratação destes médicos não seria viável pela via salarial, considerando-se suas competências (capital intelectual), nem tampouco através da remuneração mensal ou anual por serviços prestados, como de praxe em outras formas de terceirização. Sendo assim, um centro de resultado único foi criado e estes terceiros recebem participação sobre os resultados (lucros), e têm total autonomia técnica, porém não dispõem de autonomia política (negociação com fornecedores e fontes pagadoras), ou econômico-financeira (investimentos).

Estes terceiros não ficam restritos às atividades de gestão, uma vez que assumem concomitantemente a produção técnica, o que lhes garante exercer suas atividades como médicos, porém recebendo seus honorários diretamente das fontes pagadoras – operadoras de planos de saúde. No entendimento de ambos os parceiros é uma parceria de troca de *expertises*. Trata-se da junção da empresa líder em serviços diagnósticos (competência técnica e capital intelectual), associada à empresa líder em prestação de serviços na área hospitalar (competências em gestão e negociação).

Segundo o parceiro entrevistado, “trabalhar com uma empresa que preserva critérios éticos, se expõe de forma correta no mercado e prima pela excelência possibilita para o parceiro o acesso aos mercados, com a segurança de toda a estrutura da organização, mais difíceis de atingir sem a parceria”. O acesso recíproco às competências um do outro, conduz a parceria a resultados superiores para ambos. A última formatação do contrato está em vigor há dois anos.

### **B) Segundo caso – uma sociedade com médicos acionistas, mais o contrato de direito de uso da marca**

Esta parceria está mais voltada para pacientes externos, em nível ambulatorial. O hospital compõe esta sociedade com um grupo de médicos, os mesmos que são contratados para a gestão técnica na primeira parceria, sendo que nesta modalidade todos são acionistas,

incluindo o hospital. Como sociedade, utiliza-se de recursos oriundos de um empreendimento conjunto, motivado pelo capital intelectual do parceiro (competência técnica) e pela marca, da organização pesquisada. O hospital participa com 9% das ações, porém, detém o direito de controle e gestão, que estão previstos em contrato. A gestão administrativa é de responsabilidade da diretoria de pacientes externos, representada por um diretor remunerado pelo hospital para esta função, que junto ao gestor técnico (acionista) e um gestor operacional (contratado) se reportam a um conselho de administração. O conselho é presidido pelo Hospital, direito que também está descrito em contrato e foi condição para a parceria. Segundo um dos diretores do nível estratégico do hospital, confirmado por um dos acionistas médicos da franquia, “o reconhecimento de que o hospital detém a competência para gestão, aliado ao alto grau de maturidade da parceria e extrema confiança mútua, permitem tal arranjo de gestão”. A sociedade anônima foi formada há cinco anos.

Este centro de medicina diagnóstica, como é chamado, está localizado fora do hospital, em um outro ponto estratégico da cidade, com o objetivo de atender a outro perfil de clientela (acesso a mercado). O modelo médico, de gestão e de atendimento ao cliente praticado no hospital foi replicado integralmente para esta empresa, que contribui financeiramente pelo uso da marca do hospital, o que faz dela a sua primeira **franquia**.

### **C) Terceiro caso – composição de aliança com uma associação médica**

Esta parceria surgiu de duas necessidades. De um lado o hospital precisava sair da posição de intermediário entre os médicos e as operadoras (fontes pagadoras) para pagamentos de honorários. Por outro lado, os médicos precisavam da associação médica servindo como um “braço financeiro, trabalhando para gerenciar os repasses referentes a serviços médicos prestados”, segundo palavras de seu vice-presidente entrevistado para este estudo. As operadoras passaram a “credenciar” a associação médica, e os médicos uma vez associados, passaram a atender a todas as operadoras credenciadas. O hospital teve que encontrar uma forma de se assegurar da qualidade dos serviços médicos prestados através desta parceria e compôs junto à associação uma exigência: de que os médicos associados fossem primeiramente credenciados no corpo clínico do hospital e estivessem atuando na organização há pelo menos dois anos.

Esta modalidade de associação funciona há oito anos e para isto foi constituída uma forma jurídica inédita, única no Estado do Rio Grande do Sul, e até agora não reproduzida em nenhum outro estado do Brasil. Ambos parceiros reconhecem que esta parceria se evidencia

como uma grande fonte de vantagem competitiva para a organização e para os médicos associados, visto que não se restringiu a apenas uma forma de repasse de honorários, mas trouxe outras vantagens importantes, tais como:

- O cliente pode receber atendimento nos serviços, por exemplo, de urgência, emergência e pronto-atendimento do hospital, por médicos não credenciados no seu convênio, mas membros da associação médica. A associação é credenciada pelo convênio, portanto permite o atendimento, faz os repasses de honorários médicos e desobriga o cliente do ônus de pagamentos extras por honorários em caráter particular;
- O hospital, por sua vez, garante o atendimento de praticamente todos os convênios e respectivos clientes que procurem seus serviços e, portanto, obtém ganhos em produção. Soma-se a isto o fato do atendimento nestas áreas, por médicos associados, configurarem o direito à continuidade do tratamento no caso de uma internação, que também traz ganhos em produção;
- Todos os médicos associados estão vinculados à marca – com conseqüente fidelização à organização;
- O hospital eliminou os custos antes produzidos por estas transações, tornou a relação com os médicos mais transparente e eliminou vários conflitos;
- Na contrapartida, a associação médica utiliza-se das competências que a organização hospitalar têm para a negociação com as operadoras e para a gestão dos processos, além do direito de uso da marca;
- Houve benefícios fiscais para ambos.

**D) Quarto caso – parceria com as operadoras de planos de saúde (fonte pagadora):**

Esta parceria está representada por uma relação de mercado com as seguradoras, operadoras de auto-gestão e por uma cooperativa médica. É uma parceria guiada em muito pelo mercado, mas com um espaço de relacionamento relevante para a competitividade da organização hospitalar. As operadoras do tipo cooperativa e seguradora vendem planos de saúde para o mercado, que pode usufruir, conforme o plano, da rede de hospitais credenciados. O hospital, por sua vez, presta serviços aos usuários do plano de saúde e repassa os custos destas operações para as operadoras. Na operadora de auto-gestão a forma

de oferta e consumo de serviços é a mesma. Porém, por se tratar de uma operadora sem fins lucrativos, que está voltada para as necessidades de seus beneficiários e dependentes e para a auto-sustentação, confere ao relacionamento com o hospital um caráter um pouco diferente. Um exemplo está nas ações implementadas por todas as operadoras de planos de saúde para a redução de custos, tais como auditorias, controle dos insumos (materiais e medicamentos), desenvolvimento de fornecedores, escolha de prestadores de serviços mais baratos e outras tantas. Nas operadoras de auto-gestão estas ações tomam um caráter mais estratégico, com uma acentuada ênfase no momento das negociações.

A relação do hospital com as operadoras, passa pela relação com outros agentes do mercado da saúde, tais como: governo, legislação, fornecedores de insumos, entre outros. Entretanto, existe um enorme espaço para parcerias, com uma forte tendência a agregar pautas de discussões maiores, que não estejam mais restritas ao compartilhamento de responsabilidades (soluções em saúde). O que vem sendo discutido agora é o compartilhamento dos riscos (novas formas de negociação), por meio da utilização de protocolos médico-assistenciais, pelo desenvolvimento conjunto de fornecedores, entre outras ações. Muito embora estas pautas sejam ainda incipientes, a organização hospitalar já consegue avançar com algumas operadoras em novas estratégias de relacionamento. Estes aspectos serão tratados com maior profundidade na análise dos relacionamentos.

#### **E) Quinto caso – parceria com as especialidades médicas organizadas**

Nesta modalidade de parceria, os médicos se organizam por especialidade e respondem a um gestor médico, parceiro do hospital, e este por sua vez, responde à diretoria médica. O hospital faz um orçamento de produção por mês/ano por especialidade e paga a cada uma delas as comissões por toda a produção que exceder o volume previsto. Para os médicos é uma grande vantagem, porque além de honorários oriundos de serviços prestados, percebem uma remuneração pela participação efetiva nos resultados do hospital. Esta remuneração estratégica não é praticada por outras instituições.

Os gestores médicos, escolhidos para a gestão da especialidade, bem como os médicos participantes, entram com o capital intelectual (competência técnica), estão vinculados à marca, têm acesso a competências de gestão da organização e são apoiados para a pesquisa e desenvolvimento. A organização hospitalar fideliza estes médicos, incrementa a produção e acessa suas competências. Segundo relatos nas entrevistas, dos diretores do nível estratégico

da organização e dos gestores das especialidades, é uma forma pioneira de relacionamento com os médicos dentro do estado e fora dele.

Estas cinco formas de constituição de parcerias fazem parte de um modelo de relacionamento que a organização hospitalar vem desenvolvendo na última década, principalmente naquelas relações que envolvem a atividade médica, segundo os diretores médicos do nível estratégico entrevistados.

A atividade médica analisada como uma parceria e, neste caso, formalmente constituída, demonstra que dentro do segmento de saúde a prestação de serviços e a geração do conhecimento são lógicas não autônomas, antes pelo contrário, possuem uma forte sinergia determinante de suas dinâmicas (SICSÚ et al., 2003). O capital intelectual é um grande impulsionador de toda a área de prestação de serviços neste setor.

Este modelo e as formas de relacionamento interorganizacional encontradas para desenvolver estas parcerias serão discutidas a seguir.

## 6.2 RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Esta dimensão de análise está dividida em quatro categorias, que procuram conhecer as formas da rede de relacionamentos interorganizacionais praticados neste ambiente hospitalar privado, suas relações de interdependência, as estruturas de interesse e a complexidade das informações. Foram extraídas ao todo nove variáveis para análise, posteriormente relacionadas para melhor discussão dos resultados, conforme Figura 12.

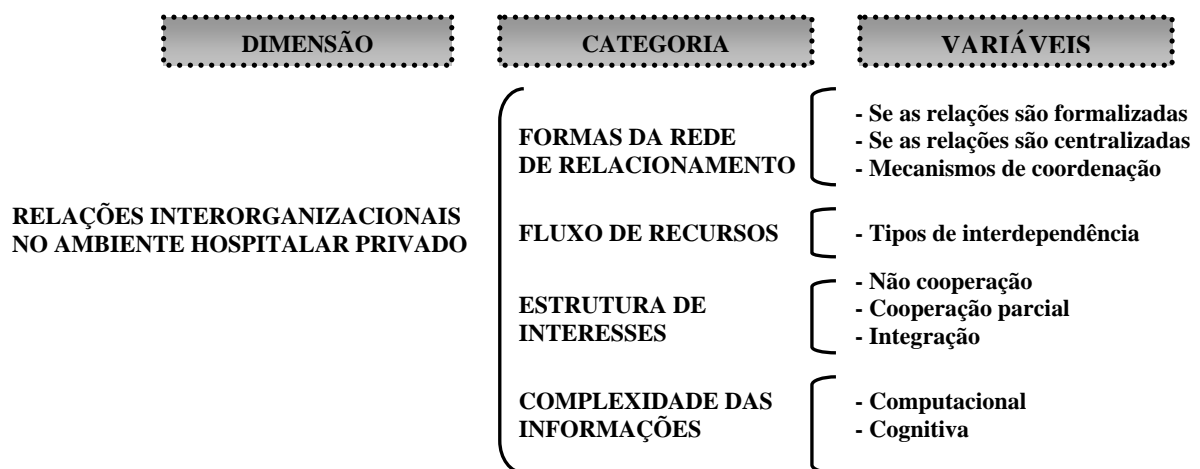


Figura 12 – Estrutura para análise das relações interorganizacionais

Fonte: o autor



### 6.2.1 Formas da Rede de Relacionamento

As formas da rede de relacionamento estão identificadas por meio de três variáveis: se as relações são formalizadas ou não; se as relações são centralizadas (simétricas ou assimétricas); e, pelos mecanismos de coordenação. Os dados obtidos na pesquisa destas variáveis reproduzem as percepções dos diretores estratégicos da organização pesquisada e dos parceiros estratégicos por ela eleitos para a investigação. O Quadro 10, demonstra como estas variáveis ficaram dispostas nos cinco tipos de parcerias identificadas neste estudo. Estas variáveis serão fonte de análise para as demais categorias. As operadoras foram analisadas separadamente (seguradora, cooperativa e auto-gestão). No entanto, como apresentaram as mesmas características nas variáveis pesquisadas, foram agrupadas para melhor entendimento.

Todas as cinco parcerias estão reguladas formalmente por contrato, que por sua vez, define vários aspectos da organização das relações interorganizacionais.

Existem algumas peculiaridades na coordenação das atividades, específicas das parcerias estratégicas da organização pesquisada, que precisam ser analisadas e consideradas na análise destas inter-relações.

Estas variáveis agrupadas permitem classificar os relacionamentos em tipos de redes (GRANDORI; SODA, 1995).

PARCEIROS	AS RELAÇÕES SÃO FORMALIZADAS	A COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES É CENTRALIZADA		MECANISMOS DE COORDENAÇÃO
		NO PARCEIRO	NO HOSPITAL	
<b>Medicina diagnóstica contrato de gestão</b>	SIM	Atividades técnicas	Gestão administrativa	Incentivos, negociação, normas e regras, centralização e controle interação estratégica.
<b>Medicina diagnóstica franquia</b>	SIM	Atividades técnicas	Gestão administrativa	Negociação, incentivos, normas e regras, interação estratégica, centralização e controle.
<b>Associação médica</b>	SIM	No parceiro		Negociação, interação estratégica e descentralização com base nas relações.
<b>Operadoras</b>	SIM		Na organização, com controle do parceiro	Negociação, normas e regras, mercado (preços).
<b>Especialidades médicas organizadas</b>	SIM	No parceiro, com controle da organização		Negociação, incentivos, normas e regras, descentralização com base nas relações e interação estratégica.

**Quadro 10 – Variáveis para análise dos tipos de redes de relacionamento**

Fonte: o autor

O grau de formalização classifica a rede de relacionamentos dentro das categorias “rede burocrática” ou “rede proprietária”, que não substituem a presença de redes sociais, mas têm um caráter mais formal em suas relações (GRANDORI; SODA, 1995). A coordenação das atividades, se centralizada em um parceiro ou exercida conjuntamente (de forma paritária), determina a simetria da rede (simétrica ou assimétrica). Os mecanismos de coordenação permitem avaliar as parcerias sob a ótica relacional das trocas e confirma ou não mecanismos mais formais de relacionamento.

Ao agrupar as variáveis é possível conhecer os tipos de rede de relacionamento encontradas no ambiente da organização pesquisada, dispostos no Quadro 11.

Para melhor aprofundamento dos conceitos, a seguir serão analisadas uma a uma, todas as parcerias e interpretados os resultados obtidos para cada tipo de rede.

A parceria com a medicina diagnóstica (contrato de gestão) está formalizada em contrato e a coordenação – gestão das atividades médicas – está centralizada nos parceiros, com o acesso da organização às suas competências técnicas. Por outro lado, a organização assume a coordenação (gestão) das atividades administrativas e desenvolve seus parceiros (acesso a competências de gestão). Se consideradas todas as atividades desenvolvidas no “negócio”, a coordenação das atividades é descentralizada, com divisão de responsabilidades. Estas variáveis caracterizam esta rede de relacionamento como uma Rede Burocrática Assimétrica. Segundo os gestores entrevistados são utilizados tanto mecanismos de coordenação mais formais, como regras e normas estabelecidas em contrato, como mecanismos mais sociais como a interação estratégica e a descentralização com base nas relações. Neste caso, as redes sociais também estão presentes nos relacionamentos. No entanto, a presença de redes sociais não implica em total autonomia. Os gestores médicos (terceiros) se reportam à diretoria do hospital (médica e administrativa), que por sua vez, exerce total controle sobre os processos.

<b>PARCERIAS</b>	<b>ANÁLISE DAS VARIÁVEIS</b>	<b>TIPOS DE REDE</b>
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (CONTRATO DE GESTÃO)</b>	Contrato formal, coordenação descentralizada, mecanismos de coordenação: Incentivos, negociação, normas e regras, centralização e controle, interação estratégica.	Rede Burocrática Assimétrica.
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (FRANQUIA)</b>	Contrato formal, coordenação centralizada na organização, mecanismos de coordenação: Incentivos, negociação, normas e regras, centralização e controle, interação estratégica.	Rede Burocrática Assimétrica.
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Contrato formal de uso de marca, coordenação das atividades descentralizada, mecanismos de coordenação: Negociação, interação estratégica e descentralização com base nas relações e incentivos.	Rede Social Assimétrica
<b>OPERADORA</b>	Contrato formal, coordenação das atividades descentralizada, mecanismos de coordenação: negociação, normas e regras, mercado (preços).	Rede Burocrática Simétrica
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS</b>	Contrato formal, coordenação das atividades centralizada no parceiro, mecanismos de coordenação: incentivos, normas e regras, descentralização com base nas relações e, interação estratégica.	Rede Burocrática Simétrica

**Quadro 11 – Tipos de redes de relacionamento para os diferentes tipos de parcerias**

Fonte: o autor

A parceria com a medicina diagnóstica (“franquia”) está formalizada por contrato, que prevê a gestão administrativa para a organização, bem como a presidência do conselho administrativo. Esta formatação foi condição para a efetivação da parceria. O parceiro faz a coordenação das atividades técnicas operacionais.

Esta parceria poderia estar classificada dentro de dois tipos de rede. Se considerado o empreendimento conjunto de capital, o envolvimento entre os investidores e a organização, o alto teor tecnológico e a transferência do conhecimento gerencial, esta parceria seria classificada como uma Rede Proprietária Assimétrica. No entanto, ao vincular um contrato de direito do uso da marca da organização pesquisada – que centraliza a gestão e têm uma participação acionária de apenas 9%, a parceria assume características de franquias. As franquias são identificadas por Grandori e Soda (1995) como características de redes burocráticas. Portanto, para efeito deste estudo, a parceria será considerada como uma franquias, obedecendo à classificação dos autores como uma Rede Burocrática Assimétrica.

Ambas as relações anteriores são parcerias compostas de forma a dar total autonomia técnica para o parceiro, sem necessariamente dar autonomia administrativa, muito embora no primeiro caso o parceiro participe, em parte, também da gestão administrativa.

A parceria com as especialidades médicas organizadas, também é formalizada por contrato e a coordenação das atividades técnicas e administrativas está sob a responsabilidade do parceiro, o que a caracteriza como uma Rede Burocrática Simétrica. No entanto “a organização têm um controle forte sobre os processos”, segundo um diretor do nível estratégico entrevistado. A autonomia se restringe à gestão técnica e o gestor da especialidade

médica também se reporta aos diretores do hospital (médico e administrativo). São utilizados tanto mecanismos formais como regras e normas, como mecanismos mais sociais como a interação estratégica e a descentralização. Segundo um dos gestores parceiros entrevistados “na tônica do dia a dia das relações prevalecem as interações sociais, mesmo que desenvolvidas com grande controle”.

Na parceria com a associação médica, o contrato apenas prevê a responsabilidade do parceiro para com a marca e define algumas obrigações neste sentido. Apesar de formalizar o direito de uso da marca, a coordenação das atividades é realizada de forma totalmente independente e descentralizada (assimétrica). Este tipo de parceria não prescinde de controle, não está pautada em mecanismos de coordenação mais formais (ausência de normas e regras), antes pelo contrário, utiliza-se de mecanismos de coordenação mais relacionados de perto com interações sociais. Segundo Grandori e Soda (1995), as redes sociais assimétricas freqüentemente estão vinculadas por contratos formais, mas não especificam a organização das relações interorganizacionais. Portanto, esta parceria pode ser entendida como uma Rede Social Assimétrica.

Na parceria com as operadoras de planos de saúde, cada uma participa do processo com atividades distintas, porém a atividade geradora da parceria – assistência à saúde – acontece no ambiente hospitalar, coordenado pelo mesmo. Ainda que muitas trocas sejam efetivadas durante o atendimento dos clientes (autorizações e auditorias médico-assistenciais) mais a auditoria de contas, que migrou em grande parte para dentro do hospital, ainda assim, a atividade norteadora do negócio de ambos está sob a responsabilidade do hospital.

Apesar de parceiros no negócio saúde, é uma relação de grande instabilidade, motivada pela falta de informação, pelos altos custos e por questões culturais do sistema, segundo a percepção dos diretores entrevistados na organização pesquisada. Todos os parceiros reconhecem estes como sendo os motivos de conflitos de interesse. No entanto, um dos parceiros entrevistados responsabiliza os prestadores. Os mecanismos mais utilizados são as normas e regras e a negociação. Segundo os diretores do nível estratégico e os gestores dos planos de saúde entrevistados, a premissa da “parceria” está pautada muito fortemente na negociação de descontos (da prestadora) e de ofertas de demanda, conforme o desconto, das operadoras de plano de saúde. Ou seja a pauta está nos custos e preços. Ambos os parceiros percebem a necessidade de evoluir para práticas de negociação mais voltadas para a melhorias de processos de atendimento aos clientes ou melhorias na qualidade, porém afirmam ser muito incipientes. Os mecanismos utilizados para a coordenação das atividades classificam esta parceria como uma Rede Burocrática Simétrica.

Observa-se que existem alguns mecanismos de coordenação comuns a todas as cinco parcerias, como as normas e regras e a negociação e outros, específicos de determinados perfis de parcerias, como a descentralização. A interação estratégica aparece na maioria das relações, de forma mais efetiva nas relações mais maduras e com maior tempo de relação. Este fato demonstra que mesmo diante da centralização e controle pode haver interação estratégica. Existe uma tendência a compor parcerias com mecanismos de coordenação do tipo “incentivos”, com cotas de participação e/ou comissões (remuneração estratégica), que segundo os diretores muda as formas de relacionamento e traz ganhos em produtividade.

Em todas as entrevistas, tanto os diretores estratégicos, como os parceiros, entendem que não existem mecanismos de coordenação únicos para uma relação interorganizacional. Para diferentes momentos e situações, diferentes mecanismos podem ser necessários. A interação estratégica pode estar presente junto à centralização e controle. Segundo palavras de um diretor do nível estratégico, “a organização exerce o comando com tranquilidade, porque não o exerce de forma arbitrária. Sempre são considerados os resultados positivos para todos. É o chamado ganha-ganha”. Esta parece ser a forma pela qual a organização consegue a interação de objetivos com os demais agentes envolvidos nas relações interorganizacionais.

De todas as parcerias, prevalecem as Redes Burocráticas como os tipos mais comuns de redes de relacionamento encontradas nesta organização. Um aspecto que chama a atenção é que mesmo em redes burocráticas, mecanismos mais “democráticos”, comparáveis mais de perto com interações sociais são utilizados, garantindo, em meio a estas redes, também a presença de redes sociais.

### **6.2.2 Fluxo de Recursos (tipo de interdependência)**

A relação de interdependência entre a organização hospitalar pesquisada e seus parceiros, foi analisada a partir dos conceitos de Grandori (1997), que visualiza a interdependência dos relacionamentos de quatro formas distintas: interdependência combinada, interdependência seqüencial, interdependência intensiva e interdependência recíproca. O Quadro 12, ilustra a relação de interdependência de cada parceria da organização pesquisada e as formas de rede, conforme a percepção tanto dos diretores do nível estratégico desta organização, como de seus parceiros, coletadas das entrevistas.

PARCERIAS	RELAÇÃO DE INTERDEPENDÊNCIA	TIPOS DE REDE
MEDICINA DIAGNÓSTICA FRANQUIA	COMBINADA	REDE BUROCRÁTICA
MEDICINA DIAGNÓSTICA TERCEIROS	COMBINADA	REDE BUROCRÁTICA
OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE	RECÍPROCA	REDE BUROCRÁTICA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA	INTENSIVA	REDE SOCIAL
ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS	COMBINADA	REDE BUROCRÁTICA

**Quadro 12 – Tipos de interdependência e formas de rede**

Fonte: o autor

As parcerias com a medicina diagnóstica, terceirização e franquia, estão estruturadas em termos dos relacionamentos, a partir de uma unidade de negócios única, ou através de um centro de resultado único dentro do hospital (terceirização da gestão médica), ou através de um centro diagnóstico fora dele (franquia). O hospital faz a gestão administrativa e operacional e o parceiro a gestão técnica. Existe um *staff* comum supervisionado por ambos e toda a estrutura de apoio e logística do hospital fica à disposição dos mesmos, para o melhor desempenho de suas atividades. Existe uma “combinação” de atividades que leva a resultados únicos e superiores para ambos. Este perfil de relacionamento é específico de uma relação de Interdependência Combinada (GRANDORI, 1997).

Da mesma forma são organizadas as especialidades médicas. Apesar da coordenação das atividades estar centralizada no parceiro, permanece a capacidade da organização para o acompanhamento e controle dos processos através de metas econômico-financeiras e assistenciais da especialidade. Apesar dos incentivos possibilitarem a mobilização de seus membros para o comprometimento, existem estruturas (técnicas, de ensino e pesquisa), que combinadas, trazem resultados superiores para ambos, caracterizando esta parceria com uma relação de interdependência do tipo combinada.

Por outro lado, a parceria com a associação médica está fundamentada na ação conjunta para resolução de um problema comum – negociação com as operadoras, conflitos no repasse de honorários e soluções em saúde para os clientes – que ainda implicou em redução dos custos destas transações, antes realizadas isoladamente pela organização. A parceria envolve também um contrato de uso de marca. Requer da organização uma ação junto às operadoras (expertise para negociação) e do parceiro, a fidelização com a

organização e divulgação da marca no mercado, com autonomia para exercer as demais atividades. No entanto, as atividades não são desenvolvidas conjuntamente. Ao contrário, são totalmente distintas e não possibilitam um controle sistemático, nem mesmo supervisão mútua. O acesso ao mercado de clientes e os incentivos através de benefícios fiscais é que mobilizam seus membros para o comprometimento e os resultados não são iguais para ambos. Esta ação conjunta para a solução de problemas, a independência das atividades e a impossibilidade de supervisionar as atividades, caracteriza a parceria como uma relação de interdependência intensiva.

A parceria com as operadoras de planos de saúde é fortemente caracterizada por interdependência recíproca, tanto pelo fluxo intenso de informações, como pelas competências distintas, porém complementares de cada parceiro. As operadoras têm a carteira de clientes com necessidades em saúde, a organização hospitalar o conhecimento, os recursos e as competências para atendê-las. Se analisadas do ponto de vista das atividades – para que a operadora execute sua atividade o hospital primeiro precisa atender, ou a operadora precisa autorizar e depois o hospital atender, como um ciclo, onde para a entrada de um teria que haver a saída do outro – esta lógica de funcionamento está mais adequada a uma interdependência seqüencial. Entretanto, apesar de serem atividades bem distintas, existe uma interface que permeia o processo como um todo, via autorizações para procedimentos e auditorias, com interferências da atividade de um na atividade do outro, que são dependentes para a continuidade das atividades, com trocas constantes ao longo de todo o processo. Somase a estas características o contexto em que estão inseridos os parceiros, de grandes incertezas, grandes interferências e sérios conflitos. As operadoras foram agrupadas por apresentarem a mesma relação de interdependência.

A interdependência seqüencial parece não se enquadrar neste tipo de atividade. O interfaceamento e o fluxo intenso de informações gerado durante as atividades descaracteriza este tipo de relação. Estas relações são mais encontradas em parcerias do tipo *Joint ventures*, licenças e concessões (GRANDORI; SODA, 1997).

### **6.2.3 Estrutura de Interesses**

Segundo Grandori (1997), a estrutura de interesses envolvidos em um relacionamento interorganizacional está pautado pela cooperação, conforme ela se estabeleça

ou não. A mesma autora classificou estas estruturas a partir de três possibilidades: a não cooperação, que caracteriza uma estrutura de interesses do tipo colisão; a cooperação parcial, que caracteriza uma estrutura de interesse do tipo fundação; e, a integração pura, que caracteriza as estruturas de interesse do tipo time. Estas variáveis identificam a cooperação no sentido dos relacionamentos sociais e não do perfil colaborativo da parceria (empreendimento). Portanto, sua utilização está posta para a análise da coordenação social, para aqueles relacionamentos profundos e estáveis, principalmente os baseados em normas, reputação e controle.

Trata-se de uma variável carregada de “pessoalidade”, que apresentou diferentes visões, tanto dos diretores do nível estratégico, quanto pelos parceiros entrevistados. Por conseguinte, estruturas de interesses diferentes foram identificadas, inclusive nos três tipos de operadoras. Não houve total convergência de visões, nem mesmo dentro do mesmo perfil de parceria.

Na visão da organização a cooperação acontece de forma parcial em todas as parcerias, em alguns casos amadurecendo para a integralidade. Esta visão, da organização, forma um quadro com estruturas de interesses do tipo fundação, que não estão em rota de colisão (não cooperação), mas pelo contrário, caminham para um time (colaboração integral). Segundo um dos diretores do nível estratégico da organização, os parceiros estão em “aprendizado”. O Quadro 13, demonstra como se dá a cooperação no ambiente pesquisado, segundo a percepção dos entrevistados.

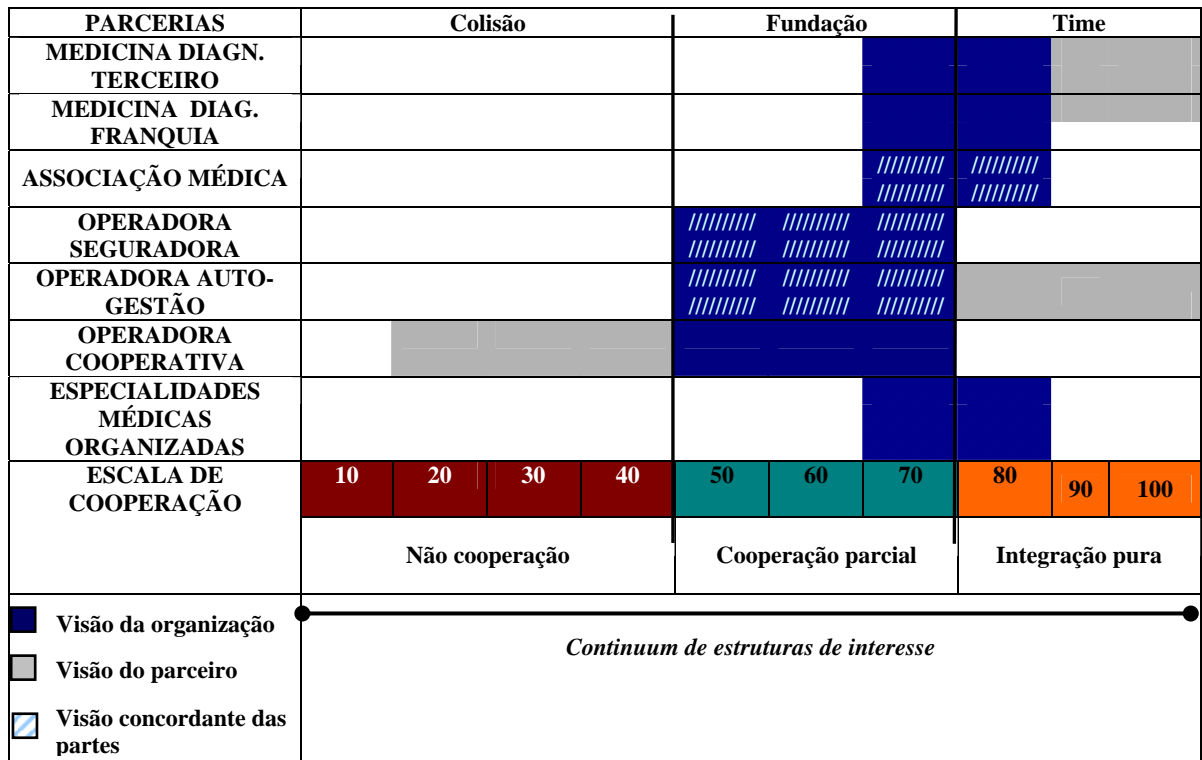
Alguns parceiros mostraram-se mais otimistas e “satisfeitos” com o processo de cooperação, vislumbrando tendências à integração pura, tais como o parceiro terceiro da medicina diagnóstica. Um parceiro, de uma operadora de planos de saúde, entende que não existe cooperação, que o processo caminha para a colisão. A percepção do representante desta parceria é de que existe um conflito de interesses intenso, que contraria qualquer possibilidade de cooperação. Segundo o mesmo entrevistado, “existe uma falência do sistema de assistência à saúde que fará com que forças externas à parceria mudem os relacionamentos. Mas adverte: as relações atuais não possibilitam qualquer hipótese de avanços”. Os representantes das operadoras, que foram entrevistados, entendem que o ambiente político (forças externas), através da legislação e de interferências governamentais constantes, é uma grande fonte de influência para as relações, interferindo diretamente nos mecanismos de cooperação.



PARCEIROS	GRAU DE COOPERAÇÃO SEGUNDO O PARCEIRO	GRAU DE COOPERAÇÃO SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO
MEDICINA DIAGNÓSTICA (CONTRATO DE GESTÃO)	Integral	Parcial, caminhando para a Integralidade
MEDICINA DIAGNÓSTICA (SOCIEDADE – FRANQUIA)	Integral	Parcial, caminhando para integralidade
ASSOCIAÇÃO MÉDICA	Parcial	Parcial, caminhando para a integralidade.
OPERADORA SEGURADORA	Parcial	Parcial
OPERADORA COOPERATIVA	Não existe cooperação	Parcial
OPERADORA AUTO-GESTÃO	Integral	Parcial
ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS	Parcial	Parcial, caminhando para a integralidade

**Quadro 13 – Grau de colaboração entre a organização pesquisada e seus parceiros**  
 Fonte: o autor

Com o objetivo de melhor compreender o grau de cooperação entre ambas as partes, os entrevistados analisaram esta variável por meio de uma escala, que variou de 10 à 100, com três possibilidades: de 10 à 40 – não cooperação; de 50 à 70 – cooperação parcial; de 80 à 100 – integração pura. Os resultados da percepção dos entrevistados, tanto do nível estratégico da organização pesquisada, como dos parceiros estão ilustrados na Figura 13.



**Figura 13 – Estruturas de interesses na organização pesquisada**  
 Fonte: o autor

Para uma Visão genérica do nível de cooperação as respostas foram comparadas e sobrepostas. Somados todos os parceiros entrevistados e os diretores do nível estratégico da organização, prevalecem nas estruturas de interesses a cooperação parcial. A organização, segundo a posição dos diretores do nível estratégico, entende que existe uma tendência para a integração, que está em processo de aprendizado, mas reconhecem alguns obstáculos às relações. Na visão de um destes diretores, “o poder econômico da organização muitas vezes impede o parceiro de ser mais ousado, inovar ou arriscar, uma vez que em quase todas as parcerias estabelecidas o parceiro, economicamente, não está em condições de igualdade”. Esta diferença seria um entrave para uma maior cooperação e para outras necessidades envolvidas em uma parceria, tais como novas formas de negociação.

#### **6.2.4 Complexidade das Informações**

Esta variável analisa a complexidade das informações partindo da capacidade ou não da organização para acompanhar as atividades envolvidas e de toda a sua interação com os recursos e insumos utilizados, bem como dos resultados. No caso do hospital, como muitos fatores de qualidade estão envolvidos, a possibilidade de acessar indicadores mútuos, com transparência, pode possibilitar este acompanhamento. Segundo Grandori (1997) esta capacidade determina uma complexidade de informações do tipo cognitiva. Na ausência dela configura-se uma complexidade computacional. Conforme o quadro 14, prevalece na relação da organização com seus parceiros uma complexidade cognitiva, caracterizada pela centralização da coordenação em uma das partes e pelo potencial para acompanhamento de ambos em todos os processos durante as atividades.

<b>PARCEIROS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>COMPLEXIDADE DAS INFORMAÇÕES</b>
<b>MEDICINA DIAGN. TERCEIRO</b>	Total capacidade de acompanhamento de todo o processo produtivo e dos resultados.	Cognitiva
<b>MEDICINA DIAG. FRANQUIA</b>	Total capacidade de acompanhamento de todo o processo produtivo e dos resultados	Cognitiva
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Incapacidade de acompanhar o processo produtivo. Os desfechos estão diluídos na atividade médica global do hospital.	Computacional
<b>OPERADORAS</b>	Incapacidade de acompanhar o processo produtivo. O acompanhamento é posterior, via auditoria de contas e os resultados são muitas vezes desconhecidos.	Computacional
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS.</b>	Capacidade parcial de acompanhar o processo produtivo, mas com acompanhamento integral do conjunto das atividades (indicadores de processo e de resultado).	Cognitiva e computacional

**Quadro 14 – Complexidade das informações**

Fonte: o autor

As especialidades médicas organizadas têm um caráter ímpar no que diz respeito à complexidade das informações. A atividade médica não pode ser acompanhada, a exemplo daquela desenvolvida por médicos da associação médica. No entanto, as especialidades estão vinculadas a centros de resultado próprios, com metas e indicadores econômico-financeiros e assistenciais que refletem a atuação da especialidade no que se refere à produtividade e qualidade. Não é possível o acompanhamento individual da atividade médica, mas da especialidade de forma genérica e todos os seus resultados. Esta capacidade de acompanhamento do desempenho da especialidade caracteriza uma complexidade cognitiva.

### **6.2.5 Caracterização dos Relacionamentos Interorganizacionais no Ambiente Hospitalar**

Todas as variáveis analisadas individualmente ou justapostas permitem uma visão parcial dos relacionamentos interorganizacionais no ambiente hospitalar, as quais serão complementadas posteriormente na análise das formas de governança. No entanto, esta visão parcial é suficiente para algumas conclusões preliminares importantes, relativas à categoria relações interorganizacionais. O Quadro 15 compila todas as variáveis relativas a esta categoria e facilita uma visão mais detalhada das relações.

<b>RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS</b>				
<b>PARCERIAS</b>	<b>Formas de Rede</b>	<b>Fluxo de Recursos Relação de interdependência</b>	<b>Estrutura de interesses (cooperação)</b>	<b>Complexidade das informações</b>
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (TERCEIRO)</b>	Rede Burocrática Assimétrica	Combinada	Cooperação parcial	Cognitiva
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (FRANQUIA)</b>	Rede Burocrática Assimétrica	Combinada	Cooperação parcial	Cognitiva
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Rede social Assimétrica	Intensiva	Cooperação parcial	Computacional
<b>OPERADORAS</b>	Rede burocrática Simétrica	Recíproca	Cooperação parcial	Computacional
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS.</b>	Rede burocrática Simétrica	Combinada	Cooperação parcial	Cognitiva e Computacional

**Quadro 15 – Relações interorganizacionais no ambiente hospitalar**

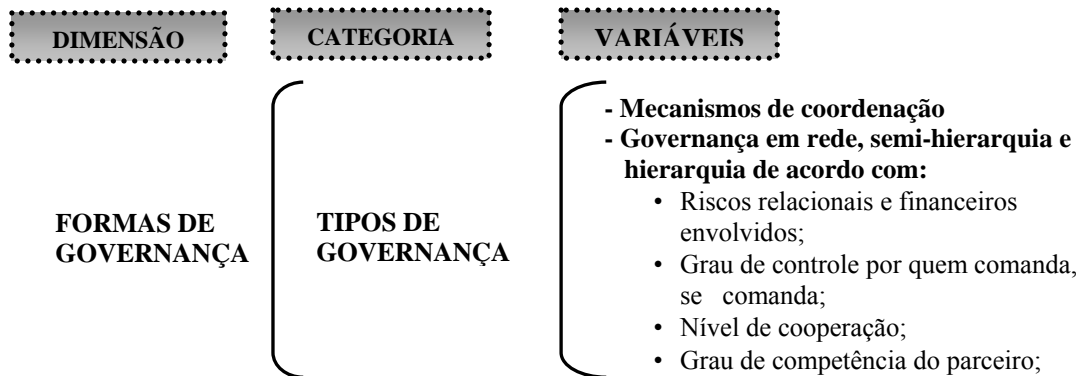
Fonte: o autor

As categorias agrupadas demonstram que os relacionamentos interorganizacionais no ambiente hospitalar privado, a partir do caso estudado, caracterizam-se pela formalização, ou seja, por Redes Burocráticas. Existem diferentes relações de interdependência, conforme o perfil de parceria, muito embora prevaleça a relação de interdependência combinada. A análise demonstra que apesar de reconhecerem (tanto a organização, como os parceiros), a tendência a uma cooperação maior, prevalecem estruturas de interesse com um grau de cooperação parcial. A organização acredita que em alguns casos isto se deva à complexidade do ambiente, em outros por dificuldades do parceiro em arriscar. A maioria das atividades é acompanhada de perto, com possibilidade de controle direto ou indireto de todos os processos, caracterizando uma complexidade de informações do tipo cognitiva. A terceirização, que foi identificada por Grandori e Soda (1995) como uma Rede Social, na forma analisada neste estudo não se confirmou, assemelhando-se mais na sua constituição com uma Rede Burocrática. Deve-se considerar que a parceria aqui analisada envolve um contrato de gestão médica, com participação nos lucros, diferente de outras formas de terceirização, contratadas através de uma remuneração por serviços prestados.

Isoladamente as variáveis testadas para os relacionamentos interorganizacionais não abordam todos os aspectos destes relacionamentos. Agrupadas permitem uma análise mais completa das estruturas de relacionamento. Outras variáveis, relacionadas aos riscos relacionais e financeiros, ao grau de controle, ao nível de cooperação e à competência do parceiro, podem complementar a análise destas relações e serão abordadas a seguir na discussão das formas de governança.

### 6.3 TIPOS DE GOVERNANÇA

As cinco variáveis que foram utilizadas como determinantes para a análise da governança no ambiente pesquisado estão dispostas na figura 14.



**Figura 14 – Estrutura para análise das formas de governança**

Fonte: o autor

A dimensão governança das relações foi analisada neste estudo a partir de dois pressupostos teóricos: de Grandori (1997), que utiliza como variáveis para a caracterização das formas de governança os mecanismos de coordenação; e de Humphrey e Schmitz (2000), que avalia os tipos de governança por meio de variáveis relativas aos riscos relacionais e financeiros, à competência do parceiro, ao grau de controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos e ao nível de cooperação (figura 14). Para a análise das formas de governança, as parcerias serão abordadas separadamente, buscando-se aprofundar um pouco mais cada variável pesquisada e extrair de cada uma delas a melhor interpretação em termos de seus relacionamentos. Ao final, todas as variáveis deste estudo serão agrupadas, para melhor visualizar o modelo de relacionamento e as formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado. O quadro 16 traz os resultados das variáveis relativas à governança encontrados nas parcerias pesquisadas.

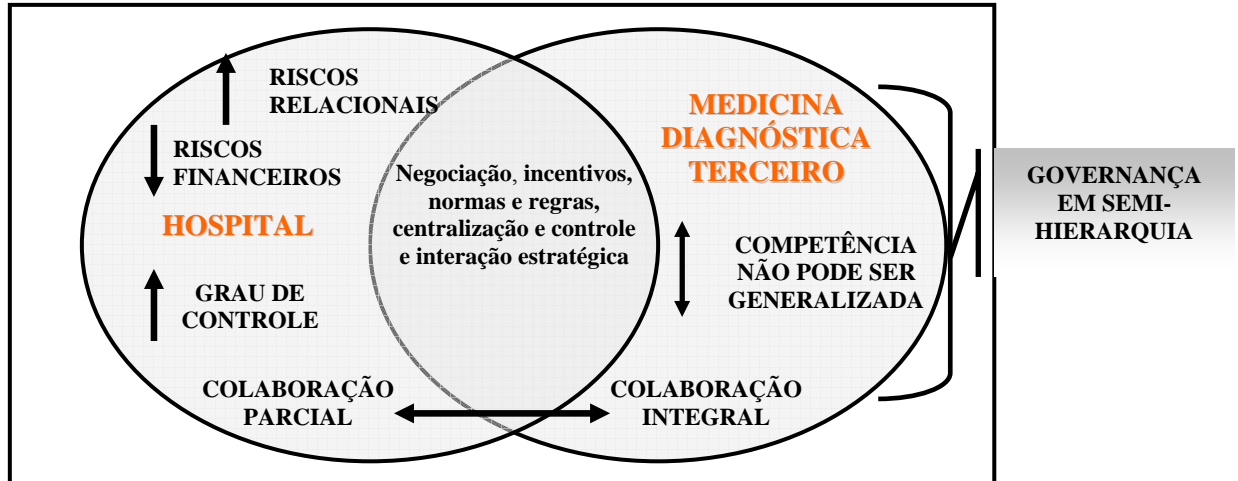
PARCERIAS	RISCOS		GRAU DE CONTROLE	GRAU DE COOPERAÇÃO	COMPETÊNCIA DOS PARCEIROS	MECANISMOS DE COORDENAÇÃO
	RELACIONAIS	FINANCEIROS				
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA TERCEIROS</b>	Alto Imagem e responsabilidade técnica (segurança)	Baixo Através de uma ruptura	Alto	Parcial segundo a organização e Integral segundo o parceiro.	Alta competência técnica; Baixa competência para a gestão	Negociação, incentivos, normas e regras, interação estratégica e descentralização, mas permanece o controle.
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA FRANQUIA</b>	Alto Imagem e responsabilidade técnica (segurança)	Alto Através de uma ruptura	Alto	Parcial segundo a organização e Integral segundo o parceiro.	Alta competência técnica; Baixa competência para a gestão	Negociação, normas e regras, centralização de decisões e direito de controle, com interação estratégica.
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Alto Imagem e responsabilidade técnica (segurança)	Perda de benefícios fiscais, porém pouco significativos.	Baixo	Parcial ou médio	Alta competência técnica.	Negociação, interação estratégica e descentralização.
<b>OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE</b>	Alto Imagem	Alto Integração vertical	Alto	Parcial ou médio	Incerta. Muito influenciada pelo mercado.	Negociação, normas e regras, mercado (preços).
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS</b>	Alto Imagem e responsabilidade técnica (segurança)	Baixo Através de uma ruptura.	Alto	Parcial ou médio	Alta competência técnica; Competência para a gestão é incerta.	Incentivos, normas e regras, descentralização e interação estratégica.

**Quadro 16 – Variáveis determinantes da governança na organização pesquisada**

Fonte: o autor

### **A) Análise da governança das relações na parceria com a medicina diagnóstica – modalidade de terceirização da gestão médica**

As estruturas encontradas nesta parceria demonstram uma Governança das relações do tipo Semi-hierarquia, ilustradas na figura 15.



**Figura 15 – Medicina diagnóstica, contrato de terceirização da gestão  
Governança das relações em Semi-hierarquia**

Fonte: o autor

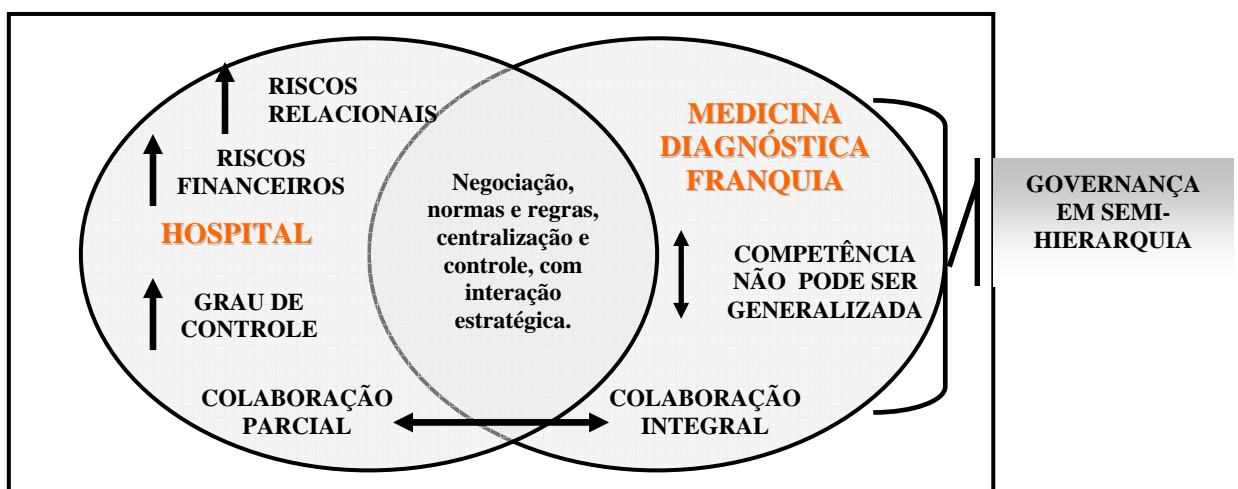
Não existem investimentos conjuntos em capital. Todos os recursos tecnológicos são de propriedade da organização, bem como os recursos físicos e a estrutura de apoio. Os recursos humanos são gerenciados conjuntamente e os custos operacionais divididos através de um centro de custo único. Os riscos, portanto, são relativamente pequenos se analisados do ponto de vista financeiro. No entanto, deve-se considerar que a medicina diagnóstica, não encontrando resultados superiores, pode ser desmembrada, através de seus parceiros, para outro componente da cadeia, também como prestador de serviços (integração vertical), o que incorre em alto risco para a organização. Se analisados os riscos relacionais, a competência do parceiro minimiza (não elimina) os riscos relativos à segurança e responsabilidade na entrega dos serviços aos usuários finais (os clientes do hospital). Entretanto, em caso de ruptura, apesar do grupo gestor ser facilmente substituído, outros comprometimentos devem ser considerados, tais como, a imagem do serviço e prejuízos relativos ao desenvolvimento de um novo parceiro, principalmente no que se refere a competências de gestão e à identificação com o modelo médico assistencial da organização. Portanto, existem riscos relativos a prováveis falhas de desempenho dos outros atores (técnicas ou de gestão) sendo que a competência dos atores não pode ser generalizada. A organização hospitalar busca fixar seu parceiro (altamente competente tecnicamente), através de incentivos (participação nos lucros) e aprimorá-lo do ponto de vista de gestão (aprimoramento de processo).

Existe um alto grau de controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos (a organização), que define o produto e/ou serviço, sem deixar de desenvolver seus parceiros para a autonomia. A cooperação é parcial, evidenciando, uma cooperação que já superou

obstáculos maiores e caminha para a integração. Os mecanismos de coordenação indicam uma relação com o poder descentralizado, com autonomia técnica dos parceiros, sem autonomia de gestão administrativa. Os contratos formais apresentam alguns mecanismos como as normas e regras e incentivos. A negociação e a interação estratégica permitem as interações sociais.

### **B) Análise da governança das relações na parceria com a medicina diagnóstica – modalidade franquia**

Nesta parceria, os riscos financeiros são altos por ser um empreendimento conjunto associado a um empreendimento de capital. Da mesma forma que na parceria de gestão (terceiros), nesta parceria os riscos relacionais – de imagem – estão minimizados (não eliminados) se considerada a alta competência dos parceiros. No entanto, se consideradas as dificuldades para compor uma nova parceria, já que o parceiro, neste caso, entrou como um grande investidor de capital, o risco é relativamente alto. Quem comanda a cadeia de relacionamentos (a organização) define os produtos e/ou serviços. Os mecanismos de coordenação mais utilizados são as normas e regras e a centralização e o controle. Neste caso, da mesma forma que a anterior, a competência não pode ser generalizada devido à deficiência do parceiro para a gestão do negócio. O controle permanece e está garantido em contrato. Esta parceria também se caracteriza por uma governança do tipo Semi-hierarquia (Figura 16). Uma organização hospitalar tem como seu principal negócio a prestação de serviços médico-assistenciais. Neste caso, o aprimoramento foi funcional, com o hospital assumindo outra função na cadeia produtiva na área de prestação de serviços diagnósticos.



**Figura 16 – Medicina diagnóstica franquia -Governança em Semi-hierarquia**

Fonte: o autor



### C) Análise da governança na parceria com a associação médica

Esta parceria é a única no ambiente pesquisado em que a governança das relações se caracteriza com uma Governança em Rede (Figura 17).

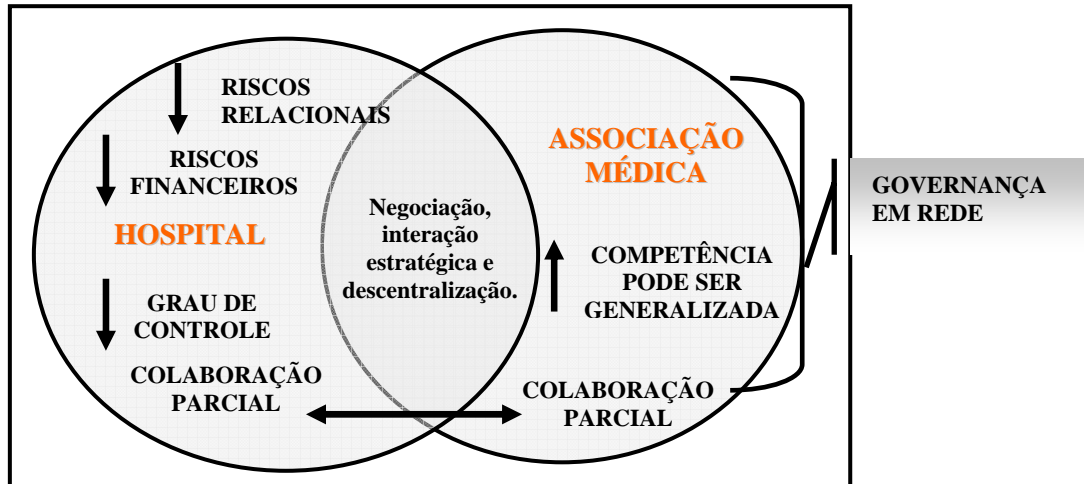


Figura 17 – Associação médica - Governança em rede

Fonte: o autor

Não envolve empreendimento conjunto ou de capital, portanto os riscos relacionais e financeiros são baixos. São entidades distintas, com interesses comuns, que articulam suas competências para resultados superiores para ambos. Existe um caráter inovador na parceria que coloca ambos em condições de igualdade. Quem comanda a cadeia de relacionamentos depende de uma competência específica do parceiro, que pode ser generalizada. Existe uma troca mútua, com mecanismos de coordenação mais democráticos como a interação estratégica e a descentralização com base nas relações.

### D) Parceria com operadoras de plano de saúde

Nesta parceria existe uma “mão” importante do mercado influenciando as trocas. Entretanto, Humphrey e Schmitz (2000) analisam as formas de governança a partir de relacionamentos não mercadológicos, o que não significa que as variáveis relativas ao mercado serão negligenciadas, não sendo consideradas para a identificação do perfil de governança neste estudo. Esta parceria é pautada por um grande conflito, em um ambiente de grande incerteza. Na tentativa de minimizar os riscos relacionais e financeiros, instaura-se um intenso controle de todos os processos e resultados.

Quando analisados os riscos, três situações precisam ser consideradas: na produção total da organização, 55% da carteira de clientes é proveniente de uma única operadora. Esta situação coloca o risco eminente de uma integração vertical, com a operadora construindo seu próprio hospital; o mercado de saúde recebe cada vez mais tecnologias de alto custo e as operadoras resistem em aceitar estes repasses; existem inúmeros fatores intervenientes na relação, tais como, o mercado (fornecedores de materiais, insumos e tecnologias), o governo (com tabelamento de preços e a legislação, através da ANSS – Agência Nacional de Saúde Suplementar), e os médicos, todos com interesses muitas vezes conflitantes que colocam a organização hospitalar em situações de risco para sua imagem junto ao usuário dos serviços (clientes). Existem dúvidas da competência do parceiro para realizar estas trocas.

Em relação aos mecanismos de coordenação utilizados, além do mercado, são as normas e regras, a centralização e controle e, em grande escala a negociação. Para a análise das relações a partir dos pressupostos de Grandori (1997), fica claro que os mecanismos utilizados para a governança dos relacionamentos são de caráter mais formal, deixando pouco espaço para o uso de mecanismos mais sociais. Os constantes conflitos de interesses parecem serem os norteadores de tal fato. “Teoricamente”, quem paga define o produto ou serviço. No entanto, na área de atenção à saúde quem define o produto e/ou serviço é a necessidade de soluções em saúde do usuário, legitimada por lei, o que dá ao hospital a capacidade de definir, pelo argumento técnico, o produto ou serviço a ser ofertado.

Por outro lado, a operadora de planos de saúde muitas vezes resiste, se cerca de protocolos (administrativos e assistenciais) e da imposição de autorizações prévias para procedimentos de alto custo, como exames de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos, órteses e próteses, entre outros, para evitar abusos no uso dos produtos ou serviços. Existe um “poder” instaurado de mando, por vias diferentes, dos dois lados da relação, motivo de grandes conflitos. Sendo assim, nenhum dos conceitos de governança utilizados neste estudo caracteriza totalmente o perfil de gestão de relacionamentos neste tipo de parceria. Trata-se de uma relação comercial, guiada em muito pelo mercado.

Entretanto, na ótica dos relacionamentos alguns aspectos são relevantes para esta discussão. Existem altos riscos envolvidos nesta parceria, com alto grau de controle dos dois lados da relação. A competência do parceiro não pode ser generalizada e a colaboração que permeia a relação acontece de forma parcial, reconhecida por ambos. O comando da cadeia de relacionamentos está em grande parte com a organização hospitalar, mas transita dos dois lados conforme a pauta de interesses a ser tratada. Se focado o controle e o comando da

organização, os pressupostos de Humphrey e Schmitz (2001) a classificam como uma governança do tipo Semi-hierarquia (Figura 18).



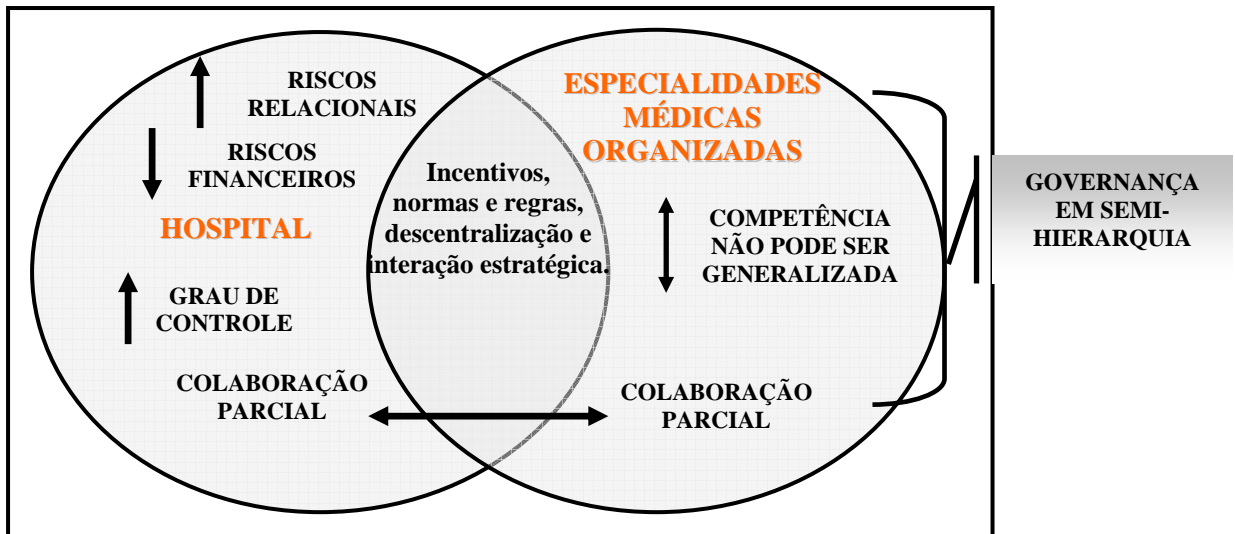
**Figura 18 – Operadoras de planos de saúde-Governança em Semi-hierarquia**

Fonte: o autor

Esta “disputa” pelo controle e pelo mando no relacionamento leva a conflitos constantes e impede que inovações possam ser desenvolvidas para um melhor aproveitamento nas trocas. Porém, há que se considerar esta variabilidade no “mando” como uma possibilidade para estudos mais aprofundados, oportunizando a aplicação de outras variáveis para conclusões mais apuradas das formas de governança aplicadas para esta relação.

### **E) Parceria com as especialidades médicas organizadas**

Este perfil de parceria também se caracteriza como uma governança do tipo Semi-hierarquia (Figura 19).



**Figura 19 – Especialidades médicas organizadas Governança em Semi-hierarquia**

Fonte: o autor

Algumas considerações são necessárias, que não excluem as questões econômico-financeiras deste relacionamento, mas cedem lugar à análise das competências. Ao abordar a variável “risco” os diretores do nível estratégico da organização entendem que é importante analisar as responsabilidades que a mesma assume diante da atividade médica. Esta atividade pressupõe por natureza uma certa autonomia. No entanto, a organização de saúde, co-responsável pelos resultados referentes à segurança e qualidade dos serviços, tem que garantir a “competência” de seus parceiros para a execução de suas atividades. Para tanto, disponibiliza um modelo médico-assistencial próprio, que define normas e regras referentes às boas práticas, ou práticas de excelência em termos médico-assistenciais, que não poderia ser garantida através de um modelo aberto e independente (médicos atuando individualmente). Para garantir este modelo a organização se associa a parceiros médicos identificados com os mesmos propósitos, que é condição para a parceria.

Os riscos são amenizados através do desenvolvimento do parceiro, tanto para o modelo médico de atendimento, como para a gestão das especialidades (aprimoramento de processo). O que na verdade o hospital faz é fixar parcerias importantes (fidelização a partir de incentivos) e desenvolvê-las, como forma de garantir a eficiência. Os incentivos não são somente de ordem financeira, mas também se referem ao acesso à pesquisa e desenvolvimento técnico-científico.

Como a parceria não envolve um empreendimento de capital, os riscos financeiros são baixos, mas os riscos relacionais são altos. Como estas parcerias são relacionamentos constituídos ao longo do tempo, os dirigentes da organização entendem que existe um investimento financeiro com o desenvolvimento do parceiro para a gestão. São custos relativos as transações e ao aprendizado. Nas palavras de um diretor do nível estratégico entrevistado, “os custos de aprendizagem relativos a uma ruptura nas parcerias que não envolvem investimentos de capital podem ser contabilizados com alguma perda financeira, que não pode ser medida, mas é igualmente importante. Estas parcerias levaram anos para se consolidar e tiveram um custo alto de aprendizagem, tanto para a organização como para os parceiros. Constituir novas parcerias, com os mesmos resultados levariam outros longos anos, visto que, gestão não é uma competência médica, tem que ser apreendida”. Estes custos podem ser entendidos como os custos de transação, que não foram variáveis testadas neste estudo, mas que por definição estão presentes.

### **6.3.1 Comparativo das Formas de Governança das Relações**

As variáveis testadas nas cinco parcerias evidenciam que a governança das relações no ambiente hospitalar privado pesquisado caracteriza-se de uma forma genérica como uma governança em Semi-hierarquia. O Quadro 17 permite uma visão comparativa.

<b>PARCERIAS</b>	<b>COMPORTAMENTO DAS VARIÁVEIS TESTADAS</b>	<b>FORMAS DE GOVERNANÇA</b>
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (TERCEIRO)</b>	Os riscos são altos e a Competência do parceiro não pode ser generalizada; alto controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos. Colaboração parcial. Quem comanda a cadeia define o produto e/ou serviço, promove o aprimoramento de processo e fixa o parceiro através de incentivos.	Governança em Semi-hierarquia.
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (FRANQUIA)</b>	Os riscos são altos e a Competência do parceiro não pode ser generalizada; alto controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos. Colaboração parcial. Quem comanda a cadeia define o produto e/ou serviço e promove aprimoramento funcional, assumindo outra função na cadeia produtiva.	Governança em Semi-hierarquia.
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Os riscos relacionais são altos, porém amenizados pela alta competência dos parceiros. O controle é baixo. O caráter inovador confere condições de igualdade aos parceiros, que juntos decidem os serviços a serem realizados. Do ponto de vista de mercado pode ser visto como um aprimoramento de produto. Do ponto de vista dos relacionamentos pode ser visto como um aprimoramento de processo.	Governança em Rede.
<b>OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE</b>	Os riscos são altos e a Competência do parceiro não pode ser generalizada; alto controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos. Colaboração parcial. Quem comanda a cadeia define o produto e/ou serviço. Não envolve aprimoramento.	Governança em Semi-hierarquia ou governança via mercado.
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS.</b>	Os riscos são altos e a Competência do parceiro não pode ser generalizada; alto controle por quem comanda a cadeia de relacionamentos. Colaboração parcial. Quem comanda a cadeia define o produto e/ou serviço, promove o aprimoramento de processo e fixa o parceiro através de incentivos.	Governança em Semi-hierarquia

**Quadro 17 – Análise comparativa das formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado pesquisado, com base nos pressupostos de Humphrey e Schmitz (2000)**

Fonte: o autor

Segundo Humphrey e Schmitz (2000), quando a competência do parceiro não pode ser generalizada, quem comanda a cadeia de relacionamentos fixa o parceiro e o induz ao aprimoramento (desenvolve competências para a melhor eficiência). Quem comanda a cadeia também define o produto ou serviço e opta pelo controle, características atribuídas ao perfil de governança em Semi-hierarquia. Este perfil de comportamento, de uma forma genérica, está claramente presente nos relacionamentos da organização pesquisada com seus parceiros, sendo que o controle está presente em quase todas as parcerias identificadas neste estudo. Esta é uma forma de governança que segundo os mesmos autores pode ser muito interessante para os resultados da organização.

A parceria com a associação médica, característica de uma governança em rede explica-se pelo perfil diferenciado e inovador.

Quanto aos mecanismos de coordenação, normas e regras, centralização e controle estão presentes na governança do tipo Semi-hierarquia. A interação estratégica e a descentralização estão presentes na governança em rede, muito embora seja encontrada em outros tipos. As formas de governança pautadas pela centralização e controle não excluem a possibilidade do uso concomitante de mecanismos de coordenação como a interação estratégica e a descentralização.

A governança do tipo Semi-hierarquia, é praticada na maioria das parcerias neste ambiente de pesquisa, bem como são utilizados mecanismos mais formais para a governança das relações (normas e regras, centralização das decisões e controle). Este perfil de governança, mais pautada pela formalidade, não é excludente de interações sociais, que parecem ser viabilizadas pelo uso concomitante de outros mecanismos, tais como a negociação e a interação estratégica. Todos os entrevistados entendem que mecanismos diferentes de coordenação são utilizados conforme a situação que se apresente na relação, com uma tendência ao uso mais freqüente de alguns.

Quando perguntados sobre as vantagens na constituição das parcerias, os parceiros entrevistados foram todos unânimes em afirmar que a marca do hospital representa acesso a mercado e às competências do hospital para a gestão. O perfil de governança utilizado para as relações parece trazer resultados interessantes para todos os envolvidos, sem deixar de abrir a possibilidade de outras formas.

De forma genérica, alguns mecanismos de coordenação foram utilizados como uma “*praxi*” para a governança das relações nas parcerias identificadas neste estudo. Se comparadas às formas de governança segundo Humphrey e Schmitz (2000) – a partir dos riscos, do grau de controle, da cooperação e da competência do parceiro – com os mecanismos de coordenação de Grandori (1997), observa-se que existe uma tendência ao uso de determinados mecanismos de coordenação para a governança das relações neste ambiente, conforme Quadro 18.

Todos os parceiros entrevistados, com exceção da operadora de planos de saúde, são atores dotados de alta competência técnica, que reconhecem que a organização hospitalar tem a competência para a gestão do negócio e para a negociação com os outros agentes da cadeia de relacionamentos. Este entendimento parece nortear o consentimento formal em alguns casos e informal em outros, para que a organização exerça o controle, que é aceito por todos como uma ferramenta para resultados superiores para os envolvidos.

<b>PARCERIAS</b>	<b>TIPOS DE GOVERNANÇA</b>	<b>MECANISMOS DE COORDENAÇÃO</b>
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (TERCEIRO)</b>	Governança em Semi-hierarquia.	Negociação, incentivos, normas e regras, interação estratégica e descentralização, mas permanece o controle
<b>MEDICINA DIAGNÓSTICA (FRANQUIA)</b>	Governança em Semi-hierarquia.	Negociação, normas e regras, centralização de decisões e direito de controle, com interação estratégica.
<b>ASSOCIAÇÃO MÉDICA</b>	Governança em Rede.	Negociação, interação estratégica e descentralização.
<b>OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE</b>	Governança em Semi-hierarquia ou Governança via mercado.	Negociação, normas e regras, mercado (preços).
<b>ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS.</b>	Governança em Semi-hierarquia	Negociação, Incentivos, normas e regras, descentralização e interação estratégica, porém permanece o controle.

**Quadro 18 – Análise comparativa das formas de governança (HUMPHREY; SCHMITZ, 2000), considerando os mecanismos de coordenação (GRANDORI, 1997)**

Fonte: o autor

O mesmo não acontece com as operadoras de planos de saúde, que demonstram visível desconforto com o poder da organização e fazem do controle concomitante (através das auditorias sistemáticas), um mecanismo pelo qual medem sua capacidade de influenciar determinados processos, como também de impor determinadas regras. Há que se considerar que uma das operadoras exerce uma constante pressão e incerteza para o ambiente das relações por ter a dependência da organização na sua carteira de clientes (mais de 50% de sua produção).

A governança das relações por meio dos mecanismos de coordenação, para algumas parcerias no ambiente pesquisado, demonstra uma orientação para a governança através de mecanismos dotados de “autoridade” (centralização e controle). Não a autoridade conquistada pelo direito de propriedade, mas sim conquistada a partir da própria governança das relações. Mesmo que utilizado para alguns casos, o mecanismo de coordenação do tipo descentralização com base nas relações está acompanhado do controle – exercido pela organização pesquisada.

Esta constatação é curiosa, uma vez que a atividade médica concentra as parcerias mais importantes da organização hospitalar, direta ou indiretamente. Até mesmo a operadora responsável por mais de 50% da produção da organização, é uma cooperativa médica. Considerando o caráter altamente especializado dos médicos e sua presença forte nas parcerias estratégicas do hospital seria de se esperar um ambiente de grande complexidade para os relacionamentos. Os hospitais são reconhecidos como uma das organizações mais complexas do ponto de vista dos relacionamentos, justamente devido ao caráter altamente



especializado dos agentes envolvidos (MINTZBERG, 2001). No entanto, o modelo de gestão dos relacionamentos e os mecanismos adotados pela organização pesquisada (governança) para as trocas realizadas com seus parceiros, parecem minimizar em muito esta realidade. Existe uma aceitação dos parceiros em relação às competências da organização para esta gestão que a revestem de “autoridade”.

Grandori (1997), ao analisar a autoridade refere que ela é um mecanismo de coordenação (governança) possível somente perante quatro variáveis: se as informações e competências relevantes para a solução de problemas podem ser tratadas e transferidas para um único agente; se o comportamento dos participantes é observável; se existe uma aceitação positiva da autoridade; e se o sistema não é grande o suficiente para causar uma sobrecarga no canal de comunicação com perda do controle. No ambiente pesquisado estas quatro variáveis estão presentes e os parceiros entrevistados reconhecem na organização a autoridade através da competência e do modelo de relacionamento.

Para melhor analisar o modelo de relacionamento e, conseqüentemente, as formas de governança praticadas no ambiente pesquisado, todas as variáveis testadas neste estudo foram agrupadas para atingir estes objetivos, que estão constantes no Quadro resumo 19.

#### 6.4 ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS DE REDES PARA AVALIAR O AMBIENTE HOSPITALAR PRIVADO

A análise individual e em grupo de todas as variáveis pesquisadas neste estudo permitem algumas considerações a respeito da aplicabilidade no ambiente hospitalar privado, de pressupostos conceituais de redes, originários de pesquisas feitas na indústria,. Estes conceitos tiveram três funções: identificar os tipos de redes; explicar as relações interorganizacionais praticadas no ambiente hospitalar privado (GRANDORI; SODA, 1995, GRANDORI, 1997); e, analisar as formas de governança utilizada para a gestão dos relacionamentos no mesmo ambiente (GRANDORI, 1997, HUMPHREY; SCHMITZ, 2001).

CATEGORIAS	TIPOS PARCERIAS					
	VARIÁVEIS TESTADAS	MEDICINA DIAGNÓSTICA TERCEIROS	MEDICINA DIAGNÓSTICA “FRANQUIA”	ASSOCIAÇÃO MÉDICA-USO DE MARCA	OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE	ESPECIALIDADES MÉDICAS ORGANIZADAS
AGENTES, SERVIÇOS E ATIVIDADES ENVOLVIDAS	AGENTES	Médicos	Médicos	Médicos	Fonte pagadora	Médicos
	SERVIÇOS/ ATIVIDADES	Medicina diagnóstica/atividade médica	Medicina diagnóstica/atividade médica	Serviços médicos	Médico-assistenciais	Serviços médicos
	RECURSOS	Tecnológicos, humanos e materiais	Tecnológicos, humanos e materiais	Nenhum	Nenhum	Humanos
	MOTIVAÇÕES	Acesso a competências	Acesso a competências e mercados	Uso da marca Fidelização dos médicos	Carteira de clientes, acesso a mercado	Acesso a competências, Fidelização médica
FORMAS DE REDE	GRAU DE FORMALIZAÇÃO	Formalizada	Formalizada	Formalizada	Formalizada	Formalizada
	COORDENAÇÃO DAS ATIVIDADES	Paritária	Centralizada na organismo	Paritária	Centralizada na organização, c/ controle do parceiro.	Centralizada no parceiro c/ controle da organização
	MECANISMOS DE COORDENAÇÃO	Negociação, incentivos, normas e regras, descentralização com base nas relações e interação estratégica.	Negociação, incentivos, normas e regras, descentralização com base nas relações e interação estratégica.	Negociação, incentivos, descentralização com base nas relações e interação estratégica.	Negociação, normas e regras, mercado (preços).	Negociação, incentivos, normas e regras, descentralização com base nas relações e interação estratégica
FLUXO DE RECURSOS	TIPOS DE INTERDEPENDÊNCIA	Combinada	Combinada	Intensiva	Recíproca	Combinada
ESTRUTURA DE INTERESSES	GRAU DE COOPERAÇÃO	Fundação, evoluindo para integração	Fundação, evoluindo para integração	Fundação, evoluindo para integração	Fundação	Fundação, evoluindo para integração
FORMAS DE GOVERNANÇA	RISCOS	Financeiros baixos Relacionais altos	Financeiros altos Relacionais altos	Financeiros baixos Relacionais baixos	Financeiros altos Relacionais altos	Financeiros baixos Relacionais altos
	GRAU DE CONTROLE	Alto	Alto	Baixo	Alto	Alto
	COMPETÊNCIA DO PARCEIRO	Não pode ser generalizada	Não pode ser generalizada	Alta	Não pode ser generalizada	Não pode ser generalizada
	QUEM COMANDA A CADEIA DE RELACIONAMENTOS	A organização	A organização	A organização	A organização	A organização

**Quadro resumo 19 – Resultado das categorias e variáveis analisadas**

Fonte: o autor

O contexto produtivo do qual emergiram estes conceitos são bastante diferentes daqueles pesquisados no ambiente hospitalar privado, tanto no seu modo operante, como, em alguns casos, na forma como são constituídas as parcerias. Entretanto, o produto final deste estudo demonstra que estes conceitos podem ser aplicados na área da saúde e explicam aspectos importantes das relações interorganizacionais praticadas neste ambiente, muito embora se observem formas constitutivas e comportamentos diferentes quando analisadas as mesmas variáveis em parcerias estratégicas da indústria e neste contexto de pesquisa.

Foram identificados cinco tipos de parcerias entre a organização pesquisada e seus parceiros e destas, apenas duas (terceirização e franquia) são encontradas na indústria e fazem parte dos tipos de redes analisadas por Grandori e Soda (1995). As outras três parcerias, acredita-se, são peculiares ao ambiente hospitalar privado pesquisado, sujeito a confirmação em outros estudos.

Nos estudos realizados por Grandori e Soda (1995) aplicados a análise da indústria, a classificação para os tipos de redes inclui a terceirização e atribui a este perfil de parceria a denominação de Rede Social Simétrica.

Entretanto, na forma de terceirização analisada no ambiente hospitalar privado deste estudo, utilizando-se das mesmas variáveis, foi atribuída uma classificação de rede burocrática simétrica. Existe uma distinção entre um perfil de terceirização e outro, que explica as diferentes classificações de rede. Na indústria o terceiro é um prestador de serviços ligado a uma parte da cadeia de valores da empresa ou, funciona como um apoio para as atividades essenciais. Na modalidade de terceiros, identificada pela organização pesquisada como uma parceria estratégica, o terceiro participa dos lucros do negócio e tem uma competência técnica estratégica para a atividade essencial da empresa, participando das decisões e implementações estratégicas e coordenando as atividades essenciais do negócio. O grau de formalização desta modalidade de terceirização não se restringe ao contrato, mas estende-se para os mecanismos utilizados para a coordenação, que são mais relacionados com o controle e centralização, ainda que mantenha na interface concomitantemente mecanismos de interações sociais. A posição que o parceiro ocupa na coordenação das atividades não está na lista de variáveis para a classificação dos tipos de redes, conforme Grandori e Soda (1995). Entretanto, para avaliar a coordenação das atividades, neste caso, assumiu uma relevância maior, visto que, o parceiro não apenas coordena as atividades, mas a sua atividade é parte essencial, norteadora dos lucros do negócio.

Para a franquia, as variáveis analisadas levaram ao mesmo tipo de classificação, apesar de neste estudo ter peculiaridades que a tornam um pouco mais complexa que a clássica

franquia praticada na indústria. No caso estudado neste ambiente hospitalar os “franquiados” são ao mesmo tempo sócios proprietários.

As demais parcerias são constituições peculiares ao ambiente pesquisado, não sendo encontradas por este pesquisador, parcerias na indústria que possibilitem comparações.

As variáveis aplicadas para identificar os tipos de redes (GRANDORI; SODA, 1995) cumpriram com seu propósito e levaram a uma formatação de tipologia para o ambiente pesquisado, com uma tendência a formação de um tipo específico de rede – as Redes Burocráticas.

Ao analisar as relações interorganizacionais no ambiente hospitalar privado – a partir de estudos sobre redes (GRANDORI, 1997) e outros aplicados em *Clusters* locais e cadeias globais (HUMPHREY; SCHMITZ, 2001), o propósito de explicar estes relacionamentos e identificar as formas de governança praticadas neste ambiente foi atingido. Os resultados apontam um perfil de gestão para os relacionamentos neste ambiente com uma governança em Semi-hierarquia, fundamentada em mecanismos de coordenação relacionados de perto com a autoridade, centralização e o controle. Algumas dificuldades foram encontradas na aplicação dos conceitos para a parceria da organização hospitalar com as operadoras de planos de saúde, dificuldades estas atribuídas a este perfil de relacionamento específico. Trata-se de uma relação comercial, que não foi constituída como um empreendimento conjunto. Apesar disto, os conceitos de Grandori e Soda (1995) e Grandori (1997) foram aplicados para este perfil de relacionamento e conseguiram explicar vários aspectos das trocas efetivas entre os parceiros. Já na aplicação dos conceitos de Humphrey e Schmitz (2001) houve uma dificuldade para a classificação do perfil de governança, visto que, os mesmos autores analisam a governança a partir dos relacionamentos não mercadológicos. No entanto, ainda sob a ótica dos relacionamentos, mesmo que algumas variáveis tenham sido analisadas e tenham contribuído para a análise destes relacionamentos, para se entender alguns aspectos destas relações recomenda-se um aprofundamento dos estudos. A complexidade destes relacionamentos (que envolvem operadoras de plano de saúde com os hospitais privados) pode ser um campo rico de pesquisas futuras e para tanto deve ser estudado isoladamente, talvez se utilizando da associação de outras variáveis.

Não obstante à aplicação dos pressupostos de redes terem alcançado seus objetivos neste estudo, os resultados demonstram que se aplicados isoladamente para a avaliação das relações interorganizacionais praticadas no ambiente hospitalar privado, não teriam explicado todos os aspectos da relação. A integralidade dos objetivos alcançados deve-se ao cruzamento das variáveis, oriundas de mais de uma fonte teórica, sendo que o conjunto levou a

complementariedade dos resultados. O princípio norteador deste estudo foi que as diversidades teóricas e paradigmáticas não devam ser vistas como excludentes, e sim como complementares para o estudo das redes e que o pesquisador deva libertar-se da vinculação a uma única maneira de enxergar a realidade, buscando utilizar em suas pesquisas, teorias e metodologias complementares em amplas formas de triangulação (BALESTRIN, 2003).

Como subproduto das análises realizadas no ambiente hospitalar privado foi possível a elaboração de um modelo de redes interorganizacionais para este ambiente, considerando os atores do macro-ambiente e àqueles atores identificados no micro-ambiente como parceiros estratégicos da organização pesquisada (Figura 20).

Estes atores são os agentes das formas de governança praticadas pela organização pesquisada. O modelo ilustra as relações da organização pesquisada com os principais parceiros estratégicos por ela identificados. As especialidades médicas organizadas e a modalidade de terceirização com a medicina diagnóstica estão localizadas junto à área física do hospital e sob o controle absoluto da mesma. A franquia está localizada em outro ponto estratégico da cidade – trata-se de uma estratégia de expansão e segmentação. Apesar de estar geograficamente afastada a organização pesquisada controla toda a estrutura através de diretores contratados para este fim.

As operadoras de planos de saúde desenvolvem as atividades conjuntas de três formas: dentro das dependências da organização – que tem uma interface ajustada em algumas atividades conjuntas, além de auditorias e algumas autorizações; atividades realizadas em sedes das operadoras fora do hospital – autorizações via on-line e autorizações de procedimentos de alto custo; e, a negociação, que é feita tanto dentro como fora da organização – nas sedes das operadoras. Os mecanismos de coordenação, os riscos envolvidos, a competência do parceiro, o grau de controle, o grau de cooperação e quem comanda a cadeia de relacionamentos foram os determinantes do perfil de governança ilustrado.

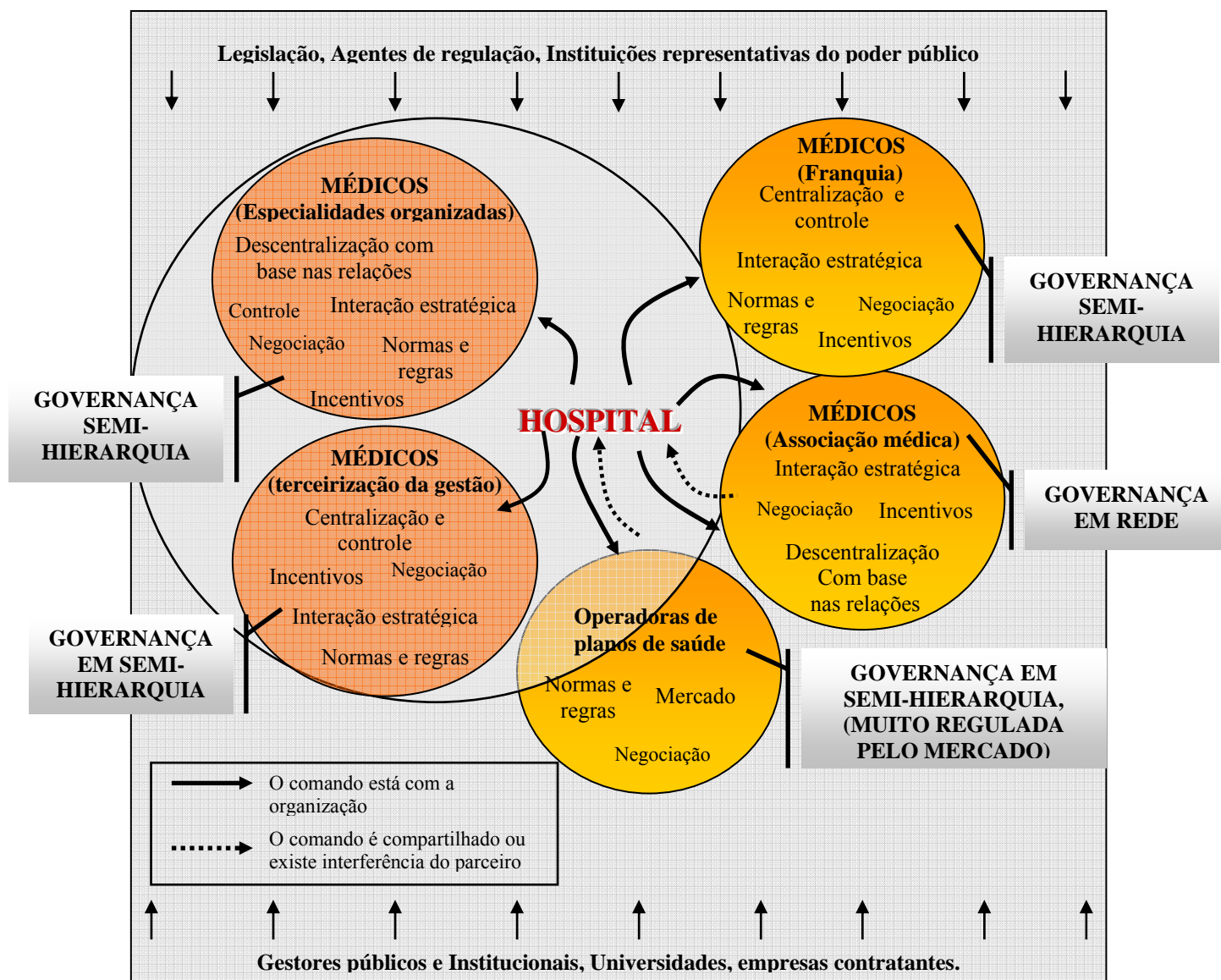


Figura 20 – Modelo de redes interorganizacionais para o ambiente hospitalar privado

Fonte: o autor

O modelo de relacionamento ilustrado procura demonstrar que a organização de uma forma genérica comanda a cadeia de relacionamentos. O perfil de governança que prepondera, segundo os conceitos de Humprey e Schmitz (2001), é a Semi-hierarquia

Este perfil de governança encontrado parece estar muito relacionado com o perfil dos parceiros e o envolvimento das parcerias com a atividade essencial do negócio, que acabam por envolver riscos relacionais muito altos relativos à imagem. Para se assegurar que os riscos sejam minimizados a organização hospitalar privada pesquisada estabelece uma lógica: fixar seus parceiros e promover o aprimoramento dos mesmos para a gestão; acessar suas competências técnicas e transformar prováveis concorrentes em parceiros e fornecedores da cadeia de produtiva; fidelizar os médicos e assegurar que o capital intelectual não se desvie

para a concorrência; e, amenizar os riscos, tendo todas as atividades essenciais sob seu controle.

Com as operadoras de planos de saúde existem iniciativas no sentido buscar novas formas de relacionamento, mas ainda permanecem conflitos de interesses de toda a ordem. A lógica descrita por Porter e Teisberg (2007) para a relação entre operadoras e prestadores de serviços nos estados unidos, é a mesma encontrada neste ambiente. Existe uma necessidade e disputa para transferir custos da operação uns para os outros e um alto custo administrativo para alcançar este objetivo. Esta realidade é claramente observada nas estruturas montadas dentro da organização para as auditorias, na quantidade enorme de pessoas contratadas e número de documentos gerados para este fim, e nas falas dos entrevistados, tanto da organização, como dos parceiros. Esta realidade parece ser o grande motivo de todos os conflitos estabelecidos, onde o controle mútuo é a única opção encontrada para administrá-los.

Com a associação médica existe uma interface de relacionamento que visa a solução de problemas comuns, onde ambos contribuem de forma pontual para resultados superiores para ambos.

Pretende-se que o modelo de relacionamento encontrado, através das variáveis analisadas no ambiente pesquisado sirva como subsídio para a análise dos relacionamentos em toda a cadeia produtiva da saúde, especialmente para o segmento de mercado das prestadoras de serviços.

Como produto dos pressupostos pesquisados até aqui, as conclusões já são possíveis de serem estabelecidas e serão apresentadas a seguir.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões da pesquisa, respondendo ao objetivo geral e aos objetivos específicos, originalmente propostos. Na seqüência apresentam-se as limitações encontradas. No último tópico são feitas recomendações para pesquisas futuras.

### **7.1 CONCLUSÕES**

No ambiente da assistência à saúde, os objetivos não podem mais ser alcançados individualmente pelas organizações prestadoras de serviços (LASKER, 2001). A integração entre serviços nos sistemas de saúde tem sido abordada como um desafio presente e necessário em muitos países há pelo menos três décadas (CONRAD; SHORTELL, 1996). A questão que norteia esta experiência é o como fazer esta integração, com que finalidade e com quais objetivos (BITENCOURT; KLIEMANN, 2004).

O mais importante para este estudo trata-se de como gerenciar os relacionamentos para obter ganhos superiores para todos os envolvidos. Um sistema integrado precisa estabelecer mecanismos de integração e coordenação das atividades e definir objetivos estratégicos comuns, tanto para a organização, quanto para seus parceiros. A formação de redes interorganizacionais, parcerias e terceirizações é concebida neste ambiente como uma forma de atender às exigências emergentes, oriundas de um mercado cada vez mais competitivo. Ao analisar os prestadores de serviços em saúde percebe-se um fluxo de recursos nas mais variadas direções, que se configura como um sistema complexo entre os atores envolvidos. Porém, mesmo em sistemas complexos, os participantes podem ter



relacionamentos sociais que permitam o gerenciamento da rede (KLIEMANN, 2003). As estruturas de governança utilizadas de forma adequada parecem ser uma importante ferramenta para o gerenciamento das trocas e para possibilitar resultados positivos advindos da rede de relacionamentos.

Porém, diante um universo tão complexo como o ambiente da saúde, este estudo focou a análise das relações interorganizacionais e formas de governança praticadas no ambiente hospitalar privado.

O perfil de serviços, atividades e recursos envolvidos em uma parceria, bem como o tipo de parceiro (agente das trocas), interferem na própria escolha do tipo de parceria e nos mecanismos escolhidos para gerenciar as trocas (GRANDORI, 1997).

O primeiro e segundo objetivos específicos deste trabalho “Caracterizar o ambiente hospitalar privado em termos de prestação de serviços em saúde” e “Identificar os agentes parceiros envolvidos na prestação de serviços em saúde na área hospitalar”, respondem a estas questões.

A partir das entrevistas realizadas com os diretores do nível estratégico e da análise de documentos – contratos, planejamento estratégico e organograma institucional – foram identificados os seguintes serviços, atividades, recursos e agentes envolvidos nas parcerias estratégicas da organização pesquisada:

- a) serviços médico-assistenciais: de diagnóstico, de tratamento e saúde comunitária;
- b) atividades relacionadas aos serviços médico-assistenciais: diagnóstico (especialmente o diagnóstico por imagem), tratamento, especialmente o tratamento clínico através dos médicos e de cuidados de enfermagem, entre outros;
- c) recursos: tecnológicos (equipamentos para diagnóstico, tratamento e tecnologia da informação), humanos e capital intelectual;
- d) agentes principais envolvidos nas parcerias: médicos, à exceção das operadora de planos de saúde.

Todos os serviços, atividades, recursos e agentes envolvidos nas parcerias, estão voltados a atender as áreas de importância estratégica do hospital – oncologia, cardiovascular, neurovascular, transplantes e trauma.

O terceiro objetivo específico do estudo “Descrever os tipos de relações interorganizacionais existentes neste ambiente” mostrou que as parcerias se formam em torno da atividade médica, através de cinco constituições distintas:

- **Terceirização** da gestão médica de uma área diagnóstica (especialmente pacientes internos) – esta modalidade de terceirização não se refere unicamente à prestação

de serviços, visto que os médicos participam da gestão e o contrato está constituído de forma a dar participação nos lucros para os parceiros;

- **Franquia** de uma área diagnóstica (pacientes ambulatoriais de outro segmento do mercado).
- **Parceria com uma associação médica**, através de um contrato de uso da marca da organização – visa eliminar custos administrativos, obter ganhos fiscais e fidelizar os médicos;
- **Parceria com as operadoras de planos de saúde** – Com relação aos mecanismos de coordenação utilizados, a negociação é o mecanismo mais utilizado para esta relação. É, na verdade, uma “parceria” fortemente embasada em cima da negociação de descontos (do prestador) e de ofertas de demanda em contrapartida (pelo plano de saúde), que também utiliza este mecanismo para a arbitragem de conflitos. Por outro lado, o que se constituiu originariamente como uma relação comercial agregou uma complexidade ímpar para a efetividade das trocas, com uma estrutura administrativa que dificulta o exercício do controle e que está levando ambos para a busca de processos mais colaborativos e de cooperação, apesar de ainda incipientes.
- **Parceria com as especialidades médicas organizadas** – que prevê o uso da marca da organização pesquisada e objetiva o acesso às competências, ao capital intelectual e à fidelização dos médicos para a organização, assim como o acesso aos incentivos financeiros, técnico-científicos e de pesquisa clínica da organização, para os médicos.

Todas as parcerias são reguladas por contratos que prevêem todas as formalizações relativas a direitos e deveres dos envolvidos e define um ponto de arbitragem em caso de conflito.

Prevalecem mecanismos de coordenação mais associados à autoridade, centralização e controle. Mesmo nos casos em que a descentralização, negociação e interação estratégica estão presentes, permanece o controle da organização pesquisada. Estas variáveis caracterizam Redes Burocráticas, características das empresas profissionais (universidades e hospitais), que tem nível de especialização muito alto (GRANDORI; SODA, 1995, MINTZBERG, 2001).

O controle, também facilita no sentido de que a coordenação das atividades seja exercida pelo parceiro, que na maioria dos casos da organização pesquisada, são providos de

alta competência técnica. Por outro lado, o controle se estabelece pela falta de competência do parceiro para a gestão. O controle também reforça uma complexidade de informações do tipo cognitiva, porque permite o acompanhamento do processo produtivo, mesmo que não na integralidade das atividades. Os indicadores de processo e de resultado facilitam muito o acompanhamento.

A cooperação neste ambiente de parcerias acontece de forma parcial, em alguns casos caminhando para a integralidade. Todos os envolvidos entendem que existem oportunidades não exploradas e que o aprendizado pode trazê-las à tona. No entanto, não parecem identificar estas oportunidades no presente momento, deixando para a experiência ao longo do tempo esta responsabilidade. Estas parcerias, de uma forma ampla, levam a resultados superiores para ambos.

Em uma abordagem mais restrita, necessita de aprendizado para possibilitar melhorias nas relações e estabelecer mecanismos mais cooperativos nas trocas.

O quarto objetivo específico “Caracterizar as formas de governança utilizadas para o gerenciamento das relações” demonstrou que os riscos financeiros são, na maioria dos casos analisados, baixos para a organização pesquisada, muito embora tragam grandes vantagens competitivas. No entanto, os riscos relacionais são altos e, de forma indireta, potencializam riscos financeiros eventuais, uma vez que a organização responde legalmente por todo o resultado da assistência prestada aos clientes. Mais uma vez o controle se estabelece. Apesar de ser um ambiente de parcerias com um alto grau de especialização e competência técnica do parceiro, a não generalização das competências para a gestão inviabiliza uma relação entre iguais.

Nas parcerias com os terceiros, franquias e especialidades médicas organizadas, a organização tem como objetivo estratégico principal fixar seus parceiros, promover o aprimoramento para a eficiência dos processos e minimizar os riscos, com controle de todos os processos, o que caracteriza uma governança em Semi-hierarquia. Segundo Humphrey e Schmitz (2001), este tipo de governança pode ser muito interessante dependendo do ambiente que está sendo aplicado. A complexidade do ambiente parece colaborar para este tipo de governança seja utilizado para a gestão dos relacionamentos.

Na parceria com as operadoras de plano de saúde as trocas estão estabelecidas prioritariamente por uma relação de dependência – o hospital precisa da carteira de clientes da operadora, e esta precisa de um hospital de referência para encaminhar seus clientes. O princípio de parceria se estabelece no *continuum* de uma relação comercial. No entanto, os pressupostos teóricos deste estudo consideram apenas os aspectos não mercadológicos da

relação. Apesar de algumas variáveis testadas conduzirem para uma governança em Semi-hierarquia, o perfil de relacionamento deixa dúvidas sobre o tipo de governança utilizado para este relacionamento. Um terceiro tipo de governança, que considere tanto mecanismos de mercado, como não mercadológicos deve ser considerado.

Na parceria com a associação médica, mesmo a organização pesquisada tendo o comando da cadeia de relacionamentos (garantida pelo direito de propriedade), existe uma relação entre iguais para a definição dos produtos e serviços. Os riscos envolvidos são baixos, e a competência do parceiro pode ser generalizada (técnica e de gestão). As variáveis analisadas conduzem para uma governança em Rede. O caráter inovador da parceria e o perfil das trocas – com atividades distintas entre o parceiro e a organização, confirmam este tipo de estrutura.

O modelo médico que prevalece no atual sistema de saúde é do médico como um agente livre, profissional independente, com ligações frágeis com os hospitais e com os grupos de médicos. Na verdade constituem um negócio próprio, separado dos demais agentes, cobrando suas faturas diretamente dos convênios e arcando com seus próprios custos administrativos, com um domínio sobre as questões gerenciais bastante limitado (PORTER; TESIBERG, 2007). Nesta estrutura tradicional, esta realidade não implica em danos para o negócio dos prestadores. Mas, para avançar em formas mais integradas com os prestadores de serviços, os médicos necessitam encarar a gestão como algo importante, que além de ganhos maiores podem trazer também prestígio. Os médicos entrevistados para este estudo parecem compreender esta necessidade e acatam o prestador parceiro como um facilitador deste processo. Como resultado, formas diferentes de relacionamento estão sendo constituídas, com troca de *expertises* e compartilhamento de riscos.

Por seu lado, a organização hospitalar privada pesquisada tem os médicos como alguns de seus principais parceiros e, portanto, desenvolve os mesmos para a gestão em áreas estratégicas. A expertise médica nos aspectos técnicos é imprescindível para a melhor otimização dos recursos e para a eficiência dos processos assistenciais em saúde. No entanto, a expertise para a gestão é uma lacuna para que os resultados assistenciais sejam articulados à favor da sustentabilidade, lucratividade do negócio e, até mesmo, para alternativas em qualidade. Assumindo esta realidade como um fato, a organização opta por estruturas de governança que façam esta articulação, valendo-se de mecanismos de coordenação como o controle, as regras e normas, os incentivos e da própria competência para gestão.

O que se percebe com este estudo é que o perfil dos agentes envolvidos nas parcerias (médicos e operadoras), os riscos e a competência dos parceiros no ambiente pesquisado, são

os maiores determinantes das estruturas escolhidas para a gestão dos relacionamentos, em detrimento das formas propriamente ditas de constituição das mesmas (terceirização, franquia, outras), que se revelam determinantes menos importantes.

Este estudo é uma contribuição ao estudo das organizações prestadoras de serviços em saúde, especialmente aos hospitais privados. As formas de governança nestas instituições devem estar adequadas ao perfil de relacionamento e aos objetivos que as mesmas buscam através de alianças com outros agentes envolvidos na assistência à saúde. A vantagem competitiva alcançada com as parcerias depende em parte das estruturas que serão utilizadas.

Algumas limitações foram encontradas na realização desta pesquisa e são apresentadas no próximo tópico.

## 7.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O presente estudo teve como objetivo analisar as relações interorganizacionais e formas de governança no ambiente hospitalar privado. Mas, como todo estudo, apresentou algumas limitações, que não comprometeram o levantamento das informações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa, mas são impeditivos para generalizações. Assim, merecem destaque:

- a) O levantamento de informações deste estudo não considerou todos os perfis de parcerias, nem todos os parceiros para cada um dos perfis identificados na organização pesquisada. Os cinco diretores do nível estratégico da organização pesquisada, entrevistados na primeira etapa, identificaram um total de onze modalidades de parcerias. Para cada uma destas estão constituídos em média dez parcerias, ligadas por contrato, ou não. Entretanto, o levantamento das informações para esta pesquisa considerou as cinco modalidades de parceria entendidas como as mais importantes e estratégicas para esta organização. Devido a dificuldades de acesso e limitações de tempo foram entrevistados três gestores das especialidades médicas; três gestores de operadoras de planos de saúde, um parceiro terceiro (área diagnóstica), um parceiro na modalidade de franquia (também na área diagnóstica) e, o vice-presidente da associação médica. Se por um lado a escolha por parceiros mais estratégicos permitiu maior profundidade nas informações colhidas, por outro

lado não representam todo o universo de parceiros da organização pesquisada, não permitindo, portanto, conclusões genéricas a respeito das parcerias da organização.

- b) Trata-se de um estudo de caso único, que retrata com profundidade os relacionamentos interorganizacionais da organização pesquisada, não permitindo generalizar para o ambiente das organizações hospitalares privadas.
- c) O universo de prestadores de serviços hospitalares está dividido em públicos e privados, ligados ao ensino ou não. As diferenças, conforme o perfil de empresa são de ordem política, econômica e social, além de constituições e objetivos estratégicos diferentes relacionados ao modelo médico-assistencial e ao foco de atenção à saúde. O presente estudo caracteriza as relações no ambiente hospitalar privado, não permitindo generalizações para os demais perfis de prestadores.
- d) Existe uma carência de estudos relativos às relações interorganizacionais e formas de governança no segmento hospitalar, o que dificulta a evolução para possíveis comparações. Aquelas até aqui realizadas se referem à análise dos mesmos fatores em segmentos de mercado diferentes.

### 7.3 RECOMENDAÇÕES

Este estudo possibilitou uma análise profunda dos relacionamentos interorganizacionais no ambiente hospitalar privado. A amplitude do conhecimento gerado permite um passo a frente para análises futuras. Recomenda-se:

- a) Que outras variáveis sejam testadas para a análise da governança nas parcerias das organizações hospitalares com as operadoras de planos de saúde e que sejam feitas triangulações com mais de uma variável para um resultado mais ajustado a realidade deste perfil de parceria;
- b) Que a pesquisa seja aplicada em mais de um caso para considerar diferenças estratégicas e diferentes modelos de relacionamento no ambiente hospitalar privado;
- c) Inúmeras são as faces de um relacionamento interorganizacional e muitos interesses convergentes estão colocados para enriquecer as possibilidades de sucesso em um empreendimento conjunto. Para tanto, a pesquisa presente e futura, pode contribuir, sinalizando como se constrói a essência dos

relacionamentos e que estruturas de gestão podem potencializar os objetivos estratégicos da cooperação. Recomenda-se que outros estudos possam ser encaminhados para que se cumpra esta tarefa;

- d) Que estudos possam ser encaminhados com foco em duas abordagens de interferência nas relações interorganizacionais nas organizações hospitalares: a análise das alterações advindas dos custos das transações – evidenciados superficialmente nas parcerias com as especialidades médicas e com a associação médica; e, as interferências do ambiente político (legal e regulatório);
- e) No que diz respeito às contribuições para os gestores de empresas hospitalares privadas, que utilizem o retrato das relações interorganizacionais e formas de governança obtido através deste estudo, sugere-se a realização de uma análise crítica destas estruturas em suas organizações de forma a vislumbrar oportunidades para sua gestão.

## REFERÊNCIAS

BALDI, M.; LOPES, F. D. REDE: forma híbrida ou nova forma? **Revista portuguesa e brasileira de gestão**, v. 1, n. 3, out./dez., 2002.

BALESRTRIN, A. VARGAS, L. M. **A dimensão estratégica das redes horizontais de PMEs**. In: Encontro de Estudos em Estratégia, 2003, Curitiba. **Anais**. Curitiba: Anpad, 2003.

BARNEY, J. Firms Resources and Sustained competitive Advantage. **Journal of Management**, n. 17, v. 1, 1991.

\_\_\_\_\_; HESTERLY, W. Organizational Economics: Understanding the relationship between organizations and, economic analysis. In: CLEGG, S. et al. **Handbook of organizational studies**. Londres: Sage Publications, 1996.

BITENCOURT, O. N. S.; KLIEMANN NETO, F. J. **Análise do Setor de Saúde sob o ponto de vista dos relacionamentos**. Porto Alegre: PPGE/UFGRS, 2004.

BOLAÑO, C. R. S. SICSÚ, A. B. **Reflexões para uma política de C&T no nordeste**: uma preocupação com a tecnologia da informação e comunicação. 2002. (mimeo).

BORBA, G. S. **Construção de um quadro referencial utilizando conceitos e princípios da aprendizagem Organizacional para implantação de sistema integrado de gestão em ambiente Hospitalar**. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia, Doutorado em Engenharia da Produção, 2005.

CABRAL, S. Estratégias de Desintegração Vertical. In: Encontro nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração, 2004, Curitiba. **Anais**. Curitiba: ENANPAD, 2004.



CAMPOMAR, M.C. Do uso do estudo de caso em pesquisas para dissertações e teses em dissertação. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul/set. 1991.

CAMPOS, F.E.; ALBUQUERQUE, E.M. **As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde**: notas introdutórias para uma discussão. VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, Abet, 26p, 1999. Disponível em: <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

CÂNDIDO, G. A.; ABREU, A. F. Fatores de Sucesso para a Formação, desenvolvimento e Viabilização de Redes Organizacionais de PME's. In: José J. Previdelli; Vilma Meurer. (Org.). **Gestão da Micro, Pequena e Média Empresa no Brasil**: uma abordagem multidimensional. Maringá: UNICORPORE, 2005, v. 1, p. 169-190.

CASAROTO FILHO, N.; PIRES, L. H. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local**: estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana. São Paulo: Atlas, 2001.

CHERCHGLIA, M. L. **Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos**. Texto de apoio à especialização em desenvolvimento de Recursos humanos de saúde – CADRHU. UFMG. 2004. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio)>. Acesso em: 12 mai. 2006.

COASE, R. The nature of firm. **Econômica**, v. 4, p. 386-405, nov. 1937.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo. Cortez/CEDEC, 2005.

COLLIS, David J.; MONTGOMERY, Cinthia. Competing on Resources: the strategy in the 1990s. **Harvard Business Review**, jul./aug. 1995.

CONRAD, A; SHORTELL, M. Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management*. v. 13, issue 1, 1996.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Métodos de pesquisa em administração**. Tradução de Luciana de Oliveira Rocha. 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COSTA, N.R. **Organização e Gestão da Assistência à Saúde**. Disponível em: <<http://www.pdfafree>>. Acesso em: 15 mar. 2006.

CUNHA, C. R. ; CARRIERI, A. P. . Mapeando as relações interorganizacionais na Teoria Organizacional: garimpendo os principais periódicos brasileiros sobre gestão. In: XXVII Enanpad, 2003, Atibaia/SP. **Anais do XXVII Enanpad**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2003.

FLEURY, A.C.C. E FLEURY, M.T.L. Estratégias competitivas e competências essenciais: perspectivas para a internacionalização da indústria no Brasil. **Revista Gestão e Produção**. v. 10, n. 2, p. 129-144, ago. 2003.

FRIEDMANN, L. GOES, J. **Why Integrated Health Networks Have Failed**. **Frontiers of Health Services Management**, v. 17, n. 4, 2001.

GIANESI, I.G.N.; CORREA, H.L. **Administração estratégica de serviços**: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1994.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIRARDI, S. N. **Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, Dinâmica, conexões**. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. 1999. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos>>. Acesso em: 16 mai. 2006.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, C. L.; GIRARDI JR., J. B. **Formas Institucionais da Terceirização de Serviços em Hospitais da Região Sudeste do Brasil: Um Estudo Exploratório**. 2005. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacopara saúde /v2n1/doc/FITSHRSP](http://www.ccs.uel.br/espacopara%20saude/v2n1/doc/FITSHRSP)>. Acesso em: 17 mar. 2006.

GRANDORI, A. **An Organization assessment of Interfirm Coordination Modes**. **Organization Studies**, v. 18, Issue 6, 1997.

\_\_\_\_\_. **Governance Structures, Coordination Mechanisms and Cognitive Models**. **The Journal of Management and Governance**, v. 1, p. 29–47, 1997.

\_\_\_\_\_; SODA, G. **Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanisms and Forms**. **Organizations studies**, v.16. n. 2, p. 183-214, 1995.

GONÇALVES, E.L. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE – Revista de administração de empresas**, v. 1, n. 2, jul-dez/2002. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/eletronica>>. Acesso em: 17 mar. 2006.

HAYASHI JUNIOR, P.; BUGACOV, S.; BARANIUK, J. A. Alianças estratégicas em pequenas empresas de massas alimentícias. **Revista Científica da Universidade do Oeste Paulista**. Curitiba: UFPR, v. 1, n. 1, p. 19 -30, jul./dez. 2003.

HANSEN, P. B. **Um modelo meso-analítico de medição de desempenho competitivo de cadeias produtivas**. Porto Alegre: PPGEP/UFRGS. Tese de doutorado, 2004.

HUMPHREY, J.; SCHMITZ, H. Governance and Upgrading: Linking Industrial Cluster and Global Value Chain Research. **IDS Working Paper 120**. IDS – Institute of Development Studies, UK, 2000.

HOFER, C. W.; SCHENDEL, D. **Strategy formulation: Analyticals concepts**. St. Paul: West Publishing, 1978.

IBGC. **Instituto Brasileiro de Governança Corporativa**. 1990. Disponível em: <<http://www.ibgc.org.br>. Acesso em: 12 abr. 2006.

INSTITUTO INOVAÇÃO. **A ciência que cura: oportunidades de negócio no campo da Saúde**. The World Health Report, 2003. Disponível em: <<http://www.institutoinovacao.com.br/radar/2004/08>>. Acesso em: 12 maio 2006.

KLIEMANN NETO, F. J. Um Estudo sobre as Formas de Relacionamentos entre Empresas: uma proposta de análise do setor de saúde. In: XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção, 2003, Ouro Preto, MG, Brasil. **Anais**. XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção, 2003.

KOTZLE, M.C. **Alianças Estratégicas: Conceito e teoria**. São Paulo. RAC, v. 6, n. 1, p. 85-104, jan./abr. 2002.

LANGFIELD-SMITH, K. Management Control Systems: a critical review. **Accountig, Organizational and Society**, v. 22, n. 2, 1997, p. 207-232.

LA ROVERE, R. L.; CARVALHO, R. L. Cooperação e desenvolvimento local. In: Conferência internacional sobre empreendedorismo – CIPEAL, Rio de Janeiro, 2004. **Anais**.

LASKER, R. D. WEISS, E. S. MILLER, R. Partnership Synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. **The Milbank Quarterly**, v. 79, Issue 2, 2001.

MACHADO, A. G. C.; OLIVEIRA, M. V. S.; CAMPOS FILHO, J. R. Teoria dos custos de transação: um estudo multi-casos de empresas integradas verticalmente. **Anais**. XI SIMPEP. São Paulo, 2004.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. Traduzido por Niveldo Montinglli Junior e Alfredo Alves de Farias. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.

MILES, R. E.; SNOW, C. C. **Organizational Strategy, Structure and Process**. New York: McGraw-Hill, 1978.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINTZBERG, H.; QUINN, J.B. A organização profissional. In: **O processo da estratégia**. Traduzido por James Sunderland Cook. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 272-282.

MIRSHAWKA, V. **Hospital fui bem atendido**: a hora e a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994.

MARQUES, A.B. **A terceirização das atividades-fim na área de Saúde**. Jus navigandi - doutrina. 2003. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto>> Acesso em: 12 maio 2006.

MARTINEZ, J. I. N.; GUARNIERI, M. C. L.; FARRE, M. P. T. **Governança em organizações com fins sociais**. São Paulo: FIA, 2005.

MOWERY, D. C.; OXLEY, J. E.; SILVERMAN, B. S. Technological overlap and interfirm cooperation: implications for the resource-based view of the firm. **Research Policy**, v. 27, p. 507-523, 1998.

NEVES, J.L. **Pesquisa qualitativa**: características, usos e possibilidades. Faculdade de Economia e Administração – USP. Curso de Pós-graduação em Administração de Empresas. Caderno de pesquisa em administração, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

OLAVE, M. E. L.; AMATO NETO, J. Redes de cooperação produtiva: uma estratégia de competitividade e sobrevivência para pequenas e médias empresas. **Revista Gestão e produção**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 289-303, dez. 2001.

OLIVEIRA, R. F.; GUERRINI, F. M. **Estrutura morfológica de redes de empresas**. In: X SIMPEP- Simpósio de Engenharia de Produção, 2003, Bauru: X SIMPEP, 2003.

OLIVEIRA, J. P. L. **A cadeia produtiva do setor de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos no Brasil e a formação de clusters**. ENANPAD. Encontro nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração, 2004.

PEREIRA, B.A.D. **Estruturação de relacionamentos horizontais em rede**. Tese de doutorado. Escola de administração. UFRGS. Porto Alegre, 2005.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. Traduzido por Elisabeth Maria de Pinho Braga. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

\_\_\_\_\_; TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROVAN, K. Comparative study of interorganizational networks. **Administrative Science Quarterly**. Ithaca, v. 40, n. 1, p.1-33, mar. 1995.

PRAHALAD, C. K.; HAMEL, G. The Core Competence of the corporation. In: MONTHEGOMERY, C. A.; PORTER, M. E. (Org). **Strategy: seeking d securing competitive advantage**. Boston: HBR, 1991.

QUINN, J. B.; HILMER, F.G. Essência competitiva e terceirização estratégica. In: **O processo da estratégia**. Traduzido por James Sunderland Cook. Porto Alegre: Bookman, 2001.p. 72-74.

RIBEIRO, J. M. Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. In: CASTRO, Antonio Joaquim Werneck de; MONTONE Januário (Org.). **Regulação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 3, p. 147-157, 2004.

RODRIGUES, A. L.; MALO, M. C. Estruturas de Governança e Empreendedorismo Coletivo: O caso dos Doutores da Alegria. In: The Iberoamerican Academy of Management,, 2003, São Paulo. **Anais** of The Iberoamerican Academy of Management, 2003.

ROSSETTI, A. M.; GUERRINI, F. M. Identificação de competências essenciais para a formação de redes de empresas. **Anais**. XI SIMPEP – 2004. Disponível em: <<http://www.feb.unesp.br/dep/simpep/Anais>>. Acesso em: 23 abr. 2006.

SCHMIDT, P. F. P. Estratégia Empresarial. In: **Controladoria – Agregando valor para a empresa**. Porto Alegre: Bookman, v. 1, p. 39-52, 2002. Disponível em: <<http://www.marvelconsulting.com.br/arquivos/artigo2.pdf>> Acesso em 04 jun. 2006.

SANTOS, I.; CLOS, A. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I.; TAVARES, C. M. M. **Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 1-17.

SICSÚ, Abraham B.; SILVA, Carlos A.; BOLAÑO, César R.S. et al. **Para uma análise comparativa das cadeias produtivas da saúde de Aracaju e Recife: uma primeira aproximação**. Recife: UFPE, 2003.

SOUZA, T.M.G. **Governança Corporativa e o conflito de interesses nas sociedades Anônimas**. Atlas. São Paulo, 2005.

TARABOULSI, F.A. **Serviços hospitalares: compreender para atender e surpreender**. São Paulo: Reichmann, 2005.

TAUHATA, T.L. Redes e alianças estratégicas no Brasil: Caso CVRD. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 3, n.1 , art. 4, jan./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Safári de estratégias, questões bizantinas e a síndrome do ornitorrinco: uma análise empírica dos impactos da diversidade teórica em estratégia empresarial sobre a prática dos processos de tomada de decisão estratégica. **Anais**, ENANPAD, Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração. Campinas, 2001.

VASCONCELOS, F. C.; CYRINO, A. B. Vantagem competitiva: os modelos teóricos atuais e a convergência entre estratégia e teoria organizacional. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 20-37, out./dez. 2000.

VERSCHOORE FILHO, J. R. S. O programa redes de cooperação: uma análise para os instrumentos de administração pública para o desenvolvimento sócio-econômico. **Anais**. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, p. 28-31, oct. 2003

VINHAES, E. **Estruturas de governança e comportamento estratégico em sistemas elétricos reestruturados**: Uma abordagem institucional do poder de mercado na indústria de energia elétrica. Tese de doutorado (doutorado em engenharia de produção) – departamento de engenharia de produção e sistemas. Florianópolis: UFSC, 2003.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANON, U. **Qualidade da assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

WEGNER, D; DAHMER, L.V. **Avaliação de desempenho em redes de empresas**. XXIV ENEGEP- Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2004.

\_\_\_\_\_; WITTMANN, M.L.; DOTTO, D.M.R. Redes de empresas no Rio Grande do Sul: uma análise de resultados competitivos e fatores de desenvolvimento. Gestão.org. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 4, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.gestaoorg.dca.ufpe.br>>. Acesso em: 17 mar. 2006.

WILLIAMSON, O. The Economic Institutions of Capitalism: firms, markets, relational contracting. **The Free Press**, New York, 1985.

\_\_\_\_\_. **The mechanisms of governance**. New York: Oxford University Press, 1996.

WILK, E. O., FENSTERSEIFER, J.E. Alianças estratégicas sob a perspectiva da visão da firma baseada em recursos: contribuições para um modelo dinâmico de cooperação. **Anais**. ENANPAD, Encontro Nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração, 2003.

WOOD JR, T.; ZUFFO, P.K. **Supply Chain Management**. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 55-63, jul./set. 1998.

## **APÊNDICES**



APÊNDICE A - Roteiro de entrevista para estudo de caso

**Função do entrevistado:** \_\_\_\_\_

Entrevista individual com os gestores do Hospital– 1ª etapa

**Objetivo:** (1) Identificar as principais atividades relacionadas a prestação de serviços em saúde; (2) Identificar os principais agentes envolvidos nas relações interorganizacionais (parceiros estratégicos do hospital) ligados às principais atividades identificadas.

**Entrevistados.** Serão entrevistados os seguintes colaboradores da empresa objeto do estudo de caso: Presidente, Superintendente, diretor executivo, diretor médico, diretor operacional e diretor assistencial.

**Funcionamento.** As entrevistas serão conduzidas pelo pesquisador que registrará por escrito as respostas. As entrevistas serão gravadas.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

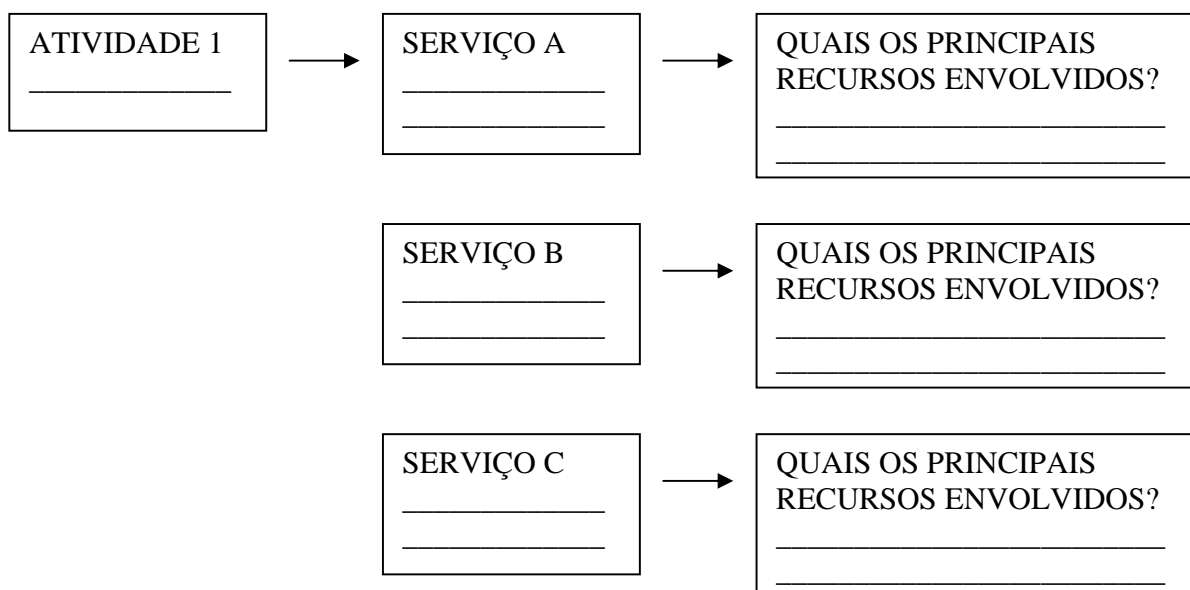
1 Qual é o principal negócio da organização?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBS: A seguinte lógica tenta retratar uma hierarquia entre atividades, serviços e recursos e pretende-se que seja um facilitador para responder às próximas três perguntas, mas não é obrigatória:



2 Qual, ou quais são as principais atividades para os negócios desta organização?

Assistenciais Quais? \_\_\_\_\_

Suporte. Quais? \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

3. Quais são os principais serviços prestados pela organização, relacionados com as atividades do negócio?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Que recursos estão envolvidos nestas atividades e serviços?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Quem são os principais agentes envolvidos na prestação de serviços, que estão relacionados com a organização através de parcerias estratégicas?

**Entende-se por parcerias estratégicas:** ligações formadas entre duas ou mais empresas independentes, ou, por um ou mais agentes da prestação de um serviço (os), que estejam organizados e constituídos e optam por executar conjuntamente um projeto ou atividade específica, coordenando as habilidades e recursos necessários. Os esforços conjuntos podem estar relacionados às áreas de marketing, pesquisa e desenvolvimento de produtos/serviços, execução, suporte/apoio e gestão.

1. \_\_\_\_\_;

2. \_\_\_\_\_;

3. \_\_\_\_\_;

4. \_\_\_\_\_;

5. \_\_\_\_\_;

6. Dos prestadores de serviços interorganizacionais (parceiros estratégicos) identificados, enumere de 1 à 5 os mais importantes, sendo que 1 é o de maior importância e 5 o de menor importância.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

7. Porque estes parceiros estratégicos são os mais importantes para a organização?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

8. Que funções estratégicas são desempenhados por estes agentes? Elas estão relacionadas a:

- gestão;
- execução de serviços assistenciais;
- desenvolvimento técnico-científico;
- apoio no diagnóstico;
- apoio no tratamento;
- apoio no suporte;
- mais de uma função (quais?);
- outras não relacionadas;

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

9. O que motivou a empresa a buscar estas cinco parcerias estratégicas ?

- Foram as atividades;
- Foram os recursos;
- Foram as competências e/ou conhecimento;
- Foi a oportunidade de focar os esforços e investimentos na atividade fim;
- Foi mais de um fator ( Cite Quais?)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

10. De que forma estes agentes da prestação de serviços (parceiros estratégicos) afetam as estratégias organizacionais. Algum em especial interfere de forma mais intensa do que outros?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para estudo de caso

**Função do entrevistado:** \_\_\_\_\_

Entrevista individual com os gestores do Hospital– 2ª etapa

**Objetivo:** Identificar os tipos de relações interorganizacionais existentes no ambiente hospitalar privado com base no tipo de rede de relacionamento, no fluxo de recursos e relação de interdependência, na estrutura de interesses e nas trocas de informação, bem como identificar que formas de governança são praticadas.

**Entrevistados.** Serão entrevistados os seguintes colaboradores da empresa objeto do estudo de caso: Presidente, Superintendente, diretor executivo, diretor médico, diretor operacional e diretor assistencial.

**Funcionamento.** As entrevistas serão conduzidas pelo pesquisador que registrará por escrito as respostas. As entrevistas serão gravadas.

**Data:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_

1. Para os cinco principais parceiros estratégicos identificados, todos têm sua relação com a organização regulada por contrato? Que tipo de contrato? Caso a resposta seja não, identifique qual o parceiro e qual a forma de relação.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. A coordenação utilizada para cada um dos contratos e/ou relacionamentos é centralizada em uma das partes ou é paritária (com divisão de responsabilidade e igual poder de decisão)? Indique a situação de cada relação.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

3. Que mecanismo (os) são utilizados para a coordenação das atividades conjuntas? Explique.  
Exemplo:

- A) Negociação: presente na vigência de interesses conflitantes e informações complexas;
- B) Incentivos;
- C) Normas e Regras: implica no uso de modelos de ação estáveis, legitimados por costume, hábito ou lei;
- D) Mercado (preço): permitem que os agentes simplifiquem em muito as decisões econômicas. É constituído de leis e instituições, onde o direito de propriedade é central;
- E) Centralização das decisões e direito de controle.
- F) Jogos ou interação estratégica: situações nas quais não há conflito de interesses de nenhuma forma, e as estratégias dominantes de cada “jogador” levam a um resultado superior para ambos;
- G) Descentralização com base em relações organizacionais: são alternativas de coordenação que podem administrar as atividades e relacionamentos para os quais a autoridade falha, também está sobre o teto de uma propriedade única;
- H) Outros. Quais?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

---

---

4. As atividades de coordenação são realizadas por funcionários centrais às duas empresas ou há relação de hierarquia entre elas? Se forem centrais a uma, identifique qual, em cada uma das relações.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

5. Quem faz o papel de “elo de ligação” entre as empresas (a integração se dá por atividades, funcionários centrais, outros)? Indique para cada relação.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

6. Como são realizados os procedimentos de comunicação e informação entre as duas empresas, em cada relação?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

7. Sistemas de incentivo: de que forma são reguladas as obrigações e a participação nos lucros e/ou receita? Existe um compartilhamento ou prevalece o direito de propriedade, quotas, ou outros? Indique para cada uma das relações.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

8. Na sua percepção, para cada parceiro estratégico se aplicam as seguintes questões de “mando” (governança), conforme abaixo relacionadas, ou mais de uma delas:

- A) O mando é da organização hospitalar;
- B) Está baseada em conhecimento (o mando é de quem tem o domínio técnico);
- C) Tanto a organização hospitalar quanto os parceiros definem o produto ou serviço e combinam as competências complementares;
- D) Depende do tipo de decisão pode estar em uma ou em outra e está definido em contrato.
- E) Depende do tipo de decisão pode estar em uma ou em outra e está dependente de negociação entre ambas as partes;
- F) Nenhum dos casos. Neste caso explique como são conduzidas.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

9. De forma genérica, qual a maior dificuldade encontrada na relação entre a organização e os seus parceiros estratégicos? Indique para todas as relações.

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_;



10. Qual a vantagem alcançada pela organização (hospital) com cada parceria? Indique para cada relação.

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_;

---



---



---

11. Na sua percepção existe colaboração entre a empresa hospitalar e a empresa e/ou agente parceiro (a) na seguinte medida:

- A. Integralmente, sem a necessidade de mecanismos formais para sua execução, tais como: regras, normas, procedimentos, obrigações descritas em contrato;
- B. Parcialmente, utilizando-se de mecanismos mais formais para a prática diária, tais como: regras, normas, procedimentos, obrigações descritas em contrato;
- C. Não existe colaboração sem que mecanismos prévios tenham sido combinados, tais como: regras, normas, procedimentos, obrigações descritas em contrato.

Se a opção for pela 3ª resposta, explique porquê?

Com o objetivo de melhor compreender o grau de cooperação entre ambas as partes, analise esta variável por meio da seguinte escala:

De 10 à 40 – não cooperação;

de 50 à 70 – cooperação parcial;

de 80 à 100 – integração pura.

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_;

---

---

---

12. As atividades desenvolvidas conjuntamente entre a empresa hospitalar e a empresa e ou agente parceiro(a) estão relacionadas a dependência recíproca ou parcial em algum recurso (s)? Qual? Indique para cada relação.

1. \_\_\_\_\_;
  2. \_\_\_\_\_;
  3. \_\_\_\_\_;
  4. \_\_\_\_\_;
  5. \_\_\_\_\_.
- 
- 
- 

13. Este recurso (s) é condição essencial para continuidade da parceria? Indique para cada relação.

1. \_\_\_\_\_;
  2. \_\_\_\_\_;
  3. \_\_\_\_\_;
  4. \_\_\_\_\_;
  5. \_\_\_\_\_.
- 

14. Existem riscos para a empresa hospitalar nas relações estabelecidas com seus parceiros estratégicos? Se sim, como a empresa se protege destes eventuais riscos? Indique para cada relação. Exemplo:

- A. Financeiro;
- B. Relacionais (com clientes);
- C. Responsabilidade técnica;
- D. Outros

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para estudo de caso

**Função do entrevistado:** \_\_\_\_\_

Entrevista individual com os gestores dos parceiros e/ou terceiros – 3ª etapa

**Objetivo:** Identificar os tipos de relações interorganizacionais existentes no ambiente hospitalar privado com base no tipo de rede de relacionamento, no fluxo de recursos e relação de interdependência, na estrutura de interesses e nas trocas de informação, bem como identificar que formas de governança são praticadas.

**Entrevistados.** Serão entrevistados os parceiros estratégicos identificados pelos gestores do hospital.

**Funcionamento.** As entrevistas serão conduzidas pelo pesquisador que registrará as respostas. As entrevistas serão gravadas.

**Data:** \_\_\_\_\_      **Hora:** \_\_\_\_\_      **Local:** \_\_\_\_\_

1. Sua relação com a organização é regulada por contrato? Caso a resposta seja não, identifique qual a forma de relação.

---

---

2. A coordenação das atividades desenvolvidas entre a organização hospitalar e sua empresa é centralizada para uma das partes ou é paritária (com divisão de responsabilidade e igual poder de decisão)?

---

---

---

3. Que mecanismo (os) são utilizados para a coordenação das atividades conjuntas?

Explique. Exemplo:

- A. Negociação: presente na vigência de interesses conflitantes e informações complexas;
- B. Incentivos;
- C. Normas e Regras: implica no uso de modelos de ação estáveis, legitimados por costume, hábito ou lei;
- D. Mercado (preço): permitem que os agentes simplifiquem em muito as decisões econômicas. É constituído de leis e instituições, onde o direito de propriedade é central;
- E. Centralização das decisões e direito de controle.
- F. Jogos ou interação estratégica: situações nas quais não há conflito de interesses de nenhuma forma, e as estratégias dominantes de cada “jogador” levam a um resultado superior para ambos;
- G. Descentralização com base em relações organizacionais: são alternativas de coordenação que podem administrar as atividades e relacionamentos para os quais a autoridade falha, também está sobre o teto de uma propriedade única;
- H. Outros. Quais?

---

---

---

4. As atividades de coordenação são realizadas por funcionários centrais às duas empresas ou tem relação de hierarquia em uma delas? Se forem centrais a uma, identifique qual.

---

---

5. Como são realizados os procedimentos de comunicação e informação entre as duas empresas?

---

---

---

6. Sistemas de incentivo: de que forma são reguladas as obrigações e a participação nos lucros e/ou receita? Existe um compartilhamento ou prevalece o direito de propriedade, quotas, outros?

---

---

---

7. Quem faz o papel de “elo de ligação” entre as empresas (a integração se dá por atividades, funcionários centrais, outros)?

---

---

8. Na sua percepção, para cada terceiro ou parceiro as questões de “mando” (governança) são tratadas da seguinte forma:

A) O mando é da organização hospitalar;

B) Está baseada em conhecimento (o mando é de quem tem o domínio técnico);

C) Tanto a organização hospitalar quanto sua empresa definem o produto ou serviço e combinam as competências complementares;

D) Depende do tipo de decisão pode estar em uma ou em outra e está definido em contrato.

E) Depende do tipo de decisão pode estar em uma ou em outra e está dependente de negociação entre ambas as partes;

F) Nenhum dos casos. Neste caso explique.

---

---

9. De forma genérica, qual a maior dificuldade encontrada na relação com a organização?

---

---

10. Qual a vantagem alcançada por você ou pela sua empresa com a parceria?

---

---

11. Na sua percepção existe colaboração entre você ou sua empresa e a empresa na seguinte medida:

( ) integralmente, sem a necessidade de mecanismos formais para sua execução, tais como: regras, normas, procedimentos, obrigações descritas em contrato;;

( ) parcialmente, utilizando-se de mecanismos mais formais para a prática diária, , tais como: regras, normas, procedimentos, obrigações descritas em contrato;;

( ) não existe colaboração sem que mecanismos prévios tenham sido combinados.

Se a opção for pela 3ª resposta, explique porquê?

Com o objetivo de melhor compreender o grau de cooperação entre ambas as partes, analise esta variável por meio da seguinte escala:

De 10 à 40 – não cooperação;

de 50 à 70 – cooperação parcial;

de 0 à 100 – integração pura.

---

---

12. Quem decide quais os produtos e/ou serviços serão originados ou prestados através da parceria?

( ) A empresa hospitalar, independente do domínio técnico, atividades ou recursos envolvidos;

( ) A empresa parceira se o produto e/ou serviço estiver no domínio técnico da mesma;

( ) Ambos decidem independente de quem tem o domínio técnico ou recurso envolvido;

13. As atividades desenvolvidas entre a sua empresa e a empresa hospitalar está relacionada a dependência recíproca ou parcial de algum recurso(s)? Qual?

---

---

---

14. Este recurso (s) é condição essencial para continuidade da parceria?

---