

Alianças Estratégicas nos Serviços de Saúde: uma análise teórica das Organizações Hospitalares sob a ótica das Relações Interorganizacionais e da Governança

Fatima I. D. Farias¹ **Peter Bent Hansen¹**

fdornelles@hotmail.com peter.hansen@pucrs.br

¹ Pontifícia Universidade Católica do RS (PUCRS), Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia (FACE), Mestrado em Administração e Negócios (MAN), Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

O presente estudo trata das relações interorganizacionais e das práticas de governança no ambiente hospitalar. O mesmo tem como objetivo caracterizar estas relações a partir da revisão bibliográfica sobre o tema em outros tipos de arranjos produtivos. O método utilizado foi a pesquisa exploratória de caráter teórico-conceitual baseada em bibliografia. A bibliografia aponta para a terceirização como a prática mais utilizada nos hospitais. No entanto, o estudo constata que há outras formas de relacionamento além da terceirização. O artigo conclui com a apresentação de uma caracterização preliminar das diferentes relações interorganizacionais e formas de governança existentes no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Hospital, Terceirização, Relações Interorganizacionais, Governança.

1. INTRODUÇÃO

A integração entre serviços na área da saúde está presente em muitos países há pelo menos três décadas. Segundo Bitencourt e Kliemann (2004), a questão que norteia esta experiência é o como fazer uma integração, com que finalidade e com quais objetivos. Um sistema integrado precisa estabelecer mecanismos de integração e definir objetivos estratégicos, tanto para a organização, quanto para os envolvidos diretamente com as potencialidades desta integração.

No Brasil, esta iniciativa tem sido explorada desde 1988, com o advento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que definiu as responsabilidades do Estado e do setor privado de assistência à saúde. Coube ao Estado a assistência básica (nível primário de atenção à saúde), e ao setor privado, a assistência especializada, com investimentos altos em tecnologia (nível secundário e terciário de atenção à saúde), segundo Cohn e Elias (2005). A primeira experiência de integração no setor público foi a criação dos consórcios intermunicipais, voltados ao provimento de especialistas médicos ou serviços de maior complexidade, envolvendo principalmente municípios de pequeno e de médio portes. Por sua vez, o setor privado está dividido em entidades não lucrativas (com prestação de serviços vinculados ao SUS) e lucrativas (não prestam serviços ao SUS, sendo vinculadas ao Sistema Supletivo de Assistência Médica). Os hospitais privados trabalham com a medicina de grupo, cooperativas médicas, seguro-saúde, auto-gestão e planos de administração. Este setor concentra o segmento hospitalar (79% das organizações segundo o IBGE, 1990). O segmento hospitalar incorpora tecnologias de alto custo, com alto investimento financeiro, atendendo a maior demanda de complexidade advinda das necessidades da população, o que se traduz, segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde, 2004), em sérias dificuldades financeiras para o mercado de saúde privado. Esta é a realidade sócio-ecocômica dos hospitais, onde é necessário gerir recursos financeiros cada vez maiores, para suprir necessidades cada vez mais complexas (ZANON, 2001).

Para Zanon (2001) e Cohn e Elias (2005), a área 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, necessitando de planejamento e tomada de decisão estratégicas. 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. O que se impõe para o alcance de certa vantagem competitiva é a necessidade urgente de focar esforços na atividade fim e formar alianças estratégicas com os diversos *Stakeholders*, para a o atendimento das áreas meio e de apoio. Por *Stakeholders*, entende-se grupos ou indivíduos que afetam ou são afetados pela realização dos objetivos organizacionais (FREEMAN, 1984). Uma prática bastante utilizada pelo segmento hospitalar tem sido a terceirização. Este tipo de aliança passa a responsabilidade dos serviços de apoio, de diagnóstico e de tratamento para especialistas na atividade e o que se estabelece é uma gerência compartilhada dos recursos.

Em face do exposto, o objetivo do presente estudo é entender as diferentes formas de arranjos, relacionamentos e estruturas de governança que envolvem o mercado competitivo do setor da saúde, sob o prisma do segmento hospitalar. O trabalho está estruturado em seis tópicos. O próximo tópico, o segundo, apresenta as novas formas de arranjos produtivos e relações interorganizacionais que inclui a cadeia produtiva da saúde, terceirização, redes e formas de governança. O terceiro tópico apresenta as relações interorganizacionais na saúde. O quarto tópico descreve o método de pesquisa. O quinto tópico trata da caracterização dos relacionamentos nas organizações hospitalares. O sexto tópico traz as considerações finais.

2. NOVAS FORMAS DE ARRANJOS E RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS

Os tópicos abordados a seguir apresentam um conjunto de conceitos que compõem a fundamentação teórica necessária para o objeto de estudo em questão.

2.1 CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE

A origem do conceito de cadeias produtivas situa-se na indústria, e neste contexto entende-se como cadeia produtiva os arranjos produtivos amplos (arranjos produtivos incluem todas as formas de estruturas como *Clusters*, *Filières*, redes de empresas, *Supply Chain* e outros), que se estendem desde a obtenção inicial da matéria-prima até o fornecimento de produtos acabados ao consumidor. “*As cadeias produtivas englobam todas as etapas do processo de transformação, envolvendo as diversas empresas que atuam em cada etapa, na busca de uma compreensão abrangente dos diferentes tipos de relacionamentos existentes*” (HANSEN, 2004, p.65). Outro conceito vinculado a arranjos produtivos, amplamente divulgado, é o de Arranjos Produtivos Locais (APL). Motta (apud, HANSEN, p.62), refere-se aos APLs, como “*sendo uma aglomeração geográfica de empresas pertencentes a uma cadeia produtiva que obtém vantagens competitivas que não seriam conseguidas caso estas empresas estivessem dispersas geograficamente*”.

Segundo Pereira (2005), tanto do ponto de vista prático, como teórico, a noção de relacionamentos interorganizacionais é aplicada a uma ampla variedade de arranjos produtivos, tais como: *joint ventures*, alianças estratégicas, *Clusters* (aglomerado empresarial territorial), *franchising*, cadeias produtivas, consórcios de exportação, redes interorganizacionais, entre outros. Kliemann (1997) e Casarotto Filho e Pires (1999), acrescentam *Supply Chain* (foco na competição e na racionalização dos processos), redes flexíveis de pequenas empresas (foco na cooperação e organização) e as redes *Top down* (muitas vezes envolvem a terceirização de atividades).

O setor de saúde faz parte de uma cadeia mais ampla que está associada à chamada Economia do Conhecimento, a qual engloba as indústrias da comunicação, da educação, dos serviços de saúde e das biotecnologias (SICSÚ, 2003).

Os elos da cadeia produtiva na área da saúde foram descritos por Sicsú (2003), como 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). Uma outra forma de arranjo produtivo encontrada na cadeia produtiva de saúde são as redes. 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 e GÓES, 2001). Por outro lado, os *Clusters* são mais comumente encontrados em cadeias específicas do setor de equipamentos médicos e hospitalares (Oliveira, 2004). As fronteiras deste grande complexo econômico que envolve a cadeia produtiva da saúde, não estão definidas com clareza e os vários segmentos envolvidos no sistema funcionam com lógicas próprias para cada setor, muitas vezes divergentes entre si. Atividades associadas ou periféricas se confundem com as atividades com objetivo de assistência à saúde (Dedeca *et.al*, 2001).

Desta forma, redes interorganizacionais, parcerias e terceirizações estão sendo desenvolvidas como uma forma de atender as novas necessidades, que implicam 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 e GÓES, 2001). As atividades em parceria surgiram nas organizações na busca da sobrevivência das mesmas e do aumento de 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 e SHORTELL, 1996; FRIEDMAN e GÓES, 2001; PROVAN, 1995; GIRARDI; CARVALHO e GIRARDI JR, 2005). Sendo assim, estes serão as formas de arranjos produtivos discutidos a seguir.

2.2. TERCEIRIZAÇÃO

A terceirização é entendida 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 (MARQUES, 2003). 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, 2005). 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. Este processo simplificaria a estrutura organizacional, a fim de concentrar seus esforços na atividade fim. Para isto, repassa a outra empresa um determinado serviço ou produção de um determinado bem.

Existem várias formas de aplicação da técnica 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). A terceirização caracteriza uma relação de parceria e pressupõe a formação de alianças estratégicas.

Utilizando o conceito de Garai (apud 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 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, 2004). Uma das conseqüências desta relação para a gerência são os conflitos de interesses pertinentes a esta aliança, que podem não estar expostos na relação contratual (GIRARDI, 2005).

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; WEISS; MILLER, 2001). 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). 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. O mesmo autor chama a atenção para a precarização do trabalho, característica intrínseca ligada muitas vezes à terceirização, muito evidenciada na saúde através da cooperativização.

No Brasil, existem sérias dificuldades na obtenção de dados de pesquisas sobre este tema. Um recente estudo, realizado por Girardi e Carvalho (2005), sobre as formas institucionais de terceirização dos hospitais da região sudeste do Brasil, revelou que 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. Os resultados desta pesquisa foram representativos do setor privado. No serviço público, a terceirização dos serviços de saúde está prevista no artigo 197 da constituição, porém de forma complementar, não podendo o poder público transferir a uma instituição privada toda a administração e execução de atividades de saúde prestadas por um hospital público. Os artigos 24 e 26 da lei 8080/90 prevêm a participação complementar, quando houver disponibilidade do SUS para cobertura assistencial à população de uma determinada área (DI PIETRO, 1999).

2.3. REDES INTERORGANIZACIONAIS

Na busca por entender as relações de redes entre empresas, vários estudos têm sido realizados desde a década de sessenta. Entretanto, a relevância do tema acentuou-se na segunda metade dos anos 80 do último século. Existe hoje uma variedade de classificações para a tipologia de redes empresariais, que atendem a necessidades diferentes.

Casarotto Filho e Pires (2001), ao analisarem 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. As redes flexíveis de pequenas e médias empresas são aquelas em que o grupo reúne-se para formar um consórcio com objetivos comuns. Cada uma das empresas é responsável por uma parte do processo de produção.

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

Para Grandori & Soda (1995), os relacionamentos formam uma tipologia a qual chamaram de redes interempresarias, 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.

As *Redes Sociais* são redes em que o relacionamento dos integrantes não é regulado por nenhum tipo de contrato formal, não se restringem a trocas de “*mercadorias sociais*”, tais como status e prestígio, ou com base em igualdade. A influência social pode incluir liderança e autoridade nas relações interorganizacionais e interpessoais. Elas podem ser redes sociais simétricas e assimétricas.

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 (GRANDORI e SODA, 1995).

As *Redes Proprietárias* caracterizam-se pela formalização de acordos relativos ao direito de propriedade entre os acionistas de empresas. Estão presentes formas de coordenação baseadas em direitos de propriedade, empreendimentos conjuntos e empreendimentos de capital. Podem ser classificadas também em simétricas e assimétricas.

Existem várias outras tipologias na literatura sobre redes. Sua classificação depende dos interesses envolvidos, fatores econômicos, estruturas, dimensões e localização.

2.4. O PROCESSO DE GOVERNANÇA

O termo governança tem recebido atenção crescente 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 escopo de pesquisa deste estudo refere-se a um conceito mais amplo de governança, relacionado ao exercício do poder e tomada de decisão nas relações interorganizações.

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 organização, de tal maneira a desenvolver a participação e engajamento dos membros no processo decisório.

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.

Grandori (1997), critica a modelagem encontrada na literatura sobre as estruturas de governança, especialmente aquelas da nova teoria institucional, baseadas 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 são descritas 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 adequada para ser comparada 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. 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: (a) Mercado (base em preço) – É constituído de leis e instituições, onde o direito de propriedade é central; (a) 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; (c) Voto – é o mecanismo de coordenação aplicável para problemas de ação coletiva. Deve ser considerado junto a outras alternativas de governança; (d) 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; (e) 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; (f) Negociação – pode estar sozinha ou em combinação com outros mecanismos de coordenação; (g) Institucionalização de regras e normas – implica no uso de modelos de ação estáveis, legitimados por costume, hábito ou lei.

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. 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 ou mudar. Todos os mecanismos descritos podem ser formais ou informais.

Uma outra abordagem de análise da governança foi apresentada por Humphrey e Schmitz (2000), ao estudar a governança de dois arranjos produtivos, avaliando a inserção de um *Cluster* local em uma cadeia produtiva global e o impacto desta interação nas estratégias de aprimoramento local.

2.4.1 GOVERNANÇA DE ARRANJOS SEGUNDO HUMPHREY E SCHMITZ

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 (Tabela 1).

Tabela 1 – Determinantes da governança em cadeias de valor (tradução do autor).

Tipos de Governança	Determinantes
Rede	Cooperação entre mais ou menos ‘iguais’. Tanto quem comanda a cadeia, como outros atores 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.
Semi-hierarquia	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.
Hierarquia	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.

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

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 possuem duas alternativas, 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: (a) aprimoramento de processo – por meio da atualização dos processos para resultados mais eficientes, tanto reorganizando o sistema de produção, como introduzindo uma tecnologia superior; (b) aprimoramento de produto – partindo para linhas de produtos mais sofisticadas; (c) aprimoramento funcional – adquirindo novas funções na cadeia produtiva, como exemplo, um produtor assumindo a comercialização. 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” e é favorecida 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. 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. **Na governança do tipo hierarquia** existe um controle direto da cadeia de produção pelo proprietário, normalmente o comprador (quem comanda a cadeia).

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 e 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.

3. RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE

As pessoas e organizações envolvidas em saúde estão se tornando cada vez mais interdependentes conforme o sistema de saúde sofre rápida mudança econômica e tecnológica (LASKER; WEISS; MILLER, 2001). O contexto da saúde não ficou indiferente aos movimentos exercidos pela globalização, e novas formas de relacionamento começaram a ser inseridas, como alternativa para obtenção de ganhos de competitividade.

O problema da integração nos sistemas de saúde tem sido abordado como um desafio presente e necessário (CONRAD e SHORTELL, 1996). Os teóricos organizacionais têm direcionado esforços para explicar como lidar com as complexas relações de interdependência e de cooperação entre empresas e/ou entre empresas e indivíduos, quando associados em redes, e tratam dos relacionamentos sob a ótica de três teorias: a teoria da economia dos custos de transação (ECT), a teoria dos recursos internos (*resource-based view-RBV*) e a visão dos relacionamentos em rede. Na economia dos custos de transação, o desempenho da economia também depende de como as empresas são administradas. Esta teoria considera o mercado imperfeito, existindo privilégio, e as informações e condições para a competição são desiguais para os diferentes agentes. Williamson (1996), refere que a utilização de um ou outro mecanismo de coordenação seria 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 e custos *ex-post*, conseqüência dos problemas na 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, hierarquia e mercado são descritos como modos alternativos de governança (WILLIAMSON, 1996).

Alianças e outros mecanismos de colaboração entre empresas freqüentemente são mencionados com base na teoria dos recursos (*RBV*). Enquanto na economia de custos de transação a boa governança visa minimizar custos, na *RBV* foca-se no acesso a recursos complementares, superando as limitações internas. Esta forma de atuar leva a empresa a procurar a colaboração entre empresas. A gestão estratégica passa a ter um papel na coordenação e alocação de recursos tanto dentro das fronteiras da empresa, como através delas (BITENCOURT e KLIEMANN, 2004).

Grandori (1997) propõe uma classificação de formas de relacionamentos com base em três variáveis: fluxo de recursos, complexidade de informação e estrutura de interesses. O fluxo de recursos determina o grau de dependência, que pode ser combinada, seqüencial, intensiva ou recíproca. A complexidade de informações é gerada na variabilidade de situações de troca e cooperação. A chamada estrutura de interesses varia num contínuo entre cooperação e integração pura. A combinação das três variáveis com as formas de rede determina a classificação dos tipos de relações inter-firmas.

Lasker, Weiss e Miller (2001), propõem a análise de parcerias no setor da saúde, sob o prisma da sinergia. Neste ambiente existe um grande potencial para parcerias em colaboração.

Como a colaboração exige relacionamentos, procedimentos e estruturas, que são bem diferentes daquelas praticadas pelas organizações no passado, construir parcerias consome tempo, concentra recursos e é muito difícil. Além disto, as parcerias têm o potencial para serem destrutivas para os parceiros mais fracos. No entanto, se a sinergia for criada pela colaboração, pode ser bastante poderosa. As matérias-primas para sinergia são as pessoas e organizações, e há de se considerar, neste caso, os desafios encontrados na diversidade, que podem levar à tensão e conflito. Portanto, devem ser considerados no contexto das organizações e serviços em saúde, a estrutura, os diferentes interesses e a complexidade das trocas para que estes mecanismos possam ser empregados em um negócio (BITENCOURT, 2004).

4. MÉTODO DE PESQUISA

A investigação científica depende de “*um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos, o Método Científico, adotados para se atingir o conhecimento*”, (GIL, 1999, p.26). O Método Científico é a linha de raciocínio adotada no processo de pesquisa. Para considerar o conhecimento como científico é necessário determinar o método que possibilite sua verificação. Neste sentido, o método adotado neste estudo foi a pesquisa exploratória de caráter teórico-conceitual com base na bibliografia, que buscou entender os diferentes aspectos relacionais que envolvem as alianças estratégicas no mercado competitivo do setor da saúde. Desta forma, o estudo é grandemente baseado nas referências de especialistas no tema em análise, incluindo também considerações dos autores do presente. Os pesquisadores pretendem utilizar as informações aqui levantadas e as análises realizadas para uso e aplicação prática em outros estudos posteriores.

5. OS RELACIONAMENTOS NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A partir das dimensões de análise das estruturas de governança apresentadas por Humphrey e Schmitz (2000) e por Grandori (1997), foram selecionadas as variáveis determinantes da governança na busca de construção de um modelo de análise da governança no contexto das relações interorganizacionais das organizações hospitalares (Figura 1). No contexto da governança, as flechas partem de quem comanda a cadeia de relacionamentos. As flechas com duplo sentido sugerem igualdade de “mando”, e prevalece a negociação e a relação em rede.

As dimensões de análise das estruturas de governança apresentadas por Humphrey e Schmitz (2000) e os mecanismos de coordenação descritos por Grandori (1997) contém variáveis que podem ser aplicadas como determinantes da governança no contexto das organizações hospitalares. Existem três grupos distintos de atores na cadeia; são eles: (a) atores principais – os fornecedores, prestadores de serviços (hospitais) e clientes; (b) atores que atuam na normatização do sistema – legislação, agentes de regulação (ANS), instituições representativas ou de controle social e o poder público; (c) atores que dão suporte tecnológico e de conhecimento – gestores públicos e privados, universidades e empresas contratantes (BITENCOURT e KLIEMANN, 2004). Este é o contexto da governança, onde se estabelecem relacionamentos entre os diversos atores e se consolidam alianças estratégicas de toda a ordem.

Considerando especificamente o ambiente hospitalar, os elos de relacionamento entre os distintos atores estão distribuídos em diversas direções e 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.

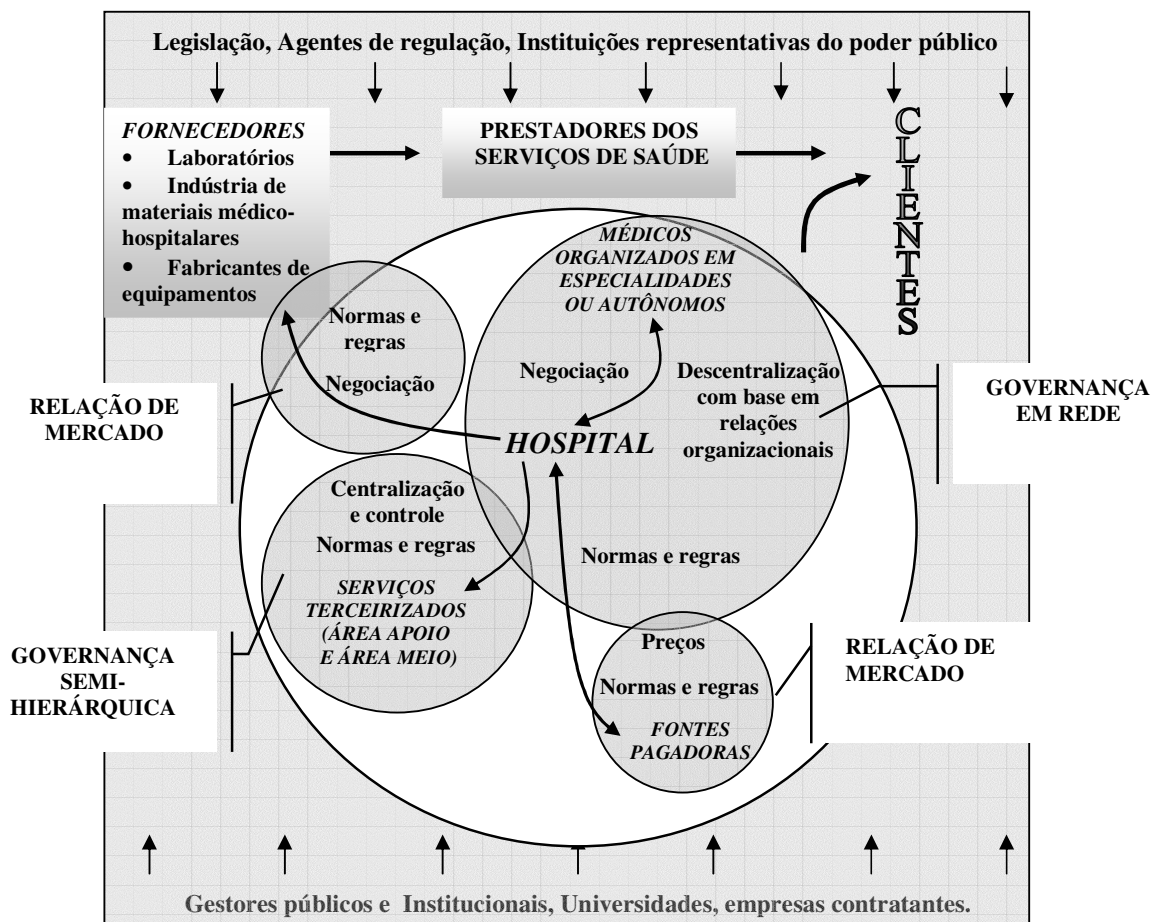


Figura 1 – Rede de relacionamentos e contexto da governança para empresas hospitalares
 Fonte: Desenvolvido pelos autores a partir de Bittencourt e Kliemann, 2004, p.18.

O caráter altamente especializado destas organizações (hospitais) faz com que as relações aconteçam com parceiros altamente competentes, como é o caso dos médicos ou especialidades médicas organizadas, estabelecendo dependência recíproca, onde o mecanismo mais utilizado é a negociação, com descentralização das decisões com base nas relações. Nesta relação ambos (hospital e médicos) tem o “mando”, o que caracteriza a governança em rede. Para a relação do hospital com as fontes pagadoras a possibilidade de perdas é uma realidade e os conflitos são uma constante da relação. Neste caso, os preços (mercado), normas e regras (legislação) e negociação conduzem a uma relação baseada nas regras de mercado. Na relação do hospital com os terceiros (prestadores de serviços complementares) as normas e regras, centralização e controle caracterizam uma governança de semi-hierarquia. Na relação com os fornecedores, existe, por vezes, uma relação comercial favorável para a organização hospitalar que, diante de uma imensa oferta na grande maioria dos insumos, obtém ganhos através de barganha e negociação, caracterizando uma relação de mercado, que pode se alterar nos casos de um único fornecedor. A presente análise sugere que dependendo dos mecanismos de coordenação utilizados existe uma tendência a estabelecer-se tipos específicos de governança (tabela 2).

Devido à complexidade de análise deste perfil de organização, a proposta de caracterizar os mecanismos de coordenação e relacionamentos existentes busca uma compreensão preliminar do contexto, contribuindo para o aprimoramento da gestão hospitalar em análises futuras.

Tabela 2 – Mecanismos de coordenação e formas de governança no ambiente das organizações hospitalares.

RELAÇÕES	MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DO RELACIONAMENTO	FORMAS DE GOVERNANÇA
Hospital e médicos	Negociação; descentralização com base em relações Organizacionais; normas e regras (dependência recíproca).	Governança em Rede
Hospital e terceiros	Centralização e controle; normas e regras (mando da organização).	Governança Semi-hierárquica
Hospital e fornecedores	Preço; normas e regras; negociação/barganha.	Relação via mercado
Hospital e fonte pagadora	Preço; normas e regras (legislação), negociação. (interesses regulados pela legislação, preços e contratos)	Relação via mercado

Fonte: Os autores.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do exposto de que a competitividade do mundo globalizado exige novas atitudes gerenciais e empresarias e novos formatos de relacionamento entre as partes interessadas, este trabalho pretende apenas iniciar uma série de outros trabalhos investigativos para a análise das relações interorganizacionais e práticas de governança na cadeia produtiva da saúde, especificamente no segmento hospitalar. A complexidade que se encerra nos negócios corporativos e nas relações advindas da natureza da assistência em saúde, requer o entendimento de todos os componentes que perpassam a cadeia produtiva do setor. A gestão dos relacionamentos engloba as questões contratuais, estruturais e humanas da relação, o que requer habilidade para a administração dos conflitos e capacidade para estabelecer a cooperação necessária. Estas habilidades e capacidades somente serão possíveis se os gestores compreenderem o contexto no qual estão inseridos, os mecanismos de coordenação disponíveis para administrar a relação e reconhecerem, neste contexto, as possibilidades para a gestão estratégica dos recursos envolvidos. Entre as novas formas de relacionamentos estabelecidas no setor da saúde, a terceirização aparece como uma prática de aliança estratégica absorvida pelo setor, juntamente com outras que progressivamente se evidenciam.

Constata-se que existe uma deficiência de informações estatísticas a respeito das alianças estabelecidas ao redor da cadeia produtiva da saúde, bem como, o volume de negócios envolvidos nestas transações. Esta constatação conduz a uma necessidade de estudos envolvendo as práticas e alianças estratégicas existentes no setor.

A complexidade que envolve as alianças estratégicas ou arranjos produtivos de toda ordem, necessários à obtenção de vantagens competitivas no segmento hospitalar privado no setor da saúde, justifica o caráter investigativo deste estudo. Muitos questionamentos ficam em aberto, os quais estimulam a busca de respostas em futuros estudos de campo.

7. REFERÊNCIAS

- BITENCOURT, °N.S; KLIEMANN NETO, F. J. Análise do Setor de Saúde sob o ponto de vista dos relacionamentos. Porto Alegre: PPGE/UFGRS, 2004.
- CASAROTTO 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: Ed. Atlas, 2001.
- CABRAL, S. Estratégias de Desintegração Vertical. ENANPAD. Encontro nacional da Associação dos Programas de Pós-graduação em Administração. 2004.
- COHN, A. e ELIAS, P.E.M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 6° ed., São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

- CONRAD, A; SHORTELL, M. Integrated Health Systems: Promise and Performance. *Frontiers of Health Services Management*. *Frontiers of Health Services Management*_Vol.13, issue 1, 1996.
- COSTA, N.R. Organização e Gestão da Assistência à Saúde. Disponível em:
<http://www.pdfafree.com/consulta> em 15/03/2006.
- DEDECA, C.S. PRONI, M.W., MORETTO, ^a O trabalho no setor de atenção a saúde. IN: NEGR, B., GIOVANI, G. Brasil : radiografia da saúde. Instituto de economia/UNICAMP: Campinas, p.175-216, 2001.
- FREEMAN, R. Strategic Management: a stakeholder approach. Toronto: Pitman, 1984.
- FRIEDMANN, L. GOES, J. Why Integrated Health Networks Have Failed. *Frontiers of Health Services Management*, 17:4, 2001.
- HANSEN, P.B. Um modelo meso-analítico de medição de desempenho competitivo de cadeias produtivas. 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.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIRARDI, S. N; 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:
www.ccs.uel.br/espaco/para_saude/v2n1/doc/FITSHRSP.
- GRANDORI, A. & SODA, G.. *Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanisms and Forms. Organization studies*. Vol.16. nº2, p. 183-214, 1995.
- GRANDORI, A. An Organization assessment of Interfirm Coordination Modes. *Organization Studies*, vol.18, Issue 6, 1997.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 1990.
- KLIEMANN, F. S. A avaliação de desempenho de cadeias produtivas: O novo desafio para a competitividade. Rio Grande do Sul, 2002.
- KOTZLE, M.C. Alianças Estratégicas: Conceito e teoria. São Paulo. RAC, vol.6, n.1, Jan/Abr. 2002: 85-104.
- LASKER, R. D. WEISS, E.S. MILLER, R. Partnership Synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *The Milbank Quarterly*, Vol. 79, Issue 2, 2001.
- MARTINEZ, J.I.N.; GUARNIERI, M.C.L., & FARRE, M.P.T. Governança em organizações com fins sociais. FIA, São Paulo, 2005.
- 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.
- SICSÚ, A.B. 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.
- ZANON, U. Qualidade da assistência Médico-Hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.
- WILLIAMSON, O. The mechanisms of governance. New York: Oxford University Press, 1996.
- WOOD JR, T.; ZUFFO, P.K. Supply Chain Management. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.38, n.3, p.55-63, Julho/Setembro, 1998.