

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENGENHARIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA
PRODUÇÃO**

Otávio Neves da Silva Bittencourt

**SISTEMÁTICA DE ANÁLISE DA CADEIA
ASSISTENCIAL DE SAÚDE (SACAS) — O CASO DAS
CADEIAS DA DIABETE E DO HIV/AIDS.**

**Porto Alegre
Novembro de 2005**

Otávio Neves da Silva Bittencourt

**SISTEMÁTICA DE ANÁLISE DA CADEIA
ASSISTENCIAL DE SAÚDE (SACAS) — O CASO DAS
CADEIAS DA DIABETE E DO HIV/AIDS.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Engenharia da Produção da Escola de
Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul, como requisito parcial para obtenção do
título de Doutor em Engenharia de Produção.
Orientador: Prof. Dr. Francisco José Kliemann Neto.

**Porto Alegre
Novembro de 2005**

Otávio Neves da Silva Bittencourt

Sistemática de Análise da Cadeia Assistencial de Saúde (SACAS) — o caso das cadeias da diabete e do HIV/AIDS.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção.
Orientador: Prof. Dr. Francisco José Kliemann Neto.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Acyr Seleme
Departamento de Administração da UFPR

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre – FFFCMPA

Profa. Dra. Maria Ceci Araújo Misoczky
Escola de Administração - UFRGS

Agradecimentos

Certas vezes comparo o trabalho de uma tese com a exploração do universo. O conhecimento disponível hoje em dia é tanto e muitas vezes bastante aprofundado que tentar contribuir para a ciência é comparável a uma viagem estelar, onde saímos do solo rumo aos planetas e estrelas mas nossa capacidade individual de captar e compreender dados e informações para produção do conhecimento é infinitamente menor que o tamanho do universo e sua complexidade. Às vezes até conseguimos algum avanço — a comunidade científica terá a oportunidade de avaliar se é o caso deste trabalho —, mas é pequeno se comparado ao grande desafio que é o entendimento da vida.

Felizmente não estamos sozinhos nessa jornada e a essas pessoas gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Francisco Kliemann grande responsável por me apresentar esse tema tão fascinante e sempre aberto a transmitir seus conhecimentos de uma forma muito oriental.

A profa. Anna Grandori pela oportunidade de participar do Seminário de Pesquisa Interorganizacional na Universidade de Bocconi de Milão.

Aos meus colegas de curso pelos momentos únicos de discussão e inspiração, em especial ao Aurélio, Oscar, Érica, Albert, Celito e Peter, esse mais para professor do que aluno. Aos professores Sílvio Ceroni, José Luis Ribeiro, Leonardo de Oliveira, Jaime Fensterseifer e Maria Beatriz Luce que ao longo das disciplinas proporcionaram parcelas de conhecimento que de uma forma ou outra definiram o formato e o conteúdo do trabalho.

Ao Ricardo Kuchenbecker pelas horas de debate científico e inúmeras sugestões a esse trabalho.

Aos professores Maria Ceci Misoczky e Acyr Seleme pelas críticas e contribuições na fase de projeto e defesa e ao professor Airton Stein pelas contribuições na defesa.

Ao Dr. Jorge Cantergi e Enfa. Isete Maria Stela pela colaboração na pesquisa de campo.

Ao José Roberto Goldim pelas dicas metodológicas e procedimentos éticos de pesquisa.

Ao Hospital de Clínicas, em especial a Administração Central, na pessoa do Prof. Sérgio Machado, pela oportunidade de crescimento científico e profissional.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Gilda, pelo exemplo de busca do aperfeiçoamento.

A Jackie pelo amor e apoio nessa jornada e ao Miguel pela paciente espera do pai concluir essa tese.

RESUMO

Nos últimos anos, as relações interorganizacionais assumiram importância acadêmica e prática em função do potencial de inovações e aprimoramentos que a gestão desse novo ambiente demonstra ter para as organizações e para a sociedade. Ao mesmo tempo, os atuais sistemas de saúde são concebidos para serem integrados e, com isso, ter maior efetividade. O objetivo desse trabalho é propor uma sistemática de análise de cadeias produtivas de saúde. Consideram-se os referenciais teóricos mais relacionados ao tema para a formulação dessa proposta: cadeias produtivas, economia do custo das transações, imbricamento das relações sociais nas atividades econômicas, cooperação entre organizações, redes sociais, análise de cenários e qualidade em saúde. Essa sistemática de análise é aplicada, de forma preliminar, em duas cadeias de saúde: os serviços que atendem aos pacientes diabéticos e outra destinada a atender aos pacientes com HIV/AIDS. Os resultados indicam que a sistemática proposta identifica a predominância de modos de governança entre as organizações, o uso de instrumentos de gestão do relacionamento, a presença de estruturas de rede entre unidades de saúde e as ações de cooperação entre organizações. Acredita-se que seu uso possa trazer importantes contribuições na formulação de políticas dos sistemas de saúde e organizacionais.

Palavras chaves: cadeia de saúde, relações interorganizacionais, governança, redes sociais, gestão em saúde, diabetes, HIV .

ABSTRACT

In the last years, interorganizational relationships had assumed academic and practical importance for its potential in innovations and improvements. It has been demonstrated this new environment has good impact to organizations and society. At the same time, the current systems of health are conceived to be integrated and to have greater effectiveness. The aim of this work is to provide a framework of analysis to interorganizational health care systems. The related theoretical referential to the subject for the formularization of this proposal are: productive chains, transactions cost economy, social embeddedness in the economic activities, cooperation between organizations, social networks, analysis of scenarios and quality in health care. This framework is applied, preliminarily, in two interorganizational health care systems: the services that take care of diabetic patients and other destined to take care of HIV/AIDS patients. The results indicate that framework identifies the main governance between organizations, the use of management instruments to the relationships, the presence of structures of network between units of health care and some actions of cooperation between organizations. It is believed its use can bring important contributions to the policies decision making in the health systems and organizations.

Keywords: health service chain, interorganizational relationships, governance, social network, health management, diabetis, HIV.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Publicação (CIP)

B624s

Bittencourt, Otávio Neves da Silva

Sistemática de Análise da Cadeia Assistencial de Saúde (SACAS) — o caso das cadeias da diabete e do HIV/AIDS/ Otávio Neves da Silva.

235 f.

Tese (Doutorado). -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Engenharia, Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Porto Alegre, 2005.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Kliemann Neto.

1. Relações interorganizacionais. 2. Cadeia produtiva de saúde. 3. Governança. 4. Redes sociais. 5. Gestão em saúde. I. Título.

CDU 658.5

Bibliotecária responsável: Tânia Fraga – CRB10/765

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Configurações das perspectivas de pesquisa em interorganizações. _____	33
Figura 2: Esquema geral de uma cadeia produtiva (filière) genérica. _____	36
Figura 3: Tipos de governança. _____	41
Figura 4: Características das análises de Cadeias Produtivas, Economia do Custo das Transações (ECT) e Imbricamento. _____	49
Figura 5: Algoritmo de referencial de estudo de incerteza. _____	52
Figura 6: Relacionamentos entre as dimensões do ambiente organizacional. _____	56
Figura 7: Estrutura de interesses. _____	65
Figura 8: Exemplo de sociograma. _____	73
Figura 9: Representação gráfica do arcabouço teórico. _____	80
Figura 10: Fases da metodologia de cenários. _____	82
Figura 11: Dimensões da qualidade na assistência de saúde. _____	88
Figura 12: Avaliação de necessidades de saúde. _____	92
Figura 13: Sistemática de análise da cadeia assistencial de saúde — SACAS. _____	96
Figura 14: Fatores de análise da etapa de desenho. _____	101
Figura 15: Fatores de análise da etapa de identificação dos tipos de governança. _____	107
Figura 16: Fatores do estudo de cooperação. _____	110
Figura 17: Fatores da análise das relações entre organizações. _____	112
Figura 18: Fatores do estudo do controle e poder. _____	113
Figura 19: Fatores de análise do estudo da governança de cadeia de saúde. _____	116
Figura 20: Fatores de análise do estudo das Redes Sociais. _____	117
Figura 21: Etapa dois da SACAS – Análise Interorganizacional. _____	120
Figura 22: Esquema de tratamento dos dados e análise. _____	125
Figura 23: Desenho da cadeia assistencial para pacientes diabéticos. _____	129
Figura 24: Principais relacionamentos do Operador na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. ____	135
Figura 25: Principais relacionamentos da Clínica Especializada na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. _____	143
Figura 26: Principal relacionamento do Laboratório na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. ____	149
Figura 27: Principais relacionamentos do Hospital na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. ____	154
Figura 28: Principais relacionamentos do Consultório na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. _	159
Figura 29: Tendência de governança na cadeia de saúde para pacientes diabéticos. _____	164
Figura 30: Relacionamentos de envio na cadeia de saúde de HIV/AIDS. _____	172
Figura 31: Relacionamentos de recebimento na cadeia de saúde de HIV/AIDS. _____	176
Figura 32: Relacionamentos de coordenação de caso na cadeia de saúde de HIV/AIDS. _____	179
Figura 33: Relacionamentos de programas conjuntos na cadeia de saúde de HIV/AIDS. _____	182

LISTA DE QUADROS

Quadro	1 – tipos de interdependência organizacional. _____	64
Quadro	2: tipos de redes interorganizacionais. _____	67
Quadro	3 – Tipos de interdependência e formas de redes. _____	67
Quadro	4 – Classificação dos modos de Governança. _____	69
Quadro	4: Análise das necessidades assistenciais: _____	97
Quadro	5: Análise do desenho da cadeia. _____	100
Quadro	6: Critérios para avaliação do acesso e efetividade em saúde. _____	101
Quadro	7: Análise das características dos relacionamentos. _____	102
Quadro	8: Análise dos relacionamentos entre as unidades de saúde e dessas com o gestor público. _____	104
Quadro	9: Análise da governança pelo referencial do custo das transações e do imbricamento social. _____	106
Quadro	10: identificação da composição de fatores para cada elemento da sistemática de análise. _____	108
Quadro	11: Análise da estratégia de cooperação. _____	109
Quadro	12: Características da Cadeia Assistencial para Pacientes Diabéticos. _____	134
Quadro	13: Escore sobre os fatores de relacionamento do Operador na Cadeia de Saúde. _____	136
Quadro	14: Resumo da análise dos relacionamentos do Operador. _____	142
Quadro	15: Escore sobre os fatores de relacionamento da Clínica Especializada na Cadeia de Saúde. _____	143
Quadro	16: Resumo da análise dos relacionamentos da Clínica. _____	150
Quadro	17: Escore sobre os fatores de relacionamento do Laboratório na Cadeia de Saúde. _____	151
Quadro	18: Resumo da análise do relacionamento do Laboratório. _____	153
Quadro	19: Escore sobre os fatores de relacionamento do Hospital na Cadeia de Saúde. _____	154
Quadro	20: Resumo da análise dos relacionamentos do Hospital. _____	158
Quadro	21: Escore sobre os fatores de relacionamento do Consultório na Cadeia de Saúde. _____	159
Quadro	22: Resumo da análise dos relacionamentos do Consultório. _____	163
Quadro	23: Estudo da cooperação na cadeia de saúde. _____	165
Quadro	24: Serviços Especializados em HIV/AIDS de Porto Alegre. _____	170
Quadro	25: Número de atendimentos de outubro de 2004 em Infectologia agendadas através da Central de Marcação de Consultas da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. _____	177
Quadro	26: Resumo da análise entre organizações. _____	183
Quadro	27: Densidade de serviço na rede de Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS. _____	186
Quadro	28: Densidade organizacional na rede de Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS. _____	187
Quadro	29: Grau de influência das Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS. _____	188
Quadro	30: Fatores e variáveis confirmados após a aplicação da SACAS. _____	195

SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO	11
1.1) Contexto do Problema	13
1.2) O estudo das cadeias produtivas e sua aplicação para a indústria da saúde	17
1.3) Objetivos do trabalho	24
1.4) Questões de Pesquisa	24
1.5) Limites do Estudo	25
1.6) Estrutura do Trabalho	26
2) EMBASAMENTO TEÓRICO	28
2.1) Teorias de Governança	32
2.1.1) Análise de Cadeias Produtivas	34
2.1.2) A Economia do Custo das Transações	37
2.1.2.1) Pressupostos Básicos da Economia do Custo das Transações	39
2.1.2.2) Características fundamentais das transações	40
2.1.3) O imbricamento das relações sociais nas relações econômicas — <i>embeddedness</i>	42
2.1.3.1) Governança em rede	44
2.1.3.2) Governança relacional e contratual	46
2.1.4) Análise crítica das abordagens	47
2.1.4.1) Contextualização	48
2.1.4.2) Incerteza	49
2.1.5) Cooperação como estratégia nas interorganizações	56
2.1.5.1) Aproximando-se da cooperação	58
2.1.5.2) A estratégia de cooperação	60
2.1.5.3) Coordenação entre empresas e mecanismos de governança para o estabelecimento de estratégias	62
2.1.6) Classificação dos modos de Governança	68
2.2) Teorias de Rede Social	70
2.2.1) Análise de Redes Sociais	70
2.2.2) Poder e Controle	75
2.3) Abordagens de Análise das Relações Interorganizacionais	78
2.4) Análise de Cenários	80
2.5) Melhorias dos serviços de saúde	85
2.5.1) Os processos assistenciais de saúde	87
2.5.2) Critérios de avaliação da qualidade em saúde	87
2.5.3) Definição de qualidade assistencial para populações	89
2.5.4) Definição das necessidades de saúde	90
3) PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE ANÁLISE DA CADEIA ASSISTENCIAL DE SAÚDE	93
3.1) Etapa 1 – Identificação das necessidades assistenciais e dos componentes	95
3.2) Etapa 2 – Análise Interorganizacional	97
3.2.1) Estudo da Governança	98
3.2.1.1) Desenho da cadeia	98

3.2.1.2) Identificação dos tipos de governança	99
3.2.2) Estudo da cooperação	109
3.2.3) Estudo das Redes Sociais	110
3.2.3.1) Análise das Relações entre Organizações	111
3.2.3.2) Estudo do Controle e Poder	112
3.3) Etapa 3 – Análise de Cenários	114
3.4) Etapa 4 – Identificação de melhorias para a Cadeia	114
3.5) Metodologia de Implantação	118
3.5.1) Projeto do estudo de caso	119
3.5.1.1) Etapas e instrumentos para coleta de dados para pacientes com diabetes	120
3.5.1.2) Etapas e instrumentos para coleta de dados para pacientes vivendo com HIV/AIDS	123
3.5.2) Proposta de análise	124
4) APLICAÇÃO DA SISTEMÁTICA DE ANÁLISE INTERORGANIZACIONAL	126
4.1) Estudo da Governança na cadeia assistencial para pacientes diabéticos	127
4.1.1) Desenho da cadeia assistencial para pacientes diabéticos	127
4.1.2) Identificação dos tipos de Governança	135
4.1.2.1) Relações Interorganizacionais do Operador	135
4.1.2.2) Relações Interorganizacionais da Clínica Especializada	141
4.1.2.3) Relações Interorganizacionais do Laboratório	149
4.1.2.4) Relações Interorganizacionais do Hospital	152
4.1.2.5) Relações Interorganizacionais do Consultório	157
4.2) Estudo da Cooperação na cadeia assistencial para diabetes	165
4.3) Análise das relações sociais da cadeia de HIV/AIDS	168
4.3.1) Análise das relações entre organizações	171
4.3.2) Estudo do Controle e Poder	184
4.4) Análise de cenários e identificação de melhorias na cadeia de saúde — aplicação preliminar	189
4.5) Considerações a respeito da pesquisa de campo	192
4.6) Confirmação dos pressupostos de pesquisa	194
5) CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	197
5.1) Considerações finais	197
5.2) Recomendações para futuras pesquisas	200
BIBLIOGRAFIA	202
ANEXOS	213
ANEXO I – Desenhos preliminares das cadeias de saúde	214
ANEXO II – Carta aos profissionais ou representantes da Cadeia de Saúde	215
ANEXO II – Carta aos profissionais ou representantes da Cadeia de Saúde	216
ANEXO III – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia principal.	217
ANEXO IV – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia secundária.	225

ANEXO V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Paciente	232
ANEXO VI – Roteiro de entrevista junto ao paciente para reconhecimento da cadeia produtiva.	233
ANEXO VII – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia de serviços para pacientes vivendo com HIV/AIDS.	235

1) INTRODUÇÃO

A interdependência entre as organizações condiciona a resolução de problemas, muitas vezes, a partir de uma análise para além das próprias fronteiras. A aquisição de matérias-primas ou insumos numa relação de longo prazo, por exemplo, leva em conta fatores como o investimento necessário para a realização das trocas, o grau de confiança, a dependência do fornecedor e a frequência dessas trocas. As ações de otimização na estrutura de custos ou de processos internos, nessas situações, têm pouco ou nenhum resultado e o preço pode não ser determinante.

Em muitas situações na economia atual, a produção de produtos e serviços conta com a participação de várias organizações. Entretanto, para o mesmo tipo de produtos e serviços, observam-se desempenhos distintos para cada conjunto de empresas. Esse fenômeno é objeto de análise de disciplinas econômicas, organizacionais e sociológicas.

A teoria econômica estabeleceu, no início do século XX, o conceito de transação entre empresas como um elemento fundamental de eficiência. O modelo do livre mercado, da concorrência perfeita e dos ajustes de preços pelas curvas da oferta e da procura, foi complementado pelo que se denominou 'atrito' da economia, ou seja, o custo das transações (Williamson, 1985). A forma de produzir um bem ou serviço, antes uma questão para o mercado resolver, passou a ser uma variável da eficiência econômica, na medida em que a produção poderia ser realizada por uma única empresa, pelo mercado, mas também por uma combinação de empresas, ou arranjos econômicos híbridos. Essas distintas formas de produção de bens e serviços correspondem a instituições de governança¹ da atividade econômica (Williamson, 1998).

¹ Note-se que começa a surgir o conceito de governança, um conceito recorrente em várias abordagens organizacionais, principalmente no ambiente das relações interorganizacionais e que aqui significa a forma de coordenar, interagir e direcionar um conjunto de organizações.

Estudos recentes na área de organizações apontam que as redes de inter-organizações — as formas econômicas híbridas — podem oferecer respostas aos complexos problemas da sociedade atual, aperfeiçoando tanto a resposta às necessidades do cliente como o desempenho organizacional. Os teóricos estão voltados para encontrar explicações para os fenômenos das relações interorganizacionais, devido à capacidade destas novas organizações lidarem com as complexas relações de interdependência e de cooperação (Grandori e Soda, 1995).

As relações interorganizacionais também têm recebido contribuições de sociólogos, na perspectiva da influência das relações sociais nas trocas entre empresas (Granovetter, 1985), levando em conta a capacidade de formação de confiança e cooperação.

A contribuição desses conceitos para a indústria da saúde leva a amplos e positivos desdobramentos. A assistência de saúde compreende uma complexa seqüência de transações entre pacientes, unidades de saúde e outros grupos ligados à saúde (Stiles et al., 2001). Todo esse conjunto de organizações contribui para a prestação de serviços de saúde, ainda que, sem a coincidência de objetivos nesse foco. Entretanto, a nova visão dos estudos de arranjos estruturais do mercado de saúde altera o foco tradicional de prestação para o de coordenação do serviço, através da governança entre as organizações.

O problema da integração nos sistemas de saúde tem sido abordado como um desafio presente e necessário de uma forma geral (Conrad & Shortell, 1996; Light, 2001; Herzlinger, 2002; Friedman & Goes, 2001; Institute of Medicine, 2001). No sistema brasileiro e em outros países com poucos recursos, esse problema talvez seja ainda maior por fatores como a origem e a diversidade das organizações, bem como pela falta de recursos, principalmente para o setor público.

A tendência demográfica e a própria medicina estão mudando o perfil epidemiológico para doenças crônicas. Doenças crônicas requerem uma forma diferente de organização da saúde se comparada com situações agudas (*The Institute for the Future*, 2003). A ênfase está no cuidado, ao invés da cura, no monitoramento, ao invés da intervenção aguda, na multidisciplinaridade e na criação de redes de saúde

integradas (Delnoij et al., 2003). A integração e a coordenação de serviços, particularmente no caso da assistência em HIV, podem otimizar o uso dos recursos e aumentar o acesso (Kitahata et al., 2002). Na diabetes, outra doença crônica, há inúmeros exemplos do benefício da integração entre serviços de saúde (Conrad, 1993, Epping-Jordan, 2001, Halfon e Hochstein, 2002). Entretanto, essa perspectiva deve ser ampliada para as organizações industriais e de serviços, organizações governamentais, organizações não-governamentais e outras organizações locais vinculadas com a questão saúde.

Para justificar teoricamente esta abordagem, Thomas Kuhn denomina o período em que vivemos de *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 (Lockett & Thompson, 2001).

1.1) Contexto do Problema

O objetivo do sistema de saúde é assegurar o acesso a uma atenção de qualidade adequada e a um custo razoável (Rezende e Peixoto, 2003). O sistema é composto por unidades de saúde que se organizam em níveis de complexidade que se relacionam entre si através de mecanismos e instrumentos de referência e contra-referência de usuários, conformando o que se denomina uma rede de atenção ou de serviços de saúde. Um sistema de saúde tem por princípios assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde.

Nos últimos anos, a indústria da saúde vem sendo desafiada a se reinventar para atender as complexas demandas da sociedade. Os países, de maneira geral, estão em busca de um sistema de saúde com melhores respostas às necessidades dos usuários (Glouberman & Mintzberg, 2001). Trata-se, na verdade, de um dos mais complexos sistemas conhecidos na sociedade contemporânea, enquanto que os hospitais, em particular, são considerados organizações extraordinariamente difíceis de gerenciar.

A finalidade principal desse sistema é oferecer serviços a pessoas com alguma necessidade de saúde. A variabilidade biológica e comportamental presente no conjunto da população tornam cada atendimento quase que único. A imprevisibilidade dos eventos de saúde dificulta a distribuição e alocação de recursos. A necessária tempestividade no atendimento a um evento de saúde é outro fator complicador, o que obriga a distribuição dos serviços para facilitar o acesso da população. As organizações de saúde, principalmente os hospitais, sofrem pela falta de coesão interna (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Ao mesmo tempo, as tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças têm avançado com velocidade e expressivos resultados, observados na redução da mortalidade para muitas doenças e na melhor qualidade de vida para doenças crônicas. Paralelamente, as inovações nas formas de tratamento têm sido alvo de constantes estudos, através de pesquisas com elevado rigor científico, determinando as melhores opções no alcance de ganhos na qualidade de vida ou na sobrevivência do paciente, ou em ambos.

Toda esta transformação naturalmente acaba por afetar a forma como a prestação do serviço de saúde é realizada. Para um setor que recebe influências de aspectos biológicos, comportamentais, além dos econômicos, não resta dúvida sobre a dificuldade para organizá-lo.

No Brasil, por exemplo, após a Constituição de 1988 a saúde foi definida como um dever do Estado e, para cumprir tal designação, estabeleceu um amplo sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), e o denominado sistema de assistência suplementar à saúde, privado. Esse processo resultou em grandes avanços no campo social, quando, por exemplo, cria-se a possibilidade de que todo cidadão brasileiro possa ter acesso à saúde, e acarretou mudanças institucionais, quando se define que a saúde deva se organizar a partir do município e cria instâncias de controle social, que permitem a participação da comunidade.

Apesar desses avanços, essa reforma apresenta alguns problemas: distorções e ineficiências do investimento, acarretando a implantação incompleta de redes intermediárias e básicas de serviços, o que sobrecarrega e compromete a efetividade

do sistema hospitalar; a ineficiência, mas principalmente a ineficácia dos recursos; um modelo assistencial fundado na livre demanda, do qual estão ausentes os princípios de adscrição de clientela e de identificação de porta de entrada; a organização e gestão antiquadas e inadequadas do sistema e de suas unidades organizacionais (Draibe, 1999, apud Monnerat et al., 2002). Os municípios, responsáveis por gerir o sistema local de saúde, têm uma rede de serviços heterogênea e não integrada (Monnerat et al., 2002).

Além disso, o porte de muitos municípios não justifica a criação de um sistema restrito aos seus limites, pois dentro de uma lógica de hierarquização e da regionalização dos serviços não haveria escala e componentes disponíveis para organizar, em cada município, um sistema que contenha os diversos níveis de atenção (Levcovitz, 1997, apud Monnerat et al., 2002). Os consórcios municipais de saúde seriam uma alternativa para esse problema, mas estudos apontam problemas de viabilidade financeira e manutenção da qualidade (Teixeira et al., 2002a), assim como de confiança e contratação (Ribeiro e Costa, 1999; Teixeira et al., 2002b) para sua criação e manutenção.

Os prestadores de serviços, tais como hospitais, laboratórios e clínicas, se comportam como organizações isoladas, interagindo pouco com outras unidades. A fraca integração traz muitas conseqüências negativas. Por exemplo, no caso de transferências de pacientes, de uma forma geral, não há mecanismos para a troca de informação entre os serviços envolvidos. Há mais equipamentos computadorizados de tomografia do que seria necessário se houvesse um planejamento integrado dos serviços colocados à disposição da população. Muitas vezes, os hospitais estabelecem movimentos em busca do aumento da eficiência sem interagir com outras organizações e, assim, alguns problemas estruturais persistem como superlotação das emergências, pouca resolutividade de algumas especialidades e serviços, falta de gerenciamento da rede de serviços e ineficiência na aquisição de insumos.

Ao mesmo tempo, a evolução da tecnologia em saúde produz necessidades de alta coordenação. Quando no passado um paciente submetia-se a uma complexa intervenção, geralmente permanecia por longo período de internação, mas agora o

mais provável é que ele tenha uma série de pequenas admissões e consultas ambulatoriais, o que requer uma articulação entre os serviços envolvidos (Healy e McKee, 2002).

Há também a crítica ao paradigma atual da saúde, o assim denominado 'modelo médico produtor de procedimentos', que condena a maneira como a assistência é conduzida, centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nas condições sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas. Também aponta para o fato de que essa prática é mais onerosa, por estar centrada em exames e medicamentos, e constituir-se de atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora (Malta et al., 2004).

Há praticamente um consenso a respeito do conceito da assistência centrada no paciente (Dellby, 1996; Healy e McKee, 2002), que organiza a prestação de serviços de saúde a partir das necessidades do paciente. Decorre daí a ênfase das políticas de saúde nos serviços de nível primário de saúde, onde a atenção está próxima do indivíduo e da comunidade.

Não é por outra razão que um dos principais desafios para as organizações de saúde é coordenar o trabalho através dos serviços que são complementares. A integração ocorre em múltiplas dimensões, tanto funcional, médica como clínica (Friedman e Góes, 2001). A integração funcional ocorre quando as funções e atividades-chave de suporte são coordenadas através das unidades operadoras do sistema para alcançar maior valor. A integração dos sistemas médicos se dá quando esses se ligam aos sistemas individuais de prestação de serviço (como os serviços de diagnóstico) e há maior participação no planejamento, gerenciamento e sistemas de governança (Conrad & Shortell, 1996). A integração clínica, por sua vez, pode ser definida como o âmbito para o qual as pessoas, as funções, as atividades e os serviços assistenciais locais são coordenados para que, dentro de determinado tempo, atendam a necessidade de saúde do paciente, maximizando o valor do serviço (Institute of Medicine, 2001).

A rede local de serviços de saúde integrada ainda é um dos melhores mecanismos disponíveis para prestar assistência às comunidades com alta qualidade e de maneira custo-efetiva². O valor central da integração é aperfeiçoar tanto a coordenação e a integração de diferentes atores do sistema de saúde da comunidade, como a experiência dos pacientes e os resultados de saúde (Friedman and Goes, 2001).

1.2) O estudo das cadeias produtivas e sua aplicação para a indústria da saúde

As organizações perseguem suas próprias finalidades através de um grande número de complexas atividades, ao nível interorganizacional, que as capacitam a negociar em seus ambientes. Enxergar o ambiente organizacional como uma série de redes interpostas proporciona um mecanismo de análise da natureza da ação organizacional em termos de seu impacto no coletivo agregado emergente de organizações, assim como na performance (Fombrun, 1982).

O estudo das cadeias produtivas provém de muitas vertentes preocupadas em entender o fenômeno da interdependência das organizações que, em alguns casos, criou sinergia e trouxe reflexos positivos para o desempenho econômico.

A região italiana da Emilia Romana é um exemplo de desenvolvimento regional através de associações de pequenas e médias empresas que se tornaram competitivas. Os sistemas econômicos locais competitivos, também denominados *clusters*, caracterizam-se por uma ampla verticalização da região, mas com empresas desverticalizadas e alto nível de empreendedorismo (Casarotto & Pires, 2001).

A necessidade de definição de políticas para o desenvolvimento regional fez surgir abordagens sobre os fatores de competitividade para a criação de *clusters*. Um

² Uma ação de saúde custo-efetiva significa que, comparativamente a outras alternativas, ela oferece melhores resultados a população, dentro do uso otimizado de recursos.

desses modelos é a metodologia do Instituto Alemão de Desenvolvimento (IAD), que entende a capacidade competitiva de uma indústria ou setor econômico através de quatro níveis de análise: o meta, o macro, meso e o micro. O nível meta se refere aos valores sócio-culturais e sua influência na articulação de grupos que geram capacidade estratégica e política. O nível macro corresponde ao ambiente macroeconômico, ou seja, aos instrumentos de política econômica, fundamentalmente as políticas monetária, fiscal e cambial. No nível meso está a organização da região, suas políticas, sua infraestrutura, instituições e ambiente de cooperação. Finalmente, no nível micro está a capacidade empresarial de produzir bens e serviços com elevados níveis de eficiência (Casarotto & Pires, 2001).

Como se pode perceber, a análise de nível meso, ou 'mesoanálise', é o grande diferencial de outras abordagens, pois além de estar inserida num conjunto amplo de análises do ambiente, ao mesmo tempo faz leituras específicas para as organizações, direcionando o estabelecimento de políticas para a criação de *clusters* e o desenvolvimento local.

A escola francesa, numa análise semelhante, adota o termo *filière* ou *mesosystème*, definindo-o como um conceito teórico desenvolvido tanto para a descrição da estrutura industrial de um país, como também para a análise das estratégias dos diferentes atores num sistema econômico (Groeneweyen & Beije, 1989). As organizações públicas e privadas operam num espaço econômico onde elas podem encontrar outros atores com os quais podem competir ou cooperar ou mesmo controlar. A *filière* é como uma rede de relações criada no mercado e no ambiente sócio-político. As relações de fornecimento e demanda de unidades físicas, bem como a troca de informação tecnológica, não são as únicas coisas que importam, mas também as relações pessoais entre os membros das organizações.

O crescente sucesso da indústria japonesa e dos 'tigres asiáticos' tem assumido um papel de importância no convencimento de que um alto grau de coordenação pode ser um traço efetivo de organização econômica. Na Europa, diante da integração econômica, a coordenação interorganizacional é obviamente crucial na criação de

atores econômicos dentro de uma base continental, assim como demonstram as inúmeras associações e fusões de empresas (Grandori, 1998).

Outro fator desencadeador do estudo das cadeias produtivas é a tendência do Estado se retirar da economia. Essa política traz à tona o debate de quem assume o espaço deixado e qual deve ser a nova postura do Estado. Dentro dessa nova perspectiva, o Estado tem se tornado fundamentalmente um financiador e um comprador de uma variedade de empresas privadas, públicas e ONGs (organizações não-governamentais). Isso representa uma modificação, principalmente nas áreas de educação e saúde, nos métodos de planejamento da alocação de recursos e na indução para a criação de acordos e alianças entre as organizações, dentro da característica de 'quase-firma', isto é, uma organização econômica que se situa entre o mercado e a empresa (Ferlie, 1992).

Analisando-se a evolução do sistema de hospitais americano, por exemplo, observa-se que houve progresso na integração funcional e na integração dos sistemas médicos. Entretanto, ainda resta um desafio maior: a construção da integração clínica, ou seja, a coordenação dos serviços de saúde através dos provedores, funções, processos e ambientes com vistas a alcançar o valor máximo para a pessoa que busca a assistência (Conrad & Shortell, 1996).

A vantagem comparativa é alcançada para aquelas organizações que verdadeiramente integram e coordenam o fluxo de pacientes através dos sucessivos estágios dos serviços de saúde. A diversificação das unidades operadoras – tais como hospitais – em serviços fora da linha central de negócio e competência, em busca da redução do risco financeiro e ganhos na receita, é acompanhada pela habilidade em coordenar a assistência dentro e entre os serviços ao longo de toda a cadeia produtiva de saúde (Conrad & Shortell, 1996).

Na visão de saúde pública, o desafio das organizações é coordenar o trabalho através de serviços que são complementares, tais como os serviços de resgate, as unidades de emergência e os centros cirúrgicos; ou entre as unidades de atendimento primário, especialidades e laboratórios de exames daqueles pacientes que são referenciados. A coordenação da assistência entre médicos e os diversos ambientes

onde a prestação de serviços se realiza tem alcançado maior eficiência e melhores resultados clínicos (Institute of Medicine, 2001). Otimizar a assistência para pacientes com uma condição crônica complexa é suficientemente desafiador, mas otimizar a assistência para pacientes com várias condições complexas e episódios agudos, bem como atingir as necessidades de manutenção de saúde, representam um desafio extraordinário para os sistemas de saúde de hoje.

Em particular, esta coordenação engloba um conjunto de comportamentos dos profissionais e sistemas de informações na tentativa de considerar juntos os serviços de saúde, as necessidades dos pacientes e a cadeia de informação para que a prestação do serviço se dê no tempo oportuno. As longas filas de espera, a demora no atendimento e as dificuldades de obter atendimento sugerem que a assistência não está desenhada para o bem-estar do paciente, ou seja, não está centrada nas necessidades do cliente (Institute of Medicine, 2001).

Nos Estados Unidos, a importância dada à colaboração nos assuntos de saúde fez com que se criassem alianças, coalizões, consórcios e outros tipos de parcerias. Há um entendimento comum de que, no ambiente de hoje, muitos objetivos de saúde não podem ser atingidos pela ação individual de uma pessoa ou organização, mas sim através de parcerias sinérgicas. No entanto, colaborar requer relações, procedimentos e estruturas que são bem diferentes da forma como as organizações têm trabalhado no passado (Lasker et al., 2001). Daí a importância em estudar os mecanismos e os fenômenos presentes na produção do serviço de saúde.

Alguns autores incluem as redes interorganizacionais, não como mecanismos de governança, mas como entes políticos que podem direcionar a formação de políticas públicas para organizar os serviços de saúde e atender às necessidades da população (Misoczky, 2003).

A aplicação dos conceitos de cadeia produtiva no setor de saúde cria um potencial para a criação de um ciclo de inovações para a gestão da cadeia, representado em novos produtos e serviços que indústrias, hospitais e laboratórios podem oferecer. No entanto, é necessária a compreensão das interorganizações para que se possa avaliar e propor mecanismos de governança.

As doenças crônicas, como a AIDS e o diabetes, consomem grande parte do recurso destinado à saúde. A infecção de HIV impõe um tremendo desafio para o sistema de saúde mundial (Kitahta et al., 2002), onde 90% dos 40 milhões de infectados em 2001 vivem em locais com poucos recursos e com prognóstico desfavorável em relação às pessoas que vivem em países desenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2002, dos 6 milhões de pessoas em países em desenvolvimento com necessidades de terapia antiretroviral, somente 4% receberam tal tratamento, metade dos quais no Brasil. A diabetes, por sua vez, está alcançando proporções de epidemia ao redor do mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (Wild et al., 2004). A prevalência de diabetes (o quociente entre o número de casos sobre a população) entre todas as idades foi estimada em 2,8% em 2000 e em 4,4% em 2030. Na região das Américas é estimado que o número de pessoas com diabetes cresça em 83% em 25 anos, um terço das pessoas com a doença não são diagnosticadas e metade dos novos diagnósticos já estão afetados por complicações crônicas no momento da identificação (Barceló e Vovides, 2001).

Kwait e outros autores (2001) apresentaram uma análise das relações interorganizacionais entre as organizações que compreendem o serviço a pacientes vivendo com HIV/AIDS em Baltimore, através da metodologia de análise de redes. Estudando hospitais, unidades de saúde locais e agências comunitárias, a pesquisa descreve a estrutura geral da rede interorganizacional que emergiu na cidade, as posições de organizações específicas dentro de redes distintas, além de identificar as correlações entre as redes. A pesquisa procurou mensurar cinco aspectos presentes nas relações interorganizacionais entre 30 serviços de HIV/AIDS:

- a) clientes referidos para outras organizações;
- b) clientes referidos de outras organizações;
- c) troca de informações sobre clientes comuns;
- d) acordos formais para referência de clientes;
- e) programas unificados.

A pesquisa concluiu haver boa conexão entre as organizações, com exceção dos programas unificados. As organizações da rede demonstraram ter preocupação em construir relações com os demais serviços. O estudo também identificou as organizações centrais da rede, relacionando o tipo de serviço prestado ao índice de centralização. Os tipos de serviços oferecidos, especificamente relacionados com HIV/AIDS, e a habilidade na prestação da assistência, principalmente pela identificação das necessidades dos clientes, aparentemente foram os fatores para uma organização ser central na rede.

O estudo de Baltimore traz contribuições importantes para a definição de políticas de saúde e fornece um modelo de análise para uma rede de serviços de saúde. No entanto, algumas ressalvas cabem ser feitas no sentido de complementar a estrutura de análise:

- A delimitação de medir apenas 5 variáveis operacionais torna a análise muito simplificada. Duas medem o fluxo de pacientes, uma mede o fluxo de informação e duas medem as ações organizacionais de integração, ou seja, são apenas três as dimensões consideradas para uma rede com elevada complexidade.
- Os pesquisadores se limitaram a analisar as organizações prestadoras de serviços de saúde, sem incluir a relação com os gestores de saúde da cidade. As organizações fornecedoras de insumos e serviços para as unidades de saúde também foram deixadas de lado. Ainda que as fronteiras da análise fossem limitadas pelo interesse de pesquisa (Fombrun, 1982; Kliemann, 1997), não incluir tais organizações limita a capacidade de análise e, portanto a amplitude da ação política para incrementar a qualidade do serviço de saúde, através de inovações e otimizações do processo assistencial.
- Não há nenhuma tentativa de medir a eficiência da rede de interorganizações.
- Apesar dos autores terem pesquisado as necessidades assistenciais dos pacientes, baseando-se em estudos anteriores, o modelo proposto não as relaciona com os serviços prestados para identificar espaços de melhoria, principalmente em termos de capacidades locais a serem desenvolvidas na rede.

- A análise da presença de acordos formais, identificando a presença ou não de tal acordo, é uma simplificação do principal instrumento institucional para a governança pela teoria do custo das transações (esse tema será abordado mais adiante).
- Os autores identificaram uma fraca integração nos programas unificados. A estrutura metodológica da pesquisa não permitiu que se avançasse mais do que essa constatação. Aspectos do imbricamento (*embeddedness*) entre as unidades de saúde, que podem levar à cooperação e à integração, não foram medidos e poderiam explicar isso (esse tema também será abordado mais adiante).
- O estudo careceu de uma interação com as teorias organizacionais e das relações entre organizações.
- Finalmente, o referencial conceitual da pesquisa, a teoria da estruturação de rede, ocupa uma posição periférica no estudo das redes de interorganizações (Oliver & Ebers, 1998).

De certa forma, a sistemática de análise que se pretende desenvolver nesse trabalho tenta preencher essas lacunas, com a adoção de referenciais teóricos do campo organizacional e interorganizacional numa conformação onde sejam contemplados diferentes ângulos e perspectivas de uma cadeia produtiva de saúde. Cabe ressaltar, no entanto, que o enfoque de análise será restrito à assistência, uma vez que o estudo da prevenção abre um leque de variáveis distintas, muitas delas ligadas a comportamentos pessoais e influenciadas por fatores sócio-culturais.

Para que a leitura da cadeia de saúde ganhe maior dinamicidade, a sistemática proposta incorpora uma análise de cenários, que parte de elementos comuns da análise de cadeia, acrescenta novas variáveis e, com isso, permite o delineamento de trajetórias futuras para o conjunto de organizações em questão, o que, de certa forma, facilitará a formação de estratégias.

1.3) Objetivos do trabalho

Objetivo principal: Propor uma sistemática de análise de cadeias assistenciais em saúde.

Objetivos específicos:

- Discutir as formas de governança presentes nas cadeias assistenciais em saúde;
- Discutir as formas de se avaliar a cooperação presentes nas cadeias assistenciais em saúde;
- Aplicar a sistemática de análise na cadeia assistencial de saúde para serviços a pacientes com diabetes e HIV/AIDS, desenhando e caracterizando as principais relações e propondo ações preliminares de melhoria nos ambientes analisados.

1.4) Questões de Pesquisa

A questão geral de pesquisa diz respeito às vantagens da utilização da abordagem de cadeias produtivas para analisar-se a prestação de serviços assistenciais da saúde. Para atendê-las, as seguintes questões específicas de pesquisa deverão ser respondidas:

- Como é o desenho da cadeia produtiva para a prestação de serviços de saúde?
- Quais as formas de governança presentes e os mecanismos utilizados na cadeia produtiva de serviços de saúde?
- Há estratégias de cooperação entre os elos da cadeia produtiva de serviços de saúde?

- Quais são as estratégias a serem desenvolvidas na cadeia produtiva de serviços de saúde para incrementar a performance das organizações e atender às necessidades dos pacientes?
- Como essas questões aplicam-se ao caso particular de pacientes diabéticos?
- Como estão estabelecidas as relações organizacionais entre as unidades que prestam serviços a pacientes vivendo com HIV/AIDS?
- Quais são as unidades centrais e de maior influência na rede de serviços de HIV/AIDS?

1.5) Limites do Estudo

O tema de relações e estratégias interorganizacionais é reconhecidamente abrangente e vem sendo estudado por diversos enfoques. O desenvolvimento teórico desta sistemática de análise da cadeia de saúde alinhavou alguns desses enfoques em detrimento de outros. Entretanto, se for feita uma analogia da organização com o ambiente interorganizacional, pode-se ter uma idéia da complexidade que é estudar esse assunto.

O presente estudo, em função de suas propostas, terá as seguintes limitações:

- Não aplicará a integralidade da sistemática ao ambiente de atendimento a pacientes com HIV/AIDS, pois se entende que esse instrumento ainda necessita de complementações analíticas para poder estudar na sua integralidade o contexto de políticas públicas.
- Não verificará a qualidade das interrelações organizacionais, da governança e das ações de cooperação.
- Não pretende definir os atributos de um sistema de informações como mecanismo de governança, embora esse estudo facilite sua estruturação.
- Em função da limitação de tempo e recursos, não pretende definir todas as formas de interação entre as organizações, mas apenas aquelas consideradas principais e relevantes para a governança.

- Não será feito um levantamento da tecnologia disponível e necessária para as organizações, na forma de um censo de capacidades e necessidades.
- Não será feito um levantamento das necessidades de treinamento técnico e gerencial que aprimorem as interações entre as organizações.
- Igualmente, não será estudado o tema da gestão do conhecimento na cadeia, seja aquele gerado nas interações ou necessário para a incorporação de inovações.

A intenção não será criar políticas para a organização do sistema de saúde, nem parâmetros para a prestação dos serviços assistenciais para pacientes com HIV/AIDS ou com diabetes, mas disponibilizar uma sistemática de análise que auxilie o processo decisório.

1.6) Estrutura do Trabalho

A disposição dos temas abordados nesse trabalho corresponde ao mapeamento conceitual adotado na elaboração dessa sistemática de análise. Ao percorrer as trilhas desses campos teóricos, procurou-se combiná-los entre si de forma a construir um roteiro coerente e capaz de interpretar certos fenômenos que ocorrem numa cadeia produtiva de saúde.

Inicia-se com a apresentação da problemática, onde são revisados os temas de gestão de sistemas e organizações de saúde e suas implicações para o gerenciamento da saúde, apresentando-se ainda os estudo das cadeias produtivas e suas implicações para a indústria da saúde.

No capítulo seguinte é apresentado o embasamento teórico para a construção da sistemática. Esse capítulo representa o centro teórico principal do trabalho, pois apresenta o entendimento da literatura sobre a taxonomia dos estudos interorganizacionais, a partir da qual a sistemática é desenvolvida. Desta forma, o capítulo desenvolve-se em duas grandes linhas: o estudo da governança e o estudo das redes sociais. Na primeira são apresentados os conceitos de cadeias produtivas,

da teoria do custo das transações, da teoria da incerteza muito vinculada à questão da dependência, do imbricamento das relações sociais nas transações econômicas (*embeddedness*), uma discussão a respeito das formas de governança relacional e contratual, das estratégias no ambiente interorganizacional, da cooperação, a coordenação entre empresas e mecanismos de governança para o estabelecimento de estratégias. O estudo das redes sociais, dentro da segunda linha do capítulo, apresenta o arcabouço teórico da análise de redes sociais e do estudo de controle e poder. Na seqüência apresenta-se uma revisão a respeito de cenários prospectivos e sua contribuição na sistemática. Finalizando o capítulo, apresenta-se uma revisão dos conceitos de qualidade em saúde.

O capítulo seguinte propõe a sistemática de análise da cadeia produtiva assistencial de saúde, detalhando-se os fatores e as variáveis para cada etapa. Apresenta, também, a estruturação da metodologia de aplicação da sistemática proposta, com a justificativa da estratégia de pesquisa, o projeto para o estudo de caso e a proposta de análise.

O quarto capítulo apresenta a aplicação prática da sistemática de análise num contexto interorganizacional das cadeias de saúde da diabete e do HIV/AIDS, abordando sob os aspectos de governança, cooperação e redes sociais. Após a análise são sugeridas algumas melhorias a cadeia de saúde, com base no levantamento. O capítulo apresenta também uma avaliação da validade dos procedimentos de pesquisa e da validade dos constructos. Finalizando verificam-se quais dos pressupostos de pesquisas se confirmam.

O quinto e último capítulo esboça as considerações finais, com recomendações para futuras pesquisas e conclusões gerais.

2) EMBASAMENTO TEÓRICO

Os estudos organizacionais são motivados, basicamente, por duas razões: para a compreensão de como e por que as organizações são eficazes ou ineficazes e para a compreensão e predição a cerca das organizações no desenvolvimento da teoria organizacional (Hall, 1984).

Esse trabalho aninha-se no desenvolvimento da teoria organizacional na medida em que intenta oferecer um melhor entendimento a respeito do ambiente organizacional de saúde, embora, é claro, com a finalidade de que as políticas adotadas a partir dele ofereçam melhores níveis de eficácia organizacional.

Hall (1984) categorizou as teorias organizacionais mais relevantes, classificando-as em tradicionais e contemporâneas. As tradicionais agrupam-se em teoria da administração, teoria estrutural, teoria de grupo, teoria individual, teoria da tecnologia e teoria econômica. As contemporâneas são representadas pelo modelo da seleção natural e pelo modelo da dependência de recursos.

Neste ponto do mapa conceitual é que se localiza esse trabalho, pois reconhece a incapacidade das organizações gerarem todos os recursos necessários e desempenharem todas as atividades demandas. Trata-se, portanto, de uma contribuição voltada ao fenômeno da dependência interorganizacional.

O corpo teórico interorganizacional não está consolidado e há uma variedade impressionante de disciplinas, paradigmas de pesquisa, perspectivas teóricas e focos setoriais voltados a pesquisar as relações interorganizacionais (Williams, 2002).

Grandori e Soda (1995) realizaram um estudo sobre as diversas formas de abordagem a respeito das relações organizacionais:

a) Economia industrial: preocupada com a organização industrial, essa linha de estudo, mais tradicional, pesquisa a integração vertical e horizontal, utilizando variáveis

explanatórias para avaliar as propriedades de eficiência das redes de empresas, tais como economias de escala, escopo, especialização e experiência. No entanto, as economias de custo de produção não explicam sozinhas os mecanismos organizacionais necessários para coordenar o relacionamento. A economia organizacional acrescentou a redução dos custos de governança, identificando a forma híbrida de regulação da atividade econômica, posicionada entre o mercado e a hierarquia. A abordagem organizacional tem também estado preocupada com aspectos gerais da política econômica e legislação econômica, através das variáveis de externalidades negativas que uma rede de empresas pode gerar, apoiando a legislação a encontrar um balanço entre as vantagens da cooperação e da competição.

b) Perspectiva organizacional: foca sua atenção em como atingir alguns resultados desejados no processo de relacionamento, por exemplo, como alcançar ou estabilizar acordos, como desenhar a estruturação e formalização de uma rede competitiva, como escolher uma distribuição de poder efetiva dentro da rede e como conduzir projetos de pesquisa em redes do ponto de vista metodológico. Tais estudos estão limitados predominantemente ao setor de administração pública. Outra classe de estudos organizacionais, mais preocupada com a questão estratégica, direcionou a atenção para alianças entre empresas, tais como *joint-ventures* e *franchising*. As variáveis mais importantes nesses estudos são a diferenciação e complementaridade entre unidades a serem coordenadas, a intensidade de interdependência da interfirma, o número de unidades a serem coordenadas, a complexidade das atividades interdependentes, a assimetria nos recursos controlados pelas diferentes unidades (incluindo informação e conhecimento) e, finalmente, a flexibilidade de mudança de integrantes da rede e de arranjos organizacionais.

c) Análise da negociação: tem destacado a estrutura dos jogos como um preditor, tanto da fundação como forma das redes, incluindo variáveis de eficiência de Pareto e imparcialidade de arranjos idealizados.

d) Visão da dependência de recursos: muito importante nos estudos sociológicos de redes, em parte se assemelham aos estudos de economia organizacional e teoria organizacional, quando definem como variáveis explanatórias a incerteza, a

interdependência e assimetria nos recursos e informações controlados. No entanto, agregaram novas dimensões ao estudo, identificando tipos de dependência e diferenciação de mecanismos de coordenação entre a interdependência horizontal e vertical de empresas.

e) Abordagem neo-institucional: também trata a dependência como uma questão central, mas não somente relacionada a recursos materiais ou transacionais, mas inclui o recurso central de legitimação. Os principais preditores dessa linha conceitual são a ação de criar redes, as ligações sociais e a fuga do isolamento. Outros importantes fatores demonstrados por essa teoria são o imbricamento, nos tipos institucional, social e cultural, assim como as normas sociais institucionalizadas e os valores internalizados pelos atores econômicos. Outra perspectiva neoinstitucional são os estudos do radicalismo e marxistas que olham para aquelas estratégias de redes e comportamentos que não podem ser justificadas por eficiência e efetividades e são explicadas como puro mecanismos de poder para reproduzir as elites e classes dominantes.

f) Psicologia social: a teoria de rede social tem sido aplicada com sucesso em estudos da emergência e mudança das estruturas informais, fronteiras de redes, no processo cooptação corporativa, unificação de diretorias e padrões de relações entre pequenas empresas. Uma contribuição importante da análise de rede social é o posicionamento de firmas individuais dentro de redes, através da aplicação de categorias de análise, tais como, centralidade, equivalência estrutural e análise de agrupamento.

g) Administração geral: as alianças estratégicas têm encabeçado o tema de estudo de redes de empresas, com destaque para as pesquisas sobre como melhorar o posicionamento de uma empresa, a especificidade ou o quão insubstituível pode ser uma competência de uma empresa. A corrente de *marketing* industrial tem estudado as trocas por longos períodos entre comprador e vendedor, analisando aspectos sociais e a dinâmica das redes, enfatizando a importância de habilidades individuais e do empreendedorismo.

h) Modelo de ecologia populacional: é representado pela perspectiva de seleção natural, onde a efetividade e eficiência econômica têm um papel na seleção de arranjos de empresas, ao mesmo tempo em que definirão modalidades de regulação da atividade econômica. A legitimação tem sido apontada como a principal força para guiar o processo de seleção, incluindo suporte público e legal para o desenvolvimento da rede.

Fica evidente a multiplicidade de abordagens cujo principal ponto em comum é o tema das relações organizacionais. Isso demonstra que o assunto é do interesse de diversas áreas, acumula conhecimento de diferentes visões e, em suma, possui relevância na sociedade.

No entanto, diante desse campo teórico tão diverso, dos avanços no conhecimento e da consolidação conceitual torna-se fundamental obter uma visão mais clara e menos complexa do estado da arte da pesquisa em relações e redes interorganizacionais (Oliver e Ebers, 1998). Alguns autores propuseram uma taxonomia para atingir o mesmo objetivo (Dabholkar e Neeley, 1998; Nassimbeni, 1998; Harland et al. 2001), no entanto, o rigorismo metodológico e a abrangência da análise de Oliver e Ebers (1998) acabam por produzir uma ampla e contributiva visão sobre essa área de pesquisa. Conforme constatado por esses autores, o campo de estudo das relações interorganizacionais e redes, apesar de se apresentar fragmentado, pode ser classificado em duas grandes vertentes (figura 1): a rede social e a governança (Oliver e Ebers, 1998). A primeira é subdividida em rede social, e poder e controle. A segunda divide-se em teoria institucional, e economia institucional e estratégia.

Essa análise também mostra que há relações e áreas sobrepostas entre as configurações. Enquanto a Rede Social e a Economia Institucional e Estratégia estão situadas nos extremos do *spectrum*, as outras duas configurações ocupam o meio da temática.

A vertente Rede Social emprega o aparato formal de análise de rede social com vistas a examinar como as propriedades estruturais das redes internas e externas e as posições dentro de tais redes, influenciam as organizações e seus membros.

Por outro lado, a Governança abarca todas as abordagens teóricas que estudam os mecanismos institucionais pelos quais os relacionamentos interorganizacionais são iniciados, negociados, desenhados, coordenados, monitorados, adaptados e terminados. Em oposição à Rede Social, esta perspectiva focaliza menos nas propriedades estruturais dos relacionamentos interorganizacionais e nas posições dos atores, ao contrário, concentra-se nos atributos tanto de atores como da forma e conteúdo dos relacionamentos dentro de um contexto institucional em particular.

Nas próximas seções será apresentada uma breve revisão a respeito das vertentes teóricas que embasarão os elementos de análise da sistemática na presente pesquisa. Assim, dentro da Governança, os conceitos da análise de cadeias produtivas, da economia do custo das transações e do imbricamento das relações sociais nas relações econômicas. Ainda, especificamente no aspecto da estratégia, a estratégia nas interorganizações e a coordenação entre empresas, inclusive os mecanismos de governança para o estabelecimento de estratégias.

De outra parte, dentro da Rede Social, os conceitos de análise de redes sociais e redes interorganizacionais no âmbito de políticas públicas.

Também será apresentada uma revisão da metodologia de análise de cenários, como parte da construção da sistemática. Finalizando, serão apresentados os conceitos de qualidade em saúde, completando, assim, a proposta da sistemática de análise de cadeias assistenciais da saúde.

2.1) Teorias de Governança

A vertente de Governança subdivide-se em teoria institucional e economia institucional e estratégia. As pesquisas que se baseiam na teoria institucional estão preocupadas em identificar os aspectos políticos, legais, culturais, industriais e as condições regionais que impactam a probabilidade de formação das redes de interorganizações e o formato de tais redes. Essa perspectiva será explorada por meio da Análise de Cadeias Produtivas, que emprega conceitos da Economia industrial, Dependência de Recursos, Administração Geral e Ecologia Populacional.

Vertente	Rede social		Governança	
	Rede Social	Poder e Controle	Institucionalismo	Economia Institucional e Estratégia
Teorias	Rede	Poder político, dependência de recursos, troca	Institucional	Custo de transação, estratégia
Conexões	Política, horizontal	Política	Social	Pares, vertical, propriedade, contratual
Níveis de análise	Individual	Região/ Indústria	Social, grupos de indivíduos	Organizacional
Antecedentes	Posição na rede	Congruência de objetivo, dependência, conflito	Densidade organizacional, confiança	Restrições de mercado, recursos materiais, estabilidade, facilidade de recursos, especificidade de ativo
Resultados	—	Poder/ controle, centralidade, estabilidade, participação política	Densidade, conflito, legitimidade, extinção, persistência, compromisso, confiança, tamanho	Sucesso, Tomada de controle, custo/preço, fazer-ou-comprar, oportunidade

Figura 1: Configurações das perspectivas de pesquisa em interorganizações.
 Fonte: Adaptado de Oliver e Ebers, 1998.

A segunda variante focaliza como engendrar relações de rede e como organizá-las, de tal forma a reduzir a dependência dos recursos ou incrementar o posicionamento competitivo. Preocupa-se ainda por identificar e caracterizar os recursos e conceituar os laços das redes em termos organizacionais, contratuais e de propriedade. Algumas pesquisas têm explorado como a interdependência entre as organizações influencia a formação e as formas das redes interorganizacionais. Essa

perspectiva será explorada por meio das teorias de Economia do Custo das Transações e do Imbricamento.

2.1.1) Análise de Cadeias Produtivas

A análise de cadeias produtivas descreve o complexo processo que se estabelece na estrutura de produção e a dinâmica de desenvolvimento, considerando tanto a estrutura como o comportamento de seus atores ao longo do tempo (Beije & Groenewegen, 1992). O pressuposto desta análise reside no fato de que as decisões e os comportamentos das organizações são influenciados não somente pela evolução das condições do mercado, mas também por relações específicas entre as organizações, tais como fornecedores, consumidores, universidades e organizações do mesmo ramo.

Também denominada de *filière*, a cadeia produtiva é um conceito teórico desenvolvido de um lado para descrever a estrutura industrial de um país e, por outro lado, para analisar as estratégias emergentes de diferentes atores no sistema econômico, também denominada de mesoanálise (Groeneweyen & Beije, 1989). Os economistas da escola francesa são os principais defensores e usuários da mesoanálise. Ela foi proposta para ocupar o espaço existente entre a microeconomia, que estuda as unidades de base da economia (empresa, consumidor, entre outros) e que se vale das partes para explicar o todo, e a macroeconomia, que parte do todo (Estado, grandes agregados, entre outros) para explicar o funcionamento das partes (Batalha, 1997).

A interpretação da *filière* (do francês fileira) está vinculada a uma seqüência de atividades empresariais levando à contínua transformação de bens, do estado bruto ao acabado ou destinado ao consumo (Kliemann & Souza, 2003). Os fatores de ligação considerados na elaboração da cadeia são o conjunto de operações técnicas numa seqüência de operações de transformação, o conjunto de operações comerciais e financeiras entre todas as etapas de transformação num fluxo de troca, envolvendo

fornecedores e clientes, e um conjunto de ações econômicas que valorizam os meios de produção e garantem a articulação das operações.

A pressuposição de uma análise sistêmica é a definição dos inúmeros aspectos que afetam o problema a ser estudado, ou seja, a definição do sistema e do meio-ambiente que contribuem para a fixação do objetivo a ser atingido pela análise. Dessa forma, o objetivo buscado com a análise de cadeias produtivas depende das condições pré-estabelecidas. Duas das mais significativas e complexas definições referem-se ao nível de profundidade da análise a ser implementada e aos contornos do espaço de análise, que dependem dos objetivos propostos pelo analista, podendo ser alterados ao longo do tempo. Essas alterações são basicamente resultado da ação conjunta de cinco fatores: políticos, econômico-financeiros, tecnológicos, sócio-culturais e legais ou jurídicos (Kliemann, 1997).

Normalmente, inicia-se a análise das cadeias produtivas pela identificação de determinado produto ou serviço, encadeando as ligações organizacionais das operações técnicas, comerciais e logísticas necessárias à sua obtenção, tanto a jusante como a montante da cadeia, ou seja, em direção ao consumidor final (jusante) e em direção a origem das matérias-primas ou dos recursos (montante). A visualização da sucessão de etapas produtivas, desde a entrada dos insumos até a obtenção do produto acabado ou serviço final, delimita e orienta a elaboração de análises, as quais necessariamente terão um caráter prospectivo. Esta análise, de acordo com o escopo desejado, pode chegar a relacionar praticamente todo o tecido institucional regional (Kliemann, 1985; Kliemann et al., 1985; Pires, 2001).

A utilização do conceito de cadeia produtiva contribui para a explicação e compreensão das estruturas de geração de produtos e serviços, e participa de forma efetiva na criação de um espaço mesoanalítico (Pires, 2001).

A implementação do conceito de cadeia produtiva passa pela segmentação do escopo de análise em dois níveis, de forma a facilitar uma análise global: a cadeia principal e a cadeia secundária. Na cadeia principal as atividades são diretas e vinculadas ao objetivo principal da cadeia. Já a cadeia secundária realiza as atividades indiretas e de suporte ao objetivo principal, produzindo os meios que serão utilizados na

primeira. A cadeia secundária interage dinamicamente com a cadeia principal, oferecendo-lhe informações e orientações técnicas, produtos e serviços complementares e comerciais (Kliemann, 1985; Kliemann et al., 1985; Pires, 2001). Para facilitar a compreensão desses conceitos e na falta de um exemplo na área da saúde, a figura 2 apresenta um esquema de cadeia produtiva moveleira genérica.

Para facilitar a compreensão de um sistema industrial, pode-se analisá-lo inicialmente de acordo com suas características técnicas (leitura técnica), e depois segundo suas características de ordem econômica (leitura econômica) (Kliemann, 1985; Kliemann et al., 1985).

A leitura técnica permite a identificação dos elementos básicos que compõem a estrutura técnica elementar dos sistemas industriais: as operações técnicas elementares de produção. Tais operações se combinam numa verdadeira rede de interdependências técnicas, das quais os sistemas industriais representam as seqüências lógicas de encadeamento.

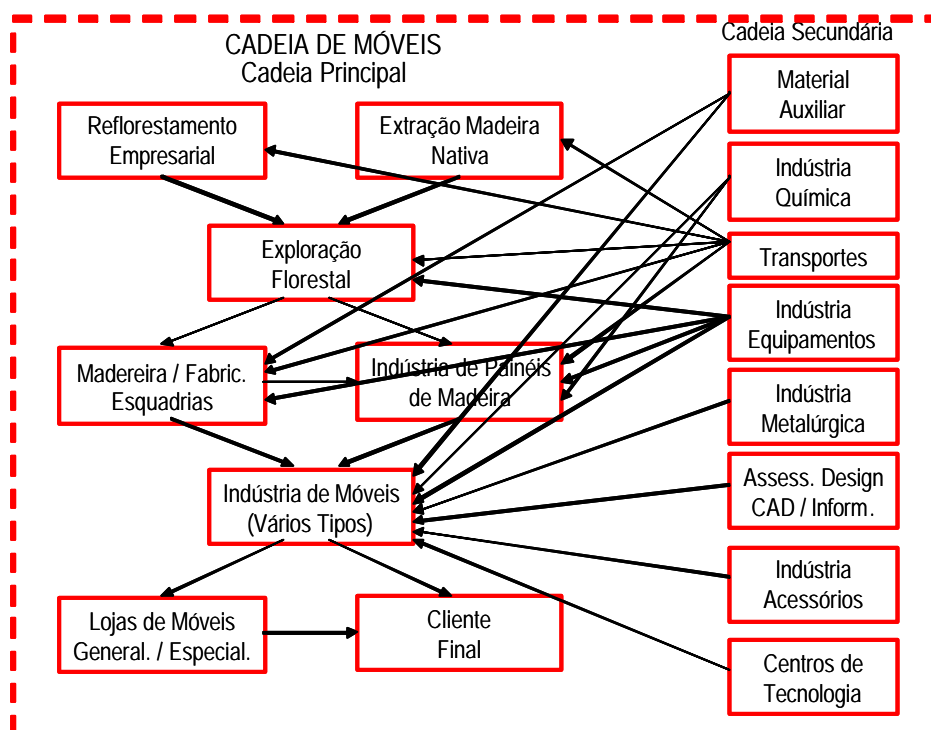


Figura 2: Esquema geral de uma cadeia produtiva (*filière*) genérica

A leitura econômica analisa as relações econômicas originadas pela inserção de transações na estrutura técnica do sistema industrial. Identifica, para tanto, os atores envolvidos e os espaços de comercialização específicos. Assim, a leitura econômica de um sistema industrial visa localizar o conjunto de atores que contribuem aos mercados de troca, assim como caracterizar esses mercados.

A análise de cadeia produtiva permite a identificação dos principais pontos fortes e fracos do sistema estudado, definindo as principais oportunidades de desenvolvimento e insuficiências a corrigir. Essas informações deverão ser a base da determinação de estratégias de desenvolvimento para o ambiente analisado.

A análise de cadeias produtivas de acordo com a abordagem de *filière* propicia a identificação de questões significativas para a melhoria de desempenho e de sua competitividade, a partir da identificação dos chamados **nós**, os quais se constituem nos pontos-chave onde são estabelecidas as políticas de toda a cadeia. Ainda se podem identificar os chamados estrangulamentos ou pontos fracos da cadeia, que são os elos que comprometem seu desempenho, além dos pontos fortes. Também considerando a questão estratégica, verifica-se que a análise de cadeias produtivas permite abordagens diversas, tais como análise de cadeia produtiva como suporte à descrição e análise técnico-econômica de sistemas econômicos; análise de cadeia produtiva como apoio à formulação de políticas públicas e privadas; análise de cadeia produtiva como apoio à avaliação das estratégias empresariais e de inovações tecnológicas (Pedrozo & Hansen, 2001).

- **Pressuposto 1:** O desenho e a abordagem de cadeia promovem melhor compreensão a respeito das interrelações, dos fatores determinantes e do papel de cada organização.

2.1.2) A Economia do Custo das Transações

A economia está em busca de um modelo que permita o melhor uso dos escassos recursos disponíveis na sociedade. As empresas, os mercados e as relações

contratuais são instituições econômicas fundamentais para o estudo da teoria do custo das transações. Os custos transacionais são os custos de funcionar o sistema econômico, diferentemente dos custos de produção, que representam uma categoria de custo na qual a análise neoclássica está preocupada, principalmente voltada para questões internas das empresas. Os custos transacionais são o equivalente econômico da fricção ou atrito na física (Williamson, 1985).

Sua origem se deu quando houve o questionamento sobre o sistema de coordenação baseado em preços como única forma de regulação de mercado, através do conceito de Adam Smith da 'mão invisível', pela dificuldade em explicar o sucesso de grandes corporações americanas e do planejamento centralizado da economia Russa (Coase, 1992). No clássico artigo de 1937, A Natureza da Empresa, Coase deduz que a razão principal da existência de uma empresa é a existência de um custo no uso do mecanismo de preços, isto é, o custo da transação (Coase, 1996).

A Economia do Custo das Transações propõe a questão da organização econômica como um problema de contratação e seus custos envolvidos. Estes custos distinguem-se em *ex-ante* e *ex-post*. o primeiro trata do dimensionamento, negociação e salvaguarda de um acordo; o acordo pode ser um complexo documento, que tenta prever as responsabilidades das partes, ou um documento incompleto, com a resolução dos problemas de forma contingencial na medida em que se apresentam. O segundo custo (*ex-post*) inclui os custos de inaptações quando há mudanças em relação ao dimensionamento inicial, os custos de barganhar através de um esforço conjunto para corrigir desalinhamentos posteriores, os ajustes e custos do funcionamento do contrato associados com a estrutura de governança para a qual as disputas são referenciadas e os custos da formação de relações estreitas e confiáveis. Um fator complicador em todos os casos é que os custos de contrato *ex-ante* e *ex-post* são interdependentes, ou seja, eles precisam ser alinhavados simultaneamente ao invés de seqüencialmente (Williamson, 1985).

A questão central desta teoria reside na busca de mais eficiência nas transações, procedendo-as através do mercado ou internalizando-as dentro da organização (Ferlie, 1992). A teoria do custo das transações focaliza principalmente o papel da governança

eficiente como explicação para a organização econômica. A nova economia institucional não se encarrega de dar novas respostas a perguntas tradicionais da economia, como a designação de recursos e o grau de utilização. Ao contrário, trata de responder a novas perguntas: por que surgiram novas instituições econômicas como as formas híbridas de mercado (Williamson, 1996).

2.1.2.1) Pressupostos Básicos da Economia do Custo das Transações

A economia do custo das transações emprega dois pressupostos: a racionalidade limitada e o oportunismo (Williamson, 1996). Parte-se da premissa que os agentes humanos são intencionalmente racionais, mas em realidade somente o são de forma limitada. Esta condição é denominada racionalidade limitada. O segundo pressuposto é que os agentes humanos estão propensos ao oportunismo, devido à subordinação ao interesse próprio. Portanto, as organizações são instrumentos úteis para o êxito do propósito humano, em função das pessoas estarem limitadas em conhecimentos, previsões, habilidade e tempo.

O processo de evolução histórica não foi capaz de explicar o surgimento de novas formas organizacionais. Para a teoria de custo das transações, as novas formas de organizações surgem em resposta à busca de economias nos custos das transações, assim como foram o desenvolvimento das estruturas de linha e *staff* nas ferrovias nos anos de 1840, o desenvolvimento da forma corporativa divisional nos anos de 1920, a evolução de conglomerados e o aparecimento de empresas multinacionais (Ferlie, 1992). Tomando como exemplo as companhias multidivisionais de 1920 (a forma M), tem-se claramente uma evolução da estrutura unitária (a forma U), onde o volume e a complexidade das demandas sobre elas provocaram um colapso. Naquelas organizações, os gerentes freqüentemente buscavam maximização local ao invés de objetivos corporativos. A forma M poderia ser vista como mais eficiente porque liberava a alta administração para os temas estratégicos, livre dos interesses departamentais.

2.1.2.2) Características fundamentais das transações

Há três características fundamentais para as transações (Arroyabe & Peña, 1999): a especificidade dos ativos, a frequência com que se produzem tais transações e a incerteza.

A especificidade dos ativos é um fator importante na contratação, já que geralmente a maior especificidade está acompanhada da dificuldade em verificar-se a quantidade e qualidade do investimento. Além disso, o valor do investimento é muito elevado no caso de ativos muito específicos destinados a atender uma transação com uma única empresa. Em geral se podem distinguir quatro tipos de ativos (Joskow, 1996):

- a) Especificidade de localização: o comprador e o vendedor se encontram em uma relação de estreita vizinhança, o que implica decisões *ex-ante* para minimizar os custos de inventários e de transporte. Uma vez instalados, os ativos são imóveis em alto grau.
- b) Especificidade dos ativos físicos: quando uma das partes da transação, ou ambas, investem em equipamento e máquinas com características de desenho específicas da transação, mas que teriam valores menores se houvessem usos alternativos.
- c) Especificidade dos ativos humanos: investimentos em capital humano, específicos da relação, que surgem aos poucos de um processo de aprendizagem da empresa.
- d) Ativos dedicados: investimentos gerais de um provedor que não se fariam se não houvesse a possibilidade de vender uma quantidade considerável do produto a um cliente particular. Se o contrato termina, o provedor ficaria com uma grande quantidade excedente.

A frequência faz referência à periodicidade com que se produzem as transações. Assim, o comportamento entre as partes que realizam o contrato estará determinado por interesses de curto prazo ou pela existência de interesse por regular os

intercâmbios em detalhes, para que se levem a cabo com fluidez, caso tenham um caráter freqüente no horizonte de longo prazo.

Das três características das transações, a freqüência e a especificidade de ativos determinam as formas contratuais de governança (figura 3), pois no modelo apresentado por Williamson (1985) a incerteza é uma variável constante para as organizações.

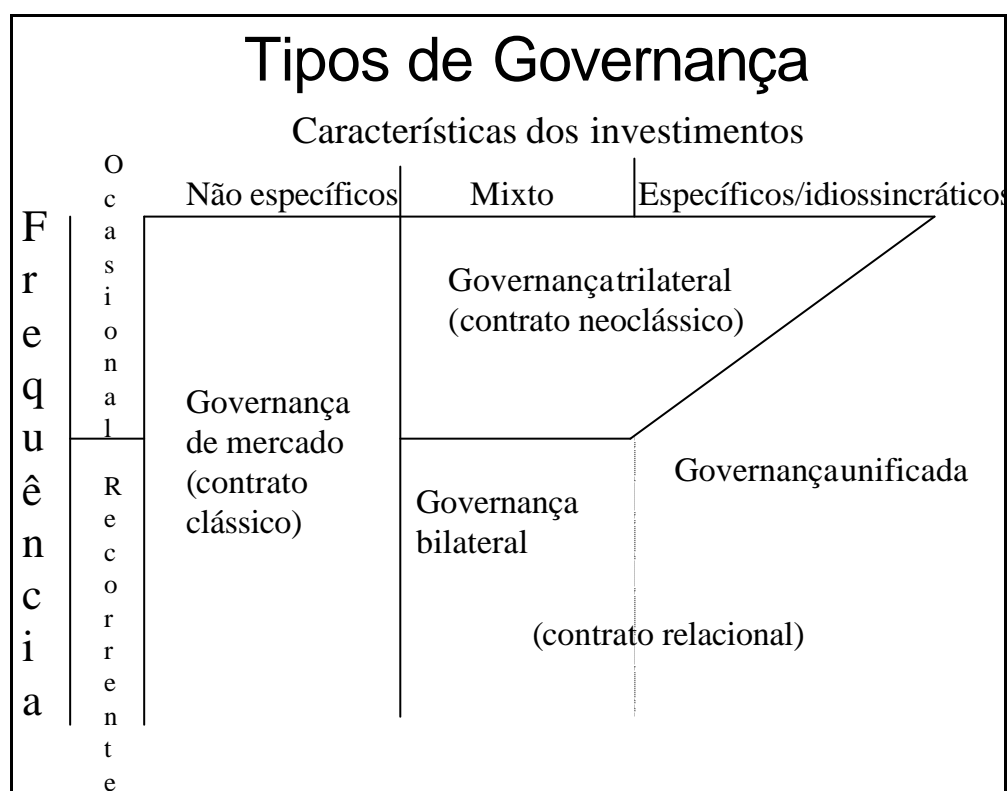


Figura 3: Tipos de governança.
Fonte: Adaptado de Williamson, 1985.

Mais tarde, a incerteza volta a ser abordada por Williamson (1991), para o qual a incerteza é o reflexo da volatilidade das condições do entorno, da falta de informação e da sua distribuição assimétrica entre os participantes. A incerteza pode, então, tomar duas formas: com distúrbios constantes, ainda que numerosos; e com o incremento na freqüência dos distúrbios. Quanto maior a necessidade de coordenação entre as organizações, maior será o efeito dos distúrbios. Embora a eficácia de todas as formas de governança possa deteriorar-se em face dos crescentes distúrbios, o modo híbrido de governança é o mais suscetível. Isso ocorre porque as adaptações híbridas não

poder ser feitas unilateralmente, mas requerem consentimentos mútuos. Desta forma, a forma híbrida de governança pode muito bem se tornar inviável quando a frequência dos distúrbios atingir níveis elevados.

Entretanto, a perspectiva dos custos das transações tem sofrido ataques de sociólogos organizacionais que percebem um excesso de busca da eficiência, relegando outros aspectos sociais, como o poder e a cultura, não considerando as ações humanas nas organizações ou entre si (Ferlier, 1992).

Por outro lado, o sistema de saúde britânico produziu grande número de estruturas de **quase-mercado**, através da mudança de gerenciamento hierárquico para contratual. Por traz dessa iniciativa está a intenção de criar uma nova forma de fazer negócio nas organizações de saúde britânicas (Ferlie, 1992), através de uma nova governança.

As abordagens do custo das transações e do imbricamento demonstram ser fortemente relacionadas com a forma híbrida de organização da atividade econômica, e daí a importância em estudar ambas teorias. Adiante será apresentada uma breve revisão sobre incerteza, um conceito muito presente na teoria do custo das transações (mas não operacionalizado), assim como na teoria das relações interorganizações. Antes, porém, é necessário aprofundar a questão teórica do imbricamento, ou *embeddedness*.

- **Pressuposto 2:** Algumas relações organizacionais da cadeia assistencial de saúde são governadas pelos pressupostos da economia do custo das transações.

2.1.3) O imbricamento das relações sociais nas relações econômicas — *embeddedness*

As formas como o comportamento e as instituições são afetadas pelas relações sociais é uma das questões clássicas da teoria social. Muito da tradição utilitária, incluindo as economias clássica e neoclássica, assumem o comportamento racional e o

interesse próprio minimamente afetado pelas relações sociais. No outro extremo reside o que é denominado de *embeddedness*, ou imbricamento, onde se entende que o comportamento e as instituições são limitados pelas relações sociais. A ausência de influências das relações sociais no comportamento e nas instituições, neste ponto de vista, é obtida somente em experimentos próximos a situações ideais. Tais situações, como nos mercados de livre concorrência, envolvem um grande número de compradores anônimos e vendedores com informações perfeitas, funcionando sem nenhum contato humano ou social entre as partes. Sob concorrência perfeita não há espaço para barganha, negociação, demonstração ou ajustes mútuos. Ao mesmo tempo, os vários agentes, contratados entre si, precisam evitar as relações recorrentes ou contínuas para evitar o conhecimento um do outro (Granovetter, 1985).

O argumento do imbricamento tenciona, ao contrário, o papel das relações e de estruturas concretas de relações pessoais que geram confiança e desencorajam delitos. A ampla preferência por transações com indivíduos de reconhecida reputação implica que poucos estariam satisfeitos em confiar, tanto na suposta moralidade generalizada, como nos arranjos institucionais, para se proteger de contratempos (Granovetter, 1985). A moralidade generalizada é a existência de um padrão de comportamento das pessoas, algo que já é esperado, um protocolo de ações pessoais que tornam as relações pessoais previsíveis. Os arranjos institucionais são, por exemplo, os contratos formais de compra e venda entre dois parceiros comerciais.

O imbricamento aborda o problema da confiança e do método na vida econômica, traçando um caminho entre a abordagem hiper-socializada de moralidade generalizada e a sub-socializada e impessoal dos arranjos institucionais, através da seqüência e análise de modelos concretos de relações sociais, assumindo que os detalhes de tais relações definirão a forma de relacionamento (Granovetter, 1985).

O autor argumenta que transações complexas podem ser encontradas no mercado, isto é, através das fronteiras das firmas, dentro de um elevado nível de ordenação, enquanto que, no nível intraorganizacional, as transações correspondentes apresentam-se num elevado nível de desordem. Se isto ocorre, ao contrário do que argumenta Williamson, depende da natureza das relações e das redes de relações

entre e dentro das firmas (Granovetter, 1985). Ainda segundo o autor, tanto ordem como desordem, honestidade e corrupção têm mais relação com as estruturas de tais relações do que com a forma organizacional, isto é, os tipos de governança apontados por Williamson.

Para Granovetter, o imbricamento está ligado ao fato da ação e resultado econômico serem afetados por relações ocorridas aos pares e por estruturas de toda rede de relações. No entanto, o conceito de imbricamento não foi integrado na teoria do custo das transações (Jones et al., 1997).

O problema do imbricamento das relações sociais nas estruturas organizacionais proposto por Granovetter (1985) traz um questionamento sobre as hierarquias de mercado e a influência das relações pessoais. A melhor compreensão deste problema traria uma classificação dos motivos para a integração vertical, mas também facilitaria o entendimento das várias formas complexas e intermediárias entre o mercado idealmente atomizado e as firmas completamente integradas, tais como o quase mercado.

2.1.3.1) Governança em rede

Os termos organização em rede, formas de redes organizacionais, redes de interfirmas, redes de organização, especialização flexível e quase-firma tem sido usados freqüentemente e, de alguma forma metafóricamente, para se referir à coordenação interorganizacional que é caracterizado pelos sistemas sociais orgânicos ou informais, em contraste com as estruturas burocráticas presentes dentro das organizações e nas relações contratuais formais (Jones et al., 1997).

Para Jones e outros (1997), esta forma de coordenação entre organizações é a governança em rede, constituindo uma forma de coordenar a atividade econômica que contrasta com o mercado e a hierarquia. O conceito mais amplo desses autores é que a governança em rede envolve um conjunto seletivo, persistente e estruturado de organizações autônomas engajadas em criar produtos ou serviços baseados em contratos implícitos e de tempo indeterminado para se adaptar às contingências

ambientais e, ao mesmo tempo, coordenar e salvaguardar as trocas. O termo governança define um processo de abordagem organizacional entre empresas ou organizações.

Jones e outros (1997) identificaram quatro condições necessárias para a governança em rede emergir e prosperar, ou conforme os autores preferem, imbricamento estrutural:

- incerteza de demanda com fornecimento estável;
- elevados intercâmbios padronizados em recursos humanos específicos;
- tarefas complexas sob pressão de tempo;
- intercâmbios freqüentes entre parceiros da rede.

Uma combinação de condições específicas é necessária para a governança em rede emergir e prosperar como uma forma organizacional que ofereça vantagens comparativas em relação ao mercado e a hierarquia. Essas condições envolvem necessidades de alta adaptação, para atender a demanda de mudança de produto; necessidade de alta coordenação, para atender a integração de diversos especialistas em tarefas complexas; e necessidades de elevadas garantias, para atender a supervisão e a integração dos interesses de parceiros nas trocas customizadas. A necessidade por trocas salvaguardadas e coordenadas inibe parceiros do uso de mecanismos de mercado para tarefas customizadas e complexas, e ainda, a necessidade de trocas adaptáveis inibe os parceiros do uso de hierarquias, mesmo que a hierarquia facilite as trocas customizadas e complexas (Jones et al., 1997). Na opinião dos autores, governança de rede faz o balanço entre as demandas concorrentes presentes nas condições de troca.

O imbricamento estrutural permite aos parceiros o uso de contratos implícitos e de tempo indeterminado para trocas customizadas e complexas sob condições de incerteza de demanda.

A governança em rede existe para completar um projeto, produto ou serviço; esse objetivo é um princípio organizacional ao redor do qual a rede é pendurada. O membro da rede pode ser definido em termos de relacionamento com a realização

desse objetivo, não pelas características, tais como tamanho, código de área e localização geográfica. Como a governança de rede é um conjunto seletivo, persistente e estruturado de organizações autônomas, não é suficiente chamar uma indústria ou região de **rede** sem examinar as relações entre as organizações e como essas relações completam um produto ou serviço.

Na opinião de Jones e outros (1997), a governança em rede se tornará mais prevalente porque as condições das trocas – incerteza de demanda, recursos humanos específicos e tarefas complexas – estão aumentando. Muitos pesquisadores têm notado o incremento na incerteza dos ambientes organizacionais. Ao mesmo tempo, o modo de trabalho baseado no conhecimento tem aumentado, onde o recurso humano específico e a transferência de conhecimento tácito entre organizações tornam-se importantes.

2.1.3.2) Governança relacional e contratual

Contratos formais representam promessas ou obrigações para realizar ações específicas no futuro. Quanto mais complexo é o contrato, maior a quantidade de especificações de promessas, obrigações e processos para a resolução de disputas (Poppo & Zenger, 2002).

A economia do custo das transações normalmente aponta três categorias de riscos nas trocas que necessitam de salvaguardas contratuais ou de integração vertical: especificidade de ativos ou recursos, dificuldade de mensuração e incerteza. Pesquisa empírica demonstra que ativos específicos aumentam a complexidade dos contratos. Da mesma forma, à medida que a performance torna-se difícil de medir, os gerentes tendem a elaborar contratos mais complexos, que possibilitem mensurar com maior precisão e recompensar a produtividade. A combinação de incerteza com os dois outros elementos pode provocar decisões de verticalização ou manutenção dos contratos de curto prazo, através de trocas mais próximas (*arm's length*) (Poppo & Zenger, 2002).

Na governança relacional a pressão por cumprir as obrigações, promessas e expectativas ocorrem através do processo social que promove normas de flexibilidade, solidariedade e troca de informações. A flexibilidade facilita a adaptação para eventos imprevistos. A solidariedade promove uma abordagem bilateral para resolver problemas, criando uma confiança para unir ações através de acordos mútuos. A troca de informações facilita a resolução de problemas e adaptações porque os parceiros estão predispostos a compartilhar informações privilegiadas com os demais, incluindo planos e objetivos de curto e longo prazos.

A confiança incrementa a performance interorganizacional. Entretanto, redes densas geram custos para governança e limitam novas informações e oportunidades. Sendo assim, o investimento na governança relacional é vantajoso quando há riscos significantes.

A combinação de salvaguardas formais e informais pode trazer bons resultados em ambientes de muitos riscos. A contratação pode gerar tanta cooperação quanto a governança relacional. Uma boa contratação forma um bom ambiente para haver o desenvolvimento de relações sociais. As dificuldades futuras impedem o andamento das relações. Os contratos, nestes casos, podem facilitar o final da relação. Por outro lado, a governança relacional pode servir como uma garantia da seqüência no relacionamento, ampliando as garantias sobre investimentos feitos e seriam prematuramente perdidos. A governança relacional pode gradualmente desenvolver contratos mais complexos.

- ***Pressuposto 3:*** Algumas relações organizacionais da cadeia assistencial de saúde são governadas pelos pressupostos do imbricamento das relações sociais.

2.1.4) Análise crítica das abordagens

As três abordagens apresentadas até aqui, cadeias produtivas (CP), economia do custo das transações (ECT) e imbricamento, estão voltadas a analisar as relações entre organizações. Com a integração das três perspectivas num único arcabouço de

análise, espera-se aproveitar as potencialidades de cada abordagem na leitura desse complexo ambiente que é a saúde.

Quando se considera a prestação de serviços de saúde, logo se percebe a diversidade de situações presentes como, por exemplo, os laboratórios com características produtivas próximas à industrial, os consultórios com atendimentos especializados, os hospitais com uma multiplicidade de serviços, os operadores de planos de saúde responsáveis pela captação de recursos e a gestão de sistemas de saúde, a coexistência de organizações públicas e privadas, a regulação do governo e o relacionamento com multinacionais. É de se esperar que o ambiente interorganizacional seja, como consequência, variado e repleto de formatos.

Torna-se importante analisar as contribuições de cada abordagem, brevemente discutidas a seguir, bem como aprofundar a incerteza, um tema de fundo das relações interorganizacionais que, de certa forma, serve como elo entre as três abordagens.

2.1.4.1) Contextualização

A integração das abordagens se inicia na compreensão de suas características (figura 4) e no entendimento de que cada uma oferece percepções distintas sobre o mesmo fenômeno, complementando-se e formando um quadro mais completo do ambiente.

Todas partem de um conjunto de empresas produtoras de determinados produtos ou serviços, no entanto, possuem focos de análise específicos: na análise das CP é o fluxo de trocas, na ECT são as transações e no imbricamento são as relações sociais.

Cada abordagem parte de um pressuposto: para a análise de CP, alcançar melhores níveis de competitividade na produção de produtos ou serviços é decorrente da criação de um processo de melhoria nas interfaces já que essa abordagem entende haver relações sistêmicas entre as organizações. A ECT parte da existência da racionalidade limitada e do oportunismo dos agentes econômicos como fatores que acabam por determinar o custo das transações. Já a análise do imbricamento entende que a confiança entre os agentes econômicos proporciona ganhos superiores, tendo

em vista a proximidade de interesses, o conhecimento mútuo e a flexibilidade que se podem alcançar.

	Cadeias produtivas	ECT	Imbricamento
Foco de análise	Fluxo de trocas	Transações	Relações sociais
Pressuposto	Relações sistêmicas	Racionalidade limitada e oportunismo	Confiança
Propósito	Desenvolvimento regional	Eficiência econômica	Coordenação da atividade econômica

Figura 4: Características das análises de Cadeias Produtivas, Economia do Custo das Transações (ECT) e Imbricamento.

Finalmente, cada abordagem tem seus propósitos, ou seja, aquilo que pretende resolver. A análise de CP pretende incrementar o desenvolvimento regional, através da produção de produtos ou serviços mais competitivos. A ECT pretende atingir a eficiência econômica através da redução do custo das transações. A análise do imbricamento visa atingir a coordenação da atividade econômica, por intermédio dos contatos pessoais.

2.1.4.2) Incerteza

Em 1938, no estudo das funções do executivo, Chester Barnard apontou que a incerteza é um elemento sempre presente e requer um balanço entre as alterações do ambiente externo e os reajustes do ambiente interno. Esta situação causa problemas para organizações e gerentes criando ambigüidade durante o processo decisório da estratégia. A partir desse conceito, constatou-se que os gerentes eram forçados a tomar

decisões sob condições de **racionalidade limitada**, o que implica em fazer escolhas de ação num ambiente que não proporciona as alternativas disponíveis ou as conseqüências de tais alternativas (Kreiser & Marino, 2002). Como resultado, gerentes e organizações não são capazes de compreender completamente os ambientes complexos e são forçados a tomar decisões mesmo com informações incompletas sobre as opções estratégicas.

A incerteza é a incapacidade percebida por um indivíduo em prever algo de forma precisa. Um indivíduo a vivencia porque se sente incapaz em discriminar entre dados relevantes e irrelevantes (Milliken, 1987). Para Pfeffer e Salancik (1978), incerteza refere-se a intensidade com que estados futuros do mundo não podem ser antecipados e precisamente previstos.

Diversos estudos conceituais da incerteza do ambiente têm sido abordados na literatura, mas duas perspectivas dominam essa área (Kreiser & Marino, 2002). A primeira é a incerteza da informação, que deriva da falta de informações perfeitas sobre o ambiente. Três elementos compõem esse tipo de incerteza: a pouca clareza de informação sobre o ambiente, o longo tempo requerido para verificar o efeito de uma ação estratégica e a incerteza geral inerente nas relações causais, ou seja, estabelecer quais os efeitos sobre o ambiente de uma ação específica e, também, que efeito teria uma mudança ambiental sobre a organização.

A segunda escola de pensamento entende a incerteza do ambiente fundamentalmente em função da dependência organizacional dos recursos. O fluxo dos recursos essenciais é considerado crítico, pois é dependente de diferentes poderes possuídos por parceiros. Nos anos 70, a leitura de cenários de estrategistas sobre as ameaças e as oportunidades, até então limitada à incerteza da informação, começou a ser questionada. Surge, daí, a teoria da dependência de recursos que está baseada na noção de que o ambiente possui fontes escassas de recursos e as organizações são dependentes de recursos finitos para sobreviver. Os fatores que influenciam a dependência por recursos são: a importância do recurso, a escassez do recurso e a concorrência com outras organizações pelo recurso. Para essa teoria, a dependência

dos recursos é fonte de incerteza, e para reduzi-la é necessário estabelecer e sustentar relações efetivas com o ambiente.

Kreiser e Marino (2002) examinaram a evolução da conceituação e da operacionalização do constructo da incerteza do ambiente e propuseram duas abordagens de pesquisa. A primeira é o emprego de medidas simples para a pesquisa organizacional quando a incerteza for uma variável secundária em termos de interesse e somente precisa ser genericamente analisada. A outra abordagem é viabilizada através de operacionalizações multidimensionais quando a incerteza for a variável primária de interesse.

Devem-se considerar, também, as características da população em estudo, pois elas proporcionam um indicador útil se a pesquisa deve empregar medidas da incerteza de informação ou de dependência de recursos. A primeira medida de incerteza é útil no estudo de organizações que são dependentes de informação para prosperarem economicamente, tais como as indústrias de tecnologia. Essas organizações tendem a ser ágeis e flexíveis e usualmente operam em setores altamente competitivos. A segunda medida de incerteza proporciona uma efetiva ferramenta para a mensuração da incerteza vivenciada por organizações de setores intensivo em recursos. Essas empresas tendem a ter maiores estruturas organizacionais, são mais tradicionais e menos dependentes de tecnologia para sobreviver. A figura 5 sumariza as duas abordagens propostas por Kreiser e Marino (2002).

No sentido de sustentar o crescimento e a sobrevivência organizacional, as empresas devem ser capazes de inter-relacionar com seu ambiente externo, para poder manejar os problemas criados pela incerteza de ambiente. Koberg e Ungson (1987) sustentam que, quanto maior a dependência do recurso, menos orgânica é a organização. Uma boa performance é obtida com um efetivo gerenciamento da dependência de recursos e dos problemas estratégicos vinculados à escassez de recursos estratégicos. Para os autores, a dependência pode ser gerenciada através de contratos de longo prazo e por arranjos institucionais que reduzam a necessidade de prever desenvolvimentos imprevistos do ambiente.

Complexidade de medida		
F o n t e s d e i n c e r t e z a	Medidas simples	Medidas complexas
	Incerteza de informação	Barnard (1938) Lawrence & Lorsch (1967) Bergh & Lawless (1998) • Variável secundário • Empresas ágeis, flexíveis • Indústria de tecnologia
Incerteza de recursos	Pfeffer & Salancik (1978) Finkelstein (1997) • Variável secundário • Empresas grandes e tradicionais • Indústrias intensivas em recurso	Child (1972) Deas & Beard (1984) Lawless & Finch (1989) • Variável primária • Empresas grandes e tradicionais • Indústrias intensivas em recursos

Figura 5: Algoritmo de referencial de estudo de incerteza.
 Fonte: Adaptado de Kreiser & Marino, 2002.

a) Medidas de incerteza

A incerteza é um conceito muito amplo, por isso deve ser estudada em relação a algum componente específico do ambiente, por exemplo, fornecedores, governo, competidores, distribuidores e consumidores (Milliken, 1987). Para operacionalizar o conceito de incerteza identificam-se na literatura as seguintes medidas:

- Incerteza de informação: o grau de imprevisibilidade das mudanças do ambiente externo percebido pelos tomadores de decisão (Koberg & Ungson, 1987);
 - Tendências de medidas demográficas e como tais medidas afetam a organização (Milliken, 1990).
 - Índice de volatilidade do ambiente e o grau de previsibilidade dessa variabilidade (Milliken, 1987).
- Incerteza de recursos:
 - Dependência de transações com fornecedores (Pfeffer, 1972).

- Indicadores macroeconômicos, como o percentual de participação no PIB das indústrias envolvidas na análise, volume de participação no mercado, número de grandes empresas, lucratividade e concentração na indústria analisada (Finkelstein, 1997).
- Intensidade da falta de controle sobre importantes recursos (Koberg & Ungson, 1987) como, por exemplo, fornecedores de equipamentos, produtos, materiais e serviços, força de trabalho, inovação tecnológica e regulamentação governamental.
- Medidas indiretas também podem medir a incerteza, tais como, uma estratégia de diversificação (pode demonstrar a vulnerabilidade organizacional) e a criação de *buffers* no processo produtivo (Milliken, 1987).

b) Grau de interdependência e incerteza

No contexto social das organizações, na perspectiva das relações de interdependência, atrás de cada restrição há um grupo de interesse que trabalha para impor tal restrição. Desde esse ponto de vista, a restrição é potencialmente removível se for possível organizar suficiente suporte social e recursos para removê-la. No entanto, reconhecer a realidade e perceber se há ou não possibilidade de alterar o contexto social é uma tarefa difícil e os gestores nem sempre estão seguros sobre as informações de que dispõe (Peffer & Salancik, 1978).

Para facilitar essa percepção é preciso reconhecer uma organização como um conjunto de coalizões. O poder de um participante está em função da dependência dos demais na organização de suas contribuições, atividades e capacidades. A manutenção da coalizão se dá pelo oferecimento de incentivos (ou satisfação) aos participantes que suportam a organização.

A questão é saber quem participa dessa organização para o gerenciamento das atividades dos participantes, ou seja, definir as fronteiras da organização. As fronteiras individuais são facilmente discerníveis, porque a própria natureza já se encarregou de criar a pele para os humanos, pelos para alguns animais, cortiça para as árvores e

assim por diante. O mesmo não pode se dizer dos sistemas sociais. Por exemplo, um fornecedor está dentro das fronteiras da organização ou faz parte do ambiente? Para facilitar a compreensão das fronteiras organizacionais é preciso analisar onde termina o controle sobre uma atividade e inicia o controle de outra. A fronteira é definida onde o discernimento de uma organização em controlar uma atividade é menor do que o discernimento de outra organização ou indivíduo para controlar tal atividade. A fronteira organizacional, então, pode ser definida em termos de sua influência sobre atividades comparando a influência de outros atores sociais sobre a mesma atividade dos mesmos participantes. Quando é grande a influência de uma organização específica, se pode dizer que aquelas atividades estão incluídas dentro das fronteiras.

Dentro desse contexto, todos os resultados organizacionais são baseados em causas e agentes interdependentes. Interdependência caracteriza a relação entre os agentes em criar um resultado, não o resultado em si. A incerteza em relação à criação do resultado é minimizada quando há uma melhor coordenação, o que significa incrementar o controle mútuo sobre cada atividade.

O argumento que a organização é uma coalizão implica que um fator determinante do comportamento da organização seja dependente de vários participantes da coalizão. As tentativas da organização em satisfazer as demandas de um dado grupo estão em função de dependência do grupo em relação a outros grupos e ao grau de conflito de tais demandas do grupo com as demandas de outro. Três fatores são críticos na determinação da dependência de uma organização com outra:

- A importância do recurso: o grau pelo qual a organização o requer para continuar operar e sobreviver. Há duas dimensões para medir a importância do recurso: a magnitude relativa da troca e a importância crítica. A primeira é determinada pela proporção do total de entradas ou a proporção do total de saídas consideradas para o intercâmbio. Uma organização que produz somente um produto é mais dependente do consumidor, da mesma forma, uma organização que requer somente um insumo é mais dependente do fornecedor. A segunda dimensão, a importância crítica, mede a habilidade da organização continuar funcionando com a ausência do recurso ou na ausência do mercado para vender seu produto ou serviço.

- O grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso: reflete o poder que uma organização ou indivíduo possui sobre um recurso, ainda mais importante quando é escasso. Essa atitude pode ser observada através:
 - do conhecimento e da informação;
 - da propriedade ou patentes;
 - da regulação do acesso;
 - do atual uso e controle do recurso;
 - habilidade em fazer regras ou regular possessões, alocação e uso de recursos, de forma a obrigar a regulação.
- O grau de concentração do controle sobre os recursos: mede quanto uma organização pode obter mais recursos de outras fontes. A concentração pode ser medida através da:
 - proporção do mercado considerando os quatro a oito maiores organizações;
 - o número de alternativas disponíveis, assim como o tamanho ou a importância dessas alternativas;
 - a presença de qualquer sistema que regule os recursos e suas trocas também concentra influência sobre os recursos.

As três mais elementares características estruturais do ambiente são (figura 6):

- concentração: o grau de dispersão do poder e da autoridade no ambiente;
- munificência ou liberalidade: disponibilidade ou escassez de recursos críticos;
- interconectividade: o número e padrão de ligações, ou conexões entre organizações.

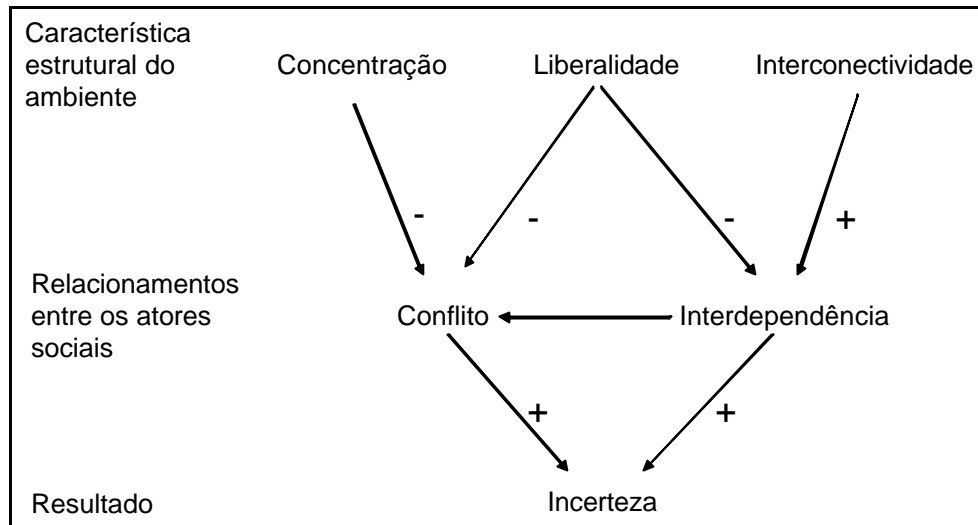


Figura 6: Relacionamentos entre as dimensões do ambiente organizacional.
 Fonte: Adaptado de Pfeffer & Salancik, 1978.

Essas três características estruturais determinam as relações entre os atores sociais – especificamente, o grau de conflito e interdependência presente no sistema social. Conflito e interdependência, por sua vez, determinam a incerteza que a organização enfrenta. Incerteza, então, pode ser vista como um resultado de outras dimensões do ambiente.

- **Pressuposto 4:** Os relacionamentos organizacionais da cadeia de saúde com elevada incerteza estão acompanhados de instrumentos de governança contratual ou mesmo de verticalização.

2.1.5) Cooperação como estratégia nas interorganizações

À medida que a competição aumenta e as incertezas tornam-se maiores, a cooperação tem surgido como uma alternativa estratégica para muitas organizações.

Os teóricos no campo da estratégia estão preocupados fundamentalmente em explicar as diferenças de performance entre as empresas. Na busca por melhores

vantagens competitivas, duas visões têm se destacado (Dyer & Singh, 1998): a teoria da estrutura da indústria e a teoria dos recursos internos (*resource-based view*, RBV). Entretanto, essas teorias não têm dado a devida importância ao fenômeno interorganizacional.

A visão estrutural da indústria, associada a Porter, sugere que excelentes resultados ocorrem essencialmente em função da vinculação da empresa a uma indústria com características estruturais favoráveis. Conseqüentemente, muitos pesquisadores têm focalizado a indústria como uma unidade de análise (Dyer & Singh, 1998). A abordagem de definição estratégica genérica de negócio de Porter tem recebido atenção teórica e empírica, em sua maioria em três aspectos: a ligação entre estratégias genéricas e níveis de produção; as condições do ambiente sobre o qual a estratégia genérica obtém sucesso; e as características associadas com cada estratégia. Dentro desta última corrente, os estudos têm focalizado genericamente em distinguir configuração de estruturas internas, sistemas e processos que são desenvolvidos para suportar a estratégia. No entanto, os pesquisadores têm se preocupado menos com os efeitos da estratégia nas relações das firmas com outras organizações (Lassar & Kerr, 1996).

A outra visão, a teoria dos recursos internos, argumenta que o diferencial de performance entre as empresas se deve mais à heterogeneidade das empresas do que à estrutura da indústria. As empresas que são hábeis para acumular recursos e capacidades raras, valiosas, insubstituíveis e difíceis de imitar atingirão a vantagem competitiva. Tais recursos podem ser físicos, tais como projetos de produtos e técnicas de produção, ou intangíveis, como uma marca. Eles também incluem conhecimento de mercados específicos ou necessidades de usuários, rotinas idiossincráticas, tais como técnicas de tomada de decisão ou sistemas de gerenciamento, e redes complexas para impulsionar o marketing e a distribuição de produtos (Mowery et al., 1998). Desta forma, a RBV tem as empresas como unidade de análise (Dyer & Singh, 1998).

Para Dyer e Singh (1998), embora ambas as teorias contribuam fortemente para a compreensão de como as empresas atingem excelentes resultados, elas se descuidaram sobre a importância das vantagens ou desvantagens de uma empresa

estar freqüentemente ligada às vantagens ou desvantagens da rede de relacionamentos na qual uma empresa está incorporada. A idéia central dos autores é demonstrar que um par ou uma rede de empresas pode desenvolver relações que resultem numa vantagem competitiva sustentável, propondo uma abordagem estratégica denominada Visão Relacional.

No entanto, a construção teórica de Dyer e Singh (1998) não alcançou a unanimidade no meio científico, como pode ser observado no comentário de Molina (1999) para o qual há muita proximidade entre a teoria da Visão Relacional e a RBV. No que tais autores concordam é que o estabelecimento das relações interorganizacionais não é simplesmente consequência da estratégia de uma empresa individual, mas é uma estratégia em si, ou seja, as redes de interorganizações passam a ser uma unidade de análise do processo estratégico.

2.1.5.1) Aproximando-se da cooperação

Em outra iniciativa para estudar a estratégia no âmbito das redes, Jarillo (1988) propõe a articulação dos conceitos de cadeia de valor e custo das transações para encontrar uma forma interorganizacional eficiente que esteja entre as relações de mercado e a integração vertical. O conceito de cadeia de valor quebra a empresa em diferentes atividades, até certo ponto independentes, embora inter-relacionadas. Transferindo-se esse mesmo conceito para um conjunto de empresas, onde cada empresa representa a atividade da cadeia de valor, ocorrendo trocas recorrentes e a existência de funções específicas, torna-se possível aplicar os conceitos da teoria do custo das transações. Levando em conta essa concepção, um arranjo de empresas, sob a liderança de uma organização, forma uma rede estratégica que competirá com outro arranjo de empresas. Dentro da rede haverá preocupação em se estabelecer relacionamentos de longo prazo, cooperativos e na manutenção da reputação. Por outro lado, a rede compete para alcançar performances superiores a outras alternativas de mercado. A restrição da abordagem de Jarillo está na própria definição de rede estratégica adotada pelo autor, para o qual a existência de uma empresa central é

essencial para o modelo, o que acaba por limitar seu uso para outras formas de redes de interorganizações, que serão apresentados adiante.

Fica evidente, no entanto, a importância das interorganizações no campo da estratégia. Lassar e Kerr (1996) comentam que um grande número de organizações integra uma rede de inter-relacionamentos, de tal forma que tais arranjos ganham outra dimensão para a definição da estratégia e o funcionamento organizacional. Assim, da mesma forma que existe a pressão para manter a congruência entre estratégia e estrutura interna provavelmente, há a necessidade de um ajuste similar entre estratégia e estrutura de relacionamentos externos.

Falta, entretanto, um referencial teórico paradigmático que explique o fenômeno da estratégia no ambiente interorganizacional. Por um lado, a estratégia compartilha o campo do conhecimento científico com a economia, mais especificamente a organização industrial e economia financeira, mas ao mesmo tempo está fortemente embasada nos modelos econômicos do comportamento da firma, daí o sucesso do paradigma de Estrutura-Condução-Performance, originado em Bain e claramente articulado por Porter (Lockett & Thompson, 2001). Por outro lado, a interface da estratégia com a nova economia institucional indica haver importantes contribuições, principalmente entre a RBV com a economia do custo das transações (Lockett & Thompson, 2001; Madhok, 2002).

Ambas teorias partem do pressuposto que o comportamento oportunista dos agentes econômicos gera custos de organizar e produzir, e cada uma sob sua ótica, definem formas eficientes de arranjo institucional para minimizar tais custos (Lockett & Thompson, 2001). Ao passo que na economia do custo das transações a busca por tal eficiência está na minimização dos custos da governança, na RBV essa habilidade está expressa no acesso a recursos complementares superando as limitações internas. Essa forma de atuar leva as empresas a procurarem a colaboração entre empresas. Alianças e outros mecanismos de colaboração entre empresas frequentemente são mencionadas estarem embasadas na RBV, pela combinação de características dos mercados e da organização intra-firma, desta forma habilitando as empresas a alcançarem ganhos e acesso a capacidades externas (Mowery et al., 1998).

A cooperação, quando habilidades e conhecimentos são envolvidos, leva à coevolução das competências, abrindo possibilidades para o desenvolvimento tecnológico, vantagem competitiva, assim como para a criação da habilidade de governança. Nesse conceito, a gestão estratégica passa a ter um papel na coordenação e alocação de recursos, tanto dentro das fronteiras da empresa como através delas (Madhok, 2002).

A gestão estratégica no setor público, por exemplo, aproxima-se do argumento Schumpeteriano, onde a vantagem competitiva pode residir no domínio de uma nova tecnologia ou mesmo num novo modo de organização. No sistema de saúde o preço não exerce um papel dominante na competição dentro do “quase-mercado”. Tal papel é exercido pela incerteza e o risco que os pacientes querem reduzir, fazendo com que a opção seja a busca por serviços de reconhecida qualidade (Ferlie, 1992). A busca por esse padrão de desempenho tem sido através da coordenação das organizações.

A estratégia tem um importante papel na decisão sobre as fronteiras da organização, tanto em termos de escolha como de natureza. Desta forma, a gestão estratégica é mais do que coordenar e alocar recursos dentro da organização, mas também entre e através das fronteiras da organização, como resultado da interdependência da produção e das relações de troca (Madhok, 2002).

A cooperação entre as organizações, nesta perspectiva, ganha um papel relevante como alternativa à estratégia competitiva.

2.1.5.2) A estratégia de cooperação

As abordagens teóricas até aqui apresentadas apontam para adoção da cooperação entre organizações. A economia do custo das transações indica o uso da cooperação para reduzir os custos da utilização do mercado, enquanto que a RBV defende a sinergia de recursos para atingir a complementaridade estratégica (Arroyabe & Peña, 1999). O imbricamento (*embeddedness*) parte da confiança como mola propulsora para a cooperação e o alcance de desempenhos superiores. Enquanto isso,

na indústria da saúde a cooperação está sendo vista como uma saída tanto para combater o crescimento das despesas no sistema como para a oferta de serviços com melhor qualidade (Friedman e Góes, 2001; Institute of Medicine, 2001), principalmente quando liderada por ações de atenção primária (Rico et al., 2003).

Nielsen (1988) propõe um modelo de análise das estratégias cooperativas a partir dos tipos de estratégias cooperativas e dos jogos de mercado. As estratégias cooperativas consideradas são:

- Combinação: ações estratégicas que reduzem a duplicação e a redundância, ou ajudam a unir recursos necessários para alcançar economia de escala.
- Intercâmbio: diferentes organizações desempenhando operações especializadas, onde cada organização pode se qualificar e tornar viável produzir um produto ou serviço, executando operações específicas.
- Distensão: onde as organizações reduzem ou eliminam ataques entre si ampliando a prosperidade para as organizações envolvidas.
- Contingencial: as organizações concordam cooperar em situações específicas e no futuro, porém condicionado a eventos futuros. Uma organização pode crescer a eficiência e a efetividade quando adota estratégia de cooperação (combinação, troca ou distensão) conforme a contingência.

Para completar o modelo, o autor empregou a concepção teórica dos jogos de mercado, que segundo Nielsen (1988) podem ser:

- Soma negativa: o tamanho do mercado ou da produção se reduz ao longo do tempo de tal forma que para uma organização apenas manter-se no que ela tem, requer que outra organização perca;
- Soma zero: o tamanho do mercado ou da produção se mantém o mesmo ao longo do tempo de tal forma que para uma organização crescer, outra organização deve perder;
- Soma positiva: duas organizações, ao longo do tempo, como cresce o tamanho do mercado ou da produção, é possível para todos as

organizações crescer o tamanho da participação ou dos benefícios recebidos, assim todas as organizações ganham;

- Tendência a soma positiva: um jogo com soma zero ou negativa que pode ser transformado em soma positiva.

Partindo do referencial teórico do sistema ecológico de Boulding, Nielsen (1988) propõe quatro elementos de análise da taxonomia de estratégias de cooperação:

- ciclo de vida do ambiente;
- estratégia cooperativa inicial;
- valor agregado ao mercado (eficiência de resultados);
- estratégia cooperativa reativa.

Dentro desse modelo, as estratégias de combinação e intercâmbio podem ser vistas como estratégias iniciais, ao passo que as estratégias de distensão e contingencial podem ser entendidas como reativas. O autor conclui que a cooperação interorganizacional pode melhorar a eficiência e fazer muito sentido numa estratégia de curto, médio ou longo prazos numa ampla variedade de circunstâncias ambientais.

- **Pressuposto 5:** Há pouca cooperação na cadeia produtiva da saúde, tanto entre as organizações da cadeia principal como dessas com a cadeia secundária.
- **Pressuposto 6:** A maior cooperação entre os elos pode gerar benefícios às organizações pertencentes à cadeia e aos pacientes.

2.1.5.3) Coordenação entre empresas e mecanismos de governança para o estabelecimento de estratégias

Para uma organização integrante de uma rede interorganizacional, ou mesmo aspirante a integrar-se, é importante identificar como esta rede se organiza, quais seus mecanismos integradores e as variáveis que influenciam o surgimento e o formato. É

possível, a partir destas informações, estabelecer estratégias internas para a obtenção de melhores resultados da participação deste formato produtivo. Da mesma forma, aos participantes desta rede, quando considerada como um conjunto articulado, a identificação do tipo de rede auxiliará na definição das estratégias de integração e cooperação, no posicionamento junto ao mercado-alvo e frente às redes concorrentes, para o alcance de melhores resultados (Grandori & Soda, 1995).

Grandori (1997) critica as definições de redes de empresas existentes na literatura, pois quando as formas de redes são consideradas, elas freqüentemente são definidas pelos seus aspectos legais ou definições de ordem prática (por exemplo, *joint ventures*, *franchising* e consórcios) ao invés de termos baseados na teoria que podem facilitar a avaliação de diferentes propriedades das várias alternativas de estrutura.

De fato, assim como uma empresa tem distintas propriedades de acordo com a sua forma organizacional que está desenhando seus processos e comportamento, da mesma forma funciona um conjunto de inter-firmas. Essas propriedades não podem ser avaliadas somente com base na estrutura contratual, mas necessitam estar ligadas à estrutura organizacional.

A teoria das organizações identificou três variáveis capazes de explicar as formas das organizações. Grandori (1997) propõe uma classificação das situações de relacionamento em inter-firmas com base nas mesmas variáveis, que são:

- fluxo de recursos;
- complexidade da informação;
- estrutura de interesses.

a) Fluxo de recursos e os tipos de interdependência

O fluxo de recurso identifica os tipos de interdependência, considerando se os recursos interagem numa combinação ou em seqüência e o grau de complexidade da informação (quadro 1).

Quadro 1 – tipos de interdependência organizacional.

<p>Combinada Cada unidade participa de forma pontual e é apoiada pelo todo. Mecanismos de coordenação: comunicações, regras, procedimentos, staff comum com monitoramento ou supervisão mútuos.</p>	<p>Intensiva Ação conjunta de habilidades distintas para resolução de problema comum ou integrar um processo de transformação. Requer sofisticados mecanismos de coordenação, tais como ajustes em tempo real e de incentivos capazes de obter contribuições efetivas de membros individuais, onde não há capacidade de controle competente e/ou em tempo real entre os pares do grupo.</p>
<p>Seqüencial É a ligação entre duas atividades para a qual a saída de uma atividade A é a entrada para a atividade B. Mecanismo de coordenação: programação entre as atividades</p>	<p>Recíproca Caracterizado pela forte incerteza, requer grande troca de informação e competências específicas para a resolução de problemas. Mecanismos de integração: relações laterais, papéis das conexões e unidades de integração. A sub-contratação é muito encontrada nesse tipo de interdependência.</p>

Fonte: Adaptado de Grandori (1997).

b) Complexidade de informações

A incerteza gerada pela variabilidade imprevisível presente nas situações de cooperação ou de trocas é denominada complexidade computacional. O gerenciamento destes sistemas se dá através da diferenciação entre as complexidades computacionais e o número de elementos a serem considerados, formando uma codificação eficiente e que facilita a troca de informação.

Outro tipo de complexidade de informação é a Complexidade Cognitiva que está composta pela capacidade de observação da ação e a capacidade de observação dos insumos.

c) Estrutura de interesses

Mesmo em sistemas complexos os participantes podem ter relacionamentos sociais que permitam o gerenciamento da cadeia, é a chamada Estrutura de Interesses. Essa estrutura varia num contínuo desde a não cooperação até a integração pura, onde para cada intensidade da convergência dos interesses são definidos tipos de estruturas (Figura 7).

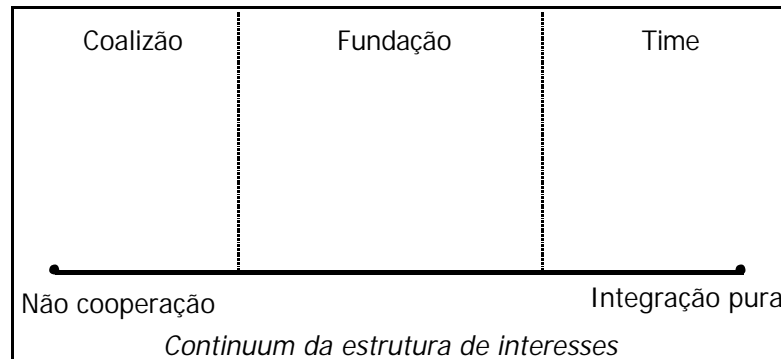


Figura 7: Estrutura de interesses.

Fonte: Adaptado de Grandori (1997).

Grandori e Soda (1995), através de uma extensa revisão de estudos anteriores, propuseram uma classificação em termos de formatos de redes e mecanismos empregados, utilizando para isso dimensões sociais, econômicas e organizacionais, bem como demonstrando distintas propriedades de coordenação.

As redes de inter-relacionamento organizacional possuem mecanismos que sustentam a cooperação. Esses mecanismos são empregados nas relações entre empresas, em acréscimo ou em substituição das relações de mercado, os quais são relacionados abaixo (Grandori & Soda, 1995):

- mecanismos de comunicação, decisão e negociação: necessários para a manutenção da cooperação no longo-prazo;
- controle e coordenação social: profundos e estáveis relacionamentos baseados nas normas de grupo, reputação e controle entre pares;
- papéis e unidades de integração e fixação: responsabilidades e papéis horizontais que desenham uma rede;
- staff comum: estruturas de coordenação centralizadoras, empregados por exemplo em franchising e associações;
- relações hierárquicas e de autoridade: supervisão hierárquica, planejamento formal e sistemas de programação, sistemas de informação, sistemas de treinamento e sistemas contábeis são exemplos de mecanismos de coordenação;

- sistemas de planejamento e controle: programação do tempo e seqüência de produção para a correção de desvios, treinamento de pessoal padronizado, monitorização da satisfação dos clientes e projetos de design são exemplos deste mecanismo;
- sistemas de incentivo: direitos de propriedade incentivam o início e a manutenção da cooperação;
- sistemas de seleção: a definição de especificidades de acesso a rede é uma maneira de melhorar a coordenação entre firmas;
- sistemas de informação: reduzem os custos de comunicação e apoiam diferentes tipos de redes, além de poderem ser empregados como o único mecanismo de coordenação;
- suporte e infra-estrutura pública: em determinadas situações há dificuldade de se atingir a cooperação exigindo alguma forma de suporte direto por agências públicas.

Grandori e Soda (1995) desenvolveram uma classificação das formas de redes que seguiu os seguintes critérios: se elas são formalizadas ou não (de que forma são feitas as trocas); se elas são centralizadas (há uma coordenação central) ou paritária; e a característica do mix de mecanismos de coordenação. Assim as formas de redes de inter-firmas estão dispostas no quadro 2 a seguir.

A combinação das três variáveis com as formas de redes determina a classificação dos tipos de interorganizações apresentados no quadro 3 a seguir.

O emprego desses mecanismos se dará considerando o contexto das organizações em questão, a estrutura de relações existentes, o grau de convergência dos interesses e a complexidade das trocas para a realização do negócio.

Embora essa abordagem proponha uma tipificação da interdependência presente nas relações interorganizacionais, não esclarece quais são as formas de governança presentes na economia.

Quadro 2: tipos de redes interorganizacionais.

Forma Interorganizacional	Simétrica	Assimétrica ou Centralizada
Redes Sociais: relações não estabelecidas por acordos formais.	<ul style="list-style-type: none"> - Redes pessoais; - Aproximação das diretorias; - Distritos industriais 	<ul style="list-style-type: none"> - Putting out: terceirização do processamento de materiais mas cujos direito de propriedade pertencem a uma firma específica; - Constelação: uma filière de firmas informalmente coordenadas, usualmente por uma firma que controla as competências e incertezas críticas. - Sub-contratação: há um contratante principal que negocia o pedido completo com o cliente e designa partes do pedido sub-contratando.
Redes Burocráticas: modos de coordenação formalizados em acordos contratuais de troca ou associação.	<ul style="list-style-type: none"> - Associações - Consórcios 	<ul style="list-style-type: none"> - Redes de agência - Licenciamento - Franchising
Redes Proprietárias: são formas burocráticas de formalização da rede com o acréscimo de que são fundadas baseadas em alguma confiabilidade da propriedade.	<ul style="list-style-type: none"> - Joint venture (duas ou mais firmas, buscando unificar atividades, criam conjuntamente uma terceira firma) 	<ul style="list-style-type: none"> - Capital venture (envolve um relacionamento organizacional entre o investidor e a firma parceira)

Fonte: Adaptado de Grandori & Soda (1995).

Quadro 3 – Tipos de interdependência e formas de redes.

Tipos de interdependência	Rede Social	Rede Burocrática	Rede Proprietária
Combinada	Distrito industrial clássico de “Marshallian”	Associação e <i>Traders</i> Consórcio horizontal	<i>Joint venture</i> em setores maduros
Intensiva	Distrito industrial intensivo em tecnologia e dinâmico (<i>cluster</i>)	Consórcio de pesquisa Consórcio de um complexo projeto industrial	<i>Joint venture</i> de pesquisa e desenvolvimento
Seqüencial	Filières industrial / constelação	Licenças e concessões Sub-contratação hierárquica de via-única	<i>Ventures</i> com compartilhamento de lucros
Recíproca	Distrito industrial informal com sub-contratação ou terceirização	<i>Franchising</i> Co-fabricação de produtos customizados, inovadores e relacionados a pesquisas	<i>Ventures</i> de investimentos

Fonte: Adaptado de Grandori (1997) e Grandori & Soda (1995).

2.1.6) Classificação dos modos de Governança

Até esse ponto se discorreu sobre diferentes teorias da vertente Governança. Mas quais são as formas ou modos de governança presentes no ambiente econômico? A resposta a essa pergunta, de certa forma, está permeada nas teorias do custo das transações, do imbricamento social nas atividades econômicas, e da coordenação e interdependência organizacionais. No entanto, é necessário que se classifique e conceitue tais formas ou modos de governança, tornando mais clara suas diferenças, e também, que se explicito o referencial teórico a ser adotado para este trabalho.

Para Powell (1990) e Thompson (2003), há três modos de governança no ambiente econômico: mercado, rede e hierárquica. O argumento principal para esta segmentação reside na observação de que não se trata de um contínuo entre mercado e hierarquia, passando por formas híbridas, mas sim modos de governança com características e resultados específicos, capazes de oferecer alternativas para a organização da atividade econômica.

Esses modos representam três mecanismos de coordenação e tem diferentes papéis de governança, que resultarão numa determinada ordem. Conforme Thompson (2003), ordem é um sistema genuinamente coordenado, onde as partes encaixam-se de uma forma razoavelmente consistente. Em contraste, um sistema desordenado poderia ser um cujas regras fossem completamente fragmentadas, com falta de governança coordenativa e fraca configuração sistemática de suas partes, cujos resultados não demonstram coerência e sistematização.

Na argumentação de Powell (1990), mercados, hierarquias e redes são peças de um grande quebra cabeças que é a economia. As propriedades das partes deste sistema são definidas pelos tipos de interação que tomam lugar entre elas. Os comportamentos e interesses dos atores individuais são formatados por esses padrões de interação. Modelos estilizados de mercados, hierarquias e redes não são descrições perfeitas da realidade econômica, mas eles possibilitam fazer progressos em compreender a extraordinária diversidade dos arranjos econômicos encontrados no mundo.

Na visão dos autores (Powell, 1990 e Thompson, 2003), a governança em rede desdobra-se em duas, uma com a coordenação estabelecida por meio de instrumentos formais e outra cuja coordenação se estabelece num sistema auto-organizado. Essa tese concorda com a de outros autores como Sobrero e Schrader (1998), que as denominam de coordenação contratual e coordenação de processos, assim como de autores já citados nesse trabalho (Grandori, 1997; Jones et al., 1997; Poppo & Zenger, 2002).

Com isso, a integração dos conceitos revisados ao longo desse trabalho nos apresenta um conjunto de quatro modos de governança, assim classificadas: Rede Social ou Relacional, Contratual ou Burocrática, Hierárquica ou Proprietária e de Mercado (quadro 4).

Quadro 4 – Classificação dos modos de Governança.

Modos de Governança	Características
Redes Sociais ou Relacional	<ul style="list-style-type: none"> • Relações não estabelecidas por acordos formais; • Resultados gerados espontaneamente; • Alinhamento conjunto de processos; • Busca de cooperação e consenso; • Lealdade, reciprocidade e confiança; • Governança auto-organizada e informal (não-governança).
Contratual ou Burocráticas	<ul style="list-style-type: none"> • Modos de coordenação formalizados em acordos contratuais de troca ou associação. • Resultados planejados; • Distribuição de direitos dentro do relacionamento organizacional; • Busca da cooperação e consenso; • Usado como estrutura de comando e autoridade ou como sistema de incentivos predeterminados; • Coordenação e governança formalmente organizada.
Hierárquica ou Proprietárias	<ul style="list-style-type: none"> • São formas burocráticas de formalização da rede com o acréscimo de que são fundadas baseadas em alguma confiabilidade da propriedade. • Resultados planejados e conscientemente organizados; • Agentes guiados por regras e iniciativa dependente da autoridade • Administração e monitoramento hierarquicamente organizados e burocraticamente organizados; • Governança óbvia, propositalmente guiada; • Governança ativa, coordenação <i>ex ante</i>.
Mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Gera resultados espontaneamente; • Os agentes tomam decisões privadas competitivas; • Mecanismo de operação: mecanismo de preço, competição, interesse próprio, auto-regulação; • Coordenação geral por meio da denominada mão invisível, onde a coordenação ocorre <i>ex post</i>.

Fonte: Adaptado de Powell, 1990; Grandori, 1997; Jones et al., 1997; Sobrero e Schrader 1998; Poppo & Zenger, 2002; Thompson 2003.

- **Pressuposto 7:** Na cadeia de saúde coexistem as quatro formas de governança. Há, no entanto, predomínio de um modo em cada elo. Ao mesmo tempo, utilizam-se poucos mecanismos de governança.

2.2) Teorias de Rede Social

A Rede Social, outra vertente do estudo de Oliver e Ebers (1998) sobre o campo da pesquisa interorganizacional, está voltada aos fenômenos sociais nas redes, com especial atenção para as interconexões e as relações de poder. Essa vertente subdivide-se em Análise de Redes Sociais e estudos do Poder e Controle. As pesquisas que se baseiam na Análise de Redes Sociais preocupam-se em examinar como diferentes posições, dentro de uma teia de relacionamentos, afetam as oportunidades dos detentores de tais posições (Oliver e Ebers, 1998), a emergência e a mudança de estruturas informais, os limites das redes, o processo de cooptação corporativa, as interconexões de diretorias e os padrões de relações entre pequenas empresas (Grandori e Soda, 1995). Essa perspectiva está ligada ao campo da Psicologia Social.

A perspectiva de Poder e Controle estuda as características estruturais das redes, identificando funções e organizações vinculadas a elas, bem como o controle interorganizacional (Oliver e Ebers, 1998). Ela está vinculada aos estudos organizacionais, em especial a administração pública (Grandori e Soda, 1995), e será explorada por meio das teorias de redes interorganizacionais no âmbito de políticas públicas.

2.2.1) Análise de Redes Sociais

Uma organização ou um conjunto de organizações pode ser concebido como um sistema social delimitado no qual há uma rede relativamente estável de ligações

através do que as mensagens ou informações fluem e acaba por afetar a produtividade e a manutenção do sistema. A Análise de Redes Sociais toma tal abordagem através da identificação das causas, naturezas e conseqüências dos padrões de interação alternativos ao longo do tempo. Isso envolve principalmente o estudo tanto de informação trocada como das relações de influência, o que permite a comparação de estruturas de grupo existentes e estruturas de grupo emergentes. Esse tipo de análise facilita a caracterização de grupos em termos de tipos de papéis desempenhados por indivíduos da rede: estrelas, inter-relacionados ou isolados, e ainda caracterizam a frequência, direção e compatibilidade dos relacionamentos (Pearce II e David, 1983). Segundo os autores, a contribuição potencial da Análise de Redes Sociais está em identificar importantes perguntas sem respostas graças à performance da análise dos relacionamentos entre organizações porque isso explicitamente foca nos processos interorganizacionais e é capaz de ligar abordagens de nível macro e micro ao estudo das organizações.

A Análise de Redes Sociais, denominada também de Sociologia Relacional, é uma crítica aos estudos da sociedade através de categorias sociais ou atributos, Sociologia Estruturalista. Dados de atributos dizem respeito a características ou qualidades de indivíduos ou grupos, enquanto dados relacionais envolvem contatos, vínculos e conexões que relacionam os agentes entre si, e não podem ser reduzidos às propriedades dos agentes individuais. Apesar de importantes para a descrição de fenômenos, realidades e conjunturas, as características ou atributos não dizem respeito propriamente às ações sociais, mas a seus agentes. Nesse sentido, elas explicam uma parte dos fenômenos, mas deixam de lado importantes processos e dinâmicas passíveis de estudo através da consideração direta de vínculos e relações. A matéria-prima das ciências sociais é o conjunto das relações, vínculos e trocas entre entidades e não suas características (Marques, 2000).

Nesse campo de estudo se desenvolveram basicamente duas maneiras de se analisar redes (Marques, 2000): a análise dos vínculos ou sociométrica e a análise estatística de redes. A primeira linha enfoca os vínculos entre entidades e a distribuição dessas em redes. Essas análises exploram apenas a conectividade em redes de menores proporções utilizando em sua maioria sociogramas. O foco dessas análises

são relações egocentradas, com algumas tentativas de estudos das posições e do conjunto de redes maiores.

Todas as formas de análise sociométricas especificam que os pontos ou nodos de um gráfico são atores (pessoas ou organizações) e que as linhas ou laços dos gráficos são relacionamentos sociais. Atores e relacionamentos são concebidos como fenômenos irreduzíveis. Quando os relacionamentos são aqueles de pertencimento a grupo, entretanto, esse conceito toma outra nuance. O fato da associação põe o indivíduo ligado tanto à instituição que está vinculado quanto a um todo orgânico autônomo, pois se dois grupos compartilham o mesmo integrante, os dois grupos também estão relacionados (Breiger, 1974).

Segundo Marques (2000), o Sociograma é um gráfico (figura 8) que parte de informações de conectividade entre os nós (quem está conectado a quem), formando duplas (conjuntos de dois nós ligados) e tríades (conjuntos de três nós ligados). Os vínculos não são direcionais, isto é, não são distinguidos pela direção em que são lançados. Esse é o caso em estudos de transações comerciais ou da disseminação de uma inovação. Cada movimento de um nó a outro da rede representa um passo e o percurso percorrido de um ponto a outro (através de um ou mais passos) é um caminho. As posições relativas no sociograma não expressam o padrão geral de relações (ao contrário de uma 'Escala Multidimensional' ou MDS), pois a disposição dos elementos pode ser alterada para melhorar a visibilidade da apresentação. Cada trecho contínuo é denominado componente.

Numa análise de rede, em geral, observam-se aspectos como (Marques, 2000; Grandori e Soda, 2004):

- densidade média: é uma medida geral da rede que significa uma taxa percentual do número de vínculos sobre o total possível. O total de vínculos possíveis é obtido através do cálculo de análise combinatória, pela combinação de n integrantes da rede, dois a dois.
- *Clique* (grupo coexo ou 'panelinha'): é um subgrupo de uma rede completamente conectado, ou seja, todos os nós estão conectados a todos os outros.

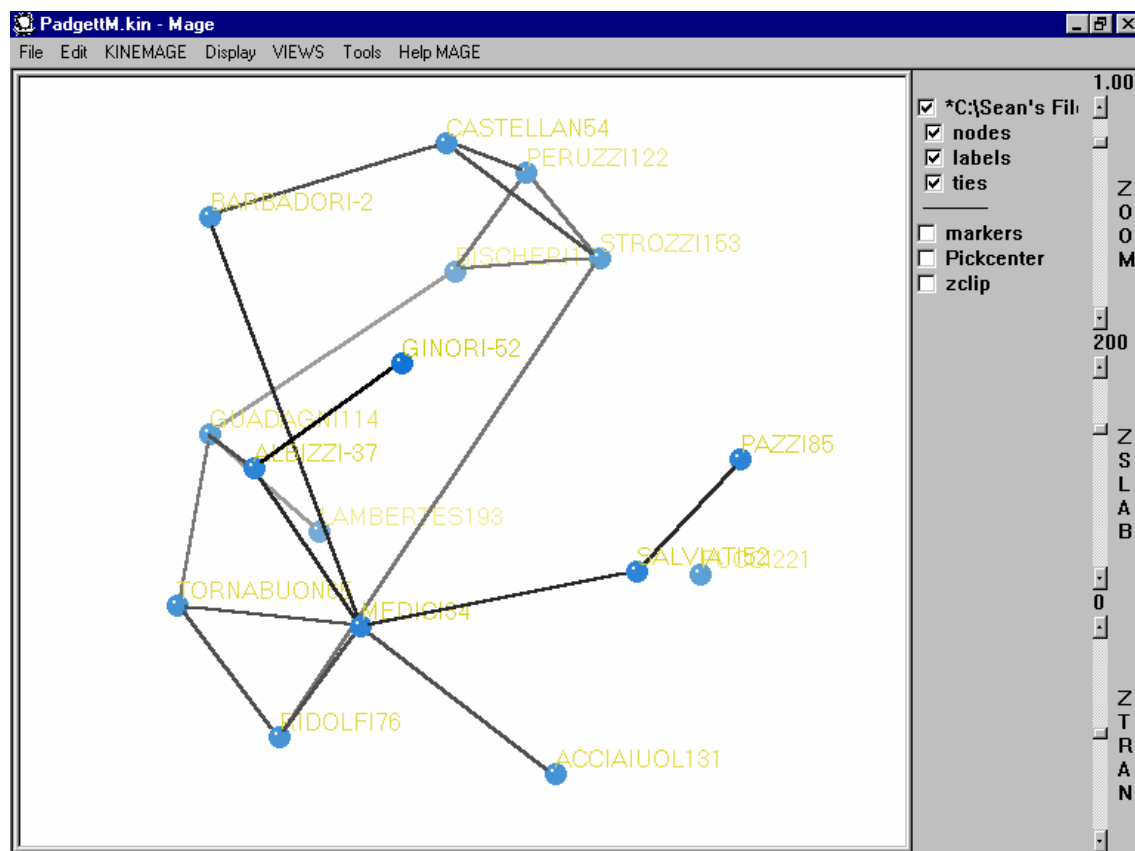


Figura 8: Exemplo de sociograma.
 Fonte: Adaptado de Everton, 2002.

- Transitividade: número de conjuntos de três nós que atualmente estão conectados (triplos ordenados), sobre o número total de triplos potencialmente conectados. Em particular, transitividade permite avaliar se interdependências são predominantemente lineares (sugerindo que a rede tem formato de cadeia), ou está rica de círculos ou recirculações (sugerindo que a rede é uma teia). A regra geral da transitividade afirma que os atores i , j e k são transitivos se $i \rightarrow j$, $j \rightarrow k$, então $i \rightarrow k$, de forma que o fluxo das conexões se apresenta sem antagonismos (Wasserman e Faust, 1994).
- Centralidade de um nó: um ente que é central numa cadeia de trocas, denominado de dado ego, possui grande quantidade de conexões e/ou está conectado a outros indivíduos de grande número de conexões. Desta forma, usualmente tem relativamente alto impacto sobre os resultados e pode ser candidato ao papel de coordenação.

- Posição de intermediário ou porteiro (*betweenness*): representa indivíduos, grupos ou organizações que são o único caminho para outro grupo, e em tais condições, detém grande poder sobre o restante do grupo e podem também contar com poder e prestígio junto ao restante da rede, visto que sua ausência provocaria uma fratura na rede de relações. Esse índice é obtido pelo somatório das probabilidades de um ator estar no caminho de outros dois atores da rede (chamado caminho geodésico). Assim, por exemplo, os atores j e k comunicam-se por meio de g_{jk} caminhos; o ator i está no caminho desses dois atores em $g_{jk}(n_i)$, assim $g_{jk}(n_i)/g_{jk}$ representa a probabilidade do ator i estar entre os caminhos de j e k . Esse cálculo é efetuado de um ator da rede para todos os demais, onde se obtém o somatório de probabilidades do ator i (Wasserman e Faust, 1994).

A partir do início dos anos 70, inovações técnicas e desenvolvimentos metodológicos permitiram a realização de análises centradas também nas posições e na estrutura das redes. Incluem-se entre tais técnicas o *block modelling* e *multidimensional scalling* (MDS). Estas seriam as bases da Sociologia Relacional, que difere fundamentalmente das posturas estruturalistas anteriores na sociologia por não partir de postulações de larga escala sobre as estruturas sociais, ou tampouco tentar derivar delas os fenômenos sociais. Esta linha de análise parte do estudo de uma série de situações concretas para investigar a interação entre as estruturas presentes e as ações, estratégias, constrangimentos, identidades e valores (Marques, 2000).

À medida que crescem os números de vínculos e indivíduos, se torna difícil analisar as posições apenas visualmente através de sociogramas. Assim, a literatura sobre redes desenvolveu uma série de estatísticas que tentam determinar, de forma precisa e econômica, as características da rede, observando de que forma a localização na rede se relaciona com poder, prestígio, capacidade de influência etc. São inúmeras as medidas estatísticas, dá-se destaque a duas: o grau, que expressa a maior ou menor quantidade de vínculos diretos ligados à pessoa, e a intermediação, que mede o quanto aquele nó é fundamental para conectar outros nós. A primeira medida analisa o quanto se está no meio da rede e a segunda, o quanto se está em posições de intermediação. Uma técnica de análise freqüentemente presente na

literatura é a Escala Multidimensional ou MDS na qual a localização dos nós e a distância relativa dos indivíduos e grupos expressam proporcionalmente todo o padrão de relações entre os elementos da rede, aumentando a visibilidade e reduzindo o perigo de indução pelo analista.

É importante lembrar que na análise de redes sociais, as posições na rede não definem as ações e estratégias dos agentes, pois as redes constroem os movimentos, alteram preferências, restringem e moldam a racionalidade e ajudam na construção de identidades, mas são ao mesmo tempo transformadas continuamente pelos atores e pelos fenômenos sociais. O lançamento dos elos por cada entidade individual, além disto, segue uma racionalidade restrita, que é pautada apenas esporadicamente por cálculo maximizador, e até tenta alcançar determinados objetivos locais, mas que não consegue antecipar inteiramente os movimentos dos demais jogadores e, especialmente o efeito complexo da superposição de suas ações (Marques, 2000).

- **Pressuposto 8:** A cadeia de saúde apresenta-se como uma rede de baixa densidade, presença de *cliques*, baixa conectividade, inexistência de centralidade por um nó e muitas posições de porteiro.

2.2.2) Poder e Controle

A metáfora da rede é utilizada como referência para a organização de atividades interorganizacionais e interdisciplinares no campo das políticas públicas, vinculando a gestão das mesmas ao território e à população que o produz. O termo rede é utilizado para descrever processos de formação de políticas públicas que envolvam múltiplos nós (organizações) com múltiplas conexões. A metáfora da rede é utilizada não apenas para designar padrões informais de interação, mas considera o modo pelo qual serviços e bens públicos são planejados, concebidos, produzidos e oferecidos à população (Misoczky, 2003).

Um dos grandes desafios da organização em rede reside em estabelecer modalidades de gerência que permitam alcançar os objetivos previstos e conservar a existência da articulação reticular, para os quais as práticas tradicionais da administração pública não são adequadas.

A nova técnica de análise estatística das redes abre uma perspectiva para fenômenos ainda não totalmente compreendidos, como a interação entre Estado e sociedade, que pode ser analisada pela primeira vez sem que se considere um padrão de relações a priori e dando espaço para que os dois campos se interpenetrem de forma complexa, reproduzindo de maneira mais precisa a realidade social. O uso de redes nos permite descer a um nível de grande detalhe das relações individuais sem perder de vista a estrutura do campo inteiro e os padrões mais gerais observáveis (Marques, 2000).

A análise da produção de políticas públicas é um campo de estudo que envolve o estudo do desenvolvimento das políticas do Estado em um certo setor através da rede política (*policy network*) entre entidades públicas, privadas, indivíduos e grupos, em um ambiente marcado pelas características institucionais, pelos padrões de relação preexistentes e suas posições relativas, e pelos recursos dos diversos atores. Entre as formas de análise destaca-se a distribuição da participação associativa (*interlocking*), que a partir de uma lista de diretores de entidades, constrói uma matriz de relações, assim como a MDS que informa a distância ou posição relativa de cada elemento, refletindo em escala proporcional o padrão de relações, sendo possível verificar a proximidade de grupos ou organizações dentro de uma rede.

A análise de redes apóia a definição de políticas públicas, particularmente na prestação de serviços de saúde baseados na comunidade e de serviços sociais (Provan e Milward, 1995). Em tais serviços, o bem-estar dos clientes depende da integridade e coordenação de muitos agentes diferentes que separadamente ofertam abrigo, transporte, comida e saúde, saúde mental, apoio legal, vocacional, recreação, familiar e serviços de suporte a renda. Conforme os autores, no setor público e não-lucrativo, onde o interesse público está envolvido, resultados de redes são os mais importantes, e o raciocínio de organizações cooperando para alcançar os objetivos do sistema, ao

invés de fins organizacionais, é freqüentemente mais forte do que no setor privado, mesmo quando incentivos específicos para integrar e cooperar são fracos.

Provan e Milward (1995) propõem uma análise da integração da rede por meio de medidas complementares: a densidade e a centralização. Para operacionalizar tais medidas numa rede de serviços de saúde para doentes mentais severos são propostas as seguintes variáveis:

- referência de envio;
- referência de recebimento;
- coordenação de caso;
- programas conjuntos;
- consultorias.

A freqüência foi medida para as variáveis de referência (envio e recebimento), por serem atividades com alguma regularidade. Essas ligações foram medidas somente quando envolviam doentes mentais adultos.

A densidade geral da rede pode ser calculada de duas formas:

- multiplexidade de serviço: é a média do escore de ligações das agências do serviço, obtido pelo número total de conexões das agências da rede dividido pelo soma dos escores previstos de cada um dos 5 tipos de ligação para todas as agências da rede. Essa medida reflete a profundidade, força ou durabilidade da integração da rede. Escores moderadamente altos podem ser atingidos por relativamente poucos agentes integrados a todos os demais ou a sua maior parte.
- integração organizacional: indica o número médio de ligações das agências de todos os cinco tipos presentes na rede.

A natural descentralização de uma rede muitas vezes vem acompanhada da dificuldade de coordenação do sistema, que se torna ainda maior na medida em que a rede cresce. Como alternativa, o controle centralizado em grandes redes permite a coordenação da integração entre diferentes agentes bem como o monitoramento dos

serviços. Levando isso em consideração, os autores propõem duas medidas de centralização:

- Nível de centralidade da agência principal: refere-se aos escores de densidade de serviço e organizacional apenas para a agência principal.
- concentração da influência: taxa de ligação da rede com o agente mais influente.

Para operacionalizar a medida de influência de cada agente da rede os respondentes foram solicitados para listar até seis organizações do sistema nos quais necessidades, objetivos, decisões e/ou expectativas são geralmente levadas em consideração pela agência. Respostas de todas as agências são totalizadas e cada agente recebeu um escore de influência indicando o número de vezes que foi mencionada pelos demais. O escore é convertido para refletir o número de menções como uma taxa percentual do total possível de menções da rede, para assim permitir comparações com outras redes. A partir dessa operacionalização é possível determinar a agência mais influente da rede e examinar a distribuição da influência entre os principais agentes, focando na distância entre os escores da agência mais influente e aquele ou aqueles na segunda posição. Se o segundo agente não tem mais do que a metade do escore de influência da agência *top*, então se considera que o sistema tem a influência concentrada.

- ***Pressuposto 9:*** O poder na cadeia de saúde não está claramente definido e não é plenamente exercido por nenhum dos seus atores.

2.3) Abordagens de Análise das Relações Interorganizacionais

As duas vertentes teóricas, Governança e Rede Social, embasam a construção das abordagens de análise aqui proposta através de uma sistemática abrangente para um ambiente complexo como o sistema de saúde. As análises de cadeias produtivas, economia do custo das transações e imbricamento das relações sociais nas atividades

econômicas privilegiam a avaliação da coordenação das organizações nos espaço econômico da indústria da saúde, ou governança. O estudo das redes sociais e do poder e controle, por sua vez, privilegiam a análise das relações entre organizações ou unidades de saúde, denominada de análise de redes sociais.

Para Thompson (2003), as relações interorganizacionais podem ser analisadas de três maneiras: pela abordagem da análise do custo da transação, pela análise das redes sociais e pela teoria rede e ator. Para o autor, a análise do custo da transação unifica as teorias da economia do custo das transações e de imbricamento social nas relações econômicas, a análise das redes sociais segue a mesma configuração aqui apresentada e análise rede e ator é uma derivação das redes sociais. Nessa última forma de análise, as pessoas, os documentos ou os fatos são representados de uma forma ordenada, acompanhando o rearranjo e a reconfiguração da rede, denominado de translação. A translação traz objetos previamente não conectados dentro de um alinhamento formando uma rede de atores que é composta por elementos heterogêneos. Esse método é um aperfeiçoamento da análise de redes sociais, conforme afirma Thompson (2003, p. 73).

Note-se, mais uma vez confirmada, a afirmação de que o campo teórico das relações interorganizacionais está muito fragmentado. No entanto, cabe aqui uma opção teórica, já declarada no princípio desse capítulo, pela proposta de Oliver e Ebers (1998), que delinea o campo nas duas vertentes (figura 9).

Cada uma dessas vertentes teóricas contribui com sua abordagem para o estudo da cadeia de saúde. As características da vertente de governança levam-na a adequar-se, de maneira geral, a ambientes empresariais, o que não significa dizer que não seja aplicável para sistemas públicos de saúde. Por outro lado, as características da vertente de rede social tendem a adequar-se a ambientes públicos de saúde, mas também o são nos empresariais.

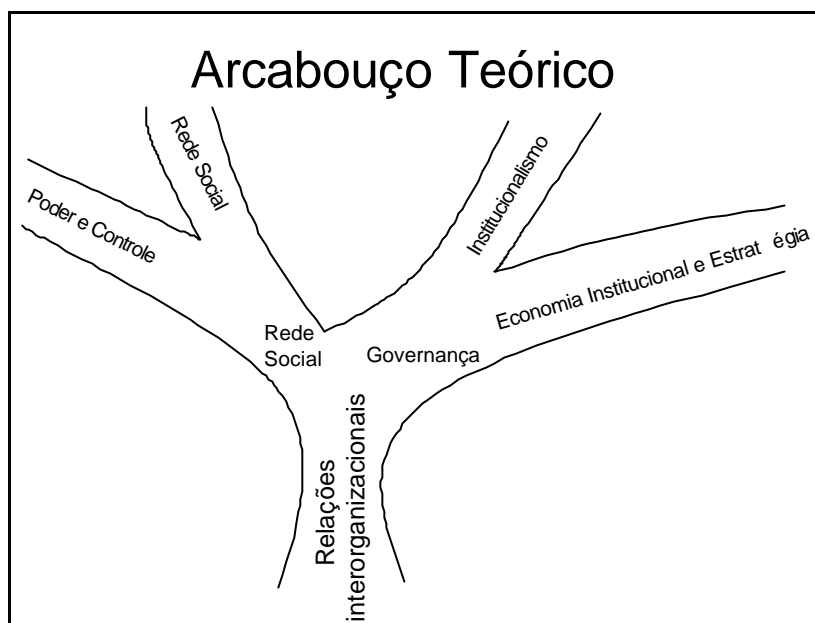


Figura 9: Representação gráfica do arcabouço teórico.
Fonte: Adaptado de Oliver e Ebers, 1998.

A junção das duas vertentes numa única sistemática de análise tem como intuito engendrar uma ferramenta capaz de ler e observar, de forma abrangente e profunda, as muitas formas de relacionamento presentes numa cadeia de saúde, para a qualificação da tomada de decisão em torno de melhorias na prestação de serviços e no atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes.

2.4) Análise de Cenários

Para fazer frente aos desafios, as organizações necessitam desenvolver formas de lidar com as incertezas do futuro. A racionalidade limitada presente na tomada de decisão e o risco do oportunismo dos agentes econômicos são elementos comuns numa leitura da cadeia produtiva que aumentam a imprevisibilidade. Uma alternativa para atenuar essas indefinições é a projeção de cenários, como uma ferramenta para ampliar a compreensão do sistema, identificar os elementos predeterminados e descobrir as conexões entre as várias forças e eventos que conduzem um sistema, a fim de melhorar a tomada de decisão (Marcial & Grumbach, 2002).

Um cenário completo em geral contém seis componentes principais (Marcial & Grumbach, 2002):

- **Título:** é a referência e exerce a função de condensar a essência da história escrita, delineada em poucas palavras.
- **Filosofia:** sintetiza o movimento ou a direção fundamental do sistema considerado.
- **Variáveis:** representam aspectos ou elementos relevantes do sistema ou do contexto considerado, tendo em vista o objetivo do cenário.
- **Atores:** são indivíduos, grupos, decisores, organizações ou associações de classe que influenciam ou recebem influência significativa do sistema e/ou contexto considerado no cenário. O ator desempenha papel importante no sistema, influenciando o comportamento das variáveis, com o objetivo de viabilizar seus projetos.
- **Cena:** representa a visão da situação considerada em um determinado instante do tempo, a qual descreve como estão organizados ou vinculados entre si os atores e as variáveis naquele instante.
- **Trajetoárias:** é o percurso ou caminho seguido pelo sistema no horizonte de tempo considerado. Descreve o momento ou a dinâmica desse sistema desde a cena inicial até a cena final. A trajetória pode, inclusive, ser irregular. Isso acontece quando se monta um cenário unindo cenas de outros cenários já construídos. As trajetórias irregulares costumam ser utilizadas na construção dos cenários desejáveis ou dos cenários mais prováveis. Isso porque são geralmente construídos utilizando-se passagens dos cenários realizáveis previamente construídos.

A ênfase no aspecto qualitativo é outra característica dos cenários, onde as variáveis quantitativas perdem significado, em função da incerteza implícita, e os cenários acabam se baseando predominantemente em variáveis qualitativas.

A metodologia de cenários definida por O'Brien (2004), numa revisão da metodologia de cenários, é composta das seguintes fases (figura 10):

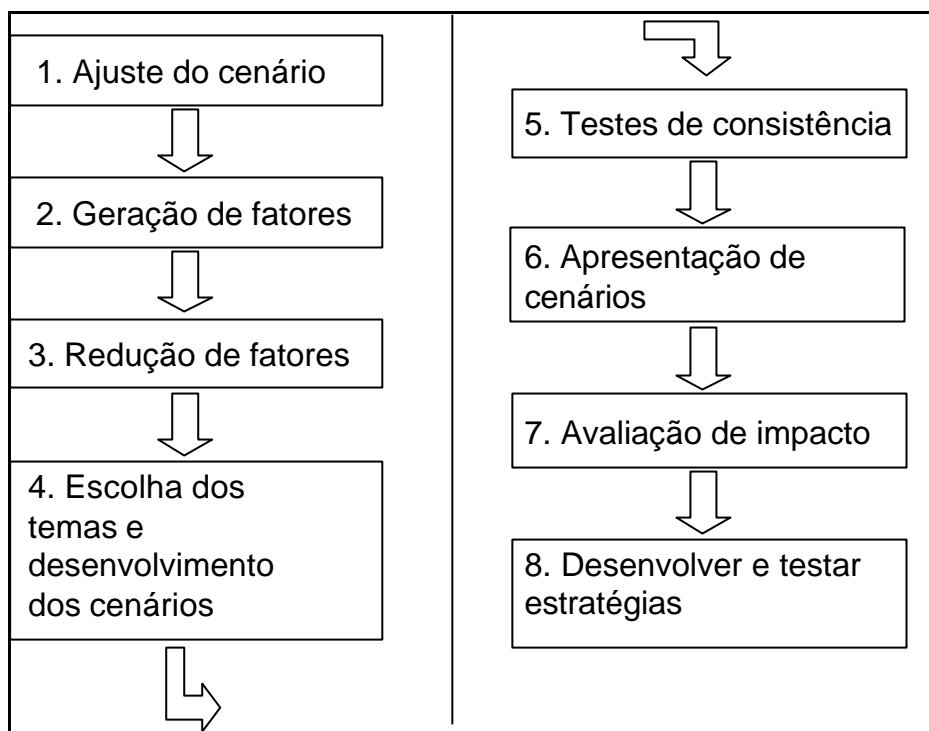


Figura 10: Fases da metodologia de cenários.
Fonte: Adaptado de O' Brien, 2004.

1. Ajuste do cenário: envolve a compreensão da organização que os cenários serão desenvolvidos. Identifica-se o propósito do estudo prospectivo, a amplitude de análise e o horizonte temporal (Marcial e Grumbach, 2002).
2. Geração de fatores de incerteza e predeterminados: é uma pesquisa ou diagnóstico estratégico com o levantamento das variáveis e dos atores, o mais abrangente possível para que não fique de fora nenhuma faceta importante do problema. Fatores políticos, econômicos, sociais e tecnológicos são levados em conta na formação de cenários, recomendando-se chegar a no mínimo 40 fatores de incerteza. Marcial e Grumbach (2002) recomendam que seja realizada uma análise retrospectiva do sistema, com o objetivo de destacar os mecanismos e os atores determinantes de sua evolução passada. Essa análise visa, igualmente, pôr em evidência as invariantes do sistema, suas tendências de peso e fatos predeterminados.
 - Os invariantes são aqueles eventos que não sofrem variações no tempo dentro do horizonte estudado.

- As tendências de peso são aqueles eventos cuja perspectiva de direção é suficientemente consolidada, previsível e visível para se admitir sua permanência no período considerado.
- Os fatos predeterminados são aqueles eventos já conhecidos e certos, cuja solução ou controle pelo sistema ainda não se efetivou.

A análise da situação atual permite identificar os germes da mudança, ou seja, fatos portadores de futuro que, apesar da pequena dimensão no presente, tomam imensas proporções durante a evolução, bem como as estratégias dos atores que dão origem a essa evolução e suas alianças.

3. Redução de fatores e determinação da área de abrangência: O'Brien (2004) sugere a redução para 12 fatores, o que permite aos participantes a melhor compreensão das interrelações e melhor entendimento de cada categoria.

3.1. Essa etapa pode ser facilitada pela análise das estruturas (Marcial e Grumbach, 2002), onde se retorna as análises retrospectiva e atual, para rever a lista preliminar de variáveis e atores.

3.1.1. Após a revisão, as variáveis são cruzadas para identificar a influência de uma sobre as outras, através da formação da matriz de análise estrutural das variáveis. As variáveis são então analisadas quanto à sua motricidade e dependência e classificadas em variáveis-chave: explicativas, de ligação, de resultado, ou autônomas. As variáveis explicativas são as que têm grande motricidade e pouca dependência e condicionam o resto do sistema. As variáveis de ligação são muito motrizes, mas têm grande dependência das demais, fazendo a ligação entre as variáveis explicativas e as de resultado. As variáveis de resultado são pouco motrizes e muito dependentes e seu comportamento é explicado pelo das variáveis explicativas ou de ligação. As variáveis autônomas são aquelas pouco motrizes e pouco dependentes. São geralmente tendências de peso ou fatores relativamente desligados do sistema, e que não constituem determinantes do futuro, podendo ser excluídas da análise. Essa classificação orientará a descrição do comportamento das variáveis durante a redação dos cenários.

- 3.1.2. Análise das estratégias dos atores: a maioria das rupturas de tendência é causada pelos movimentos desses atores.
 - 3.1.2.1. A identificação dos atores mais influentes no sistema é realizada mediante o cruzamento atores x variáveis, a fim de verificar a motricidade de cada um, assim como a dependência das variáveis em relação aos atores estudados. Os atores que apresentarem grande motricidade deverão ser analisados.
 - 3.1.2.2. A análise das estratégias dos atores (ator x ator) é feita verificando em que medida as ações previstas para um afetam a atuação do outro ator.
- 3.2. A redução aos 12 fatores é então obtida através da classificação dos fatores em termos do nível de incerteza e importância para a organização. Assim, escolhem-se os mais importantes e mais incertos.
- 3.3. Especifica-se a abrangência de valores que cada fator pode variar, seja quantitativo ou qualitativamente.
4. Escolha de temas e desenvolvimento de detalhes dos cenários: corresponde a análise morfológica, isto é, a decomposição de cada variável explicativa em seus possíveis comportamentos e estados futuros, segundo as estratégias dos atores (Marcial e Grumbach, 2002).
 - 4.1. Define-se o número entre 2 e 4 cenários, projetando cada fator em cada cenário para produzir uma descrição do tema e da trajetória ao longo do tempo. Confrontam-se os mecanismos de evolução com os projetos e as estratégias dos atores e realiza-se uma descrição pormenorizada da imagem final.
5. Testes de consistência: com o objetivo de assegurar a coerência dos encaminhamentos entre diferentes imagens, realizam-se testes de consistência para verificar se, durante a descrição dos cenários, alguma variável ou ator está se comportando de forma não-coerente ou não-consistente com a lógica estabelecida para cada cenário. Após a elaboração desses testes de consistência, serão

realizados os ajustes necessários, com o objetivo de manter a coerência da história descrita.

6. Apresentação de cenários: recomenda-se não apresentar cenários em simples tabelas, mas através de textos com boa argumentação.
7. Avaliar o impacto dos cenários: essa etapa trata-se basicamente de convencer os participantes de que os cenários estão vinculados com o futuro da organização.
8. Desenvolver e testar estratégias: elaboração de estratégias alternativas que sejam robustas o bastante para fazer frente aos cenários prospectivos.

A análise de cenários tem muitos pontos em comum com a análise de cadeias produtivas. Embora a primeira se destine, geralmente, a uma única organização e a segunda a um conjunto de organizações, observam-se algumas semelhanças: a identificação de atores, a descrição dos relacionamentos, o levantamento da relevância de cada ator, além do fato de ambas serem análises sistêmicas e qualitativas e terem por objetivo a definição de estratégias, a partir das respectivas leituras das organizações e do ambiente. A unificação dessas abordagens traz dois elementos que se complementam: o aprofundamento das questões de governança com a dinamicidade da prospecção de cenários.

2.5) Melhorias dos serviços de saúde

Até o momento foram discutidas as formas de se analisar um conjunto de organizações, sob o ponto de vista de fluxos de cadeias produtivas, de transações e de relações sociais. Discutiu-se também o papel da governança e da importância de estratégias para esse ambiente interorganizacional, bem como as contribuições da análise de cenários. Cabe agora retornar ao objeto de análise desse trabalho, a prestação de serviços de saúde, para uma discussão sobre como devem ser direcionados os esforços de melhoria, como linha condutora dessas formas de análise.

Nesse sentido, apresenta-se, nesse capítulo, uma breve revisão sobre a qualidade em saúde.

A assistência de saúde é uma composição do sistema de prestadores de serviços e de ações adotadas dentro deste sistema destinadas à melhoria da saúde e do bem-estar (Campbell et al. 2000). O Instituto de Medicina (Schuster et al, 2001) define qualidade como o grau no qual o serviço de saúde para indivíduos e populações aumenta a probabilidade dos resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Boa qualidade significa atender aos pacientes com serviços apropriados tecnicamente, com boa comunicação, tomada de decisão compartilhada e respeito à cultura individual. A qualidade da prestação de serviço de saúde pode ser avaliada pelas dimensões de acesso e efetividade, ou pelos componentes de estrutura, processo e resultado.

É necessário fazer uma distinção entre estrutura da assistência de saúde, a prestação de serviço atualmente oferecida (processo) e as conseqüências da interação entre indivíduos e um sistema de saúde (resultados ou desfechos).

A estrutura refere-se aos fatores de organização que definem o sistema de saúde sob o qual a assistência é provida. Identificam-se dois domínios de estrutura: a) características físicas e b) características da equipe de trabalho. As características físicas compreendem os recursos disponíveis, tais como o pessoal, os equipamentos e as instalações; a organização dos recursos, como o horário de abertura e a existência ou, por outro lado, de um sistema de agendamento. As características da equipe de trabalho são observadas tanto pelo *mix* de habilidades dos profissionais como pelo time de trabalho.

As características estruturais da assistência de saúde proporcionam a oportunidade para os indivíduos de receber assistência, mas não a garante. Toda a estrutura, enquanto sendo capaz de incrementar ou decrescer a probabilidade de alta qualidade de saúde, é um elemento indireto e exerce influência contingencial na saúde. Entretanto, as características da estrutura dentro do modelo de saúde baseado no sistema podem ter um impacto direto nos processos e resultados.

2.5.1) Os processos assistenciais de saúde

O processo de assistência envolve interações entre usuários e a estrutura; em essência, o que é feito para ou com os usuários. Dois processos de saúde freqüentemente são identificados: a) intervenções técnicas e b) interações interpessoais entre usuários e membros do sistema de saúde. Aspectos técnicos referem-se à aplicação de medicina clínica para um problema pessoal de saúde e está baseado sobre uma teoria funcional que pode ser avaliada pela eficácia e geralmente padronizada. A prestação de serviço de saúde deveria ser apropriada e necessária. Na prática, este serviço é freqüentemente utilizado em excesso, quando oferecido inadequadamente, e sub-utilizado, quando não oferecido quando necessário. A assistência interpessoal descreve a interação dos profissionais de saúde e usuários ou seus cuidadores. Isso inclui o gerenciamento da interação social e psicológica entre cliente e profissional. Um bom processo interpessoal requer comunicação, a habilidade em construir uma relação de confiança; a compreensão e empatia com o paciente; demonstrar humanidade, sensibilidade e capacidade de responder adequadamente.

Ambos os processos, tanto o clínico como o interpessoal, envolvem a definição e comunicação de problemas e necessidades, diagnósticos, gerenciamento e coordenação pelos pacientes e profissionais envolvidos.

Os resultados, também denominados desfechos, são as conseqüências da assistência, tanto da estrutura como do processo. Entretanto, a importância relativa de cada um destes componentes variará em diferentes situações e as relações entre eles não são necessariamente lineares.

2.5.2) Critérios de avaliação da qualidade em saúde

Na questão da qualidade em saúde, conforme citado anteriormente, há dois domínios: acesso e efetividade, com ênfases distintas para o indivíduo e para a população. A mais básica dimensão de acesso para a estrutura de saúde é o acesso geográfico ou físico. A disponibilidade do sistema de saúde, num sentido amplo, inclui a presença de instalações e serviços que vão ao encontro das necessidades dos

indivíduos. O acesso organizacional é um sub-componente da disponibilidade, como a demora e disponibilidade de agendamento, ou a compreensão da língua do paciente pelo profissional de saúde. O custo monetário do acesso ao nível individual é relevante para o financiador ou pagador do serviço.

A efetividade, num sentido amplo, é o grau de sucesso dos prestadores de serviços nos resultados ou desfechos de saúde em resposta às necessidades. Há dois componentes básicos: a efetividade clínica e a efetividade inter-pessoal da prestação de serviços. A efetividade clínica depende da aplicação da assistência baseada no conhecimento (medicina baseada em evidência) ou de práticas amplamente aceitas e legítimas. Para atingir-se a efetividade clínica é requerida uma apreciação quanto à experiência pessoal do paciente com a doença e um alinhamento do plano de tratamento do profissional com a expectativa do paciente, de tal forma reduzir-se a centralização em aspectos científicos ou técnicos.

A assistência coordenada ou integrada no paciente é também um importante atributo de efetividade, tanto pelo aspecto da clínica como das habilidades inter-pessoais. Assim, a coordenação refere-se à efetividade com a qual os profissionais lidam com outras organizações, ou outros profissionais dentro da mesma organização, que impacta de uma forma ou outra na qualidade de vida ou na saúde do paciente.

A figura 11 apresenta como cada um dos componentes afeta os aspectos de efetividade e acesso de um sistema de saúde.

Qualidade	Assistência		
	Estrutura: Característica físicas Características do quadro de pessoal	Processo: Interações entre usuários e a estrutura	Resultado ou desfecho: Conseqüência da estrutura e do processo
Acessibilidade	Acesso físico/geográfico Monetariamente acessível Disponível	Monetariamente acessível Disponível	Estado da saúde Avaliação do usuário
Efetividade		Efetividade clínica Efetividade inter-pessoal	Estado da saúde Avaliação do usuário

Figura 11: Dimensões da qualidade na assistência de saúde.
Fonte: Adaptado de Campbell, 2000.

2.5.3) Definição de qualidade assistencial para populações

A qualidade assistencial, quando colocada na perspectiva da sociedade, requer que se leve em conta informações sobre todos os potenciais usuários e considerações sobre as relações de custo e oportunidade. O que é feito para um indivíduo (em termos de recursos envolvidos no tratamento) pode sofrer contingenciamento quando considerados todos os usuários, particularmente dentro de um sistema com restrições de recursos. Desta forma, a qualidade assistencial para populações pode ser definida como a habilidade para acessar uma assistência efetiva em bases eficientes e equânimes voltadas a otimização da saúde e bem-estar de toda a população.

Nesta condição, o acesso deve considerar a prontidão para o uso do serviço, como a equidade, tanto horizontal (assistência efetiva igualmente acessível a todos os usuários) como vertical (maior acesso à assistência efetiva àqueles com maior necessidade).

A razão entre o custo e o benefício da assistência é denominada efetividade. A busca da melhor relação se dá pelo uso eficiente da assistência para maximização dos resultados, que podem envolver eficiência alocativa (focando nos procedimentos que produzem máximo benefício) e eficiência técnica (empregando procedimentos competentes tecnicamente). O emprego da efetividade ou custo-efetividade como é denominada é importante para a definição de escolhas que devem ser feitas para populações entre distintas prioridades alocativas e escassos recursos.

A qualidade assistencial somente pode ser compreendida dentro do contexto maior no qual a assistência é provida. Fatores locais ou nacionais ajudam a definir o contexto no qual a assistência é provida nas organizações – estes são freqüentemente fora do controle de profissionais de saúde. Exemplos de tais fatores incluem a disponibilidade de serviços primários e secundários de saúde, ou seja, dimensões da disponibilidade estrutural ao nível da sociedade. Os fatores da rede de fornecimento dos serviços de saúde têm sido considerados importantes determinantes de utilização dos serviços de saúde.

2.5.4) Definição das necessidades de saúde

A avaliação das necessidades de saúde é uma nova expressão para descrever o desenvolvimento e refinamento de uma abordagem bem estabelecida de compreensão das necessidades da população local. Tanto hospitais como serviços primários de atenção à saúde deveriam preocupar-se em desenvolver serviços que mesclam as necessidades da população local por eles atendida. Esta combinação da avaliação das necessidades da população com o conhecimento pessoal das necessidades dos pacientes pode auxiliar no alcance deste objetivo (Wright et al., 1998).

Avaliar as necessidades de saúde tornou-se importante por quatro aspectos:

- os custos crescentes da saúde;
- os limitados recursos disponíveis para atender às necessidades crescentes de saúde;
- o crescimento do interesse pelo consumo de serviços de saúde, sem a devida preocupação a respeito da qualidade, desde o acesso e a equidade até a adequação e efetividade dos serviços prestados;
- a percepção de que os recursos de saúde não estão sendo utilizados de acordo com as necessidades da população local.

Para a melhor definição das necessidades de saúde é importante estabelecer-se uma diferença entre necessidade, demanda e fornecimento (figura 1 2):

- necessidade em saúde é comumente definida como a capacidade de beneficiar. Se as necessidades de saúde estão para ser identificadas então deveria haver intervenções efetivas disponíveis para atender a estas necessidades e melhorar a saúde.
- demanda é o que os pacientes procuram e as necessidades que a maioria dos médicos encontra. Médicos de atenção primária têm um papel-chave como controladores desta demanda e listas de espera tornam-se a materialização desta demanda. Demanda de pacientes por um serviço pode depender das características do paciente ou do interesse médio no serviço. Demanda pode também ser induzida pela oferta. Por exemplo, a variação geográfica de

admissões em hospitais é mais bem explicada pelo fornecimento de leitos hospitalares do que por indicadores de mortalidade.

- fornecimento é a oferta do serviço de saúde. Isto dependerá do interesse de profissionais, das prioridades de políticos e da disponibilidade de recursos monetários. Programas nacionais de avaliação tecnológica de saúde têm reconhecido a importância da avaliação do fornecimento de novos serviços e tratamentos antes de sua introdução.

As necessidades de assistência em saúde são aquelas que podem se beneficiar da assistência em saúde: educação de saúde, prevenção de doenças, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, cuidados a pacientes terminais, etc.

As necessidades de saúde incorporam mais amplamente os determinantes sociais e ambientais de saúde, tais como privação, moradia, dieta, educação e emprego.

Sua avaliação implica um método sistemático de identificação das necessidades de saúde e de assistência não encaminhadas, efetivando mudanças de forma a atender a estas necessidades. Esta análise envolve uma abordagem epidemiológica e qualitativa para a determinação das prioridades, que incorporam a efetividade clínica e de custos, assim como as perspectivas do paciente.

A abordagem epidemiológica envolve basicamente (Wright, 1998):

- Incidência: taxa de novos casos observados pela população.
- Prevalência: proporção de número de casos presentes na população pela população.
- Perfil dos serviços: tipos de serviços e fatores estruturais (capacidade de leitos, atendimentos e custos).
- Efetividade: a essência da prestação de saúde baseada em evidências.

A abordagem qualitativa incorpora uma ampla análise social e sobre determinantes ambientais de saúde, tais como privação, moradia, alimentação, educação e desemprego.

A avaliação da qualidade em saúde é altamente complexa, pois envolve variáveis epidemiológicas, clínicas, comportamentais, gerenciais e estruturais. A intenção de trazer a discussão desse tema reside na necessidade de se estabelecer uma linha condutora para a proposta da sistemática de análise interorganizacional da cadeia de saúde. Como não se está tratando de nenhuma organização em especial, mas de um conjunto de organizações que, a princípio, não vêm funcionando como um todo completamente integrado, torna-se necessário estabelecer objetivos comuns para o direcionamento dos esforços de melhoria em cada organização.

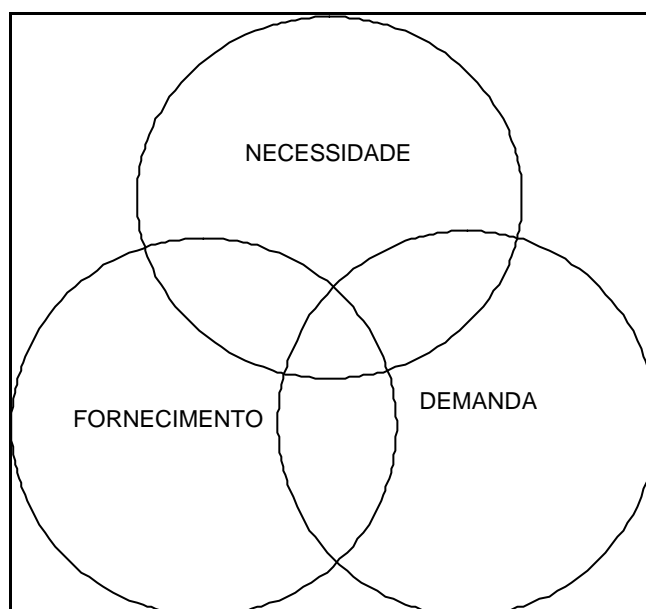


Figura 12: Avaliação de necessidades de saúde.
Fonte: Adaptado de Wright et al., 1998.

O desenvolvimento de melhorias nos serviços de saúde passa pela compreensão das necessidades assistenciais que, inserida na lógica de análise interorganizacional, poderá permitir que o conhecimento, a especialização e os recursos disponíveis na cadeia de saúde sejam combinados de forma compartilhada. Desta forma, tais elementos, necessidades assistenciais e propostas de melhoria dos serviços de saúde, passam a integrar a sistemática de análise a ser apresentado no próximo capítulo.

3) PROPOSTA DE SISTEMÁTICA DE ANÁLISE DA CADEIA ASSISTENCIAL DE SAÚDE

O produto final de um estudo de caso pode ser conceitos, um modelo conceitual ou proposições teóricas (Eisenhardt, 1989). Este trabalho propõe definir uma sistemática de análise interorganizacional na área da saúde de modo a oferecer uma proposta de abordagem para a busca de melhorias organizacionais e sistêmicas. A elaboração dessa sistemática, de certa forma, passa pela construção de um modelo de análise que estabelece relações entre as variáveis (Zikmund, 2000). Uma boa teoria envolve articulação e conexão dos elementos da pesquisa, ou seja, é a resposta para perguntas de **por que**, abordando as conexões entre fenômenos (Sutton e Staw, 1995).

A sistemática aqui proposta tem a intenção de ser coerente com a complexidade do ambiente da saúde e das relações interorganizacionais, analisando diferentes aspectos organizacionais que influenciam o produto final, a assistência em saúde. A sistemática de análise da cadeia assistencial de saúde pretende ser uma ferramenta de apoio gerencial para a definição de políticas organizacionais ou mesmo governamentais. Não se quer, todavia, criar uma sistemática totalmente nova, ao contrário, se está partindo de conceitos e perspectivas já estabelecidas no campo científico e aplicando-as, de forma combinada, numa área específica da atividade econômica.

Um problema peculiar às análises interorganizacionais é a fraca especificidade das fronteiras na definição de um conjunto de organizações. Um grupo de empresas de um setor industrial, um recurso da rede, ou um grupo de interesse pode ser utilizado para definir a organização sob estudo. O problema de definir fronteiras artificiais reside no fato de poder esquecer de incluir uma ligação importante. Se há esta dificuldade, então a escolha da fronteira deveria refletir as propostas do pesquisador e as hipóteses

de pesquisa do estudo (Fombrun, 1982). Desta forma, definiu-se a priori que será feita a análise dos serviços dedicados aos pacientes diabéticos e ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, através de: unidades de saúde, especializadas no atendimento de tais pacientes, organizações fornecedoras de produtos e serviços para essas unidades, e gestores de saúde (públicos e privados).

A sistemática aqui proposta procura trazer o aprofundamento da caracterização das relações entre as organizações, através da análise da cadeia. Guardando a coerência com a literatura revisada nesse trabalho, a sistemática terá dois conjuntos de análise: o estudo da Governança e a análise das Redes Sociais. Ambos estão voltados a examinar os fenômenos interorganizacionais e oferecer informações variadas para a melhoria da cadeia. Entretanto, assim como ocorre com outros conceitos quando aplicados em diferentes circunstâncias, o primeiro conjunto de análise se adapta bem em ambientes onde coexistam organizações privadas, públicas, com e sem fins lucrativos, que nesse trabalho será empiricamente aplicado na prestação de serviços de saúde para pacientes diabéticos. O segundo conjunto adapta-se a ambientes onde o papel do Estado é marcante na definição e implementação de políticas públicas, que será empiricamente aplicado na prestação de serviços de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Isso não significa que a análise de redes sociais não possa ser utilizada em ambientes empresariais, como comprovam os estudos de colaboração interorganizacional no campo da biotecnologia (Powell et al., 2004 e Owen-Smith e Powell, 2004). Da mesma forma ambientes públicos também podem ser analisados pela perspectiva da governança, como no estudo do sistema britânico de saúde (Ferlie, 1992).

A sistemática proposta é composta de quatro etapas, interligadas e complementares, embora se possa realizar cada uma de forma isolada (figura 13):

Etapa 1 – Identificação das necessidades assistenciais e dos componentes, variáveis e atores organizacionais integrantes do estudo;

Etapa 2 – Análise interorganizacional compreende o estudo da governança, da cooperação e das redes sociais, através da análise dos relacionamentos

organizacionais. Cada estudo envolve uma forma de análise do fenômeno relacional, a serem empregados conforme as circunstâncias.

2.1) Estudo da Governança:

- Desenho da cadeia
- Identificação dos tipos de governança

2.2) Estudo da Cooperação

2.3) Estudo das Redes Sociais:

- Análise das relações entre organizações
- Estudo do controle e poder

Etapa 3 – Análise de Cenários

Etapa 4 – Identificação de melhorias para a cadeia.

Em síntese, a sistemática considera importante avaliar as necessidades dos clientes, analisar como a cadeia está organizada, quais são suas possíveis trajetórias e estratégias de melhoria.

3.1) Etapa 1 – Identificação das necessidades assistenciais e dos componentes

A primeira etapa busca trazer dados relevantes para a análise de cadeias e de cenários. A identificação de necessidades assistenciais informa o foco principal em termos do direcionamento da cadeia, enquanto de componentes relaciona os elementos de entrada da sistemática que sofrerão a análise ou servirão como condicionantes dela.

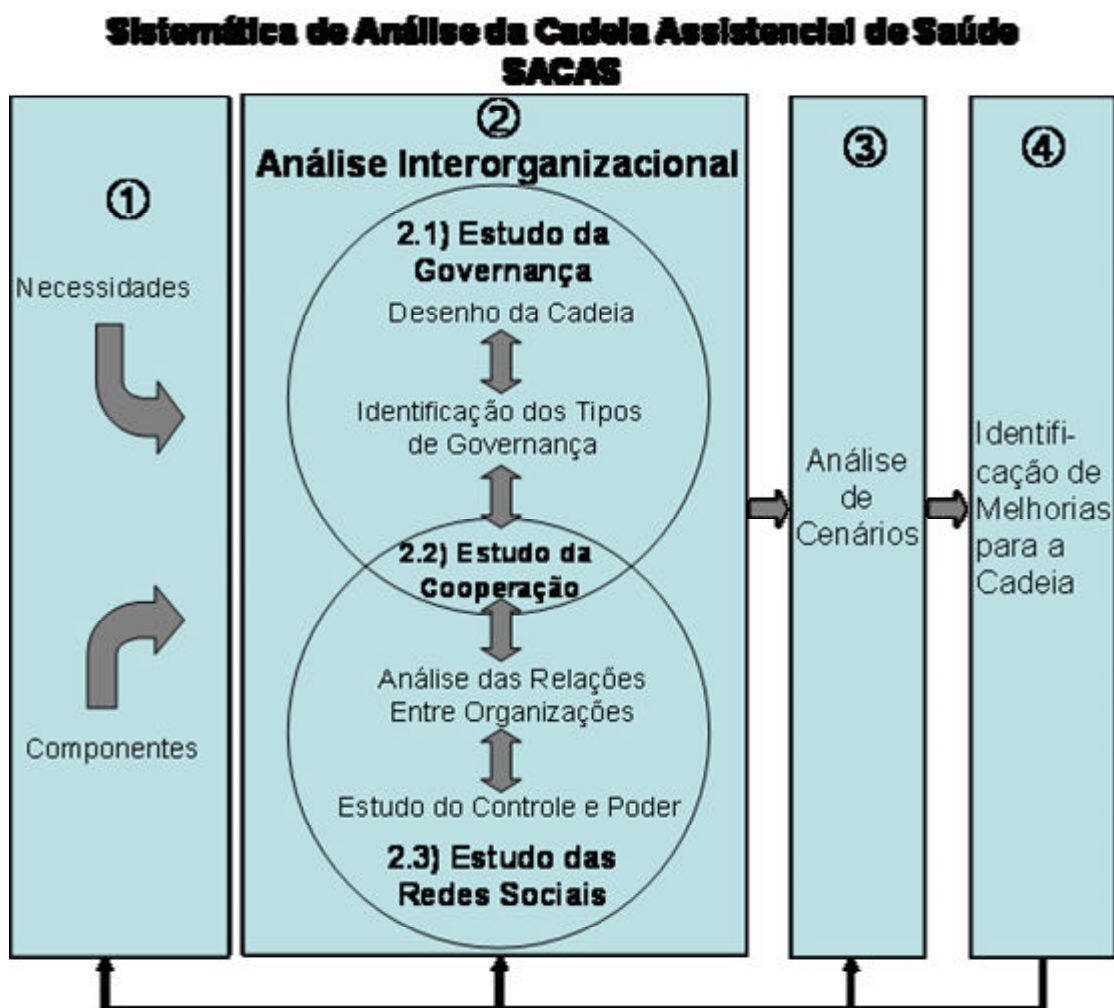


Figura 13: Sistemática de análise da cadeia assistencial de saúde — SACAS.

O grau de atendimento às necessidades de saúde é medido através da abordagem epidemiológica (Wright, 1998), conforme quadro 4. A incidência mede a taxa de novos casos observados pela população, a prevalência mede a proporção de número de casos presentes na população pela população, o perfil dos serviços identifica os tipos de serviços e fatores estruturais (capacidade de leitos, atendimentos e custos) e, finalmente, a efetividade clínica é a essência da prestação de saúde baseada em evidências científicas.

Quadro 4: Análise das necessidades assistenciais:

Fatores	Variáveis operacionais
Abordagem epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência • Prevalência • Serviços existentes • Efetividade clínica

Os componentes representam elementos preparatórios para a prospecção de cenários (Marcial & Grumbach, 2002) e para a análise de cadeias, relacionados a variáveis representativas do sistema e atores organizacionais.

3.2) Etapa 2 – Análise Interorganizacional

A parte central e talvez a principal contribuição dessa proposta de sistematização é a análise interorganizacional. Ao longo da revisão teórica do capítulo dois foram apresentadas duas correntes do pensamento que utilizam diferentes conceitos para analisar esse fenômeno.

A Governança desdobra-se na teoria institucional e na economia institucional e estratégia. Tais teorias apresentam visões distintas mas que a própria literatura acaba por conjugá-las de forma a permitir maior compreensão das várias facetas das relações entre organizações.

A Rede Social por sua vez divide-se em análise das relações sociais e em poder e controle. Não tão contraditórias quanto as anteriores, essas teorias complementam-se na medida em que a análise das ligações entre os atores acaba por traçar um retrato da estrutura de poder que está subjacente.

Cada escola teorizou conceitos e operacionalizou variáveis para viabilizar a análise do objeto em estudo. A análise interorganizacional é um resgate dessas variáveis operacionais dos principais constructos de cada escola na tentativa de sistematizar uma apreciação abrangente das relações entre organizações.

3.2.1) Estudo da Governança

O estudo da governança está subdividido em:

- Desenho da cadeia;
- Tipos de governança;
- Estudo da cooperação.

3.2.1.1) Desenho da cadeia

O desenho é a identificação e a caracterização das organizações que compõe a cadeia produtiva. Conforme Kliemann (1985), Kliemann e outros (1985), Peffer & Salancik (1978), Kwait (2001) e Fombrun (1982), ele é concebido através da análise dos seguintes aspectos:

- Elos da cadeia principal e secundária
- Fluxograma operacional
- Magnitude dos principais atores
 - Proporção de mercado, isto é, o volume de produção de cada ator frente aos seus congêneres do mesmo elo
 - Número de alternativas e seus respectivos tamanhos
 - Presença de sistema que regule os recursos
- Importância do recurso
 - Proporção sobre o total de recursos, ou seja, quanto representa o volume financeiro de cada recurso proporcionalmente aos demais
 - Importância crítica, ou seja, a habilidade da organização continuar funcionando com a ausência do recurso
- Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso
 - Conhecimento e informação
 - Propriedades e patentes
 - Regulação do acesso
 - Uso e controle do recurso

- Habilidade em fazer regras ou regular possessões, alocação e uso de recursos de forma a obrigar a regulação.
- Relacionamentos entre unidades de saúde
 - Clientes referidos para outras unidades
 - Clientes referidos de outras unidades

A etapa de análise do desenho será implementada pelas variáveis operacionais dispostas no quadro 5.

Para complementar o desenho da cadeia, será abordada a questão do acesso e da efetividade, fatores determinantes da qualidade assistencial (Campbell et al., 2001), conforme descrito no quadro 6. A figura 14 apresenta os fatores de análise de desenho.

3.2.1.2) Identificação dos tipos de governança

A caracterização do relacionamento envolve uma série de abordagens, desde a identificação do nível de incerteza (Peffer e Salancik, 1978), das características da transação (Williamson, 1985), até o reconhecimento da existência de imbricamento (Poppo e Zenger, 2002). Algumas dessas características serão estudadas através do modelo de análise de Wilson e Vlosky (1997), num conjunto de seis constructos, os quais desempenham papel importante na diferenciação entre os relacionamentos tradicionais e relacionamentos de parceria. Esse modelo foi traduzido e validado para o contexto industrial brasileiro por Viana e outros (1999) e aplicado num estudo de cadeia produtiva do vinho (Toni, 2003). O modelo de Wilson e Vlosky (1997) operacionaliza os constructos teóricos de dependência, liberalidade, investimentos ou ativos específicos do relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento (quadro 7).

Esses seis constructos serão convertidos numa escala de pontuação que permitirá ordenar as transações entre os atores de acordo com a ótica geral do relacionamento ou por tipo de governança, relacional ou contratual.

Quadro 5: Análise do desenho da cadeia.

Fatores	Variáveis operacionais
Elos da cadeia principal e secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação dos elos da cadeia principal e secundária, assim como as respectivas organizações
Características dos atores da cadeia principal	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de unidade de saúde • Tipos de serviços ofertados • Capacidade operacional • Número de funcionários • Equipamentos de diagnóstico ou tratamento de alta tecnologia • Orçamento anual
Características dos principais atores da cadeia secundária	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de organizações (Materiais, Educação, Serviços Auxiliares, Provedores) • Ramo de atuação • Tipos de produtos ou serviços ofertados • Capacidade operacional • Número de funcionários • Orçamento anual
Fluxograma operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama descrevendo os fluxos percorridos pelo paciente no atendimento de saúde • Direção do fluxo de recursos entre cadeia principal e secundária
Magnitude dos principais atores	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de mercado, isto é, o volume de produção de cada ator frente aos seus congêneres do mesmo elo • Número de alternativas e seus respectivos tamanhos em cada elo • Presença de sistema que regule os recursos em cada elo
Importância do recurso	<ul style="list-style-type: none"> • Proporção sobre o total de recursos, ou seja, quanto representa o volume financeiro de cada recurso proporcionalmente aos demais
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e informação sobre o recurso fornecido pelo elo • Propriedades e patentes em cada elo • Regulação do acesso de novas organizações em cada elo • Habilidade em fazer regras ou regular possessões, alocação e uso de recursos de forma a obrigar a regulação em cada elo.
Relacionamento entre unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Clientes referidos para outras organizações; • Clientes referidos de outras organizações.

Fonte: Adaptado de Kliemann (1985), Kliemann e outros (1985), Peffer & Salancik (1978) e Fombrun (1982).

Quadro 6: Critérios para avaliação do acesso e efetividade em saúde.

Fatores	Variáveis operacionais
Acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Localização geográfica • Horário de atendimento
Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de serviços recomendados pela literatura • Avaliação do usuário

Fonte: Campbell et al., 2001.

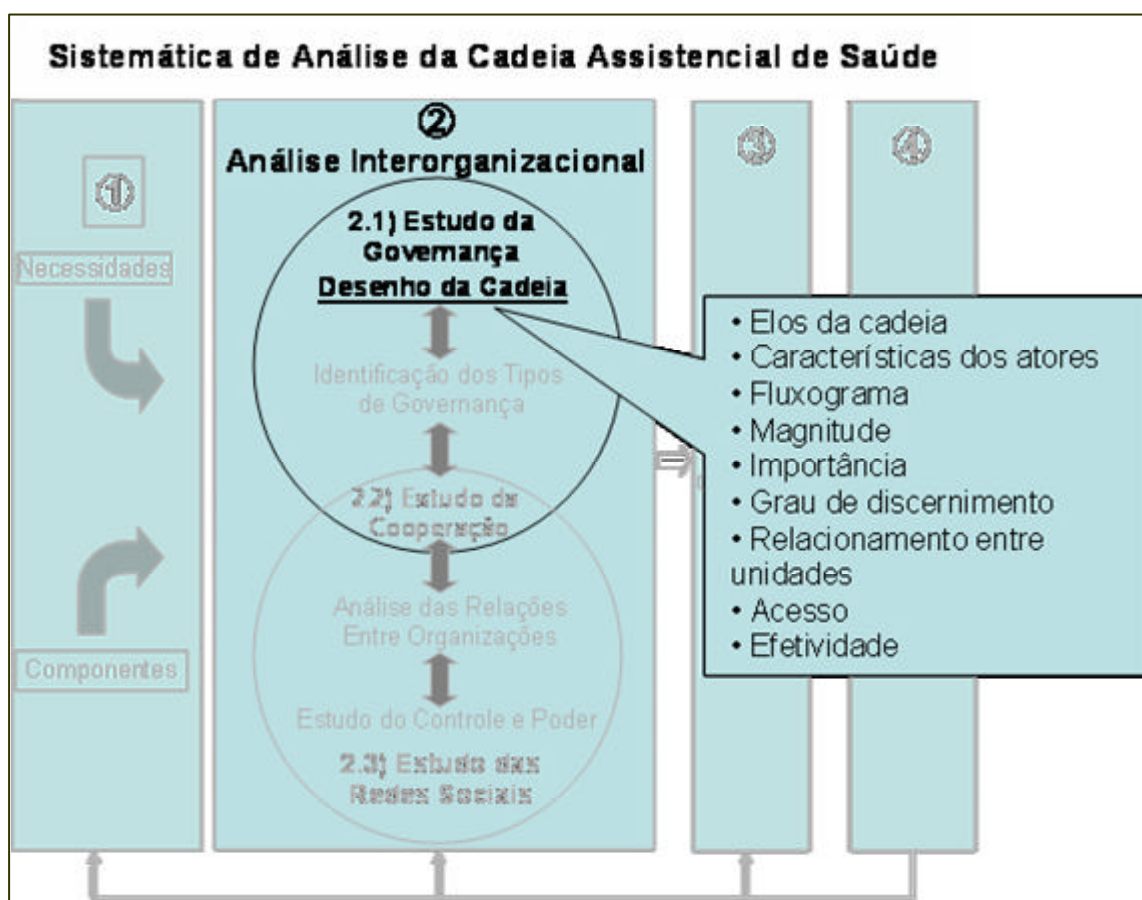


Figura 14: Fatores de análise da etapa de desenho.

Quadro 7: Análise das características dos relacionamentos.

Fatores	Variáveis operacionais
Dependência (Peffer & Salancik, 1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Nós nos sentimos dependentes desse(a) fornecedor (organização)/cliente; • Este(a) fornecedor (organização)/cliente é estrategicamente importante para nossa empresa; • Seria difícil para nossa empresa ser eficiente e alcançar bons resultados sem este(a) fornecedor (organização)/cliente; • Seria difícil para este(a) fornecedor (organização)/cliente substituir a eficiência e os bons resultados gerados pela nossa empresa; • Acreditamos que temos uma parceria equilibrada com este(a) fornecedor (organização)/cliente.
Liberalidade (nível de comparação de fornecedores alternativos) — (Peffer & Salancik, 1978)	<ul style="list-style-type: none"> • Há muitos(as) fornecedores (organizações) alternativos(as) para os produtos ou serviços que nós compramos deste fornecedor/organização*; / Há muitos clientes alternativos para os produtos ou serviços que nós ofertamos para esse cliente*; • O melhor substituto para este(a) fornecedor (organização)/cliente teria o mesmo valor para nossa empresa; • Comparado com outros(as) fornecedores (organizações)/clientes, nosso relacionamento com esse(a) fornecedor (organização)/cliente é melhor; • Há muitos(as) fornecedores (organizações)/clientes alternativos(as) que têm o mesmo valor para nossa empresa*.

(continuação quadro 7)

Fatores	Variáveis operacionais
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento (Williamson, 1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Seria um transtorno para as operações de nossa empresa encerrar o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente; • O investimento que nós temos feito para implementar uma parceria com este(a) fornecedor (organização)/cliente é significativo; • Nosso custo total de mudança para um(a) fornecedor (organização)/cliente alternativo(a) seria muito grande; • Os investimentos para desenvolver um relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente são facilmente transferíveis para outros processos ou operações em nossa empresa*; • Os mecanismos que nós estabelecemos para esse relacionamento tornariam difícil encerrar o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente.
Troca de informações (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • A comunicação com esse(a) fornecedor (organização)/cliente é intensa. • Nossa organização troca mais informações com este fornecedor (organização)/cliente do que com outras organizações; • Nossa organização compartilha informações com este(a) fornecedor (organização)/cliente as quais não seriam compartilhadas com outro(a) fornecedor (organização)/cliente.
Confiança (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimos que este(a) fornecedor(organização)/cliente se preocupa com os nossos interesses; • As transações com este(a) fornecedor (organização)/cliente não precisam ser supervisionadas detalhadamente; • Nós estamos certos de que este(a) fornecedor (organização)/cliente respeita a confidencialidade das informações repassadas por nós; • Temos plena confiança na veracidade das informações que recebemos deste(a) fornecedor (organização)/cliente; • Este(a) fornecedor (organização)/cliente retém para si (omite) importantes informações*; • Nós aceitaríamos produtos ou serviços deste(a) fornecedor (organização)/cliente sem conferir a precisão das quantidades; • Este(a) fornecedor (organização)/cliente tem merecido nossa confiança.

(continuação quadro 7)

Fatores	Variáveis operacionais
Comprometimento (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> • Esperamos que o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente continue por um longo tempo; • Esperamos que o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente se fortifique ao longo do tempo; • Esperamos aumentar as compras/trocas junto a este(a) fornecedor (organização)/cliente no futuro; • Estamos dispostos a alocar um considerável esforço e investimento no fortalecimento do relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente; • Temos nos empenhado muito no relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente; • Estamos comprometidos com este(a) fornecedor (organização)/cliente; • O relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente poderia ser descrito como sendo uma parceria.

(*)- indica uma pergunta reversa.

Seguindo a análise das características das inter-relações, o relacionamento entre as unidades prestadoras de serviços de saúde (Kwait, 2001), assim como dessas com o gestor de saúde, será detalhado através da análise de ações específicas, conforme destaque no quadro 8.

Quadro 8: Análise dos relacionamentos entre as unidades de saúde e dessas com o gestor público.

Fator	Variáveis operacionais
Relacionamento entre unidades de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Troca de informações sobre clientes comuns; • Acordos formais para referência de clientes; • Programas unificados.
Relacionamento entre unidade de saúde e gestores	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de contratos regulando o atendimento de saúde • Presença de sistemas de informação • Participação conjunta em comitês • Participação do gestor no Conselho Consultivo ou na direção das unidades de saúde

Fonte: Adaptado de Kwait, 2001.

Conforme apresentado na seção 2.3, a governança se classifica em quatro modos: Rede Social ou Relacional, Contratual ou Burocrática, Hierárquica ou Proprietária e de Mercado. Interessa, nesse estudo, analisar as diversas formas de

governança presentes entre as organizações, para isso são propostos diferentes enfoques que procuram identificar a presença de tais formas de governança.

Como as governanças Hierárquica e de Mercado são modos facilmente identificáveis, a sistemática aqui apresentada identificará os modos híbridos de governança, a Rede Social e a Contratual, através de fatores presentes na literatura (quadro 9).

Poppo e Zenger (2002) analisam a Rede Social e Contratual pela caracterização do relacionamento entre as organizações, da complexidade contratual, do ativo específico e da mensuração da performance. Jones (1987) examina os mesmos modos de governança pela perspectiva da teoria do custo das transações, nos aspectos da incerteza da transação e da ambigüidade da performance, ao mesmo tempo que analisa a governança pelo referencial teórico do imbricamento incorporando a frequência das transações, a incerteza da demanda, a presença de elevados intercâmbios padronizados com recursos humanos específicos e a complexidade da tarefa.

Por intermédio desta análise dos diferentes enfoques de governança, será possível identificar qual é predominante entre as organizações da cadeia de saúde, de tal forma a indicar se o modo de governança é do tipo Rede, Contratual, Hierárquica ou de Mercado.

É importante salientar o papel de alguns fatores da sistemática, que se encontram presentes tanto na teoria da Estrutura de Imbricamento como da Economia do Custo das Transações. Os fatores presença de sistema de informações, ativo humano, dificuldade de mensuração, incerteza da transação e ambigüidade de performance têm por finalidade caracterizar a transação de forma a qualificar as informações. O fator incerteza, em particular, é analisado por intermédio das variáveis que o analisam diretamente, como descrito no quadro 9, e de forma indireta através do modelo de Peffer e Salancik (1978), apresentado na seção 2.1.4.2.

Quadro 9: Análise da governança pelo referencial do custo das transações e do imbricamento social.

Fatores	Variáveis operacionais
Governança relacional (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> o comprador tem um relacionamento extremamente colaborativo com o fornecedor ambos parceiros compartilham objetivos e planos de longo e curto prazo o comprador pode esperar do fornecedor o cumprimento de promessas
Complexidade contratual (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> contrato formal é altamente customizado e requer considerável trabalho legal Tamanho do contrato em número de páginas
Ativo específico (humano) (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> Em que grau os indivíduos precisam adquirir informação específica da outra organização para desempenharem o atendimento de saúde? Em que grau esse atendimento de saúde é adaptado para a outra organização? Quanto custoso seria trocar de organização fornecedora? (considerar o tempo requerido para qualificar, instruir, fazer investimentos, conduzir testes e desenvolver um relacionamento de trabalho).
Dificuldade de mensuração (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> qual o grau de facilidade para medir a performance coletiva para esses indivíduos que desempenham essa função?
Longevidade do relacionamento (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> O comprador tem trabalho com o fornecedor por anos e anos?
Relevância do trabalho e orçamento (Poppo e Zenger, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> Valor anual das operações com a organização Experiência, medida por tempo em anos, do principal executivo na gestão de saúde
Incerteza da transação (Jones, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> Freqüência: Com que freqüência as unidades de saúde atendem aos pacientes? Com que freqüência as unidades de saúde transacionam com as organizações da cadeia secundária? (ao menos uma vez a semana, cada 2 a 3 semanas, mensalmente, 3 vezes ao ano, 1 vez ao ano ou menos) Duração: Quanto tempo em média leva o atendimento ao paciente? E por quanto tempo leva para restabelecer a condição de saúde do paciente? (menos de 30 minutos, de 30 a 120 minutos, 120 minutos a 12 horas e mais de 12 horas). Especificidade: Como é a natureza do trabalho do profissional de saúde quando atendendo ao paciente? (muito padronizado, não variando de paciente a paciente; cada paciente tem necessidades diferentes e o trabalho é diferente para cada paciente).

(continuação quadro 9)

Ambigüidade de performance (Jones, 1987)	<ul style="list-style-type: none"> • Se o paciente observa o profissional de saúde, ele pode facilmente dizer como eles fazem o trabalho. • É difícil para o paciente estimar o tempo e os recursos para prover o serviço (*). • O paciente sempre pode dizer se recebe bom serviço. • O paciente deve assumir que ele está recebendo boa qualidade do serviço porque não há maneira dele poder mensurá-la.(*)
--	--

(*)- indica uma pergunta reversa.

Fonte: Adaptado de Poppo e Zenger (2002) e de Jones (1987).

A figura 15 resume esquematicamente os fatores de análise de identificação dos tipos de governança. O quadro 10 a seguir indica como os fatores compõem a sistemática de análise.

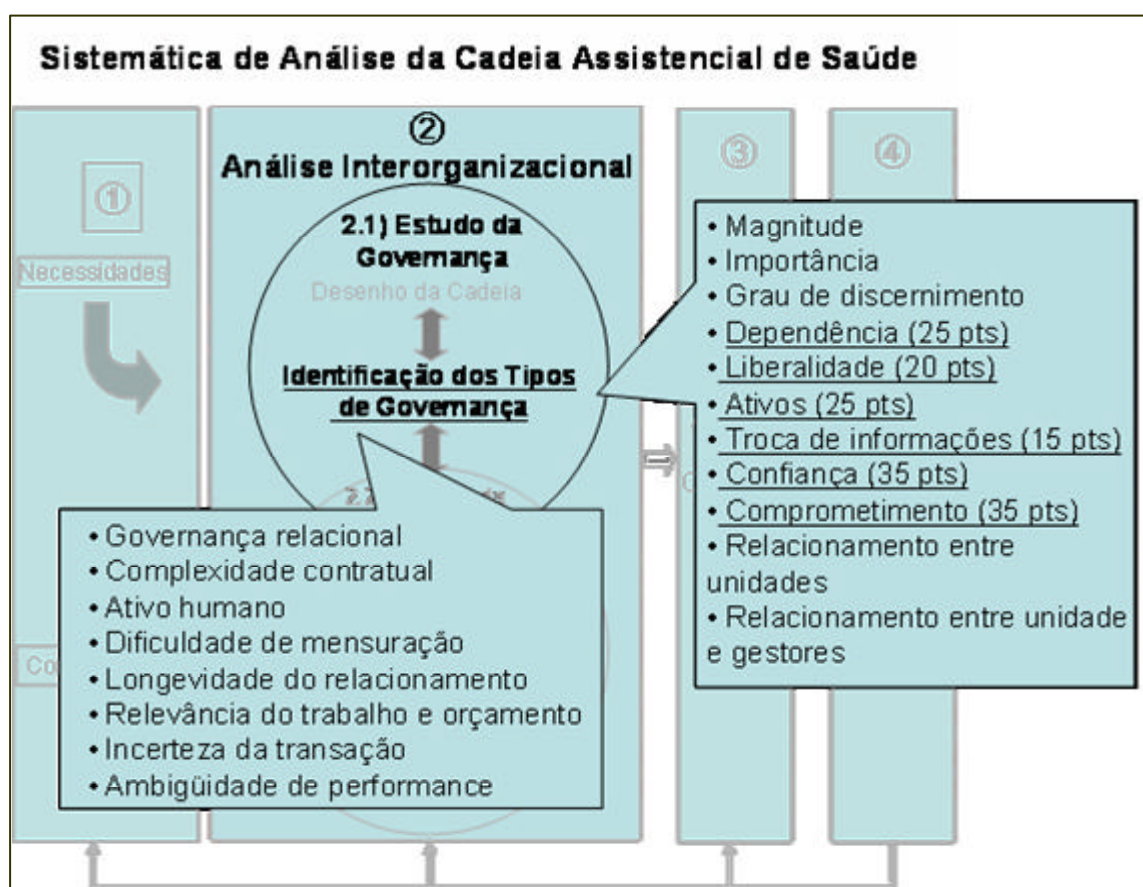













Figura 15: Fatores de análise da etapa de identificação dos tipos de governança.

Quadro 10: identificação da composição de fatores para cada elemento da sistemática de análise.

Fatores e variáveis operacionais	Desenho	Governança pelo referencial da Teoria da Estrutura de Imbricamento	Governança pelo referencial da Teoria do Custo das Transações
Elos da cadeia principal e secundária			
Características dos atores da cadeia principal			
Características dos principais atores da cadeia secundária			
Fluxograma operacional			
Magnitude dos principais atores			\$
Importância do recurso			\$
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso			\$
Acesso			
Efetividade			
Dependência			\$
Liberalidade			\$
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento			\$
Troca de informações		Ⓢ	
Confiança		Ⓢ	
Comprometimento		Ⓢ	
Cientes referidos para outras organizações (variável operacional)			
Cientes referidos de outras organizações (variável operacional)			
Troca de informações sobre clientes comuns (variável operacional)		Ⓢ	
Acordos formais para referência de clientes (variável operacional)			\$
Programas unificados (variável operacional)		Ⓢ	
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde (variável operacional)			\$
Presença de sistemas de informação (variável operacional)		Ⓢ	\$
Participação conjunta em comitês (variável operacional)		Ⓢ	
Participação do gestor no Conselho Consultivo (variável operacional)		Ⓢ	
Governança relacional		Ⓢ	
Complexidade contratual			\$
Ativo humano específico		Ⓢ	\$
Dificuldade de mensuração		Ⓢ	\$
Longevidade do relacionamento		Ⓢ	
Relacionamento do trabalho e orçamento			\$
Incerteza da transação		Ⓢ	\$
Ambigüidade de performance		Ⓢ	\$

Legenda:  = desenho; Ⓢ = governança relacional; \$ = governança contratual.

3.2.2) Estudo da cooperação

Para a melhor gestão dos sistemas de saúde e das organizações que o compõe, a coordenação do trabalho através dos serviços que são complementares e sua integração é a alternativa mais efetiva para se alcançar melhores resultados em saúde (Friedman e Góes, 2001; Institute of Medicine, 2001). Nesse aspecto, uma estratégia de cooperação pode criar um ambiente que favoreça a integração e a coordenação entre as organizações. A cooperação passa a ser uma postura estratégica, como ocorre em alguns estudos sobre relações organizacionais (Nielsen, 1988).

A sistemática de análise da cadeia de saúde aqui proposto identificará qual a estratégia de cooperação entre as organizações, através do modelo de Nielsen (1988), conforme quadro 11. A figura 16 localiza os fatores de análise de cooperação no conjunto da sistemática.

Quadro 11: Análise da estratégia de cooperação.

Fatores	Variáveis operacionais
Tendência de mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Mercado ou produção declinante; • Mercado ou produção maduro; • Mercado ou produção em crescimento.
Tendência da participação das organizações	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção da atual participação ou produção de mercado para uma organização e declinante para outra; • Participação ou produção de mercado crescente para uma organização e declinante para outra; • Participação ou produção de mercado crescente para ambas organizações; • Tendência de crescimento na participação ou produção de mercado para ambas organizações.
Ação organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • união de esforços, com vistas a economia de escala, assim como pela redução da duplicação e redundância (combinação); • combinação de recursos de forma complementar, isto é, uma organização executa um certo número de atividades, enquanto outra complementa com outras atividades (Intercâmbio); • redução ou cessão de ataques mútuos entre duas organizações de tal forma a criar um bem-estar para ambas (Destencionamento); • concordância das organizações em cooperar em situações específicas e no futuro, dependendo da condição de eventos futuros (Contingencial).

Fonte: Adaptado de Nielsen, 1988.

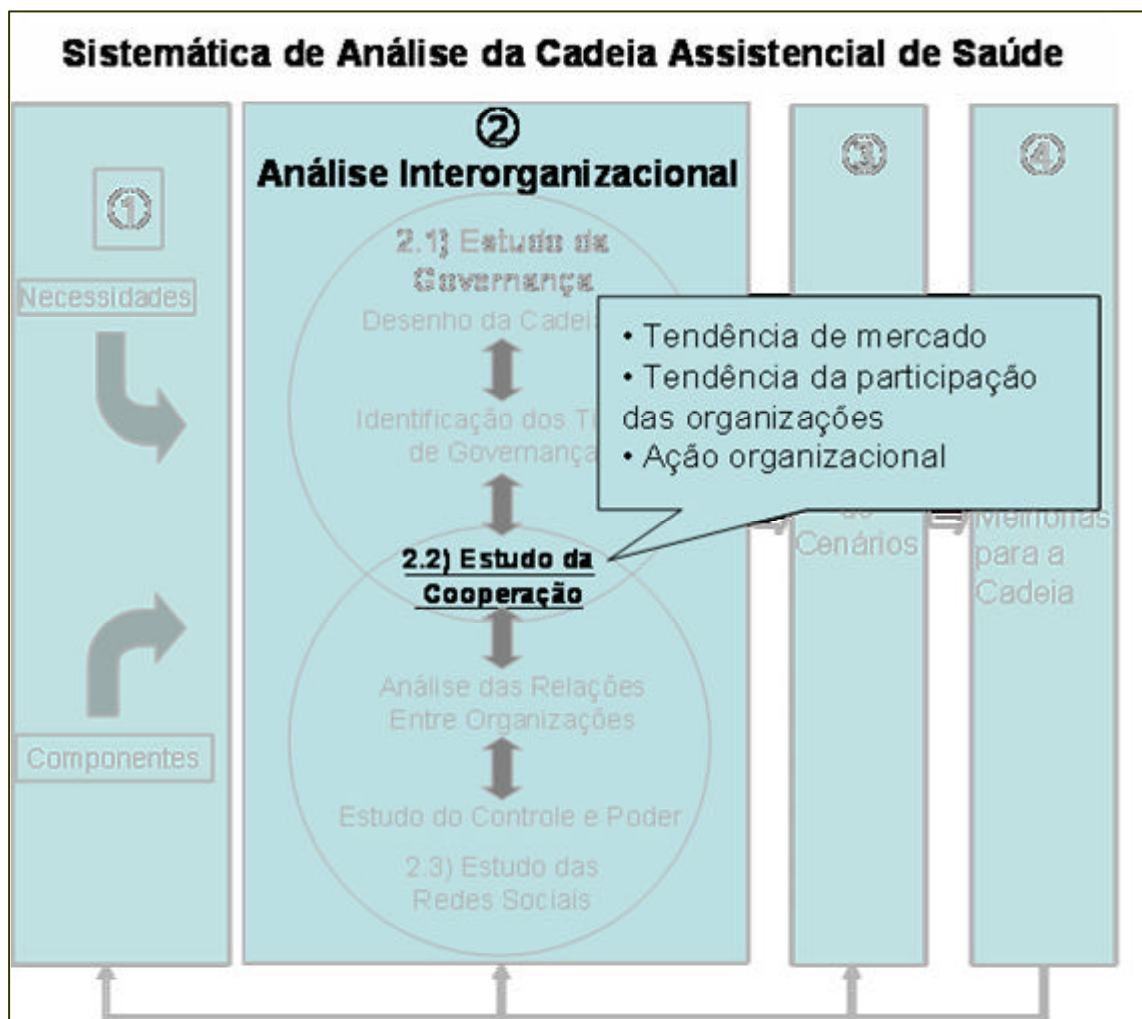


Figura 16: Fatores do estudo de cooperação.

3.2.3) Estudo das Redes Sociais

A outra forma de análise interorganizacional é a ligada à vertente das Redes Sociais. Essa linha parte das ligações entre organizações, seja num momento específico da rede ou através de um estudo compreendendo um período de tempo, para daí derivar sua análise. As duas etapas relatadas nessa sistemática são, na verdade, complementares, pois é a partir da análise das relações entre as organizações que se pode derivar as conclusões da situação do controle e poder na rede.

3.2.3.1) Análise das Relações entre Organizações

Os estudos das relações entre organizações no setor de saúde costumam levar em conta o envolvimento das unidades com o paciente (Milward e Provan, 1998), enfocando basicamente cinco aspectos:

- referência de envio: pacientes enviados a outras unidades da rede;
- referência de recebimento: pacientes recebidos de outras unidades da rede;
- coordenação de caso: compartilhamento de dados e condutas a respeito de um caso específico;
- programas conjuntos: esforços formais em torno de programas desenvolvidos conjuntamente com outra unidade da rede;
- consultorias: serviços prestados a outras unidades da rede na base de contratos ou acordos formais.

A partir desses dados serão construídos sociogramas e analisadas as medidas de:

- densidade média;
- *clique* (grupo coexo ou “panelinha”);
- Transitividade;
- Centralidade de um nó;
- Posição de intermediário ou porteiro.

A figura 17 demonstra graficamente a localização dos fatores de análise das relações entre organizações na sistemática.

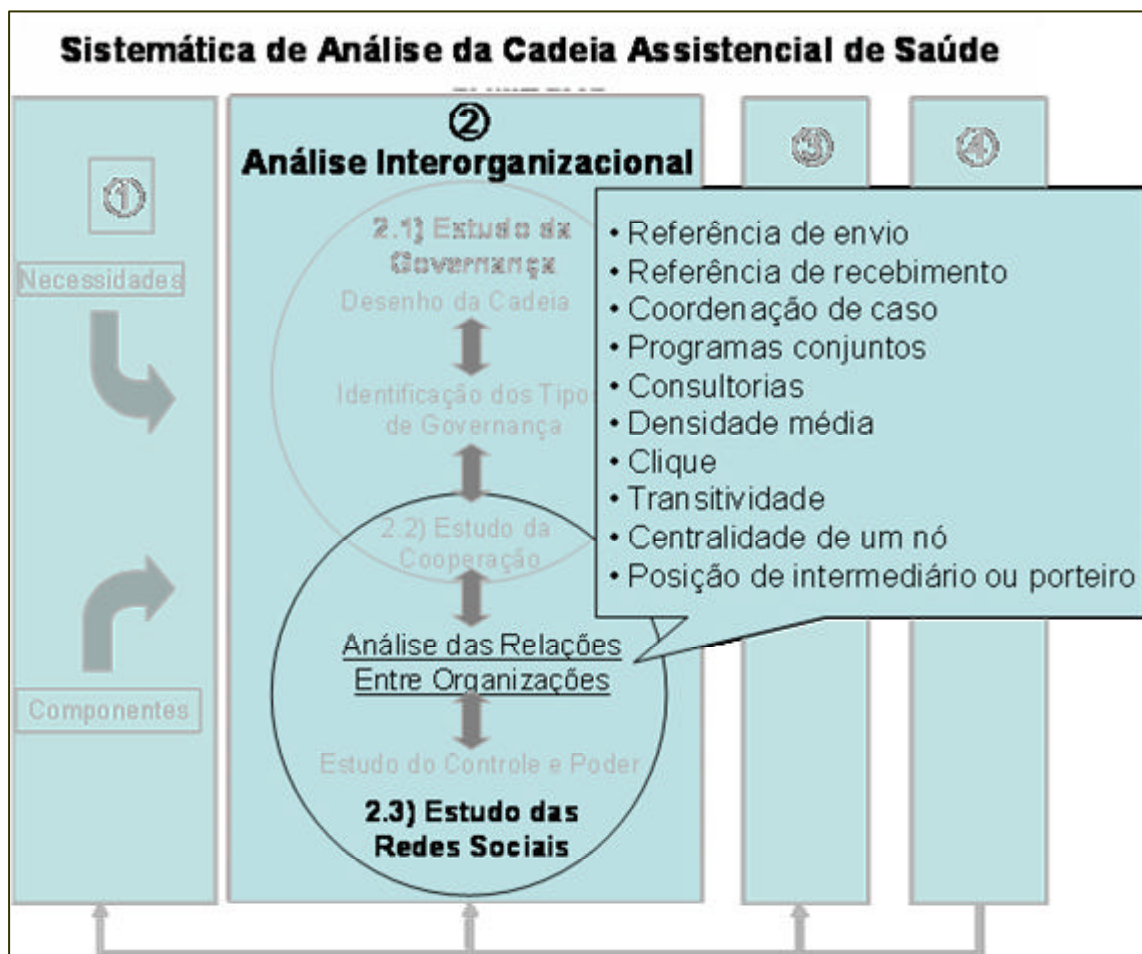


Figura 17: Fatores da análise das relações entre organizações.

3.2.3.2) Estudo do Controle e Poder

Há indicações na literatura de quanto maior a rede também cresce a necessidade de coordenação para uma efetiva integração entre os diversos elementos (Provan e Milward, 1995). As medidas para o estudo do Poder e Controle na rede é uma continuidade das anteriores, dedicando-se a estudar a densidade, centralidade e influência na rede.

A densidade geral da rede pode ser calculada de duas formas:

- multiplexidade de serviço;
- integração organizacional.

As medidas de centralização são:

- nível de centralidade da agência principal;
- concentração da influência.

A análise da coordenação em ambientes de Redes Sociais é na verdade uma indução a partir dos dados obtidos nas fases anteriores. Redes altamente conectadas, compartilhando pacientes, programas, casos ou consultorias estão atuando de forma cooperada e integrada.

A figura 18 apresenta os fatores do estudo do controle e poder.

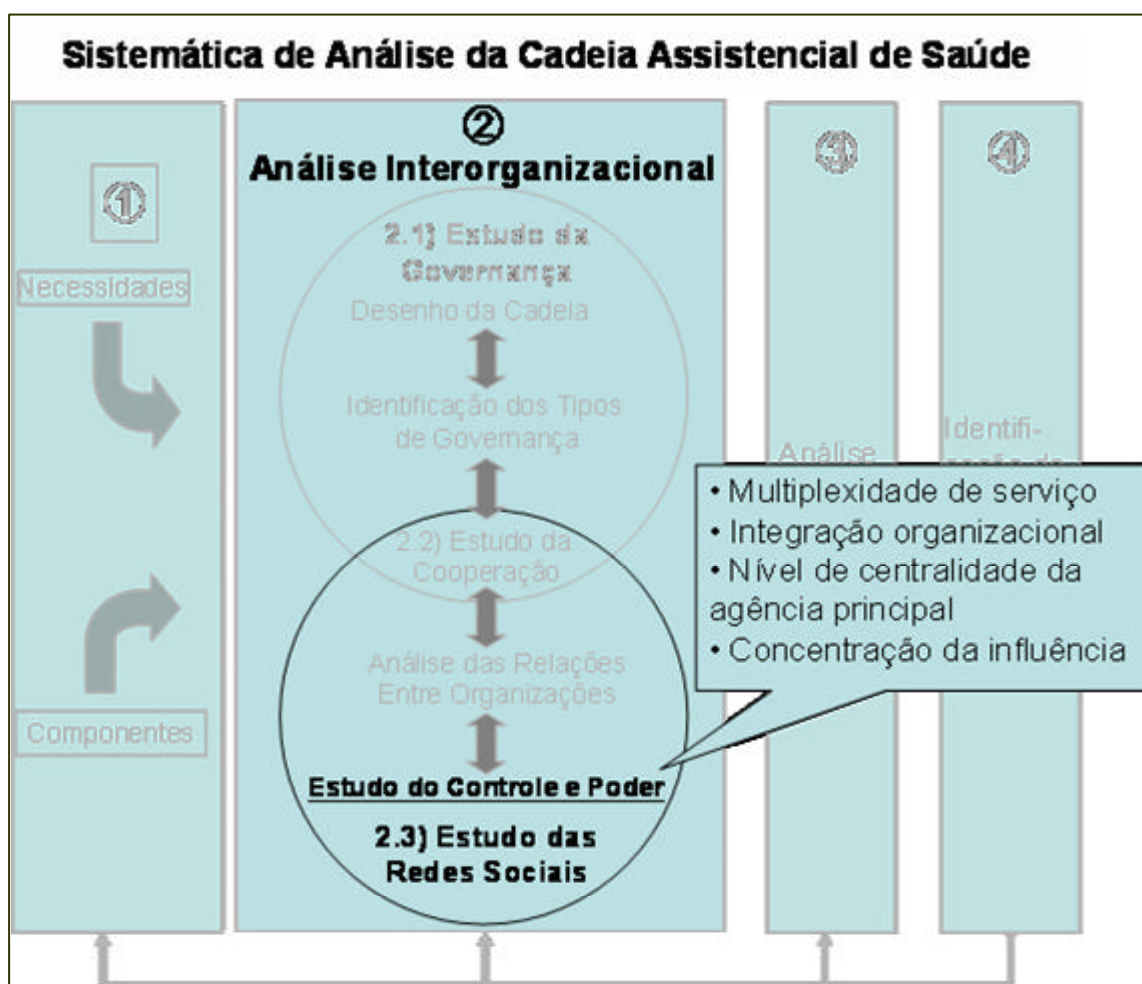


Figura 18: Fatores do estudo do controle e poder.

3.3) Etapa 3 – Análise de Cenários

As etapas finais da sistemática constituem-se em elaborar cenários prospectivos da cadeia e avaliá-los para identificar possíveis melhorias a todo o sistema. Sinteticamente, a análise de cenários procurará visualizar como as organizações influentes nos destinos da prestação de serviços de saúde e os eventos potencialmente modificadores de tendências atuam sobre a cadeia. Com as trajetórias mais prováveis definidas, é possível então se realizar a definição de ações que apontem para soluções às deficiências, pontos fracos ou ameaças em relação à cadeia.

Com essa sistemática de análise da cadeia produtiva, pretende-se uma leitura ampla do ambiente de saúde, de tal forma a propiciar um melhor planejamento e ações mais efetivas. As figuras 19 e 20 resumem os fatores a serem analisados dentro das duas perspectivas interorganizacionais.

A implementação desse esquema analítico requer os cuidados relativos tanto ao perfil de uma pesquisa qualitativa, como ao adequado encadeamento de ações, de tal forma que uma informação alimente a fase seguinte. A metodologia de implementação será o tema do próximo capítulo.

3.4) Etapa 4 – Identificação de melhorias para a Cadeia

Através dessa sistemática de análise espera-se uma melhor compreensão do conceito de cadeia de saúde, obter um diagnóstico das deficiências no atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes, formular estratégias de formação ou fortalecimento de redes de interorganizacionais e propor os mecanismos de integração e cooperação mais adequados para que esta rede opere adequadamente entre as organizações componentes.

A cadeia produtiva de saúde pode oferecer inovações em serviços e produtos mais adequadas às necessidades dos pacientes, assim como pode tornar-se mais competitiva na medida em que seus componentes trabalhem de forma coordenada, minimizando os custos transacionais e trocando sistematicamente informações sobre o mercado.

Os pacientes e as organizações também poderão ser diretamente beneficiados na medida em que a sistemática de análise dos serviços prestados demonstrar claramente os aspectos a serem melhorados, particularmente no caso de doenças crônicas (Epping-Jordan, 2001), com a implementação de novas modalidades assistenciais e novas políticas de organização do sistema para melhor atender às necessidades dos pacientes.

Ao mesmo tempo, os gestores dos sistemas de saúde, públicos e privados, também contariam com uma ferramenta de análise da rede de prestadores de serviços e disporão de mecanismos de aprimoramento da integração e da coordenação entre as organizações (Grandori & Soda, 1995). Os laboratórios e os fornecedores de insumos ao tratamento de saúde poderiam incluir nas suas estratégias o desenvolvimento de produtos ou serviços específicos a determinadas cadeias produtivas de saúde, como de diabetes ou de HIV e AIDS. Aos médicos seria oferecido um mapa da cadeia de saúde com as opções de produtos e serviços que lhe proporcionaria oferecer uma melhor orientação ao paciente de o que, onde e como buscar atender às suas necessidades.

Finalmente, os conceitos de integração e cooperação presentes na cadeia produtiva vão ao encontro dos preceitos estabelecidos no Sistema Único de Saúde de descentralização política, financeira e gerencial do sistema. Desta forma, essa sistemática de análise poderá ter um impacto na forma como os gestores administram o sistema, seja reavaliando os serviços prestados, ou remunerando novos serviços. Com isso os pacientes teriam maiores opções de assistência, inclusive com possibilidades de impacto social na melhora da qualidade de vida.

Espera-se ao final que a sistemática de análise sobre a cadeia produtiva no setor saúde produza repercussões em:

- gestores de sistemas de saúde, tanto públicos como privados, reconhecendo novas formas de remuneração de determinados tipos de atendimento e produtos que atendam às necessidades específicas de grupos de pacientes;
- fornecedores, laboratórios e hospitais com a criação de novos produtos ou serviços;

Variáveis do Estudo da Governança

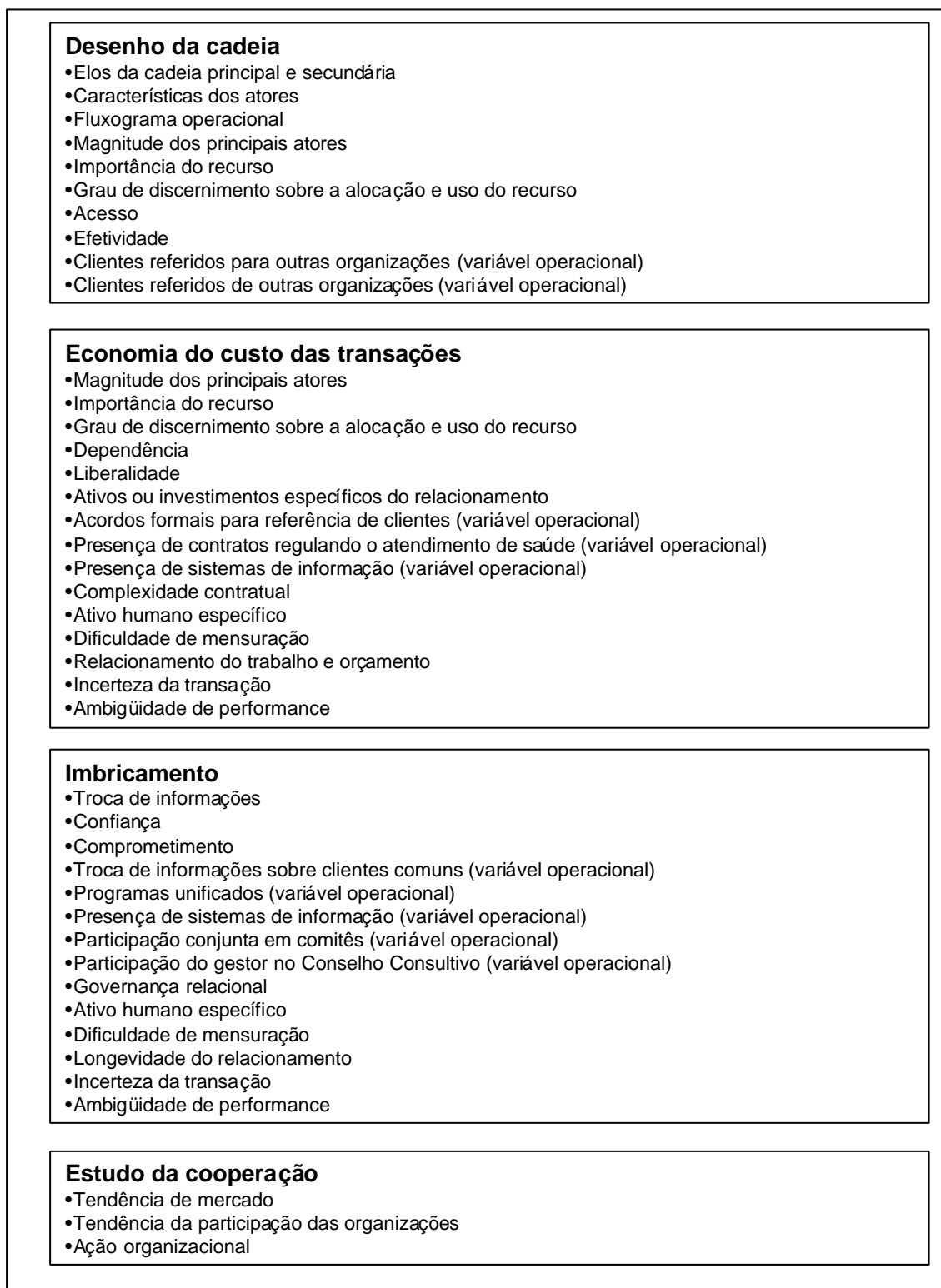


Figura 19: Fatores de análise do estudo da governança de cadeia de saúde.

Variáveis do Estudo das Redes Sociais

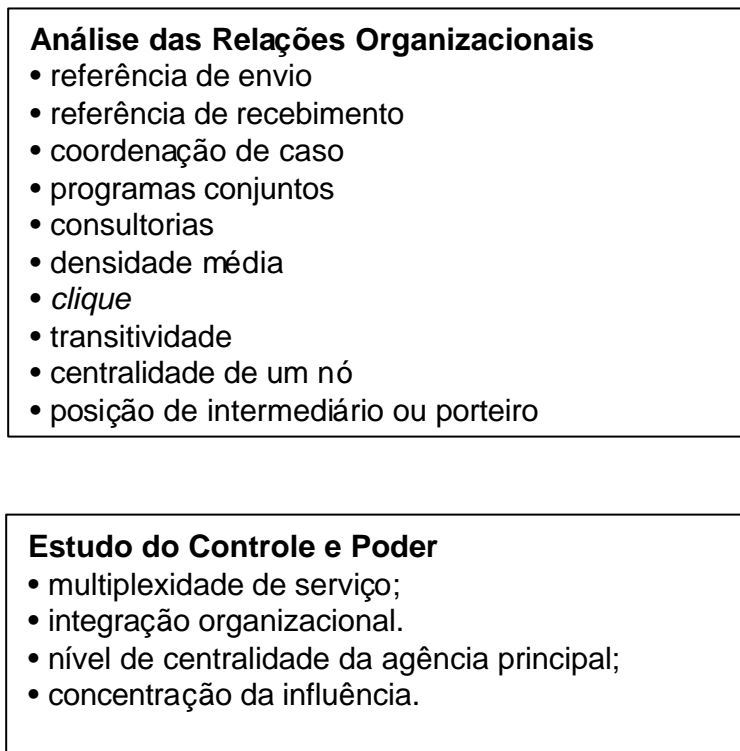


Figura 20: Fatores de análise do estudo das Redes Sociais.

- médicos com o mapeamento dos serviços disponíveis aos pacientes que atende, facilitando a orientação e aumentando o leque de opções assistenciais;
- pacientes com o melhor atendimento de suas necessidades assistenciais;
- políticas governamentais para o aumento da competitividade e resolutividade no setor de saúde.

De acordo com a sistemática proposta, tais repercussões são tratadas como retroalimentação do sistema, gerando modificações nas necessidades, componentes e relações interorganizacionais. A mudança de tais elementos da análise pode criar novos cenários e novas ações de melhoria, num ciclo de aperfeiçoamento.

Todo esse esquema de análise proposto naturalmente deve ser seguido de uma metodologia de implementação. No caso desse trabalho, a metodologia dá maior

ênfase à etapa 2 da sistemática de análise, que possui um formato próprio para cada módulo, o de Governança e o de Redes Sociais. A formalização dessa metodologia é o tema da próxima seção desse capítulo.

3.5) Metodologia de Implantação

Esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa em vista de se preocupar com o estudo e a análise da prestação de serviços em saúde na atualidade, de forma a procurar interpretar os dados que serão coletados na busca por entender a realidade. Tem um caráter exploratório na medida em que aplicará o conceito de cadeia produtiva na área da saúde, assim como pela proposta de sistematização de uma abordagem de análise.

A pesquisa é conduzida através de um estudo de caso que tem como unidade de análise a prestação de serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV e AIDS e pacientes diabéticos na cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul. O estudo é do tipo corte transversal com a coleta dos dados ocorrida entre outubro e janeiro de 2005.

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. A estratégia de pesquisa de estudo de caso é indicada quando se examinam acontecimentos contemporâneos, mas não se pode manipulá-los. As técnicas de pesquisa disponíveis são os documentos primários, secundários e artefatos físicos e culturais, também utilizadas na pesquisa histórica, além da observação direta e série sistemática de entrevistas (Yin, 2001).

Outra justificativa do uso de estudo de caso se deve ao fato do fenômeno estudado, a cadeia de saúde, não apresentar um conjunto simples e claro de resultados. O método de coleta de dados é a entrevista em profundidade, usando informantes-chave. Segundo Kumar e outros (1993), os pesquisadores que querem

conduzir investigações qualitativas, em larga-escala e empírica das relações interorganizacionais freqüentemente precisam lidar com a falta de dados organizacionais e de relacionamento que atendam aos constructos de interesse, tais como confiança e poder. Desta forma, precisam apoiar-se em informantes-chave pela facilidade em obter informação apropriada.

A entrevista em profundidade procura entender o comportamento complexo da sociedade sem impor qualquer categorização *a priori* que possa limitar o campo de pesquisa (Fontana & Frey, 2000).

As entrevistas identificam os elementos presentes na sistemática de análise tais como o desenho da cadeia, a governança, relações entre organizações e a cooperação. Elas serão aplicadas nos sujeitos ligados à prestação de serviço, como médicos, enfermeiros, gestores de organizações e sistemas de saúde, e laboratórios de análises clínicas, além dos próprios pacientes.

3.5.1) Projeto do estudo de caso

No início desse trabalho foram estabelecidos a situação problema, os objetivos e as questões de pesquisa. A seguir, percorreu-se o referencial teórico, base para a construção da sistemática, formularam-se os pressupostos e, finalmente, definiu-se a sistemática, com seus constructos e variáveis operacionais. Agora, dentro da estratégia de investigação, cabe a definição do delineamento da pesquisa.

O delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto a previsão de análise e interpretação dos dados. Entre outros aspectos, o delineamento considera o ambiente em que são coletados os dados bem como as formas de controle das variáveis envolvidas (Gil, 1995).

Essa pesquisa compreenderá um conjunto de ações para os serviços de saúde para pacientes diabéticos e outro para os serviços de saúde para pacientes com HIV/AIDS. Levando em conta os objetivos, questões e pressupostos, bem como as limitações para a realização de uma pesquisa que envolva todos os elementos da sistemática de análise proposta, esse estudo limita-se a testar as variáveis da etapa dois, a Análise Interorganizacional (figura 21). Cabe salientar que a etapa um também foi realizada pelo autor, identificando os elementos fundamentais, como pré-requisito para a realização da etapa dois.



Figura 21: Etapa dois da SACAS – Análise Interorganizacional.

Para uma melhor compreensão sobre a condução dessa pesquisa, demonstram-se aqui as fases, instrumentos e propostas de análise.

3.5.1.1) Etapas e instrumentos para coleta de dados para pacientes com diabetes

O sistema de saúde complementar na atualidade está marcadamente segmentado por Operadores de Planos de Saúde, que acabam por formar redes

de atendimento. Essas redes são compostas, em sua maioria, por organizações independentes que o paciente pode buscar atendimento dentro de sua necessidade.

1) Desenho preliminar da cadeia de serviços de saúde: identificação de forma aproximada dos atores (anexo 1).

2) Entrevistas com especialistas para a complementação do desenho e definição da amostra do estudo.

3) Teste dos questionários.

4) Entrevistas com as organizações da amostra, para a etapa do estudo da governança, com a aplicação de questionário específico para a cadeia principal e outro para a secundária. As organizações são abordadas a partir das unidades de saúde, da seguinte forma:

a) Contato formal de esclarecimento sobre a pesquisa com as organizações da amostra (anexo 2).

b) Entrevista com o responsável técnico da unidade de saúde para a definição da amostra de relacionamento, ou seja, a identificação de organizações, dentro de cada categoria definida na etapa 2, que mantenham relacionamentos com a unidade de saúde.

c) Aplicação dos questionários (anexo 3) com o responsável técnico para os relacionamentos vinculados com prestação do serviço de saúde, por exemplo, postos de saúde, hospitais, consultórios, laboratórios, gestor municipal de saúde, gestor privado de saúde, ou organizações não-governamentais, conforme a definição da amostra da etapa 2. Essa entrevista é dividida em duas etapas: uma com a aplicação do questionário com perguntas abertas e outra, a seguir, onde é entregue um questionário com perguntas fechadas, devolvido pelo entrevistado posteriormente.

- d) Entrevista com os responsáveis das organizações da cadeia secundária, na área de comercialização de produtos ou serviços com as organizações da cadeia principal, para a aplicação do questionário (anexo 4). Essa entrevista, igualmente, é dividida em duas etapas: uma com a aplicação do questionário com perguntas abertas e outra, a seguir, onde é entregue um questionário com perguntas fechadas, devolvido pelo entrevistado posteriormente.
- e) Entrevista com paciente para que, através do reconhecimento das ações dos serviços de saúde junto aos pacientes, se proceda a leitura da cadeia. A abordagem junto aos pacientes é feita através da equipe assistencial de ambulatório dentre os prestadores de serviços de saúde de Porto Alegre especializados no atendimento da doença. É informado ao médico assistente um perfil de paciente com as seguintes características:
- residente em Porto Alegre;
 - paciente diabético sintomático;
 - em condições de saúde para poder participar de entrevistas e de sessões de grupo focal;
 - escolaridade mínima de segundo grau incompleto;
 - boas noções das necessidades assistenciais para o seu perfil de doença;
 - conhecimento do sistema de saúde onde é atendido.

Dentro dessas características o médico assistente aborda os pacientes convidando-os para participar dessa pesquisa e entregando-lhes o termo de consentimento informado (anexo 5). Essa entrevista é conduzida utilizando-se o roteiro do anexo 6.

- 5) Construção da representação da cadeia de serviços para pacientes diabéticos a partir das entrevistas e evidências coletadas, a cargo do pesquisador.

3.5.1.2) Etapas e instrumentos para coleta de dados para pacientes vivendo com HIV/AIDS

- 1) Desenho preliminar da cadeia de serviços para HIV/AIDS: identificação de forma aproximada do fluxograma operacional e dos atores (anexo 1).

- 2) Entrevistas com especialistas para a complementação do desenho e definição da amostra do estudo.

- 3) Teste dos questionários.

- 4) Entrevistas com as organizações da amostra, para a etapa do estudo das redes sociais, com a aplicação de questionário. As organizações são abordadas a partir das unidades de saúde, da seguinte forma:
 - a) Contato formal de esclarecimento sobre a pesquisa (anexo 2).
 - b) Entrevista com o responsável técnico da unidade de saúde para a definição da amostra de relacionamento, ou seja, a identificação de organizações, dentro de cada categoria definida na etapa 2, que mantenham relacionamentos com a unidade de saúde.
 - c) Aplicação do questionário (anexo 7) com o responsável técnico para os relacionamentos vinculados com prestação do serviço de saúde, por exemplo, postos de saúde, hospitais, consultórios, laboratórios, gestor municipal de saúde, gestor privado de saúde, ou organizações não-governamentais, conforme a definição da amostra da etapa 2.

- 5) Construção da representação da cadeia de serviços para pacientes com HIV/AIDS a partir das entrevistas e evidências coletadas, a cargo do pesquisador.

3.5.2) Proposta de análise

Buscando atingir uma boa capacidade de análise das diversas evidências para produção de conclusões generalizáveis e proposições teóricas válidas são empregadas estratégias de análise que convirjam os dados aos pressupostos de pesquisa de forma a oferecer respostas às questões do estudo (figura 22). Embora se tenha dificuldade em obter a validade externa, a construção metodológica do estudo de caso busca alcançar a generalização analítica, através da ligação dos dados da cadeia da saúde com as teorias de análise empregadas (Yin, 2001).

a) Armazenamento em banco de dados dos elementos coletados nas etapas de levantamento, com a seguinte estrutura (Yin, 2001):

- Notas de pesquisa: data, tipo de organização ou entrevistado, constructo relacionado e nota.
- Documentos colhidos para o estudo: tipo de organização, constructo relacionado e documento.
- Tabelas: data da entrevista, organização, entrevistado, constructo relacionado e registro das respostas.

b) Análise dos dados coletados (Eisenhardt, 1989):

- Aprofundamento em cada organização ou entrevista, apontando opiniões sobre cada local.
- Identificação de padrões através dos casos, utilizando-se de estruturas de análise cruzada.

c) Formatação de hipóteses, comparando sistematicamente o modelo emergente com as evidências de cada caso, basicamente em duas etapas (Eisenhardt, 1989):

- Formatação de constructos: envolve a redefinição de constructos e a construção de evidências que meçam o constructo em cada caso: isso ocorre através da constante comparação entre dados e constructos de tal forma que

a acumulação de evidências de diversas fontes convirja para uma definição adequada do constructo.

- Verificação se as relações emergentes entre constructos ajustam-se com as evidências em cada caso: quando uma relação é suportada, os dados qualitativos com frequência proporcionam uma boa compreensão das dinâmicas sob as relações, isto é, o **porquê** que isso ocorre. Isso é fundamental para a validade interna.

d) Acercando-se da literatura: a discussão de achados similares em outros contextos é importante para amarrar as similaridades do fenômeno normalmente não associado entre si. Esse processo pode demonstrar a incorreção dos resultados (um desafio para a validade interna) ou, se corretos, a idiosincrasia do caso em estudo, determinando a extensão da generalização (Eisenhardt, 1989).

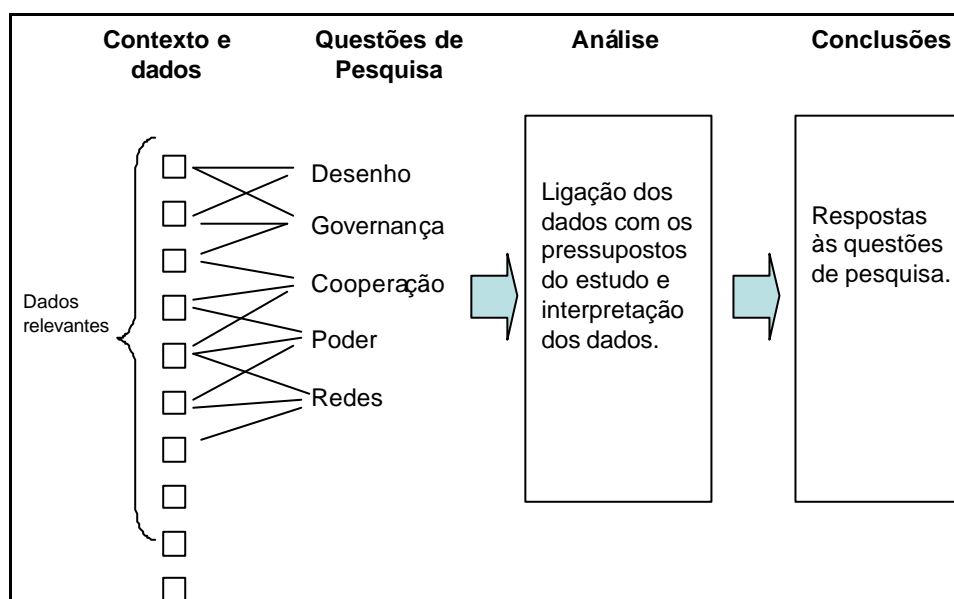


Figura 22: Esquema de tratamento dos dados e análise.

Ainda que a essa metodologia esteja esquematizada para atender sobretudo a implementação da etapa dois da sistemática de análise, cabe salientar que serão levantados elementos básicos das etapas três e quatro (análise de cenários e identificação de melhorias, respectivamente). O próximo capítulo descreverá uma experiência prática a respeito da sistemática de análise.

4) APLICAÇÃO DA SISTEMÁTICA DE ANÁLISE INTERORGANIZACIONAL

Esse capítulo traz um relato da aplicação da sistemática de análise de cadeias assistenciais em saúde, com detalhe para a fase de análise interorganizacional. A fim de demonstrar sua operacionalização, descreve-se uma análise da cadeia para pacientes diabéticos, no sub-conjunto Estudo da Governança, e outra análise da cadeia para pacientes com HIV/AIDS, no sub-conjunto Estudo das Redes Sociais. Esse delineamento é uma opção para viabilizar a pesquisa, muito embora, como já foi exposto anteriormente, acredita-se que a SACAS seja constituída de um arcabouço genérico válido para diversos ambientes.

O sistema de saúde brasileiro está organizado em sistema público e sistema complementar. No primeiro, o pagador é o Estado e no segundo são os operadores de planos de saúde, tanto entidades públicas como privadas.

No caso da cadeia para pacientes diabéticos optou-se por estudar um sistema de saúde complementar da cidade de Porto Alegre. Esse sistema funciona com um Operador de planos de saúde, clientes e diversas organizações prestadoras de serviços de saúde.

Já no caso da cadeia para pacientes com HIV/AIDS a opção foi pelo sistema público, que oferece atenção em saúde integral a esse tipo de doença através de um programa de saúde de referência mundial. Esse sistema está organizado em unidades especializadas no atendimento de pacientes com HIV/AIDS que se integram às demais unidades de saúde do sistema público.

Na aplicação prática da sistemática de análise houve problemas na operacionalização dos constructos efetividade, dificuldade de mensuração, relevância do trabalho e orçamento, incerteza da transação e ambigüidade de performance. Diante esse tema será ampliado em maiores detalhes.

4.1) Estudo da Governança na cadeia assistencial para pacientes diabéticos

O estudo da cadeia assistencial de saúde de pacientes diabéticos se inicia com a escolha do Operador. A escolha do Operador de saúde, neste caso, se dá por conveniência, principalmente por ser um operador com grande participação no mercado local, o que propicia maior probabilidade de ocorrência de fenômenos interorganizacionais entre os atores da cadeia. A partir dessa escolha, identifica-se um médico especialista em endocrinologia vinculado ao Operador. A seleção das demais organizações se dá pelo vínculo com o Especialista e o Operador.

Assim, as organizações que fazem parte da amostra dessa cadeia são um Operador, um Especialista, um Consultório Médico de outra especialidade, um Hospital e um Laboratório. Os elos entre cada um desses atores, e outros mencionados nas entrevistas, são caracterizados nas etapas e pelas variáveis definidas nesse estudo.

4.1.1) Desenho da cadeia assistencial para pacientes diabéticos

O desenho da cadeia de saúde para diabetes possui a característica de ter uma cadeia principal com poucos elos e vários elos na cadeia secundária (figura 23). Os elos da cadeia principal possuem relações de sentido duplo e, em geral, o processo é iniciado num diagnóstico médico (elo 4), quando a doença é detectada, geralmente associado a um exame de laboratório (elo 1). A seguir, o paciente é encaminhado ao especialista (elo 2) que solicita outros exames ao elo 1. O Hospital entra no processo geralmente quando a doença sai do controle e o paciente necessita de atendimento para restabelecer sua condição de saúde. Como a diabetes é uma doença crônica na qual o paciente necessita ter um elevado controle, há inúmeros produtos e serviços oferecidos, tanto pela cadeia principal como secundária.

Embora haja esse fluxo esperado, há diferentes formas que combinam outras seqüências entre os elos, como por exemplo, o paciente pode procurar uma emergência num hospital e ser diagnosticada a diabetes, ou dirigir-se ao

endocrinologista por haver alguma informação que já o leve a desconfiar ter adquirido a doença, como história familiar.

Pessoas com diabetes têm três vezes mais probabilidade de serem hospitalizadas se comparadas com indivíduos não-diabéticos (Björk, 2001), em razão de diversas complicações como vasculares e cardíacas. A incidência e a prevalência da doença fazem supor que haverá um incremento considerável nas despesas dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, o tratamento para a diabetes é efetivo e economiza recursos.

Entrevistas com representantes dos atores da cadeia indicaram que um paciente diabético necessita dos seguintes serviços de saúde:

- Atendimento médico ambulatorial, principalmente em endocrinologia, cardiologia, oftalmologia e nefrologia;
- Educação em diabetes com orientações sobre auto-cuidado e orientação nutricional;
- Avaliação e acompanhamento por nutricionista;
- Avaliação e acompanhamento de podologia;
- Prevenção de complicações crônicas da diabetes;
- Diagnóstico laboratorial para exames de análises clínicas, principalmente dosagem de glicose, e para o mapeamento do paciente para a verificação do tipo de diabetes;
- Atendimento de intercorrências clínicas, em Urgências e Emergências;
- Hospitalizações;
- Procedimentos cirúrgicos;
- Atendimento domiciliar;
- Tratamento medicamentoso;
- Terapia nutricional;
- Acompanhamento psicológico;

- Alimentos específicos, geralmente disponíveis em seções especializadas de supermercados ou lojas do varejo.

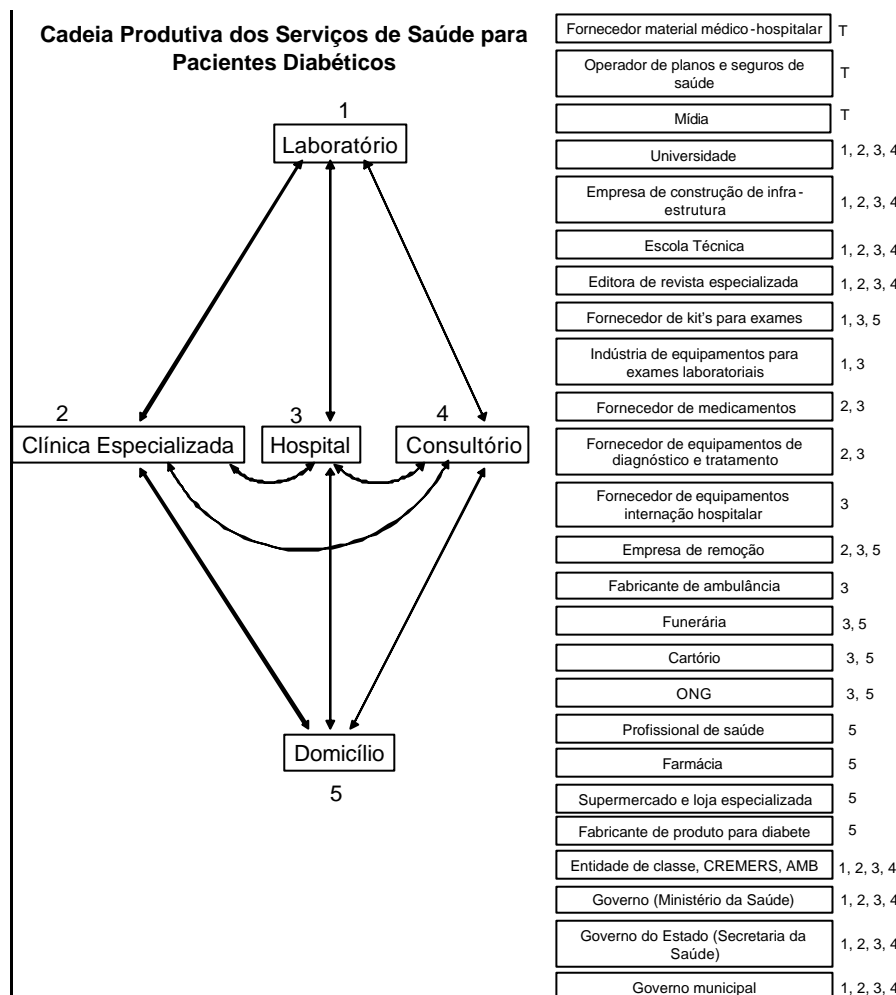


Figura 23: Desenho da cadeia assistencial para pacientes diabéticos.

As entrevistas ainda identificaram alguns problemas na prestação de serviços de saúde para os diabéticos, relacionados com as restrições do sistema de saúde, as limitações do próprio paciente, os prestadores de serviços, os produtos ofertados aos pacientes e o acelerado avanço tecnológico.

a) Restrições do sistema de saúde

- A fase inicial da doença demanda mais tempo de consulta e um atendimento muito especializado, mas a remuneração não é compatível com essa circunstância. O Operador limita o número de consultas, geralmente para uma consulta por mês. Entretanto, na fase de

diagnóstico, isso pode implicar em limitações nos serviços que a clínica especializada necessitaria prestar. O Operador não dispõe de um serviço de educação em diabetes, o que acaba sendo realizado pelo próprio médico. Seria necessário um serviço multidisciplinar, como o observado nos centros públicos de referência, onde o paciente receba a atenção integral de médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais.

- Os operadores não cobrem os gastos durante o tratamento domiciliar do paciente, tanto com auto-testes ou medicamentos.
- Há poucas emergências e opções de hospitalização, ao mesmo tempo em que os médicos não estão credenciados em todos locais. Para uma doença que pode demandar tais serviços muitas vezes, esta situação não permite a continuidade do tratamento pelo mesmo profissional, uma vez que não há uma rede credenciada de emergências onde o médico possa atuar independente de ser do corpo clínico do hospital.
- As tabelas de remuneração do Operador não acompanham as oscilações de preços dos insumos, além de limitar a incorporação de novas opções diagnósticas. Nesse aspecto, há uma peculiaridade própria do país, pois há uma vinculação não-formal entre as tabelas dos Operadores e do Sistema Único de Saúde. Um reajuste do Ministério da Saúde forçará os Operadores a também concedê-lo.
- O Operador trabalha com cerca de 5.000 cooperados, o que dificulta a gestão do sistema em virtude das diferentes condutas clínicas.

b) Limitações do paciente

- O paciente precisa manter bons hábitos alimentares e estilo de vida, além de fazer permanentemente o tratamento com medicamentos e alimentos especiais. Essas necessidades acabam sendo limitadas tanto pela capacidade financeira como pela capacidade de compreensão da doença. Os gastos com medicamentos, kit's de auto-teste, alimentos

específicos e outros produtos ou serviços, assim como a desinformação são restrições a um bom auto-cuidado.

c) Problemas com prestadores de serviços

- A lista de medicamentos padronizados do Hospital não contempla todos os tipos de insulina. Em determinados casos, o médico prescreve um tipo não padronizado e o paciente precisa comprar por conta própria. Ainda no Hospital, a elevada demanda assistencial ou a falta de treinamento especializado não permite que se faça a adequada orientação ao paciente diabético, em razão do detalhe e do volume de informações.
- Em alguns casos, os médicos não orientam adequadamente os cuidados para que o paciente consiga conviver com a doença. A diabetes é uma doença crônica e, ao longo do tempo, o paciente vai adquirindo uma experiência muito peculiar a cada indivíduo. No caso da paciente entrevistada, esse processo cognitivo, em certos momentos, não foi acompanhado pelo Especialista, fato que se observa na afirmação “os endocrinologistas exigem exageradamente de seus pacientes”.
- Também foi relatada a deficiência de treinamento da equipe de enfermagem para cuidados de saúde específicos da diabetes, como aplicação de insulina e interpretação de glicemia.
- O Operador, por sua vez, queixou-se da falta de homogeneidade nas condutas clínicas de cada profissional, por exemplo, solicitando exames não recomendados pela literatura, o que dificulta a previsão de desembolso global. Também há problemas com a cobrança de procedimentos não realizados pelos hospitais. Ao contrário, a relação com os laboratórios está muito bem equacionada.

d) Problemas com medicamentos e kit's de diagnóstico

- Hoje em dia, o mercado mundial de insumos para exames de análises clínicas está restrito a cinco grandes produtores. O fabricante nacional foi substituído por um distribuidor, que precisa custear as despesas com

registro e manutenção do produto. Em determinadas situações, o volume não compensa os custos e há descontinuidade no fornecimento. Os laboratórios precisam adquirir padrões de cada insumo para aferição dos resultados. Como esses padrões deixam de ser utilizados com a suspensão da venda do kit, há uma elevação nos custos do exame.

- A paciente entrevistada relatou um problema com um medicamento que o fabricante orienta ser aplicado antes de dormir, a insulina da noite. Conforme relato, a paciente e outras pessoas tiveram hipoglicemia no período noturno. É claro que esse fato, neste contexto, toma uma característica anedótica, mas vale o registro sobre a importância de uma boa orientação na administração de medicamentos.

e) Acelerado avanço tecnológico

- Nos últimos anos, o avanço tecnológico criou novas necessidades assistenciais, com a descoberta de outras possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Esse progresso traz um custo que não consegue ser acompanhado pelo sistema local, fundamentalmente por Operadores e pacientes.

Muitos dos problemas levantados já apontam para a forma como se dá o relacionamento interorganizacional. O Operador e os produtores de insumos de laboratório são duas forças que se sobressaem. O Operador estabelece várias regras do sistema e sua relação com Hospital e médicos parece ser conflituosa. Certos problemas remetem para uma gestão da governança em nível nacional, outros para um nível global, no entanto, a maioria se situa no nível local.

Os fatores e as variáveis complementam o desenho da cadeia de saúde (quadro 12). Eles mostram um mercado pulverizado de consultórios médicos e laboratórios e, por outro lado, uma concentração de poder por parte do Hospital e Operador. As análises a seguir mostrarão que esses dois atores terão os maiores pontos de conflito da cadeia.

As interações entre médicos e laboratórios é outro destaque a ser feito. Esse processo indica a importância da inserção num sistema e da necessidade de governança, pois há interdependência e complementaridade de recursos. O Laboratório da amostra, por exemplo, é referência na realização de exames para diabetes.

A questão de acesso pode ser vista pela perspectiva do sistema. Nesse ponto de vista, conforme as entrevistas, o acesso é determinado pelo tipo de plano de saúde que oferece determinados serviços. Os pacientes com diabetes podem ter acesso a consultas, internações hospitalares e internações domiciliares. Mesmo assim, não há oferta de serviços para educação em diabetes, avaliação nutricional, podologia, programas de prevenção, tratamento medicamentoso e dietético e acompanhamento psicológico, além de restrições de Emergências e Hospitais.

A efetividade talvez seja um dos elementos mais complexos de operacionalizar. A opção era utilizar a disponibilidade de serviços recomendados pela literatura e a avaliação de usuários como variáveis desse conceito, no entanto, não se dispõe de dados dessa segunda variável e, ao mesmo tempo, sua operacionalização é muito dispendiosa. De qualquer forma, isso passa a ser uma das limitações da sistemática proposta.

Quadro 12: Características da Cadeia Assistencial para Pacientes Diabéticos.

tores e variáveis operacionais	Cadeia Principal	Cadeia Principal	Cadeia Principal	Cadeia Principal	Cadeia Secundária
os da cadeia	Consultório	Especialista	Laboratório	Hospital	Operador de Plano de Saúde
racterísticas dos atores da deia	Organizações de pequeno porte, individuais ou grupo de pessoas	Organizações de pequeno porte, individuais ou grupo de pessoas, especializada em endocrinologia	Organizações de médio porte	Organizações de médio a grande porte	Organizações de grande porte
ixograma operacional	Relaciona-se com maior intensidade com os elos Laboratório e Especialista em endocrinologia.	Relaciona-se com maior intensidade com os elos Consultório de cardiologista, Hospital e Laboratório.	Relaciona-se com maior intensidade com os elos Operador e Fornecedor de kit's e equipamentos para exames.	Relaciona-se com maior intensidade com os elos Consultório, Laboratório – Weinmann e Operador.	Relaciona-se com todos os elos da cadeia principal, pois é o gestor do plano de saúde.
ignitude dos principais atores	Por opção própria o consultório tem cerca de 50% da produção da média dos consultórios. Trata-se de um mercado altamente pulverizado, onde as diferenças entre os consultórios se dão por renome profissional.	Por opção própria o consultório tem cerca de 50% da produção da média dos consultórios especialistas. Trata-se de um mercado pulverizado, onde as diferenças entre os consultórios se dão por meio de renome.	O mercado de laboratórios possui muitas alternativas.	É um dos hospitais líder de mercado em Porto Alegre, num mercado com poucas alternativas.	É um dos operadores líder de mercado.
portância do recurso	7 pacientes por turno (154 por mês), 2 funcionários e despesa anual de R\$18.000,00	120 consultas por mês, 1 funcionário e despesa anual de R\$12.000,00	10.000 exames por dia, 40 funcionários e orçamento anual de R\$3.600.000,00	N/D	Receita Bruta anual R\$500.000.000,00
au de discernimento sobre a cação e uso do recurso	Não há patentes registradas. O consultório não estabelece regras de acesso ao sistema nem exerce influência sobre ele.	Não há patentes registradas. Um novo consultório é aberto a partir da obtenção de um título de especialista. O especialista não estabelece regras de acesso ao sistema, nem mesmo o influencia.	Não há patentes registradas. Não estabelece regras de acesso nem influencia o sistema. Conhece profundamente os planos de saúde do Operador e recebe informações adicionais sobre tais planos. Conhece o processo de fabricação de kits de laboratório e o fornecedor conhece a programação de produção do Laboratório.	Não há patentes. O Hospital tem autonomia para abrir novos serviços, estabelecer regras de acesso, mas não influencia o sistema.	-X-
entes referidos para outras anizações	Laboratório 80%; Especialista 20%	Consultório 20%; Hospital 5%; Laboratório 100%	Outros Laboratórios 200 exames dia (2%)	N/D	-X-
entes referidos de outras anizações	Consultório 20%	Consultório 50%	Outros Laboratórios 1.200 exames dia (12%)	N/D	-X-

Obs.: N/D = dado não disponível.

4.1.2) Identificação dos tipos de Governança

A análise dos tipos de governança é realizada em cada elo e seus relacionamentos, por pares de atores da amostra desta pesquisa. Essa etapa tem por objetivo identificar qual dos quatro modos de governança predomina na relação entre os atores, além de procurar caracterizar como ocorre o processo de governança por meio dos fatores do roteiro de análise.

4.1.2.1) Relações Interorganizacionais do Operador

O Operador declarou relacionar-se com a Clínica Especializada, o Hospital e o Laboratório (figura 24). Dado o papel do Operador, na realidade o relacionamento se dá com toda a cadeia e, em especial com os consultórios, ele se dá com os cerca de 5.000 cooperados. Para fins dessa pesquisa as respostas do Operador foram para a Clínica, não específicas ao médico da amostra, em virtude da circunstância não permitir de outra forma. Esta é uma das limitações desse estudo, no entanto, serão consideradas, pois o relacionamento do Operador com o cooperado é similar, dentro das próprias regras da organização.

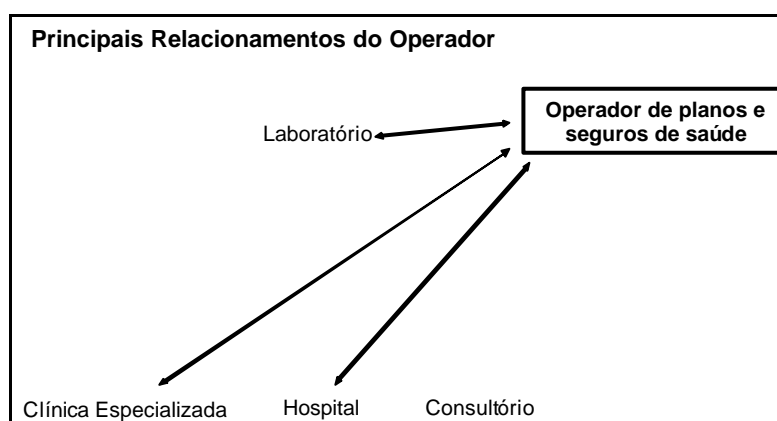


Figura 24: Principais relacionamentos do Operador na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

Ao longo da análise ficará clara a existência de laços mais fortes com o Laboratório. O primeiro achado nesse sentido foi o escore obtido sobre alguns dos fatores de relacionamento. No instrumento, as perguntas baseadas em escala discreta

e respostas pré-determinadas permitem que se crie um escore a respeito do relacionamento entre os dois atores. O respondente assinala, numa escala de 5 pontos, o grau de concordância a respeito de 31 afirmações sobre as organizações com maior intensidade de relacionamento. Assim, o quadro 13 apresenta um resumo dos relacionamentos interorganizacionais do Operador, considerando os conceitos de Dependência (25 pontos), Liberalidade (20 pontos), Ativos (25 pontos), Troca de Informações (15 pontos), Confiança (35 pontos) e Comprometimento (35 pontos), numa escala global de 155 pontos. Esses fatores são agrupados nas suas respectivas vinculações teóricas, teoria da Economia do Custo das Transações e teoria do Imbricamento Social nas Relações Econômicas, de forma a se obter o escore para cada visão teórica.

Quadro 13: Escore sobre os fatores de relacionamento do Operador na Cadeia de Saúde.

Fatores	Escore Clínica	Escore Laboratório	Escore Hospital
Dependência	92%	88%	80%
Liberalidade	55%	55%	75%
Ativos	84%	76%	80%
Teoria ECT	79%	74%	79%
Troca de Informações	73%	87%	53%
Confiança	60%	80%	46%
Comprometimento	100%	100%	69%
Teoria do Imbricamento	79%	89%	56%
Escore Geral	79%	83%	66%

A seguir é apresentada a análise par a par do ponto de vista das duas perspectivas dominantes, a teoria da ECT e a teoria do Imbricamento Social nas Relações Econômicas.

a) Operador X Clínica Especializada

O inter-relacionamento com a Clínica forma um quadro de trocas muito próximo à governança de mercado. Apesar de ter obtido o segundo escore geral dos três atores, na percepção do Operador, com 79%, as características do relacionamento não confirmam uma proximidade entre os dois atores.

a.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

O Operador possui elevada concentração de poder no sistema de saúde, observado em situações como a definição de regras de acesso, de tipos de serviços ofertados e de valores de remuneração dos serviços.

Na opinião do Operador há muitas Clínicas Especializadas alternativas para os serviços que são comprados e tais Clínicas têm o mesmo valor para o Operador. Embora haja uma valorização do papel do cooperado, o Operador tem alta disponibilidade desse recurso, donde se pode caracterizá-lo com alta liberalidade.

A interconectividade é baixa tendo em vista que a Clínica interage, em média, uma a duas vezes por mês com o Operador.

A magnitude, a importância do Operador e o elevado grau de discernimento sobre alocação e uso de recursos o levam a ter baixa dependência da Clínica. Na opinião do Operador ocorre o contrário, e a dependência alcança um índice de 92% (quadro 13). Conforme Wilson e Vlosky (1997), nem todos os dados do caso são claros o suficiente para confirmar um padrão. Esse fator voltará a ser tratado pela visão da Clínica em relação ao Operador, onde se poderá ter mais dados sobre a dependência entre os dois atores.

Ainda conforme o modelo de Peffer e Salancik (1978), a alta concentração e liberalidade levam ao baixo nível de conflito. Desta forma, os cinco fatores do modelo levam à conclusão de que o nível de incerteza do Operador em relação à Clínica Especializada é baixo.

Outro fator definidor da ECT é o grau de ativos presentes na transação. Na visão do Operador, há um elevado e relevante investimento na transação, principalmente em tecnologia da informação e em treinamento. No entanto, para esse investimento se caracterizar como ativo humano, a troca precisaria ter requerido informação específica e adaptações, mas ela ocorre sem tais requisitos.

O contrato regulador da transação é padronizado e igual para todas as Clínicas e não requer esforço para efetivá-lo.

Desta forma, a incerteza não é representativa, enquanto que a frequência e os ativos presentes na transação, do ponto de vista do Operador, são representativos. As

características verificadas nas trocas tendem a não levar a conclusão de que há governança contratual.

a.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

Na visão do Operador, a relação com a Clínica caracteriza-se pela razoável troca de informações, pela relativa confiança, mas um total comprometimento. O Operador não participa da gestão da Clínica, nem há um órgão conjunto para o gerenciamento do sistema. Os sistemas de informações presentes nas trocas são para regular o acesso e controlar procedimentos financeiros, não apoiando os processos clínicos do sistema de saúde.

Não houve relato de ações de colaboração mútua e não há compartilhamento de objetivos de curto ou longo prazo. Na troca não há investimento em ativo humano, mas a duração do relacionamento tende a ser elevado. Como foi visto no item anterior, a incerteza não é representativa.

Com todos esses elementos pode-se dizer que não há uma tendência para a existência do modo de governança relacional.

b) Operador X Laboratório

Dos três atores apontados no inter-relacionamento do Operador, o Laboratório é aquele cuja característica enquadra-se numa governança contratual. Veremos isso em mais detalhe pelas duas visões teóricas.

b.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

Na relação do Operador com Laboratório também há uma concentração de poder para o lado do primeiro, em virtude de seu papel junto ao Sistema de Saúde.

No quadro 13 acima, a liberalidade alcançou 55%, abaixo dos demais. Nesse fator, isto significa que o Operador possui certa disponibilidade de laboratórios, ou alta liberalidade. A interconecção com o Laboratório é elevada, sendo em média diária. Não há relatos de conflitos entre os dois atores. A criação do Centro Clínico em conjunto com o Laboratório foi uma alternativa para a oferta de exames mais especializados,

reduzindo os problemas de relacionamento organizacional com este elo. Assim como com a Clínica, a magnitude e a importância do Operador e o elevado grau de discernimento sobre alocação e uso de recursos o levam a ter baixa dependência do Laboratório. No entanto, na visão do Operador ocorre o contrário. Com esses dados a percepção da incerteza não está clara, mas por outro lado a aproximação entre os dois atores pode ter se dado para reduzir conflitos na cadeia com o elo Laboratório, de certa forma, para reduzir a incerteza.

O Operador compôs um investimento num Centro de Diagnóstico em conjunto com o Laboratório, ainda que, as respostas do Operador nesse item coloquem o Laboratório com o índice menor dos três atores.

O Operador tem um sistema de informações conjunto com o Laboratório para rotinas de aprovação de exames e faturamento. O contrato é altamente customizado, prevendo possíveis episódios nas transações. O investimento humano não parece ser muito significativo, uma vez que não houve necessidade de uma preparação especial, nem adaptações específicas para haver as trocas, somente treinamento oferecido pelo Operador.

b.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

O score obtido no relacionamento do Operador com o Laboratório é o mais elevado dos três atores nos fatores da teoria do Imbricamento, com 89% (quadro 13), formado por bom nível de troca de informações, de confiança e comprometimento. O Operador não participa da gestão do Laboratório, nem há um órgão conjunto para o gerenciamento do sistema. As trocas de informações limitam-se aos dados contábeis e não versam sobre dados clínicos.

As ações de colaboração se deram no início da relação. Os atores não compartilham objetivos ou planos, mas o Operador espera o cumprimento de acordos. O investimento humano não é significativo e o tempo de relacionamento é relativamente curto, dois anos.

Esses dados não indicam tendências para a presença da governança relacional.

c) Operador X Hospital

O escore geral de relacionamento com o Hospital (quadro 13) foi o mais baixo dos três atores, muito em função do baixo índice de fatores do imbricamento social. O modo de governança predominante parece ser de mercado.

c.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

Operador e Hospital possuem magnitudes semelhantes, mas o elevado grau de discernimento sobre alocação e uso de recursos do Operador não definem, com esses elementos, o nível de dependência do Hospital. Outros dados, no entanto, dizem que, na visão do Operador, a dependência do Hospital é a menor de todos os atores, com 80% (quadro 13), embora ainda seja alta.

O índice de 75% para liberalidade é o maior dos três atores, o que significa que o recurso hospitalar é o menos disponível para o Operador. Como já foi visto, há certo equilíbrio de forças entre os dois atores e não é evidente a concentração de poder do Operador, assim como é para os demais atores. A interconexão entre os dois atores é elevada, sendo em média diária. Nessas condições, os níveis de interdependência e de conflitos levam a se ter incerteza em relação ao Hospital.

Na opinião do Operador, o Hospital é o segundo em investimento de ativos para apoiar as trocas, com 80% (quadro 13). O investimento relatado pelo Operador, no entanto, são investimentos em Tecnologia da Informação aplicáveis a todo sistema, não sendo um investimento específico.

O contrato firmado com o Hospital é padrão e semelhante ao assinado com as demais unidades de saúde. As variáveis operacionais de ativos humanos específicos indicam que não parece ser muito significativo, uma vez que não houve necessidade de uma preparação especial para transacionar com o Hospital, nem adaptações específicas para haver as trocas, somente treinamento.

Os dados coletados não permitem definir a presença de governança contratual.

c.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

O escore de relacionamento pelo Imbricamento com o Hospital é o menor dos três atores, 56% (quadro 13), com baixos índices de troca de informações, confiança e comprometimento. O Operador troca apenas informações contábeis e de faturamento

com o Hospital e afirma haver uma “névoa entre as duas instituições”. O Operador não participa de um conselho consultivo do Hospital, nem há gestão conjunta do sistema.

A governança relacional não é demonstrada, na medida em que o relacionamento colaborativo não é comprovado, nem o compartilhamento de objetivos e planos e o cumprimento de promessas restringem-se às questões básicas do relacionamento.

Como já foi visto, não há ativo humano específico presente nas trocas. O Operador vem trabalhando há muitos anos com o Hospital, mesmo assim, há muitas incertezas na transação, como visto no item anterior.

Esses dados não permitem afirmar a existência da governança relacional entre os dois atores.

O quadro 14, a seguir, traz um resumo dos elementos da análise, indicando a tendência das características das transações do Operador com os atores.

4.1.2.2) Relações Interorganizacionais da Clínica Especializada

A Clínica Especializada relaciona-se, em maior intensidade, com Consultório, Hospital, Laboratório e Operador (figura 25).

Quadro 14: Resumo da análise dos relacionamentos do Operador.

Elementos de análise	Clínica	Laboratório	Hospital
Magnitude dos principais atores	\$ \	\$ \	\$ →
Importância do recurso	\$ \	\$ \	\$ →
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso (fator invertido)	\$ \	\$ \	\$ \
Dependência	\$ →	\$ →	\$ ↗
Liberalidade (fator invertido)	\$ \	\$ \	\$ ↗
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento	\$ ↗	\$ ↗	\$ →
Troca de informações	Ⓢ ↗	Ⓢ ↗	Ⓢ ↗
Confiança	Ⓢ ↗	Ⓢ ↗	Ⓢ \
Comprometimento	Ⓢ ↗	Ⓢ ↗	Ⓢ →
Troca de informações sobre clientes comuns	Ⓢ ?	Ⓢ ?	Ⓢ ?
Acordos formais para referência de clientes	\$?	\$?	\$?
Programas unificados	Ⓢ \	Ⓢ \	Ⓢ \
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde	\$ ↗	\$ ↗	\$ ↗
Presença de sistemas de informação	\$ ↗ Ⓢ ↗	\$ ↗ Ⓢ ↗	\$ ↗ Ⓢ ↗
Participação conjunta em comitês	Ⓢ \	Ⓢ \	Ⓢ \
Participação do gestor no Conselho Consultivo	Ⓢ \	Ⓢ \	Ⓢ \
Governança relacional	Ⓢ \	Ⓢ →	Ⓢ \
Complexidade contratual	\$ \	\$ ↗	\$ \
Ativo humano específico	\$ \ Ⓢ \	\$ \ Ⓢ \	\$ \ Ⓢ \
Longevidade do relacionamento	Ⓢ ↗	Ⓢ \	Ⓢ ↗
Incerteza da transação	\$ \ Ⓢ \	\$ → \$ →	\$ ↗ Ⓢ ↗
Tendência Geral	\$ \ Ⓢ \	\$ ↗ Ⓢ \	\$ \ Ⓢ \

Legenda:

\$ = governança contratual

Ⓢ = governança relacional

↗ = tendência de presença nas transações

→ = sem tendência definida

\ = tendência de ausência nas transações

? = fator não aplicável ou não obtido.

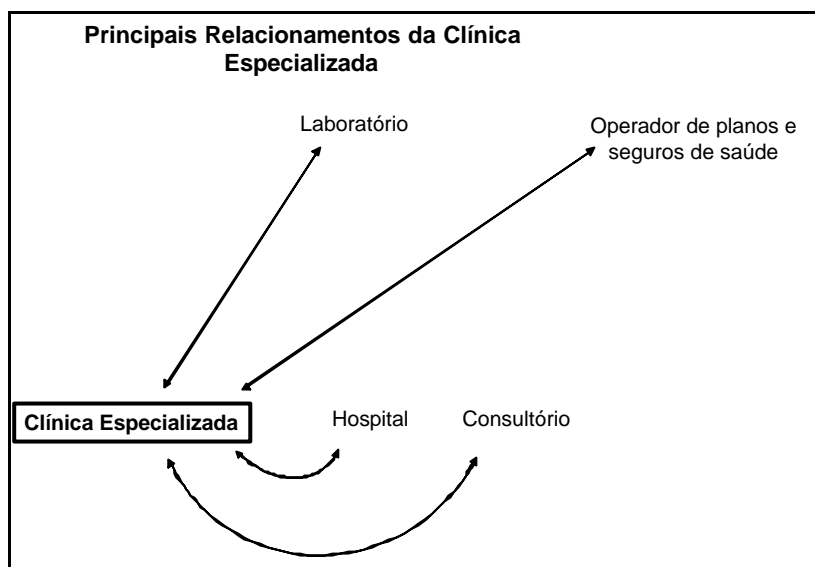


Figura 25: Principais relacionamentos da Clínica Especializada na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

O Operador é o ator da cadeia que a Clínica mantém o índice mais alto de relacionamento, seguido de perto do Consultório e do Hospital, ao passo que o Laboratório é o de menor escore geral (quadro 15).

Quadro 15: Escore sobre os fatores de relacionamento da Clínica Especializada na Cadeia de Saúde.

Fatores	Escore Consultório	Escore Hospital	Escore Laboratório	Escore Operador
Dependência	60%	72%	52%	60%
Liberalidade	50%	70%	50%	80%
Ativos	56%	60%	40%	84%
Teoria ECT	56%	67%	47%	74%
Troca de Informações	40%	33%	33%	53%
Confiança	86%	63%	46%	49%
Comprometimento	83%	86%	57%	89%
Teoria Imbricamento	76%	67%	48%	66%
Escore Geral	67%	67%	48%	70%

Conforme já apresentado no quadro 12, a Clínica é uma organização com baixa magnitude e importância frente aos atores Hospital, Laboratório e Operador. A Clínica não estabelece regras de acesso ou influencia o funcionamento do sistema. Esses três fatores conduzem a dependência da Clínica a o ambiente.

A abertura de novas clínicas é feita na medida da formação de novos médicos endocrinologistas e pela obtenção de um título de especialista.

a) Clínica X Consultório

A análise do relacionamento desses dois atores não é fortemente conclusiva, mas aponta uma tendência para a governança de mercado, com características de governança relacional.

a.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

A Clínica recebe pacientes referidos de outros consultórios na ordem de 50%, não há concentração de poderes entre os dois atores, há boa interação com cerca de 2 pacientes por semana, mas há alta liberalidade, com 50% (quadro 15). O conjunto desses dados confirma a existência de interdependência e de baixo conflito, mas não é conclusivo sobre a presença de incerteza.

Não foi realizado nenhum investimento para as operações com o Consultório, não há contratos formais para referência de pacientes, nem sistemas de informações. Também não há ativo humano envolvido na transação, pois não é necessário adquirir informações específica para realizar o atendimento, não há necessidade de adaptações, nem foi investido em treinamento para a execução das operações diárias.

Os dados obtidos não demonstram a tendência da existência do modo de governança contratual.

a.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

O quadro 15 assinala um baixo relacionamento na troca de informações, mas bons níveis de confiança e comprometimento, resultando num índice de 76% para o Imbricamento, mais elevado do que pela visão anterior. A troca de informações é de dados clínicos dos pacientes em comum, mas não há programas ou serviços unificados, sistema de informação, nem mesmo uma gestão conjunta.

Por vezes, a Clínica faz atendimentos de pacientes em colaboração com o Consultório, atendendo às expectativas assistenciais. Os dois atores não compartilham objetivos ou planos. Os resultados dessas variáveis não confirmam o fator governança relacional.

Como já foi visto no item anterior, não há investimento em ativo humano específico e um longo relacionamento com o Consultório, cerca de 10 anos.

Observa-se que os fatores de base para a existência do imbricamento estão presentes, como a confiança, o comprometimento e a longevidade do relacionamento. No entanto, a governança relacional não se confirma naqueles fatores que testam o uso de ferramentas dessa governança, como a troca de informações, programas unificados, sistemas de informações, governança relacional e ativos humanos específicos.

b) Clínica X Hospital

O Hospital é fundamental para o tratamento nas fases agudas dos pacientes da Clínica Especializada. O relacionamento desses dois atores tende para a governança contratual, embora essa definição não esteja muito clara nos dados da pesquisa.

b.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

A Clínica é um ator dependente do Hospital, conforme visto na introdução dessa seção, com um índice de 72% (quadro 15). O índice de 70% para liberalidade aponta para certa escassez desse recurso para a Clínica. O índice de 60% para ativos combinado com o dado da inexistência de investimentos físicos para a transação, leva a existência de algum ativo intangível. O médico encaminha o paciente de acordo com as regras do corpo clínico, mas não há contratos, nem sistema de informação.

A Clínica necessita adquirir informações sobre as rotinas de enfermagem e assistenciais para desempenhar o atendimento de saúde. Não há necessidade de adaptar-se em função do Hospital, nem de treinamento para a execução das operações diárias. Esses fatores determinam um baixo ativo humano específico.

Não há grande interconectividade, mas há baixa liberalidade e alta concentração a favor do Hospital, indicando algum grau de incerteza.

b.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

No quadro 15 indica 33% para o índice de troca de informações, 63% para confiança e 86% para comprometimento. Há troca de informação com o Hospital sobre dados médicos. O Consultório costuma internar seus pacientes no Hospital da amostra e dispõe de informações técnicas necessárias para transacionar.

Não há programas unificados, sistema de informações, nem a participação conjunta em comitês. O fator governança relacional não é confirmado pelos dados colhidos: não existência de colaboração conjunta, objetivos ou planos comuns, mas apenas haver o cumprimento de obrigações, como a disponibilização de leitos.

Como já foi visto, há baixo investimento humano e algum grau de incerteza. A Clínica relaciona-se há 12 anos com o Hospital.

O resultado obtido pelo conjunto dos fatores não indica a presença da governança relacional nessa transação. Aqui também se observa que os fatores de imbricamento presentes são aqueles considerados básicos ao relacionamento, como confiança, comprometimento, troca de informações e longevidade, enquanto que os fatores que medem os mecanismos da governança não são verificados.

c) Clínica X Laboratório

O Laboratório é o ator com menor índice geral de relacionamento, 48% (quadro 15), tanto por baixos índices em ECT como Imbricamento. A Clínica solicita os exames a serem realizados e o paciente opta pelo Laboratório, por livre escolha. Essa relação não permite averiguar alguns dados como o grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso e o referenciamento de pacientes.

Os dados coletados indicam que o modo de governança presente nas transações é de mercado.

c.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

Em razão do grande número de laboratórios alternativos e da pequena projeção no mercado, o Laboratório não representa grande magnitude à Clínica, é um recurso de alguma importância, mas menor que o Hospital e o Operador. No quadro 15, a dependência apresenta-se com 52%, coerente com esses dados do ambiente interorganizacional. A liberalidade está em 50%, confirmando a afirmação da Clínica de haver boa disponibilidade do recurso no sistema. Esses dados indicam haver pouca incerteza nas transações.

O índice de ativos no relacionamento é de 40%, uma vez que não há investimentos para a execução das operações.

Não há contratos regulando o atendimento, nem sistema de informação. Também não há ativo humano específico, pois apenas há necessidade de informações sobre parâmetros de qualidade para poder desempenhar o atendimento, mas não há necessidade de adaptações no trabalho da Clínica para transacionar com o Laboratório, nem de treinamento.

O resultado obtido com os fatores de análise indica que a governança contratual não está presente nas transações entre os dois atores.

c.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

A Clínica troca pouca informação com o Laboratório com um índice de 33%. A confiança e o comprometimento também atingem baixos níveis com 46% e 57%, respectivamente. As informações trocadas com o Laboratório são sobre dosagens laboratoriais. Não há programas conjuntos, sistema de informações, nem a participação conjunta em comitês.

Eventualmente ocorre alguma ação de colaboração, como a palestra sobre diabete para bioquímicos. Os atores não compartilham objetivos ou planos, mas há o cumprimento das obrigações organizacionais, mas não fruto de combinações. Assim, não se confirma a presença da governança relacional.

Não há ativo humano específico nem incerteza presente nas trocas. O tempo de relacionamento com o Laboratório da amostra é de 6 meses.

Esses dados indicam que a governança relacional não está presente.

d) Clínica X Operador

Esse relacionamento já foi relatado do ponto de vista do Operador. Esta análise, pelo lado da Clínica, tem aspectos coincidentes e outros não, que complementam e oferecerem mais elementos para a análise do relacionamento. Na análise anterior a governança de mercado pareceu predominar nas transações; agora há uma tendência para a governança contratual.

d.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

A magnitude, a importância e o grau de discernimento sobre os recursos do sistema são todos favoráveis ao Operador, o que implica numa elevada dependência da Clínica. Na opinião da Clínica, o índice de relacionamento para dependência em 60% (quadro 15) indica uma dependência moderada. O índice de 80% para liberalidade indica haver certa escassez de Operadores. O índice de 84% em ativos específicos presentes nas transações indica que há um bom investimento no relacionamento entre esses atores.

A Clínica possui contrato padronizado com o Operador permitindo o acesso de pacientes aos serviços de endocrinologia e um sistema de informações para a autorização de consultas.

A Clínica não necessita adquirir informações específicas do Operador para prestar o atendimento, mas precisa adaptar o atendimento em função das regras impostas pelo Operador e realizou treinamento para a execução das rotinas. Esses dados indicam haver ativo humano nas transações.

Do ponto de vista da Clínica, não há concentração de poderes em seu lado e há baixa liberalidade, indicando potencial conflito entre os dois atores, cuja existência não foi relatada. Esses dados combinados com uma dependência moderada resultam numa fraca incerteza.

Os dados coletados indicam haver uma tendência para a presença da governança contratual.

d.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

Os índices de troca de informações e confiança do quadro 15, respectivamente, 53% e 49%, indicam baixos níveis de relacionamento, com exceção do índice de comprometimento que alcança 89%. As informações trocadas se referem a cadastro de pacientes e faturamento.

A Clínica não desenvolve programas unificados, não participa de comitês conjuntos de saúde, nem o Operador participa da gestão da Clínica, mas contam com um sistema de informações em comum para as rotinas das consultas.

Não há relatos de colaboração entre os atores, de compartilhamento de objetivos ou planos, mas o Operador cumpre o cronograma de pagamento dos serviços prestados. Esses dados não confirmam o fator governança relacional.

Como foi visto, o ativo humano está presente nas trocas, a incerteza é baixa e o relacionamento tem muitos anos.

A análise indica poucas características da governança relacional.

Abaixo o quadro 16 traz um resumo da análise de cada relacionamento da Clínica.

4.1.2.3) Relações Interorganizacionais do Laboratório

O Laboratório indicou ter relações mais intensas com o Operador e o Fornecedor de kit's para diagnóstico. Como essa última organização não participa da amostra, a análise das transações da cadeia será feita apenas com o Operador (figura 26).

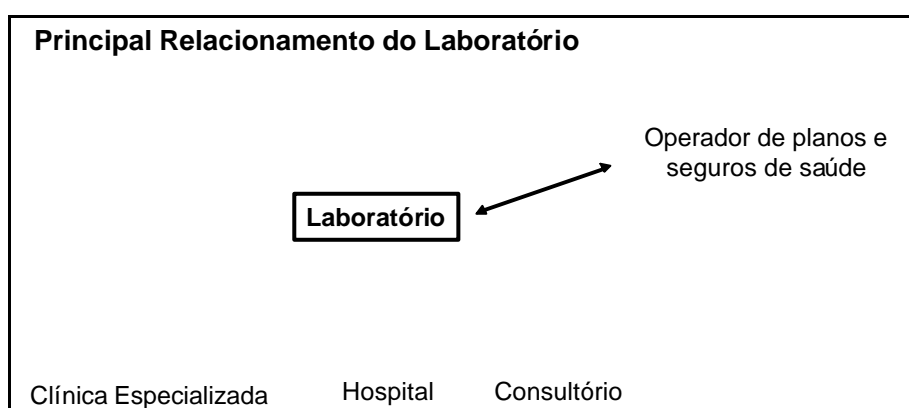


Figura 26: Principal relacionamento do Laboratório na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

Quadro 16: Resumo da análise dos relacionamentos da Clínica.

Elementos de análise	Consultório	Hospital	Laboratório	Operador
Magnitude dos principais atores	\$↘	\$↗	\$↘	\$↗
Importância do recurso	\$↘	\$↗	\$↗	\$↗
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso (fator invertido)	\$→	\$↗	\$?	\$↗
Dependência	\$↗	\$↗	\$↘	\$↗
Liberalidade (fator invertido)	\$↘	\$↗	\$↘	\$↗
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento	\$↘	\$↗	\$↘	\$↗
Troca de informações	①↘	①↘	①↘	①↘
Confiança	①↗	①↗	①↘	①↘
Comprometimento	①↗	①↗	①↘	①↗
Troca de informações sobre clientes comuns	①↗	①↗	①↗	①↗
Acordos formais para referência de clientes	\$↘	\$↗	\$?	\$?
Programas unificados	①↘	①↘	①↘	①↘
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde	\$↘	\$↘	\$↘	\$↗
Presença de sistemas de informação	\$↘ ①↘	\$↘ ①↘	\$↘ ①↘	\$↗ ①↗
Participação conjunta em comitês	①↘	①↘	①↘	①↘
Participação do gestor no Conselho Consultivo	①?	①?	①?	①↘
Governança relacional	①↘	①↘	①↘	①↘
Complexidade contratual	\$↘	\$↘	\$↘	\$↘
Ativo humano específico	\$↘ ①↘	\$↘ ①↘	\$↘ ①↘	\$↗ ①↗
Longevidade do relacionamento	①↗	①↘	①↘	①↗
Incerteza da transação	\$→ ①→	\$↗ ①↗	\$↘ ①↘	\$↘ ①↘
Tendência Geral	\$↘ ①↗	\$↗ ①↘	\$↘ ①↘	\$↗ ①↘

Legenda:

\$ = governança contratual

① = governança relacional

↗ = tendência de presença nas transações

→ = sem tendência definida

↘ = tendência de ausência nas transações

? = fator não aplicável ou não obtido.

A análise do ponto de vista do Laboratório indica um índice geral de relacionamento com o Operador em 76%, onde contribuem mais os fatores de Imbricamento (quadro 17).

Esse relacionamento, sob o ponto de vista do Laboratório, indica a presença tanto da governança contratual como relacional, numa combinação conjunta dos dois modos.

Quadro 17: Escore sobre os fatores de relacionamento do Laboratório na Cadeia de Saúde.

Fatores	Escore Operador
Dependência	56%
Liberalidade	60%
Ativos	68%
Teoria ECT	61%
Informações	93%
Confiança	74%
Comprometimento	100%
Teoria Imbricamento	88%
Escore Geral	76%

a.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

O Laboratório não estabelece regras de acesso aos serviços nem influencia na alocação de recursos do sistema, ao contrário do Operador. Esse dado conjugado com a magnitude e importância do Operador indicam a dependência do Laboratório. Na visão do Laboratório, ao contrário, a dependência não é muito elevada, com um índice de 56% (quadro 17). Os dados do Laboratório indicam liberalidade em 60%, com um pequeno grau de escassez do recurso Operador. No mesmo quadro, o índice de 68% em ativos indica haver investimentos para a realização das trocas, mas não muito elevados. O Laboratório investiu em treinamento, compra de insumos para coleta de material biológico, aparato para a coleta em condições de qualidade e em tecnologia da informação para o interfaceamento de dados na fase de pós-análise.

Para regular as trocas entre os dois atores foi elaborado um extenso contrato procurando prever muitas situações. O Laboratório mantém um sistema de informações com o Operador.

Os funcionários do Laboratório precisam conhecer profundamente os tipos de planos oferecidos pelo Operador para que possa realizar os exames permitidos de cada tipo de plano. Esse conhecimento exigiu treinamento de recepcionistas na fase de pré-análise e da equipe de informática para a pós-análise. Esses fatos caracterizam haver investimento humano específico nas transações.

Os dados sobre concentração de poder, moderada liberalidade, alta interconectividade, baixo conflito e média dependência não fortalecem a existência da incerteza.

Esses dados indicam uma tendência para a presença da governança contratual.

a.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

Os fatores do Imbricamento apontam para um índice de relacionamento em 88%, portanto maior que o índice de ECT (quadro 17). Pelas respostas oferecidas, os índices troca de informações, confiança e comprometimento entre os dois estão em, respectivamente, 93%, 74% e 100%. O Operador envia periodicamente atualizações das listas de exames abrangidos em cada plano e dos médicos credenciados.

O Operador não participa de programas unificados com o Laboratório, não participa em comitês em conjunto com o Laboratório e o não participa da gestão do Laboratório.

O acordo entre os dois atores permitiu a criação de uma nova Unidade de Saúde do Operador e a abertura para a realização de novos exames. As organizações possuem objetivos de aumentar o número de clientes, através do aumento do número de postos de coleta, o que reduzirá os custos para o Operador, ampliará o volume de exames do Laboratório e reduzirá o custo unitário por cada exame. O cumprimento de combinações restringe-se a programação de pagamentos. Esses dados confirmam o fator governança relacional.

As trocas são apoiadas por ativos humanos e o relacionamento é de 5 meses.

Muitos desses fatores apontam haver a governança relacional nas trocas entre os dois atores. O quadro 18, a seguir, apresenta um resumo dessa análise.

4.1.2.4) Relações Interorganizacionais do Hospital

O Hospital relaciona-se em maior intensidade com o Consultório e o Operador (figura 27), organizações presentes da cadeia e na amostra, assim como com o

Laboratório e Fornecedor de material médico hospitalar, organizações não presentes na amostra.

Quadro 18: Resumo da análise do relacionamento do Laboratório.

Elementos de análise	Operador
Magnitude dos principais atores	\$↗
Importância do recurso	\$↗
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso (fator invertido)	\$↗
Dependência	\$→
Liberalidade (fator invertido)	\$→
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento	\$↗
Troca de informações	①↗
Confiança	①↗
Comprometimento	①↗
Troca de informações sobre clientes comuns	①↗
Acordos formais para referência de clientes	\$?
Programas unificados	①↘
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde	\$↗
Presença de sistemas de informação	\$↗ ①↗
Participação conjunta em comitês	①↘
Participação do gestor no Conselho Consultivo	①↘
Governança relacional	①↗
Complexidade contratual	\$↗
Ativo humano específico	\$↗ ①↗
Longevidade do relacionamento	①↘
Incerteza da transação	\$→ ①→
Tendência Geral	\$↗ ①↗

Legenda:

\$ = governança contratual

① = governança relacional

↗ = tendência de presença nas transações

→ = sem tendência definida

↘ = tendência de ausência nas transações

? = fator não aplicável ou não obtido.

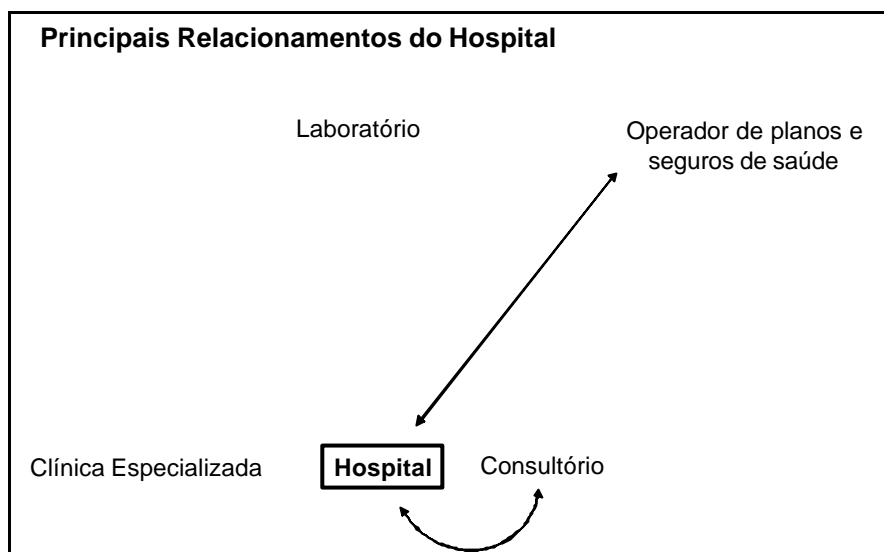


Figura 27: Principais relacionamentos do Hospital na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

O quadro 19 mostra os escores gerais de relacionamento do Hospital com o Consultório e o Operador, onde os índices são ligeiramente superiores para o primeiro.

Quadro 19: Escore sobre os fatores de relacionamento do Hospital na Cadeia de Saúde.

Fatores	Consultório	Operador
Dependência	100%	76%
Liberalidade	60%	60%
Ativos	88%	88%
Teoria ECT	84%	76%
Troca de Informações	93%	93%
Confiança	74%	63%
Comprometimento	100%	97%
Teoria Imbricamento	88%	82%
Escore Geral	86%	79%

O Hospital é um ator da cadeia cujos dados de magnitude, importância e grau de discernimento sobre a alocação de recursos apontam para uma organização pouco dependente do ambiente.

a) Hospital X Consultório

A análise desse relacionamento, do ponto de vista do Hospital, não indica a presença dos modos de governança contratual e relacional, aproximando-se a características de governança de mercado.

a.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

Os marcadores de dependência, magnitude, importância do recurso e discernimento sobre alocação e uso de recurso, indicam pouca dependência do Hospital em relação ao Consultório. As respostas oferecidas pelo Hospital, no entanto, apontam ao contrário, uma elevada dependência com 100% de escore (quadro 19). O índice de 60% de liberalidade mostra alguma disponibilidade de Consultórios para o Hospital o que significa não ser um recurso altamente crítico. Por outro lado, as trocas implicaram na formação de ativos, num índice de 88%.

O Consultório encaminha pacientes para a internação segundo as regras do corpo clínico, no entanto, não há sistema de informações ou contrato.

O Hospital parte do receituário prescrito pelo médico para efetuar a conduta e exames, mas o atendimento é padronizado de forma que o médico prescreve com base nas rotinas. As necessidades de treinamento dos funcionários do Hospital são justamente para incorporarem tais rotinas. Esses dados não indicam haver a presença de ativo humano específico nas trocas.

Os dados não indicam a presença de incerteza nas transações pelo fato de que apenas a variável interdependência ser forte.

Os dados coletados não indicam haver governança contratual nas transações desses dois atores.

a.2) Análise pelos fatores da teoria do Imbricamento

O Hospital e o Consultório trocam informações principalmente durante a internação do paciente, num escore (quadro 19) de 93%. Os dois atores têm moderada confiança (74%), mas contam com alto comprometimento, em 100%.

Os dois atores não possuem programas de ações conjuntas, sistema de informações comum, nem participam em comitês.

Não foi relatada nenhuma ação de colaboração ou construção de objetivos e planos conjuntos, mas o Consultório cumpre com suas obrigações assistenciais com o Hospital, mas nada parte de combinações. Esses dados não confirmam o fator governança relacional.

Como foi visto, não há ativo humano específico e incerteza na transação.

Alguns dos fatores de base para a governança relacional estão presentes, como a troca de informações, a confiança e comprometimento, mas outros não se apresentam, o que não indica esse modo de governança.

b) Hospital X Operador

Esses dois atores apresentam certo equilíbrio de forças. O Hospital não atende pacientes da Operadora na Emergência, abriu uma unidade ambulatorial num shopping da cidade também sem acesso aos pacientes da Operadora e possui atendimento domiciliar sem convênio com a Operadora.

A análise do relacionamento desses dois atores indica haver a presença tanto da governança contratual como da relacional, embora nenhuma delas seja amplamente confirmada por todos os respectivos fatores.

b.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

A posição ocupada no mercado pelo Hospital faz com que haja certo equilíbrio de forças em termos de magnitude, de importância do recurso e de discernimento sobre a alocação e uso de recursos. Essas variáveis indicam não haver dependência entre os dois atores, mas na opinião do Hospital esse fator alcança um índice moderado de 76% (quadro 19). A liberalidade tem escore de 60%, indicando que há Operadoras alternativas, mas poucas Operadoras que têm o mesmo valor. A Operadora implantou um posto avançado no Hospital para tornar mais ágil o atendimento de seus clientes, refletindo no escore de ativos em 88%.

As trocas são reguladas por contrato que requer muita negociação. Os dados de faturamento são apoiados por sistema de informação.

O Hospital precisa informar os procedimentos realizados com o paciente de acordo com as orientações do Operador, que não alteram a forma de atendimento, mas requerem treinamento. Esses dados indicam a presença de moderado ativo humano.

Os atores realizam trocas diárias com casos de pacientes variados, presença de conflito e certa interdependência nas trocas indicando a presença de incerteza.

Desta forma, o conjunto de dados indica a presença do modo de governança contratual nas transações, mas não são conclusivos.

b.2) Análise pelos fatores da teoria de Imbricamento

Dois índices do escore de relacionamento, troca de informações e comprometimento, apresentam valores elevados, respectivamente 93% e 97%. A troca de informações é intensa durante a internação de pacientes. A confiança atingiu um índice médio de 63%. Através dos relatos é possível verificar a existência de conflitos, indicando falta de confiança entre os atores.

Não foi relatada a existência de programas unificados, participação conjunta em comitês, nem a participação do Operador na gestão, mas há sistemas de informações que apóiam as trocas.

Não foi constatada colaboração entre os atores e o compartilhamento de objetivos ou planos. Na visão do Hospital, há problemas no cumprimento de certas obrigações, como o reconhecimento do pagamento de algumas despesas da conta hospitalar. Esses dados não confirmam o fator governança relacional.

Como foi visto na seção anterior, as trocas são apoiadas moderadamente por ativos humanos específicos e ocorrem num ambiente de certa incerteza. Ao mesmo tempo, os atores vêm trabalhando a mais de 20 anos.

Esses dados, embora não conclusivos, indicam também haver a presença do modo de governança relacional nas transações. O quadro 20 resume a análise dos relacionamentos do Hospital.

4.1.2.5) Relações Interorganizacionais do Consultório

O Consultório relaciona-se em maior intensidade com o Laboratório e com a Clínica Especializada (figura 28).

Quadro 20: Resumo da análise dos relacionamentos do Hospital.

Elementos de análise	Consultório	Operador
Magnitude dos principais atores	\$↘	\$→
Importância do recurso	\$↘	\$→
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso (fator invertido)	\$↘	\$→
Dependência	\$→	\$→
Liberalidade (fator invertido)	\$↘	\$→
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento	\$↗	\$↗
Troca de informações	Ⓢ↗	Ⓢ↗
Confiança	Ⓢ↗	Ⓢ↘
Comprometimento	Ⓢ↗	Ⓢ↗
Troca de informações sobre clientes comuns	Ⓢ↗	Ⓢ↗
Acordos formais para referência de clientes	\$↗	\$?
Programas unificados	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde	\$↘	\$↗
Presença de sistemas de informação	\$↘ Ⓢ↘	\$↗ Ⓢ↗
Participação conjunta em comitês	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Participação do gestor no Conselho Consultivo	Ⓢ?	Ⓢ↘
Governança relacional	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Complexidade contratual	\$↘	\$↗
Ativo humano específico	\$↘ Ⓢ↘	\$↗ Ⓢ↗
Longevidade do relacionamento	Ⓢ?	Ⓢ↗
Incerteza da transação	\$↘ Ⓢ↘	\$↗ Ⓢ↗
Tendência Geral	\$↘ Ⓢ↘	\$↗ Ⓢ↗

Legenda:

\$ = governança contratual

Ⓢ = governança relacional

↗ = tendência de presença nas transações

→ = sem tendência definida

↘ = tendência de ausência nas transações

? = fator não aplicável ou não obtido.

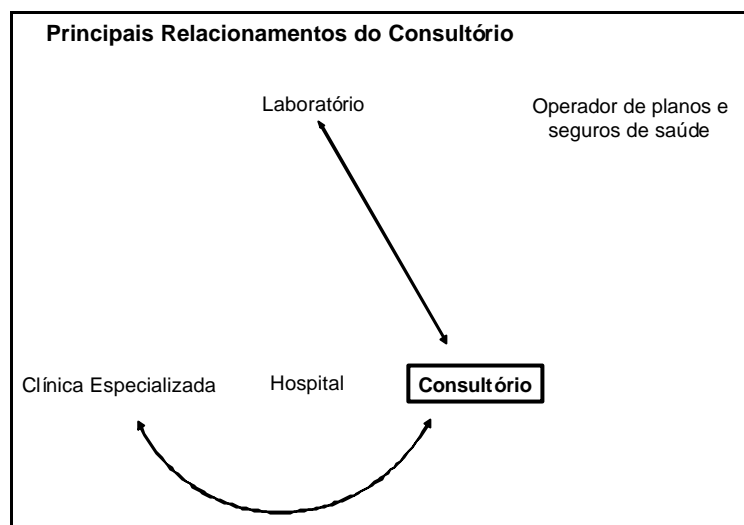


Figura 28: Principais relacionamentos do Consultório na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

Os índices de relacionamento com o Laboratório e a Clínica situam-se numa faixa de moderada aproximação (quadro 21).

O Consultório, assim como a Clínica, é uma organização de pequeno porte com alto conhecimento técnico, mas pouca influência no sistema.

Quadro 21: Escore sobre os fatores de relacionamento do Consultório na Cadeia de Saúde.

Fatores	Escore Laboratório	Escore Clínica
Dependência	76%	60%
Liberalidade	60%	50%
Ativos	40%	48%
Teoria ECT	59%	53%
Troca de Informações	40%	40%
Confiança	94%	89%
Comprometimento	71%	74%
Teoria Imbricamento	75%	74%
Escore Geral	68%	65%

a) Consultório X Laboratório

Os elementos da análise do relacionamento não indicam a presença dos modos de governança contratual e relacional, tendendo ao modo de governança de mercado.

a.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

O grande número de laboratórios oferece ao Consultório muitas alternativas, ao mesmo tempo em que a posição ocupada pelo Laboratório não o faz sobressair sobre os demais. Com isso, esse ator não tem magnitude no relacionamento com o Consultório, mas tem relativa importância pelo porte da empresa. Em termos de grau de discernimento sobre alocação e uso de recursos o Laboratório não chega a influenciar o Consultório, uma vez que quem efetivamente estabelece as regras de acesso é o Operador. Esses dados não indicam a dependência entre esses atores. No quadro 21 esse fator está em 76%, talvez indicando uma dependência técnica. A liberalidade é de 60%, o que indica moderada disponibilidade de laboratórios. O Consultório não relatou a existência de ativos específicos nas trocas, o que é confirmado pelo baixo escore (40%).

Não há acordos para a referência de pacientes, contratos regulando o atendimento, nem sistema de informações presente nas transações. O ativo humano específico também não está presente, uma vez que não se observa necessidade de adquirir informação específica do Laboratório, o atendimento de saúde não é adaptado em função dessa relação e não foi relatada a realização de treinamento para as transações.

Os dados mostram baixo nível de conflito e moderada interdependência, indicando pouca incerteza nas trocas.

Como resultado dessa análise, os dados indicam que não há uma tendência para a presença do modo de governança contratual nesse relacionamento.

a.2) Análise pelos fatores da teoria de Imbricamento

A troca de informações entre os atores é pequena, coincidindo com o escore de 40% no quadro 21. O Consultório tem alta confiança (94%) e moderado comprometimento (71%).

Os dois atores não possuem programas unificados, sistema de informações, nem participam de comitês conjuntamente. O fator de governança relacional não se confirma, pois não há relatos de colaboração mútua, não há planos e objetivos explícitos em comum, e o cumprimento da qualidade de exames e prazos de entrega não decorre de combinações entre os dois atores.

A transação não envolve ativo humano específico e o relacionamento tem pouco tempo, cerca de 6 meses.

Esses elementos também não indicam a presença do modo de governança relacional.

b) Consultório X Clínica

A entrevista com o Consultório revela a falta de uma rede estruturada de referência e contra-referência de pacientes, de tal forma que, por exemplo, um médico conhece as orientações prescritas pelo outro colega através do paciente por não haver uma relação entre os consultórios.

Isso está compatível com a tendência da presença do modo de governança de mercado nas transações desses atores, como se verá a seguir.

b.1) Análise pelos fatores da teoria da ECT

A fraca magnitude, importância e grau de discernimento dos dois atores conduzem a pouca dependência nas transações. O quadro 21 apresenta um índice de 60% para esse fator, 50% para liberalidade e 48% de ativos. Não há relato da presença de ativos nas trocas.

Não há acordos de referência de pacientes, contratos, nem sistema de informação. Também não há indicações de ativo humano específico, pois o Consultório não precisa adquirir informação específica da Clínica para atender, há certo grau de adaptação no atendimento e nenhuma ação de treinamento.

A fraca interdependência e o baixo conflito não indicam a presença de incerteza.

Esses dados não indicam uma tendência da presença do modo de governança contratual.

b.2) Análise pelos fatores da teoria de Imbricamento

O Consultório e a Clínica trocam informações sobre as rotinas de tratamento, mas em número pequeno. O quadro 21 apresenta um índice de 40% de troca de informações, 89% de confiança e 74% de comprometimento, resultando num índice de imbricamento de 74%.

Os dois atores não mantêm programas conjuntos, sistemas de informações de apoio mútuo, nem participam de comitês.

A Clínica colabora com o Consultório encaminhando pacientes. Não há compartilhamento explícito de planos ou objetivos comuns. A Clínica cumpre as obrigações, embora elas venham de prescrições e condutas médicas, não de combinações entre os dois atores. Esses dados não confirmam o fator governança relacional. Também não há ativo humano específico presente nas trocas, mas o relacionamento dura cerca de 5 anos.

Os elementos apresentados não indicam a presença do modo de governança relacional.

O quadro 22 abaixo apresenta um resumo dos relacionamentos do Consultório, indicando as tendências para cada fator e dos modos de governança relacional e contratual.

A sistemática de análise identifica o modo de governança presente nas transações, sob o ponto de vista do entrevistado (figura 29). Os resultados indicam tendências, de forma que não é possível considerá-los representativos da realidade.

Mesmo assim é possível tecer algumas considerações sobre a operacionalidade e possíveis interpretações fruto da implementação da sistemática. A avaliação dos relacionamentos pelo lado do Operador com a Clínica e o Hospital resulta na predominância da governança de mercado, enquanto que com o Laboratório, predomina a contratual. As governanças predominantes nos relacionamentos da Clínica são de mercado, quando se relaciona com o Laboratório, contratual com o Hospital e relacional com o Consultório. O relacionamento do Laboratório com o Operador se caracteriza pela presença de dois modos de governança, a contratual e a relacional. O relacionamento do Hospital com o Operador se caracteriza pela presença das governança contratual e relacional e com o Consultório, pela governança de mercado.

Finalmente, a governança presente no relacionamento do Consultório com a Clínica e com o Laboratório é a de mercado.

Quadro 22: Resumo da análise dos relacionamentos do Consultório.

Elementos de análise	Laboratório	Clínica
Magnitude dos principais atores	\$↘	\$↘
Importância do recurso	\$↗	\$↘
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso (fator invertido)	\$↘	\$↘
Dependência	\$→	\$↘
Liberalidade (fator invertido)	\$→	\$↘
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento	\$↘	\$↘
Troca de informações	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Confiança	Ⓢ↗	Ⓢ↗
Comprometimento	Ⓢ↗	Ⓢ↗
Troca de informações sobre clientes comuns	Ⓢ↘	Ⓢ↗
Acordos formais para referência de clientes	\$↘	\$↘
Programas unificados	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde	\$↘	\$↘
Presença de sistemas de informação	\$↘ Ⓢ↘	\$↘ Ⓢ↘
Participação conjunta em comitês	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Participação do gestor no Conselho Consultivo	Ⓢ?	Ⓢ?
Governança relacional	Ⓢ↘	Ⓢ↘
Complexidade contratual	\$↘	\$↘
Ativo humano específico	\$↘ Ⓢ↘	\$↘ Ⓢ↘
Longevidade do relacionamento	Ⓢ↘	Ⓢ↗
Incerteza da transação	\$↘ Ⓢ↘	\$↘ Ⓢ↘
Tendência Geral	\$↘ Ⓢ↘	\$↘ Ⓢ↘

Legenda:

\$ = governança contratual

Ⓢ = governança relacional

↗ = tendência de presença nas transações

→ = sem tendência definida

↘ = tendência de ausência nas transações

? = fator não aplicável ou não obtido.

Também é possível observar que numa mesma relação a governança predominante para um ator não é a mesma para outro. Por exemplo, a governança predominante pelo lado do Operador na relação com o Laboratório é a contratual, mas do ponto de vista do segundo, a governança contratual está combinada com a relacional. Em outro exemplo, do ponto de vista da Clínica a governança relacional predomina no relacionamento com o Consultório, mas para este último é a governança de mercado que está presente.

Ao longo do tempo, cada relacionamento traz implicações distintas, refletindo nas percepções, decisões e práticas organizacionais dos atores. Assim, muito embora sejam usados os mesmos canais de comunicação e utilizados os mesmos instrumentos, as posições, a forma como trata o relacionamento e o contexto, é diferente para cada ator. Isto não significa que não se deva buscar a uniformidade dos modos de governança, para facilitar o gerenciamento do relacionamento.

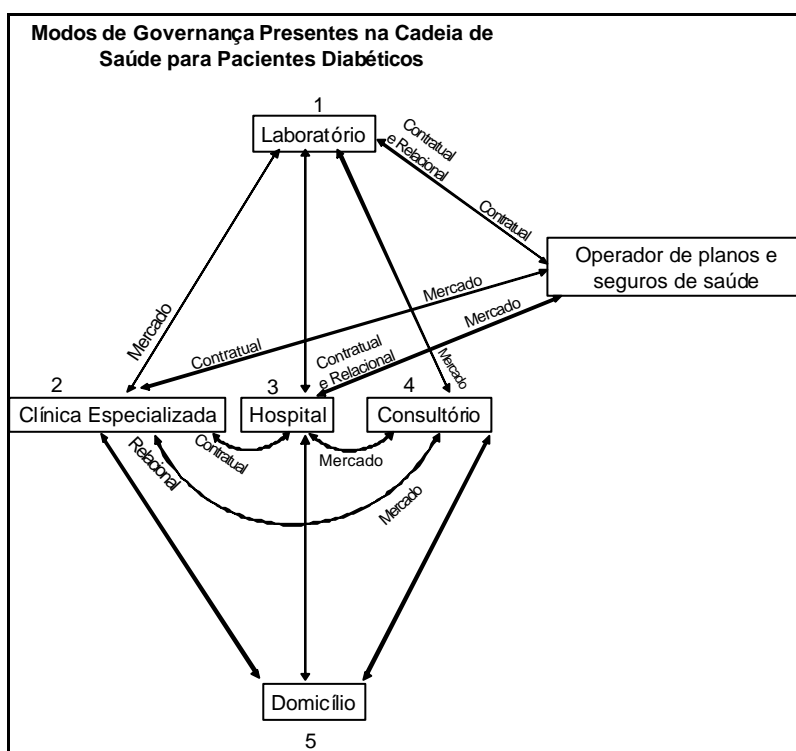


Figura 29: Tendência de governança na cadeia de saúde para pacientes diabéticos.

4.2) Estudo da Cooperação na cadeia assistencial para diabetes

Essa etapa da sistemática de análise procura identificar as estratégias de cooperação presentes na cadeia, por meio dos fatores de tendência de mercado, tendência da participação de mercado das organizações e ações organizacionais (quadro 23).

De forma geral, os entrevistados acreditam haver um crescimento no mercado, ou seja, o volume de pacientes diabéticos deve aumentar, seguindo as tendências apontadas pelos estudos epidemiológicos de saúde. A Clínica Especializada acredita que as pessoas estão mais atentas à doença, mas o crescimento virá principalmente da epidemia identificada em todo o mundo.

Quadro 23: Estudo da cooperação na cadeia de saúde.

Crítérios	Clínica	Laborat.	Hospital	Consult.	Operador	Resultados
Evolução de mercado	Crescimento	Crescimento	Crescimento	Maduro /estável	Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento • Maduro
Participação das organizações	Tendência ao crescimento	Tendência ao crescimento	Tendência ao crescimento	Crescim. p/ um e declinante p/ outras.	Crescim. p/ um e declinante p/ outras.	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento p/ um; • Tendência ao crescimento a todos.
Redução de duplicações	Não	Sim	Não	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Não, na opinião da maioria.
Combinação de recursos	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	<ul style="list-style-type: none"> • Sim
Disputas	Sim, mas não visíveis	Sim	Sim	Sim, entre hospitais	Sim, entre hospitais	<ul style="list-style-type: none"> • Sim
Tendência das disputas	Redução	Aumento	Aumento	Aumento	Variada	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento
Cooperação	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Sim
Comentário	As disputas ficarão na busca por uma Operadora líder de mercado.	Disputas por preço, atendimento, qualificação profissional e mídia. Tendência à concentração de mercado laboratorial.		Os hospitais tendem a verticalizar-se. Os operadores tenderão a controlar mais o sistema.	Cooperação no sentido da padronização de procedimentos.	Soma Positiva ou Soma zero com cooperação de Intercâmbio.

Para o Laboratório, o mercado é crescente pela oferta de novos exames, pelo crescimento populacional, pela socialização da medicina que amplia o acesso a toda a população e pelo crescimento da diabete. Acrescenta, no entanto, que embora o mercado seja crescente, as fatias do negócio estão cada vez mais concentradas em poucas empresas. No ramo dos laboratórios, por exemplo, há um forte movimento de compra de laboratórios menores por grandes conglomerados com capital estrangeiro.

O Consultório, ao contrário dos demais, acredita haver um movimento de estabilização, onde o mercado apresenta-se em estado maduro.

A Clínica acredita haver uma tendência de crescimento na participação de mercado para as organizações da cadeia, com exceção do hospital, cuja tendência é de estabilização. O Laboratório afirma haver uma tendência de crescimento, pois as organizações se deram conta que se ficarem estagnadas tenderão a desaparecer. No entanto, apesar dessa tendência o ambiente apresenta muitas ameaças, como o crescimento dos custos e a vinda de grandes empresas de fora. Para o Consultório, os hospitais estão assumindo mais controle sobre suas próprias ações, isto é, estão fazendo gestão, envolvendo-se com a prática assistencial, com os programas de acreditação e outros do gênero, o que reduz a autonomia dos profissionais e o espaço dos Consultórios. Ao mesmo tempo, os pagadores (Operadores) vão começar a ter maior ingerência sobre o serviço de saúde. Na visão do Operador, os operadores de grande porte enxergam a necessidade de crescimento, coincidente com a percepção do Laboratório.

Em termos de mercado, as opiniões são, em sua maioria, de crescimento e tendências de aumento na participação de mercado para as organizações da cadeia, principalmente hospitais e operadores, mas também há opinião de estabilidade de mercado. Esse contexto aproxima-se do jogo de mercado com Soma Positiva, onde duas organizações ou mais ampliam suas fatias de mercado e, com isso, beneficiam as demais organizações. Por outro lado, também é possível outra interpretação, desta vez do jogo de mercado de Soma Zero, isto é, um mercado estabilizado onde uma organização incrementa seus ganhos em detrimento de outros atores. A interpretação

definitiva dos jogos de mercado existentes é dependente de levantamentos sobre o volume total de mercado, fatia da participação das organizações e tendências.

O Laboratório e o Operador observam iniciativas junto às unidades de saúde com vistas a economia de escala, reduzindo a duplicação e redundância, mas para a Clínica, o Hospital e o Consultório essa situação não ocorre. Exemplos dessas iniciativas são a associação de hospitais com outras empresas para a oferta de serviços de diagnósticos e a formação de consórcios de laboratórios para a compra de insumos.

A combinação de recursos de forma complementar, para grande maioria dos atores, ocorre quando se observa diferentes organizações desempenhando operações especializadas ao longo da cadeia. São exemplos dessa estratégia de cooperação, a realização de exames em laboratório e sua utilização na internação hospitalar, a combinação de atendimento clínico geral e especialista e a terceirização de alguns exames pelos laboratórios.

Houve praticamente unanimidade quanto à existência de disputas entre os atores da cadeia. Os laboratórios, por exemplo, disputam por preços mais competitivos para obterem contratos com Operadores, por melhor atendimento, pela qualificação profissional e por espaço na mídia. No ramo hospitalar foi relatada a incorporação dos serviços anteriormente terceirizados e o aumento da concorrência entre empresas do setor. Essa condição não indica a estratégia de cooperação em distensão, onde as organizações reduzem ataques entre si ampliando os seus ganhos.

As tendências dessas disputas para o Laboratório, o Hospital e o Consultório é de crescimento, para a Clínica é de redução e para o Operador é de oscilação. Desta forma, não há tendência de estratégia de cooperação contingencial, onde as organizações concordam em cooperar em situações específicas e no futuro.

Desta forma, levando em consideração a proposição de Nielsen (1988), os movimentos de mercado na cadeia de saúde indicam o uso da estratégia cooperativa inicial, por meio da combinação de recursos, muito observada em situações onde o mercado está em crescimento ou estabilizado.

O estudo das redes sociais da etapa de análise interorganizacional não foi aplicado na cadeia assistencial de diabete, pois está fora da proposta desse trabalho

em razão de limitações operacionais. Caso se fosse implementá-lo, seria necessário definir os tipos de relacionamento entre as organizações da cadeia a serem monitorados, para daí proceder as análises previstas. No entanto, é importante observar que esse instrumento de análise não possui tanta sensibilidade em ambientes competitivos como o estudo da governança. Assim, sua utilização está relacionada, também, com o objetivo que se deseja da análise.

4.3) Análise das relações sociais da cadeia de HIV/AIDS

A primeira etapa da sistemática de análise é a identificação das necessidades assistenciais e dos componentes da cadeia. Essa etapa foi realizada pelo pesquisador, de forma simplificada, pois não contempla todos os elementos estabelecidos. Dentro da etapa de análise interorganizacional, as fases 2.1 e 2.2, respectivamente estudos da governança e cooperação, como não fazem parte da proposta desse trabalho, não foram implementadas.

A cadeia de serviços de saúde para pacientes com HIV/AIDS está inserida num ambiente público dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), através de um programa de combate a essa doença reconhecido como de referência mundial. Esse programa estabelece uma estrutura especializada no atendimento dos pacientes, exames diagnósticos, tratamento com medicamentos e apoio a organizações não-governamentais.

Esta pesquisa focaliza a estrutura de serviços especializados no atendimento aos pacientes com HIV/AIDS no município de Porto Alegre. Essa estrutura é formada pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), também denominados de COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico), e pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE). O SAE é responsável pelo acompanhamento do paciente, em razão da condição crônica da doença, e pela distribuição dos medicamentos. Como a doença oportuniza o surgimento de outras complicações, o paciente precisa buscar os serviços de saúde não especializados para o tratamento destes episódios.

Os CTAs funcionam como locais de acolhimento de pessoas que estejam com suspeitas de estarem infectadas. Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro de normas e princípios que não firam os direitos humanos e garantam a voluntariedade na realização da sorologia anti-HIV, a Coordenação Nacional de DST e AIDS vem promovendo, em conjunto com Estados, Municípios e Universidades, a implantação desses Centros. Trata-se de unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a demanda, tanto espontânea quanto provocada.

A coordenação de doenças sexualmente transmissíveis do município de Porto Alegre considera como serviços especializados unidades públicas, ligadas ao município, ao estado e à união, assim como por unidades privadas, todas vinculadas ao SUS (quadro 24). Os três SAEs (Murialdo, SAE Municipal e o Ambulatório de Dermatologia Sanitária) possuem CTAs vinculados a eles, o que lhes confere, a princípio, uma posição privilegiada na estrutura de serviços como porta de entrada no sistema. Esse tema será objeto de análise adiante.

Os hospitais relacionados no quadro 24 funcionam como um serviço especializado em nível ambulatorial, como uma unidade de saúde para atendimentos de complicações decorrentes da doença, além de realizarem testes de forma anônima.

Quando da realização dessa pesquisa o ADOT estava praticamente desativado por problemas de indisponibilidade de recursos do município.

Para analisar essa rede de serviços identificaram-se cinco tipos de relacionamento existentes a partir das unidades especializadas, conforme descrito nas etapas da sistemática de análise:

Quadro 24: Serviços Especializados em HIV/AIDS de Porto Alegre

Unidade de Saúde	Vinculação
Serviço de Assistência Especializada (SAE) – Murialdo/Partenon	Estadual
Serviço de Assistência Especializada (SAE) da Secretaria Municipal de Saúde	Municipal
Ambulatório de Dermatologia Sanitária (SAE)	Estadual
Hospital Nossa Senhora da Conceição	Federal
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	Federal
Hospital Vila Nova	Privado
Irmandade Santa Casa de Misericórdia	Privado
Hospital São Lucas – PUC/RS	Privado
Hospital Sanatório Partenon	Estadual
CTA/COAS Paulo César Bonfim	Municipal
CTA/COAS do Ambulatório de Dermatologia Sanitária	Estadual
CTA/COAS Murialdo/Partenon	Estadual
Assistência Domiciliar Terapêutica a Portadores de AIDS (ADOT)	Municipal

- a) referência de envio: pacientes enviados a outras unidades de saúde da rede;
- b) referência de recebimento: pacientes recebidos de outras unidades da rede;
- c) coordenação de caso: compartilhamento de dados e condutas a respeito de um caso específico;
- d) programas conjuntos: esforços formais em torno de programas de desenvolvidos conjuntamente com outra unidade de saúde;
- e) consultorias: serviços prestados a outras unidades da rede na base de contratos ou acordos formais.

A Secretaria de Saúde do município possui o registro das consultas marcadas pelas unidades de saúde da rede para as unidades especializadas (item b). A referência de envio não foi possível resgatar do sistema de informações, tendo sido obtida pelo relato dos entrevistados. Sabe-se que essa forma de coleta de dados apresenta deficiências pela dificuldade do entrevistado em lembrar inúmeros eventos (Fontana & Frey, 2000), sendo esta uma das limitações do estudo. Para os demais relacionamentos, em menor número, acredita-se que o relato durante a entrevista aproxime-se da realidade. As entrevistas foram realizadas, por questão de disponibilidade da organização, em 11 unidades de saúde especializadas em HIV/AIDS de Porto Alegre, sendo 3 SAEs, 3 CTAs e 5 hospitais.

4.3.1) Análise das relações entre organizações

A concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) está baseada na estruturação de uma rede de serviços complementares. As unidades de saúde de nível primário oferecem o atendimento básico de saúde e encaminham para níveis mais especializados, quando o caso do paciente assim o necessitar. As unidades especializadas, após atenderem o paciente naquilo em que foram demandadas, enviam o paciente à unidade de saúde primária, dentro da chamada contra-referência. Além desses movimentos, pode haver também trocas entre as unidades especializadas, como o envio de pacientes para que realize o tratamento num local de seu agrado. As unidades de saúde, sejam elas primárias ou especializadas, podem coordenar o atendimento de um caso, promover programas conjuntos ou contratar consultoria de alguma unidade de saúde.

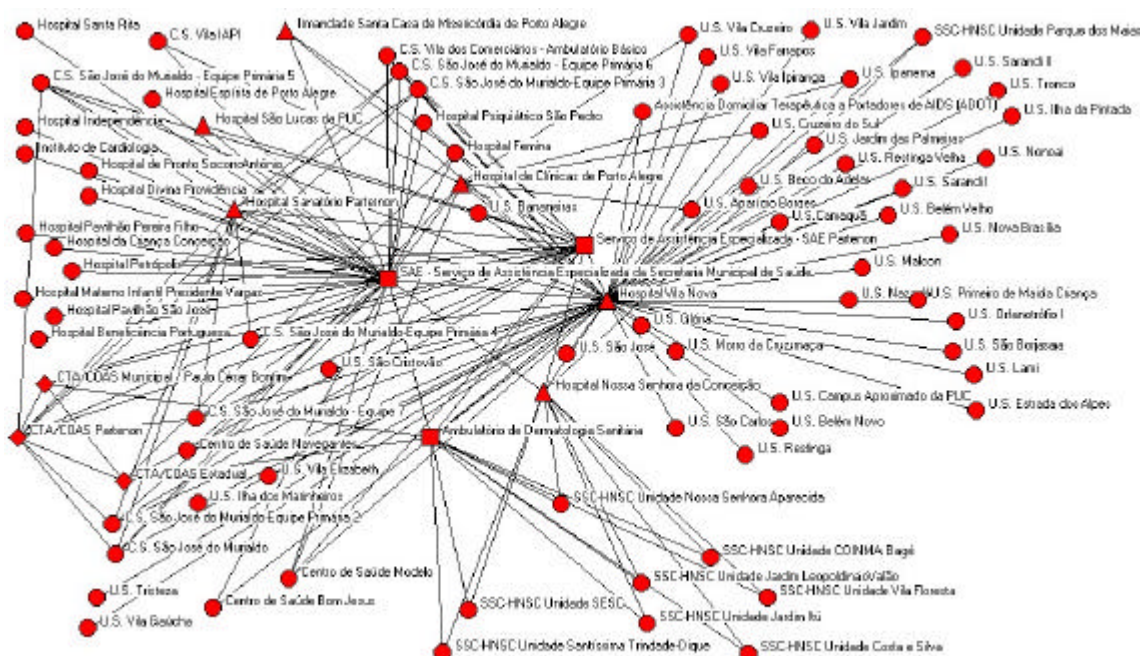
A análise das relações organizacionais pode identificar quanto elas se aproximam de uma rede, as unidades com mais conexões, as posições de centralidade e intermediário, a formação de sub-grupos e interconexão entre as unidades. Em função disso, para cada tipo de relacionamento é feita a análise da rede pelos aspectos de densidade média, cliques, transitividade, centralidade de um nó e posição de intermediário da rede, atributos definidos no roteiro de análise. As medidas de cliques, transitividade, centralidade de um nó e posição de intermediário, bem como a representação gráfica do sociograma são elaborados com o apoio do UCINET versão 6 (Borgatti et al., 2002).

a) Relacionamentos de envio

Nesse tipo de relacionamento as unidades de saúde especializadas enviam os pacientes para outras unidades da rede, sejam elas de nível primário ou mesmo outras unidades especializadas. Os SAEs, voltados unicamente ao atendimento de HIV/AIDS, necessitam enviar pacientes para o tratamento de complicações não tratáveis nessas unidades. Os hospitais, por sua vez, tratam as situações agudas dos pacientes e

podem enviar os pacientes para o tratamento crônico nas unidades especializadas. Esse tipo de relacionamento está expresso no sociograma da figura 30.

Esse conjunto de organizações conta com 129 unidades de saúde, sendo 3 SAEs, 3 CTAs, 6 hospitais especializados em HIV/AIDS e a Assistência Domiciliar Terapêutica a Portadores de AIDS (ADOT). Das outras 116 organizações, há 12 Centros de Saúde (CS), 25 Programas de Saúde da Família (PSF), 12 Serviços de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Conceição, 50 Unidades de Saúde (US) e 17 Hospitais. Os dados de envio de pacientes foram obtidos das entrevistas com as 11 unidades de saúde especializadas em HIV/AIDS.



Legenda:

■ = SAE; ▲ = Hospital especializado em HIV/AIDS; ◆ = CTA; ● = outras unidades de saúde.

Figura 30: Relacionamentos de envio na cadeia de saúde de HIV/AIDS.

Os 11 atores podem enviar pacientes para as unidades de saúde do sistema, inclusive as próprias unidades especializadas, ou seja, 128 unidades de saúde. Essa configuração faz com que cada um dos 11 atores tenha um potencial de 128 combinações de envio, resultando num potencial total de 1408 conexões.

Os dados coletados indicam que o envio de pacientes apresenta 197 conexões; dividindo-se pelo potencial total de conexões, resulta numa densidade média de 14%, isto é, uma rede de baixa densidade.

As unidades de saúde formam 38 cliques, em sub-grupos completamente conectados. Os atores com o maior número de conexões com esses sub-grupos são o Hospital Vila Nova e o SAE da Secretaria Municipal de Saúde.

A transitividade do sistema nesse tipo de relacionamento é de 100%, onde são encontrados 211 triplos ordenados. Esse indicador é um indício do funcionamento efetivo de rede por parte das unidades de saúde, onde os laços formados não apresentam antagonismos em seus fluxos.

Normalmente a rede apresenta atores centrais, definido pelo número de conexões com o restante do sistema. A centralidade nas relações de envio é assumida principalmente pelo Hospital Vila Nova e pelo SAE da Secretaria Municipal de Saúde. A relação das unidades de saúde mais centrais, segue abaixo, por ordem decrescente do número de conexões:

- Hospital Vila Nova - 71
- SAE da Secretaria Municipal de Saúde - 37
- SAE Partenon – 23
- Ambulatório de Dermatologia Sanitária – 15
- Hospital Sanatório Partenon - 13
- CTA/COAS Partenon – 10
- Hospital de Clínicas – 9
- CTA/COAS Estadual – 4
- CTA Municipal – 3

A posição de intermediário representa o único caminho para outra parte do grupo. Neste caso, o UCINET calcula um índice denominado de *betweenness*, o grau de

intermediação assumida pelo ator, assim relacionados por ordem decrescente desse índice (entre parênteses):

- Hospital Vila Nova (537,5)
- SAE da Secretaria Municipal de Saúde (230,5)
- Ambulatório de Dermatologia Sanitária (114,9)
- SAE Partenon (96,6)
- CTA/COAS Municipal (46,7)
- Hospital Nossa Senhora da Conceição (38)
- CTA/COAS Partenon (18,3)
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (14,3)
- CTA/COAS Estadual (11)
- Hospital Sanatório Parternon (5,2)

Os resultados desse relacionamento, conforme já foi dito, foram obtidos por meio de entrevistas e não de registros eletrônicos, o que implica em certo grau de imprecisão dado o volume de atendimentos. No entanto, alguns resultados coincidem com a função exercida pela unidade de saúde no sistema. Por exemplo, o Hospital Vila Nova funciona como retaguarda dos hospitais e unidades de saúde e, com isso, após o atendimento, envia o paciente às unidades de saúde mais próximas de sua residência.

b) Relacionamentos de recebimento

As Unidades de Saúde prestam a assistência aos pacientes nas especialidades básicas, como clínico geral, ginecologia, pediatria e otorrinolaringologia. No caso da identificação ou suspeita de HIV/AIDS, o paciente é encaminhado ao serviço especializado, por intermédio da marcação de consultas da Secretaria da Saúde do município. A Secretaria possui agendas dos SAEs e hospitais nas especialidades de Infectologia Adulto e Pediátrica e é com base neste sistema que foram obtidos os dados desse relacionamento. Cabe salientar que nessa amostra surgem novas unidades de saúde e algumas das unidades consideradas de referência não se apresentam. Esses

dados refletem a disponibilidade de agendas na marcação centralizada de consultas da Prefeitura, mas não coincide necessariamente com as unidades de referência do sistema. Assim as Unidades incluídas no relacionamento de recebimento de pacientes são:

- SAE da Secretaria Municipal de Saúde
- Hospital da Criança Santo Antônio
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
- Hospital Fêmeina - GHC
- Hospital Nossa Senhora da Conceição
- Hospital São Lucas da PUC
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia

A representação gráfica da rede (figura 31) expressa maior concentração de conexões entre as unidades especializadas, mas de forma diferenciada entre elas. O Ambulatório de Dermatologia Sanitária aparece no desenho não como unidade de saúde que recebe pacientes, por essa razão não está incluída na lista de unidades de referência para esse relacionamento.

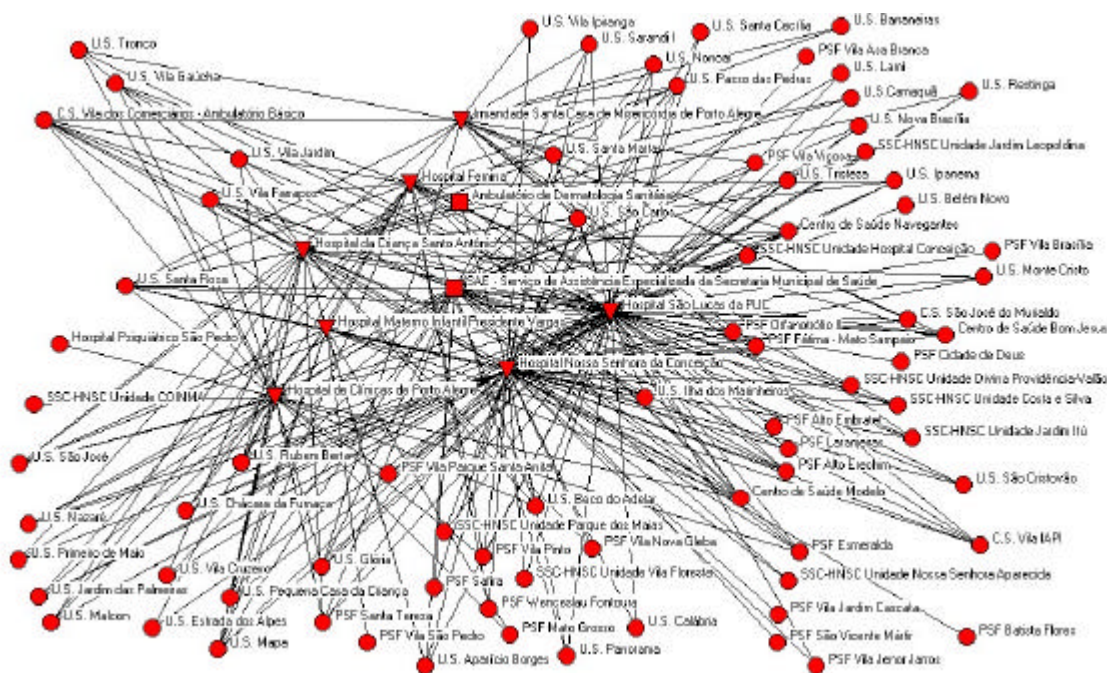
Os 8 atores tem um potencial de 1024 conexões, considerando que são 128 unidades de saúde no sistema. Foram identificadas 276 conexões efetivas, o que representa uma densidade média de 27%.

As unidades formam 133 cliques, sendo que nesses sub-grupos os atores com maior número de conexões são o Hospital Nossa Senhora da Conceição e o Hospital São Lucas da PUC.

O sistema apresenta 180 triplos ordenados e uma transitividade de 100%, o que indica uma rede sem antagonismos, assim como o relacionamento de envio.

Os atores mais centrais nessa rede são o Hospital São Lucas da PUC e o Hospital Nossa Senhora da Conceição, conforme pode ser observado na lista abaixo, ordenada de forma decrescente pelo número de conexões:

- Hospital São Lucas da PUC - 63
- Hospital Nossa Senhora da Conceição - 60
- SAE da Secretaria Municipal de Saúde - 37
- Hospital da Criança Santo Antônio - 31
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre - 27
- Hospital Fêmina - 26
- Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - 19
- Hospital Materno Infantil Presidente Vargas – 13



Legenda:

- = SAE; ▼ = Hospital com agenda de infectologia; ● = outras unidades de saúde.

Figura 31: Relacionamentos de recebimento na cadeia de saúde de HIV/AIDS.

É importante salientar que a centralidade não significa necessariamente maior número de atendimentos que, nesse caso, é do Hospital Fêmeina (quadro 25), mas a unidade com maior número de conexões estabelecidas.

A identificação dos atores centrais nesse relacionamento aponta para uma aparente inconsistência com a política estabelecida para o funcionamento da rede. Os SAEs deveriam ser as principais unidades receptoras de pacientes do sistema, mas somente o SAE da Secretaria Municipal de Saúde figura entre essas unidades.

Detendo-se com maior atenção sobre esse fato, nota-se que os dois SAEs estaduais não disponibilizam agendas de consulta para a Central de Marcação, configurando uma adesão parcial à política municipal. Ainda que a questão institucional não seja o enfoque dessa pesquisa, esse tema foi comentado pelo entrevistado da coordenação municipal, na primeira etapa da sistemática de análise, e também pelos entrevistados dos SAEs estaduais.

Parte do problema tem origem na estruturação do SUS quando da municipalização, ou seja, a delegação ao município da coordenação da saúde na cidade, mas que não foi acompanhada por medidas institucionais que efetivamente implementassem a política. Em consequência, as unidades de saúde vinculadas ao Estado não se sentem totalmente participantes do programa de saúde municipal.

Quadro 25: Número de atendimentos de outubro de 2004 em Infectologia agendadas através da Central de Marcação de Consultas da Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

Unidade de Saúde	Número de Atendimentos
Hospital Fêmeina	550
Hospital Nossa Senhora da Conceição	471
Hospital São Lucas da PUC	300
SAE da Secretaria Municipal de Saúde	292
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	262
Hospital da Criança Santo Antônio	239
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	151
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	82
Total geral	2347

A posição de intermediário nesse tipo de relacionamento é assumida muito fortemente pelo Hospital São Lucas da PUC, com índice *betweenness* de 207,5, e pelo Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, onde esse índice alcança 55,5.

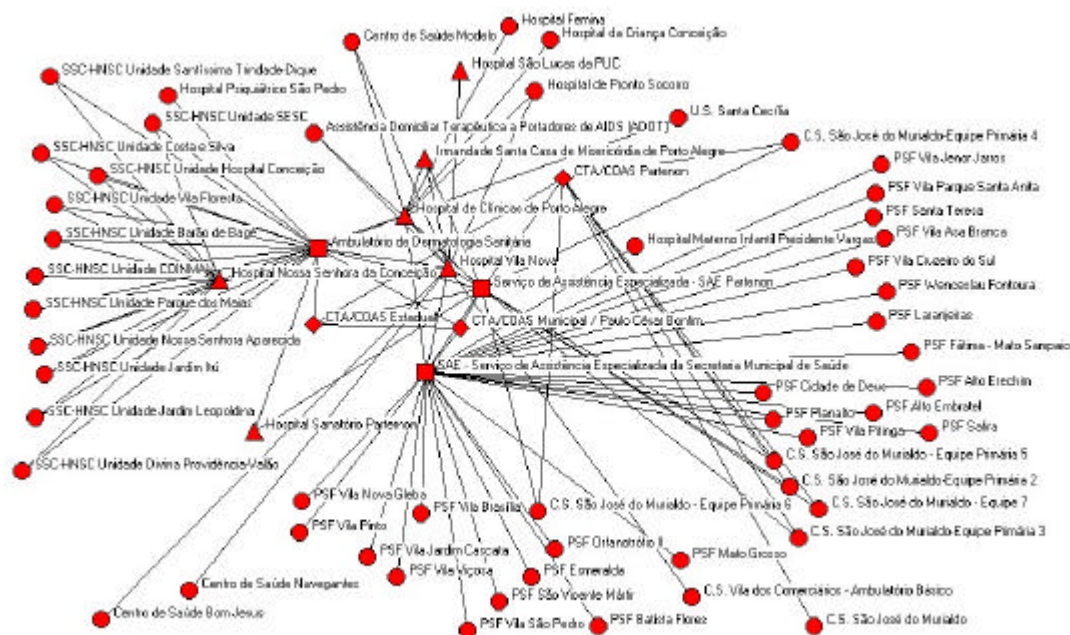
Se a coordenação municipal, por suposição, necessitasse estabelecer um programa de capacitação na identificação de pacientes e disseminar um protocolo para a referência aos serviços especializados, isso poderia ser feito através do Hospital São Lucas, o mais central e intermediário da rede, e do Hospital Nossa Senhora da Conceição, segundo mais central.

c) Relacionamentos de coordenação de caso

A coordenação de caso ocorre quando um paciente é usuário de uma unidade de saúde e é encaminhado para algum serviço especializado para receber atendimento. Também ocorre entre CTAs e SAEs na adesão ao tratamento ou entre SAEs e hospitais no tratamento de pacientes. Esse tipo de relacionamento não é tão comum como os dois anteriores, pois implica num maior grau de interação entre os profissionais das unidades relacionadas. A figura 32 apresenta o sociograma desses relacionamentos.

A densidade média das relações sociais de coordenação de caso é de 7,5%, levando-se em conta 11 atores e 128 possibilidades de cada um estabelecer trocas com as demais unidades de saúde.

Os relacionamentos de coordenação de caso determinam a existência de 17 cliques, tendo como atores mais conectados com os sub-grupos o CTA/COAS Partenon e o SAE Partenon. Essas duas unidades estão vinculadas ao Centro de Saúde Murialdo e reflete a estruturação de uma sub-rede com os Centros de Saúde de nível primário de saúde dessa instituição.



Legenda:

■ = SAE; ▲ = Hospital especializado em HIV/AIDS; ◆ = CTA; ● = outras unidades de saúde.

Figura 32: Relacionamentos de coordenação de caso na cadeia de saúde de HIV/AIDS.

O sistema apresenta 39 tripos ordenados e uma transitividade de 100%, o que em princípio indica que a coordenação de caso de um paciente pode se estabelecer entre as unidades de saúde especializadas e qualquer unidade da rede.

A centralidade desse tipo de relacionamento é exercida pelo SAE da Secretaria Municipal de Saúde, Ambulatório de Dermatologia Sanitária e SAE Partenon, coincidindo justamente os três SAEs da rede. A relação abaixo apresenta o número de conexões dos atores com o sistema:

- SAE da Secretaria Municipal de Saúde – 28
- Ambulatório de Dermatologia Sanitária – 16
- SAE Partenon – 16
- Hospital Nossa Senhora da Conceição – 12
- Hospital Vila Nova – 12

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre – 10
- CTA/COAS Partenon – 7
- CTA/COAS Estadual – 3
- CTA/COAS Municipal / Paulo César Bonfim – 1

A posição de intermediário nos relacionamentos de coordenação de caso é do SAE da Secretaria Municipal de Saúde, com índice de *betweenness* 223, seguido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com 96, e pelo CTA/COAS Municipal, com 82.

A coordenação de caso, em determinadas situações, ocorre em decorrência da existência de uma sub-rede, como é o caso do Centro de Saúde Murialdo. Em outros casos, ela surge em função de relações pessoais entre profissionais, como nos relacionamentos do Ambulatório de Dermatologia Sanitária com os serviços de saúde comunitária do Grupo Conceição. A estruturação dos relacionamentos de caso não indica que haja uma prática efetiva e disseminada entre todas as unidades de saúde.

d) Relacionamentos de programas conjuntos

Esse relacionamento ocorre, segundo os entrevistados, principalmente nos programas conjuntos de residência médica e de capacitação profissional. O sociograma da figura 33 demonstra as interações entre as unidades.

A densidade média desse tipo de relacionamento está em 4,5%, considerando as 63 conexões estabelecidas pelos 11 atores e um potencial total de 1408 conexões. A realização de programas conjuntos é ainda mais difícil de ocorrer e acaba refletindo nesse baixo índice.

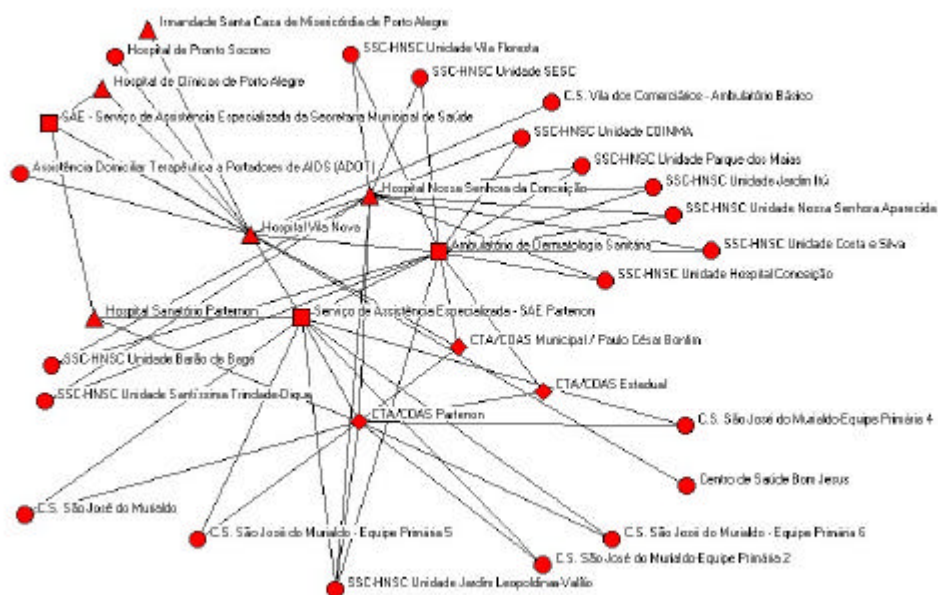
O relacionamento de programas forma 10 cliques, onde o CTA Murialdo e SAE Partenon são os mais conectados a eles. Esse dado reflete novamente a sub-rede do Centro de Saúde Murialdo que, neste caso, conta com um programa conjunto de residência médica entre todas suas unidades de saúde.

A transitividade desse conjunto de relacionamentos é de 100%, onde há 12 triplos ordenados. Assim como nos tipos anteriores, isso indica não haver antagonismos nos relacionamentos.

A centralidade nesse tipo de relacionamento é do Ambulatório de Dermatologia Sanitária e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A relação abaixo identifica o número de conexões dos atores com a rede:

- Ambulatório de Dermatologia Sanitária – 15
- Hospital Nossa Senhora da Conceição – 12
- CTA/COAS Partenon – 10
- Hospital Vila Nova – 10
- Serviço de Assistência Especializada - SAE Partenon – 9
- Hospital de Clínicas de Porto Alegre – 2
- Hospital Sanatório Parternon – 2
- SAE - Serviço de Assistência Especializada da Secretaria Municipal de Saúde – 1
- CTA/COAS Estadual – 1
- CTA/COAS Municipal / Paulo César Bonfim – 1

A posição de intermediário é assumida principalmente pelo CTA/COAS Partenon, com índice de *betweenness* de 96,5, e pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição, com índice de 84. Não é por acaso que essas duas unidades de saúde figurem entre as de melhor posição intermediária, pois a primeira está ligada ao grupo de unidades do Centro de Saúde Murialdo e a segunda está ligada aos serviços de saúde comunitária do Grupo Conceição.



Legenda:

■ = SAE; ▲ = Hospital especializado em HIV/AIDS; ◆ = CTA; ● = outras unidades de saúde.

Figura 33: Relacionamentos de programas conjuntos na cadeia de saúde de HIV/AIDS.

De maneira geral, os relacionamentos das unidades de saúde em função de programas conjuntos ocorrem porque estão situados num único ambiente organizacional, como é o caso do Centro de Saúde Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição, ou pelo conhecimento pessoal entre os profissionais, como é o caso da interação do Ambulatório de Dermatologia Sanitária com os serviços de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Não se observa a liderança desses programas por parte dos SAE's, que no desenho inicial do sistema figurariam como unidades de referência.

e) Relacionamentos de consultorias

Através das entrevistas com os representantes das unidades de saúde não foi identificada a presença de relacionamento com base em consultorias, isto é, em serviços prestados a outras unidades da rede na base de contratos ou acordos formais.

f) Consolidação das análises entre organizações

O quadro 26 apresenta um resumo das análises de cada relacionamento.

Quadro 26: Resumo da análise entre organizações.

Fator	Envio	Recebimento	Coordenação de Caso	Programas Conjuntos
Densidade	14%	27%	7,5%	4,5%
Cliques	38	133	17	10
Transitividade	100%	100%	100%	100%
Centralidade	Hospital Vila Nova SAE Sec. Mun. de Saúde	Hospital São Lucas PUC Hosp. N. Sra. Conceição	SAE Sec. Mun. Saúde Amb. Derm. Sanitária SAE Partenon	Amb. Derm. Sanitária Hosp. N. Sra. Conceição
Intermediário	Hospital Vila Nova SAE Sec. Mun. Saúde	Hospital São Lucas Hosp. Mat. Inf. Pres. Vargas	SAE Sec. Mun. Saúde Hosp. Clínicas de P. Alegre CTA/COAS Municipal	CTA Partenon Hospital N. Sra. Conceição

Obs.: o relacionamento por intermédio de consultorias não foi observado na rede.

Os relacionamentos não formam conexões densas, com o maior valor de 27% para o recebimento de pacientes. Esse dado demonstra uma certa fragilidade da rede, que ainda não atinge toda a dinâmica possível.

Todos os relacionamentos atingiram 100% de transitividade, indicando não haver, em princípio, antagonismos entre os atores. Essa afirmação é apenas uma suposição teórica, que na verdade necessita ser confirmada por intermédio de outras medidas não previstas nesta pesquisa.

Os fatores finais, centralidade e intermediação, analisam as posições dos atores na rede. De maneira geral, os hospitais e o SAE da Secretaria Municipal de Saúde ocupam essas posições. Esse talvez seja um reflexo da antiga concepção do sistema de saúde, centrada na organização hospitalar, que está se tentando modificar com o SUS para uma estruturação em rede com diferentes níveis de complexidade.

A identificação da centralidade nas redes sociais ganha relevância em função do papel exercido pela organização líder. A próxima seção se propõe a aprofundar essa análise, a fim de se verificar se há uma unidade central e qual é o grau de poder sobre a rede.

4.3.2) Estudo do Controle e Poder

Compreender uma rede e seus relacionamentos é interessante para verificar a forma, a abrangência, a consistência e a dinâmica interna. Complementando esta análise, identifica-se qual das Unidades de Saúde exerce um papel de liderança, a fim de se favorecer o processo de cooperação e integração que, em última análise, amplia as chances de alcançar melhores resultados aos pacientes.

A proposta é analisar quatro abordagens complementares sobre a presença de poder e controle na rede: a densidade ou multiplexidade de serviço, a densidade ou integração de serviço, o nível de centralidade da unidade de saúde principal e a concentração da influência na rede. Essas abordagens consideram a rede como um todo, isto é, todas as formas de relacionamento identificadas anteriormente agora são vistas conjuntamente.

A densidade de serviço é um escore do número de unidades de saúde conectadas por unidade especialista (quadro 27). Assim, por exemplo, o Hospital Conceição conecta-se com 1,2 unidade da rede nos relacionamentos de envio, 7,5 nos relacionamentos de recebimentos, 1,1 nos relacionamentos de coordenação de caso e 1,1 nos relacionamentos de programas, o que resulta num escore de 10,9 conexões por unidade de saúde da rede. O Hospital Conceição é a unidade de saúde especializada mais conectada com outras unidades, mas é seguida logo de perto pelo SAE da Secretaria Municipal de Saúde com 10,7 conexões. As duas unidades, desta forma, detêm o papel de centralidade entre as unidades de saúde especialistas e alcançam um escore superior ao dobro da média geral.

Vale lembrar que os Hospitais Criança Santo Antônio, Fêmeina e Presidente Vargas constam na relação de unidade de saúde especializadas por disponibilizarem

agendas para a Central de Marcação de Consulta da Prefeitura nas relações de recebimento de pacientes.

A densidade organizacional parte do mesmo conjunto de dados de relacionamento, mas desta vez considera a média de conexões na rede de cada unidade de saúde especialista. Na realidade é uma outra forma de expressar a centralidade na rede. No quadro 28 essa posição é assumida pelo SAE da Secretaria Municipal de Saúde, com uma média de 26 conexões em toda a rede. Logo a seguir observa-se o Hospital Conceição com 24,25 conexões e o Hospital Vila Nova com 23,25 conexões. Essas três unidades apresentam escore acima do dobro da média geral, sendo consideradas, por esse critério, centrais na rede.

O nível de centralidade da unidade de saúde principal parte dos dados levantados nos dois escores de densidade. Na teoria de redes sociais a figura do líder facilita a coordenação do sistema, principalmente em redes de grande porte como a formada pelos serviços de HIV/AIDS. Essa posição aparece com mais destaque quando é ocupada por uma unidade que detenha mais da metade do escore da segunda. Por esse padrão, nenhuma das unidades de saúde especialista ocuparia a posição de unidade principal. A outra forma de análise é pelo grau de influência na rede.

O grau de influência na rede foi obtido pelas respostas dos entrevistados que identificaram numa relação pré-definida de unidades de saúde especializadas, aquelas mais influentes nas decisões internas em relação ao atendimento dos pacientes com HIV/AIDS, numa escala de prioridade. Dos 11 entrevistados das unidades de saúde, apenas 5 acharam-se em condições de responder a essa pergunta (quadro 29), os demais não entenderam que alguma unidade de saúde exerça influência em sua organização.

Quadro 27: Densidade de serviço na rede de Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS.

Unidades	Conexões de envio	Conexões de recebimento	Conexões de coord. de caso	Conexões de programas conjuntos	Densidade de serviço
Hospital Nossa Senhora da Conceição	1,2	7,5	1,1	1,1	10,9
SAE da Secretaria Municipal de Saúde	3,5	4,6	2,5	0,1	10,7
Hospital Vila Nova	6,5	0,0	1,1	0,9	8,5
Hospital São Lucas da PUC	0,0	7,9	0,0	0,0	7,9
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	0,8	3,4	0,9	0,2	5,3
SAE Partenon	2,1	0,0	1,5	0,8	4,4
Ambulatório de Dermatologia Sanitária	1,4	0,0	1,5	1,4	4,2
Hospital da Criança Santo Antônio	0,0	3,9	0,0	0,0	3,9
Hospital Fêmina	0,0	3,3	0,0	0,0	3,3
CTA/COAS Partenon	0,9	0,0	0,6	0,9	2,5
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	0,0	2,4	0,0	0,0	2,4
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	0,0	1,6	0,0	0,0	1,6
Hospital Sanatório Partenon	1,0	0,0	0,0	0,2	1,2
CTA/COAS Estadual	0,4	0,0	0,3	0,1	0,7
CTA/COAS Municipal / Paulo César Bonfim	0,3	0,0	0,1	0,1	0,5
Média	1,2	2,3	0,6	0,4	4,5
Nº de Atores	11	8	11	11	

As respostas foram convertidas em escores de 1 a 13, sendo que a unidade mais influente recebe 13. O escore máximo que uma unidade de saúde pode atingir nessas condições é de 65 pontos. Com base neste escore máximo, calcula-se o percentual de cada escore das Unidades.

Quadro 28: Densidade organizacional na rede de Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS.

Unidades	Conexões de envio	Conexões de recebimento	Conexões de coord. de caso	Conexões de programas conjuntos	Média (integ. Organ)
SAE - Serviço de Assistência Especializada da Secretaria Municipal de Saúde	38	37	28	1	26
Hospital Nossa Senhora da Conceição	13	60	12	12	24,25
Hospital Vila Nova	71	0	12	10	23,25
Hospital São Lucas da PUC	0	63	0	0	15,75
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	9	27	10	2	12
Serviço de Assistência Especializada - SAE Partenon	23	0	16	9	12
Ambulatório de Dermatologia Sanitária	15	0	16	15	11,5
Hospital da Criança Santo Antônio	0	31	0	0	7,75
CTA/COAS Partenon	10	0	7	10	6,75
Hospital Femina	0	26	0	0	6,5
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	0	19	0	0	4,75
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	0	13	0	0	3,25
Hospital Sanatório Parternon	11	0	0	2	3,25
CTA/COAS Estadual	4	0	3	1	2
CTA/COAS Municipal / Paulo César Bonfim	3	0	1	1	1,25
Média	13,1	18,4	7,0	4,2	10,7

Pelas respostas oferecidas a unidade de saúde mais influente é o SAE da Secretaria Municipal de Saúde, com 71% do escore máximo de influência. Esse escore não é mais do que o dobro do escore do CTA Municipal Paulo César Amorim, o segundo colocado, desta forma, por esses dados, esse SAE não exerce uma influência concentrada na rede, seguindo o mesmo referencial de Provan e Milward (1995).

Durante o levantamento verificou-se que os dados sobre influência apresentam limitações em razão da estruturação institucional do programa. As definições de tratamento dos pacientes partem do Ministério da Saúde e as unidades de saúde a

executam, o que restringe sobremaneira a possibilidade de haver a influência entre elas.

Quadro 29: Grau de influência das Unidades de Saúde especializadas em HIV/AIDS.

Unidade	SAE - DS	SAE - SMS	CTA - Partenon	CTA - SMS	Hosp. Vila Nova	Soma de escores	% do escore máximo
SAE da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)		13	7	13	13	46	71%
CTA Municipal Paulo César Bonfim	13		8		9	30	46%
SAE Partenon	12		13		7	32	49%
Ambulatório de Dermatologia Sanitária (DS)			11		12	23	35%
Hospital Nossa Senhora da Conceição			3		11	14	22%
Irmãdade Santa Casa de Misericórdia			10			10	15%
CTA/COAS Estadual			9		10	19	29%
CTA Caio Fernando Abreu (Murialdo)			6		3	9	14%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre		12	5	12	6	35	54%
Hospital Sanatório Partenon				11	5	16	25%
Hospital Vila Nova	12		4		4	20	31%
Hospital São Lucas (PUC-RS)					8	8	12%
Assistência Domiciliar Terapêutica a Portadores de AIDS (ADOT)			12			12	18%
Escore máximo						65	

Mesmo com tal limitação é possível observar que as quatro abordagens de análise de controle e poder na rede apontam o SAE da Secretaria Municipal de Saúde como detentor de posição de destaque na rede, embora sem sobressair demais. Por outro lado, a posição de líder pode não ser estática numa rede e se alterar em função da natural dinâmica dos relacionamentos.

A saúde em Porto Alegre é municipalizada e o programa de assistência em HIV/AIDS é de responsabilidade da Prefeitura de Porto Alegre. A vinculação e a subordinação funcional, além da afinidade organizacional do SAE com a Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis do município podem explicar essa posição

assumida pela unidade, num recurso de governança da rede por meio da verticalização ou hierarquização.

Com a finalização do estudo de redes sociais da cadeia de HIV/AIDS, a análise de cenários e a identificação de melhorias são as próximas etapas para completar a aplicação da sistemática na cadeia.

4.4) Análise de cenários e identificação de melhorias na cadeia de saúde — aplicação preliminar

A fase de análise de cenários da SACAS prevê o envolvimento dos representantes da cadeia em sessões para a definição de cenários levando-se em conta a análise interorganizacional, realizada na fase anterior, em conjunto com os fatores determinantes do futuro da cadeia. A identificação de cenários prospectivos ou alternativos traz maior dinamicidade na identificação de melhorias na cadeia de saúde, tendo em vista influências como os avanços tecnológicos, alterações na regulação do sistema, movimentos de mercado e políticas governamentais nacionais e mesmo internacionais. Mesmo que a metodologia de pesquisa não tenha previsto essas fases, pode-se fazer uma breve discussão a esse respeito nas duas cadeias.

Na cadeia de diabetes, a introdução de uma nova insulina, os avanços da terapia gênica, a mudança na remuneração de Operadores para cuidar da saúde de seus conveniados, a criação de organizações destinadas especificamente ao atendimento do diabético e os reajustes de preços na tabela de remuneração são alguns dos fatores que podem trazer fortes conseqüências à cadeia, alterando as conexões interorganizacionais e os modos de governança.

Na cadeia de HIV/AIDS, a descoberta de uma vacina, a falta de recursos para financiar o programa governamental em função de reajustes dos medicamentos por parte dos laboratórios multinacionais, o crescimento da falta de adesão ao tratamento e as pressões de governos de países interessados na manutenção das patentes dos medicamentos são alguns dos fatores potencialmente influentes na cadeia.

Muitas vezes, olhar para um objeto por outra perspectiva suscita novas interpretações e reações diante dessa nova informação. A aplicação prática da sistemática de análise da cadeia, por exemplo, fez com que alguns entrevistados expressassem suas opiniões a respeito de possíveis melhorias. Ainda ao final dessa análise novas sugestões podem ser feitas, mas todas em caráter preliminar, pois se acredita que a maior riqueza em propostas de melhoria virá quando a análise desse conjunto de informações geradas seja examinada por um grupo de especialistas e gestores.

Assim, os entrevistados afirmam sobre a necessidade de se estabelecer flexibilidade no número de consultas mensais, principalmente no início de uma doença como a diabetes. A educação ao paciente é outra necessidade não atendida pelo sistema, sendo oferecida somente pelo médico durante as consultas, que precisa abordar outros assuntos como o tratamento medicamentoso e a análise de exames. Essa atividade poderia ser oferecida por profissionais de enfermagem ou nutrição em consultas específicas para transmitir informações de auto-cuidado e nutricional aos pacientes.

Os hospitais adotam a padronização de medicamentos para garantir a qualidade do tratamento e também como forma de economia pela escala de consumo. Entretanto, o que em alguns casos é economia pode de outra forma gerar prejuízo, como o exemplo do paciente diabético que está acostumado a usar um tipo de insulina não padronizada e, quando prescrita pelo médico, o próprio paciente a adquire ou recebe do hospital. Uma alternativa para evitar prejuízos a pacientes e hospitais é promover ação conjunta entre hospitais para o compartilhamento de medicamentos com baixa demanda. Essa ação pode, inclusive, ser coordenada pelo Operador do sistema.

Os problemas vivenciados na relação do Operador com o Hospital demonstram a falta de mecanismos efetivos de governança. As práticas de não pagamento de contas e a falta de confiança entre as organizações de nada ajudam ao sistema, tendo em vista a história de relacionamento e a projeção de ambas no mercado.

Para evitar problemas de descontinuidade do tratamento, o Operador poderia acordar com os pacientes e médicos uma rede de referência de emergências. Essa

medida traria melhor qualidade no atendimento, evitando a mudança do médico assistente.

A falta de uniformidade por parte dos profissionais, apontada pelo Operador, poderia sofrer uma ação mais efetiva de busca e monitoramento de um padrão de tratamento.

Outro problema identificado é a falta de metas conjuntas para o tratamento da doença, como a redução de internações hospitalares, o planejamento da incorporação de novas formas de diagnóstico ou tratamento e a busca de conhecimento útil ao conjunto da cadeia.

Apesar dos consultórios manterem alguma troca de informações e pacientes, eles funcionam muito isolados, sem uma sistemática de troca de informações, de solução de problemas ou rede de referência.

No caso específico do ambiente de organizações de serviços para pacientes com HIV/AIDS é possível identificar a divisão da liderança entre os hospitais e os serviços de assistência especializada (SAE), demonstrando que o sistema precisa avançar no reforço técnico e organizacional dos SAEs.

Há necessidade de se aprimorar os instrumentos de monitoramento da rede, por exemplo, com o acompanhamento do recebimento de pacientes por parte das unidades de saúde especializadas, coordenação de casos entre unidades e realização de programas conjuntos. O monitoramento é um dos pontos básicos para a promoção de ações de melhoria da integração e do fortalecimento da cooperação.

É necessário também resolver a inserção dos órgãos do Estado do Rio Grande do Sul na governança municipal. Esse problema é percebido, por exemplo, quando as duas unidades do Estado não disponibilizam agendas na Central de Marcação de consultas do Município.

Um dos princípios do SUS é a estruturação hierárquica, o que implica na adoção de vínculos entre unidades de saúde primárias, secundárias e terciárias. O Grupo Conceição e o Centro de Saúde Murialdo criaram, por iniciativa própria, uma rede de serviços com essa estrutura, mas isso não é praticado pelo restante da rede.

4.5) Considerações a respeito da pesquisa de campo

A validade do constructo é um problema para as pesquisas de estudo de caso, pela dificuldade de desenvolver medidas operacionais eficientes e pela subjetividade na coleta de dados (Yin, 2001). Esta seção aborda exatamente as limitações da pesquisa, principalmente em razão da validade de alguns fatores.

Ao longo dos procedimentos de coleta de dados foi verificado que alguns dos constructos não foram bem operacionalizados. As variáveis operacionais previstas foram utilizadas em outros contextos e, na sua implementação no campo da saúde, não se mostraram adequadas aos relacionamentos presentes na cadeia. Assim, os constructos dificuldade de mensuração, incerteza da transação e ambigüidade de performance não foram bem operacionalizados para a unidade de análise. Esses três constructos apresentam-se vinculados tanto ao referencial teórico da ECT como do imbricamento e a função principal na sistemática de análise era de caracterização do relacionamento.

A incerteza é um elemento definidor para a ECT, pois quanto maior ela for cresce também a necessidade de mecanismos que permitam seu gerenciamento. Da mesma forma, na perspectiva do imbricamento nas relações econômicas ela é uma das condições para o surgimento e a consolidação da governança em rede. Ao longo das análises das duplas de organizações foi realizada a análise da incerteza, somente sob o modelo de Peffer e Salancik (1978), onde cinco fatores concorrem para tal: concentração, liberalidade, interconectividade, conflito e interdependência.

O fator relevância do trabalho e orçamento também não foi adequadamente operacionalizado para medir a caracterização de uma transação baseada no modo de governança contratual.

Ainda na questão de validade, a variável tamanho do contrato em número de páginas, ligada ao constructo complexidade contratual, não se mostrou válida em função da ineficiência em medir esse conceito nas circunstâncias da pesquisa. Esse

constructo é medido apenas pela variável customização do contrato e volume de trabalho legal.

O constructo efetividade, ligado ao desenho da cadeia, igualmente apresentou problemas em função da dificuldade de operacionalizá-lo. Como não foi identificada a disponibilidade de dados sobre a avaliação dos pacientes em relação aos serviços de saúde específicos ao tratamento de diabéticos, e sua implementação extrapola aos propósitos desse trabalho, resta sugerir que outras pesquisas mensurem a efetividade da cadeia de saúde.

A variável proporção de mercado, do constructo magnitude dos principais atores, também não foi possível de obter frente à indisponibilidade de dados. A magnitude foi medida pelas demais variáveis, número de alternativas e sistema de regulação.

A variável de identificação de patentes se mostrou pouco discriminatória, não contribuindo para medir o constructo grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso.

No estudo da cooperação houve problemas na obtenção de dados para os fatores tendência de mercado e tendência da participação das organizações. Os dados coletados foram obtidos por meio das entrevistas, o que não representa necessariamente uma posição real sobre os jogos de mercado existentes.

A variável de concentração da influência do constructo centralização no estudo do controle e poder apresentou problemas na operacionalização, pois o programa de HIV/AIDS é definido nacionalmente pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, espera-se que a forma como foi apresentado e descrito esse trabalho alcancem a confiabilidade esperada que, pela definição de Yin (2001), significa demonstrar que as operações do estudo de caso possam ser repetidas e apresentem os mesmos resultados em futuras pesquisas.

4.6) Confirmação dos pressupostos de pesquisa

Ao longo da revisão teórica deste trabalho foram sendo apresentados pressupostos de pesquisa, sugerindo causalidades na cadeia de saúde em relação aos conceitos levantados. A confirmação ou não deles se dá em função do estágio em que se encontra o desenvolvimento do conceito na unidade de análise, se ainda na fase teórica ou na fase aplicada.

O primeiro pressuposto é sobre a contribuição do desenho da cadeia para os gestores na compreensão de interrelações, fatores limitantes ou incentivadores da cadeia e do papel das organizações. A SACAS estabelece na quarta etapa a identificação de melhorias, quando então gestores de saúde podem propor alterações frente à leitura da cadeia oferecida. Ainda que a aplicação prática não compreenda essa fase, mesmo assim é possível verificar, de forma preliminar, a contribuição do desenho da cadeia.












O segundo e terceiro pressupostos assinalam sobre a presença dos pressupostos da economia do custo das transações e do imbricamento social nas relações econômicas, respectivamente, em algumas das relações organizacionais. Os achados da pesquisa permitem confirmar, mesmo com certas limitações de operacionalização dos constructos, ambos os pressupostos (quadro 30).

O quarto pressuposto afirma que os relacionamentos organizacionais da cadeia de saúde com elevada incerteza estão acompanhados de instrumentos de governança contratual ou mesmo de verticalização. Apesar das dificuldades de operacionalização desse conceito, ainda assim foi possível mensurá-lo, conforme descrição da aplicação prática no capítulo 5.

De todas as relações analisadas, apenas três indicam haver elevada incerteza: Operador X Hospital, Clínica X Hospital e Hospital X Operador. Na visão do Operador, a relação com o Hospital apresenta incertezas, mas a governança predominante é a de mercado. Já a relação da Clínica com o Hospital predomina o modo contratual, confirmando o pressuposto. Na visão do Hospital, a relação com o Operador apresenta incerteza, mas a relação é governada pelos modos contratual e relacional. Desta forma,

o quarto pressuposto não é confirmado na sua totalidade, o que indica a necessidade de outras pesquisas para uma conclusão mais definitiva.

Quadro 30: Fatores e variáveis confirmados após a aplicação da SACAS.

Fatores e variáveis operacionais	Desenho	Governança pelo referencial da Teoria da Estrutura de Imbricamento	Governança pelo referencial da Teoria do Custo das Transações
Elos da cadeia principal e secundária			
Características dos atores da cadeia principal			
Características dos principais atores da cadeia secundária			
Fluxograma operacional			
Magnitude dos principais atores			\$
Importância do recurso			\$
Grau de discernimento sobre a alocação e uso do recurso			\$
Acesso			
Efetividade			
Dependência			\$
Liberalidade			\$
Ativos ou investimentos específicos do relacionamento			\$
Troca de informações		Ⓢ	
Confiança		Ⓢ	
Comprometimento		Ⓢ	
Clientes referidos para outras organizações (variável operacional)			
Clientes referidos de outras organizações (variável operacional)			
Troca de informações sobre clientes comuns (variável operacional)		Ⓢ	
Acordos formais para referência de clientes (variável operacional)			\$
Programas unificados (variável operacional)		Ⓢ	
Presença de contratos regulando o atendimento de saúde (variável operacional)			\$
Presença de sistemas de informação (variável operacional)		Ⓢ	\$
Participação conjunta em comitês (variável operacional)		Ⓢ	
Participação do gestor no Conselho Consultivo (variável operacional)		Ⓢ	
Governança relacional		Ⓢ	
Complexidade contratual			\$
Ativo humano específico		Ⓢ	\$
Longevidade do relacionamento		Ⓢ	
Incerteza da transação		Ⓢ	\$

Legenda:  = desenho; Ⓢ = governança relacional; \$ = governança contratual.

O tema dos pressupostos cinco e seis é a cooperação. O cinco afirma que há pouca cooperação na cadeia produtiva da saúde, tanto entre as organizações da cadeia principal como dessas com a cadeia secundária. O sexto sugere que a maior cooperação entre os elos pode gerar benefícios às organizações pertencentes à cadeia e aos pacientes.

Na realidade, o estudo comprovou que há uma estratégia de cooperação inicial através da combinação de recursos. O sexto pressuposto, assim como o primeiro, ainda está na fase teórica, e embora haja aparentemente benefícios a clínicas, hospitais, laboratórios, consultórios e pacientes, a sua efetiva comprovação se dará em outras pesquisas.

O sétimo pressuposto afirma que na cadeia de saúde coexistem as quatro formas de governança, mas há predomínio de um modo em cada elo, ao mesmo tempo em que se utilizam poucos mecanismos de governança. A aplicação comprovou que os quatro modos de governança estão presentes na cadeia, mas não há predomínio de um deles entre os elos. Por outro lado, as relações entre as organizações apresentaram basicamente sistema de informações, contratos, treinamento e regulações de acesso ao sistema. Esses mecanismos parecem se justificar por uma lógica de controle e não para aprimorar o relacionamento entre os atores. Desta forma, a adoção de tais mecanismos não configura um propósito coerente com um modo de governança.

O oitavo pressuposto, ligado ao estudo de redes sociais, afirma que a cadeia de saúde apresenta-se como uma rede com densidade baixa, presença de cliques, baixa conectividade, inexistência de centralidade por um nó e muitas posições de porteiro. Na prática, verificou-se que a rede existem nós centrais e poucas unidades de saúde ocupam a posição de intermediação; as demais afirmações se confirmaram.

O nono e último pressuposto declara que o poder na cadeia de saúde não está claramente definido e não é plenamente exercido por nenhum dos seus atores. Essa afirmação está parcialmente correta, pois foram encontradas unidades de saúde centrais na rede, mas não há evidências claras quanto ao pleno exercício da liderança.

5) CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Na etapa final desse trabalho resta trazer para discussão algumas conclusões obtidas fruto da experiência prática de implementação da SACAS e transmitir as impressões sobre os próximos prováveis passos para a seqüência de novas pesquisas sobre esse tema.

5.1) *Considerações finais*

A literatura de saúde é enfática na defesa da integração dos serviços para a obtenção de melhores resultados assistenciais, principalmente no atendimento das necessidades dos pacientes. O projeto institucional do Sistema Único de Saúde brasileiro também incorpora esse conceito através da descentralização das ações pelos municípios e, neles, a estruturação de um sistema integrado de unidades de saúde. Dada a importância desse fenômeno é de se perguntar como está acontecendo, quais as características dos relacionamentos organizacionais das organizações de saúde, se esse conjunto de organizações está atendendo as necessidades dos pacientes e se há melhorias a serem feitas? Esses temas acompanham o transcorrer desse trabalho.

A sistemática proposta tenta preencher uma lacuna na identificação de características das relações interorganizacionais na saúde, sob o enfoque de cadeias produtivas. Ao longo deste trabalho foram apresentadas várias publicações que defendem a adoção de sistemas de saúde integrados, devido a sua capacidade de oferecer maior eficiência e qualidade nos serviços.

O perfil epidemiológico das doenças tem mudado com o crescimento de doenças crônicas como a diabete e a HIV/AIDS, que consomem maior quantidade de recursos

dos sistemas. Neste contexto, a desejada integração se justifica e torna-se ainda mais necessária.

Os sistemas locais de saúde deveriam funcionar, em princípio, como uma rede de serviços. Entretanto, pouco se conhece a respeito das interfaces interorganizacionais para se ter uma avaliação sobre a qualidade de tais relacionamentos. Observa-se que o termo rede muitas vezes não passa de uma denominação para um conjunto de unidades de saúde, mas não se observa uma efetiva integração e organicidade.

Como se pode verificar, a partir da aplicação da sistemática, há inúmeras características a serem observadas nas transações, como modos de governança, instrumentos e estratégias de cooperação, assim como a própria estrutura estabelecida a partir dos relacionamentos. A descrição das cadeias de saúde demonstrou, ainda que com limitações, que os sistemas estudados funcionam como redes de serviços muito tênues, sem evidentes ações de parceria e sem marcantes ações de governança.

A adoção de uma abordagem multidisciplinar, com elementos de campos organizacionais, sociológicos e econômicos, leva a captura de distintas características onde um elemento complementa o outro. Se de um lado isso trouxe complexidade ao levantamento, por outro resulta numa análise mais próxima do que realmente acontece, possibilitando melhor entendimento das trocas interorganizacionais.

A implementação da sistemática de análise não pode ser vista como um roteiro rígido e imutável. Ao contrário, ele pode se moldar às circunstâncias do ambiente de análise. O estudo de redes sociais é mais abrangente, permite a leitura de um maior número de organizações, operacionalmente mais rápido de executar e possibilita a identificação dos atores mais importantes na cadeia, dos laços mais fortes entre eles e, também, da ausência ou fraqueza de relacionamentos. Por outro lado, o estudo da governança é mais rico em detalhes sobre o relacionamento, qualificando a proximidade das organizações, os mecanismos presentes nas trocas e o modo de governança. Conforme os objetivos do estudo a ser executado, pode-se realizar o estudo das redes sociais numa etapa anterior à análise da governança para se obter

mais ampla identificação dos relacionamentos presentes na cadeia para, a seguir, aprofundar naqueles laços mais intensos.

Os sistemas de saúde estão entre as mais complexas organizações que a humanidade desenvolveu, conforme afirmação no início desse texto. Essa complexidade se dá por fatores como o tipo de serviço executado, as características das organizações, a exigência tecnológica, as influências sociais e políticas, as delimitações legais e as pressões de ordem econômica. Os gestores dos sistemas e das organizações, mesmo empenhados em buscar maior eficiência, eficácia e efetividade, muitas vezes não identificam os movimentos internos no sistema ou mesmo fora dele, mas que podem afetá-lo.

A SACAS é uma proposta que busca preencher esta lacuna. Primeiro são identificadas as principais necessidades assistenciais dos pacientes e componentes da cadeia de saúde. Essa etapa assinala as prioridades do sistema, as organizações integrantes e os fatores determinantes de mudança para a cadeia. A segunda etapa é a análise das relações organizacionais, que aprofunda como ocorrem as transações, seus mecanismos, modos de governança, nível de cooperação, relações sociais e estrutura de poder. Essa fase oferece subsídios tanto para a organização individual rever sua forma de transacionar com a outra unidade de saúde, como para o gestor do sistema replanejar o desenho, funcionalidades e prioridades do sistema. A terceira etapa de projeção de cenários é uma oportunidade para a cadeia identificar quais são os fatores determinantes na modificação do futuro, sejam eles internos a cadeia ou mesmo externos. A última etapa procura definir melhorias na cadeia de saúde, com base no conjunto de informações levantadas nas etapas anteriores, e podem abranger a priorização de demandas assistenciais não adequadamente atendidas, aprimoramentos na forma de governança do sistema ou de relacionamentos específicos e a preparação de toda a cadeia para um evento ou fator crítico.

Não resta dúvida que a SACAS desempenha-se melhor em ambientes de saúde de doenças crônicas. Entretanto, acredita-se que nos casos de doenças agudas ou surtos seus elementos sejam úteis para observar a prontidão do sistema, antes da eclosão da crise, para verificar a dinâmica de rede no momento da crise, facilitando a

adoção de medidas de ajuste ou para realizar um estudo de caso retrospectivo que aponte lições para novos eventos.

A finalidade principal de um sistema de saúde é oferecer serviços que atendam ou minimizem os problemas de saúde de uma população. As demandas de saúde são variadas e, em função delas, criam-se as especialidades no tratamento ou diagnóstico. As doenças crônicas, como as tratadas pelas cadeias deste estudo, exigem habilidades e funções específicas dos sistemas, como a complementaridade de especialidades, a educação do paciente e o tratamento de longo prazo.

Os sistemas, tanto para atender a pacientes de forma eventual ou cronicamente, precisam ser consistentes, do ponto de vista técnico, e organizacionalmente eficientes. As avaliações de sistemas de saúde geralmente são feitas com base em dados epidemiológicos, na estrutura física e produtiva dos serviços e no volume de recursos envolvidos. Na perspectiva de quem quer acompanhar a evolução geral do sistema e os efeitos na saúde da população, esses indicadores são válidos, entretanto para quem deseja ter a visão de dentro do sistema e, portanto, sobre a consistência e eficiência organizacional é necessário outra leitura.

Este instrumento de análise se propõe a resolver parte desse problema, oferecendo uma alternativa a gestores e tomadores de decisão através de uma abordagem interorganizacional.

Acredita-se que o objetivo principal desse trabalho tenha sido atingido com a proposição de uma sistemática de análise e melhoria de cadeias assistenciais de saúde. Da mesma forma, considera-se atingidos os objetivos secundários de discutir as formas de governança presentes nas cadeias, discutir as formas de avaliação da cooperação nas cadeias de saúde e aplicar a sistemática de análise em duas cadeias de saúde, propondo ações preliminares de melhoria.

5.2) Recomendações para futuras pesquisas

A primeira recomendação é a aplicação total da SACAS, em todas as suas fases e elementos. Como salientado ao longo desse texto, alguns elementos desse

instrumento requerem melhor qualificação das informações hoje disponíveis nos sistemas de saúde, como a definição das necessidades assistenciais populacionais, a determinação da efetividade dos sistemas, as informações de mercado e o controle dos relacionamentos. A total utilização da sistemática proposta pode determinar a criação ou redefinição das políticas organizacionais e governamentais.

Outra recomendação a ser feita é da aplicação da sistemática em outras cadeias de saúde como, por exemplo, de doenças cardíacas, muito prevalentes na comunidade e com grande impacto econômico.

O aprimoramento dos instrumentos empregados na sistemática é outra recomendação importante a ser feita. É possível observar que alguns constructos estão adequadamente formulados para o ambiente de saúde, enquanto que outros ainda precisam ser melhor operacionalizados. Esse trabalho inclusive poderá avançar para a obtenção da validade externa do instrumento, permitindo comparações entre cadeias e, até mesmo, a formulação de proposições teóricas.

O aprimoramento e a consolidação dessa linha de pesquisa abrem caminho para estudos em áreas correlatas do conhecimento, como a pesquisa do comportamento organizacional pela teoria dos jogos, o estudo da confiança e a morfologia de cadeias de saúde.

O ambiente de saúde é fortemente influenciado pelas políticas públicas e movimentos sociais. Desta forma, outra recomendação é justamente incorporar tais elementos, principalmente na cadeia de HIV/AIDS.

A definição de uma sistemática de acompanhamento da cadeia de saúde por meio de indicadores mesoanalíticos é outra opção interessante de pesquisa.

Por fim, o estudo da gestão do conhecimento no âmbito da cadeia de saúde, com base nas interações organizacionais ou nas inovações científicas e tecnológicas, pode trazer importantes contribuições para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Arroyabe, Juan Carlos Fernandez de. Peña, Nieves Arranz. **La Cooperación entre Empresas**. Editorial de la Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing, Madrid, 1999
- Batalha, Mário O. **Gestão Agroindustrial**. São Paulo, Atlas, 1997.
- Barceló, Alberto; Vovides, Yianna. The Pan American Health Organization and World Diabetes Day. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 10, nr. 5, 2001.
- Beije, Paul R. Groeneweyen, John. A Network Analysis of Markets. **Journal of Economic Issues**, Vol. 26, Nr. 1, p. 87-114, March, 1992.
- Björk, Stefan. The cost of diabetes and diabetes care. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Vol. 54, suppl. 1, p. S13-S18, 2001.
- Borgatti, S.P., Everett, M.G. and Freeman, L.C. *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard: Analytic Technologies, 2002.
- Breiger, Ronald L. The Duality of Person and Groups. *Social Forces*, Vol. 53, nr. 2, p. 181-190, 1974.
- Campbell, S.M. Roland, M.O. Buetow, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**, Vol. 51, pág. 1611-1625, 2000
- Casarotto, Nelson. Pires Luis Henrique. **Redes de Pequenas e Médias Empresas e Desenvolvimento Local – estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana**. Editora Atlas, 2ª edição, São Paulo, 2001
- Cheah, Jason. Chronic disease management: a Singapore perspective. **BMJ**, Vol. 323, p. 990-3, 27 October 2001.
- Coase, Ronald H. The Institutional Structure of Production. **The American Economic Review**, vol. 82, Issue 4, p. 713-719, September, 1992
- Coase, Ronald H. La Naturaleza de la Empresa (1937). In: Williamson, Oliver E. & Winter, Sidney G. **La naturaleza de la empresa: orígenes, evolución y desarrollo**. Fondo de Cultura Económica, México, 1996

- Conrad, Douglas A. Coordinating Patient Care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration. **Hospital & Health Care Administration**, Vol 38, Nr. 4, Winter, 1993.
- Conrad, Douglas A. Shortell, Stephen M. Integrated Health Systems: Promise and Performance. **Frontiers of Health Services Management**, vol. 13, issue 1, 1996.
- Dabholkar, Pratibha A. e Neeley, Sabrina M. Managing interdependency: a taxonomy for business-to-business relationships. **Journal of Business & Industrial Marketing**, Vol. 13, Nr. 6, p. 439-460, 1998.
- Dellby, Ulrika. Drastically improving health care with focus on managing the patient with a disease: the macro and micro perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 9, nr. 2, p. 4-8, 1996.
- Delnoij, Diana M.J.; Klazinga, Niek S.; Van Der Velden, Koos. Building integrated health systems in central and eastern Europe. **European Journal of Public Health**, Vol. 13, Nr. 3, p: 240–245, 2003.
- Draibe, S.M. As políticas sociais nos anos 90. In Baumann R. (org.). **Brasil: uma década em transição**. Ed. Campus, São Paulo, 1999.
- Dyer, Jeffrey H. Singh, Harbir. The relational view: cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. **Academy of Management Review**, Vol. 23, No. 4, págs- 660-679, 1998
- Eisenhardt, Kathlenn M. Building Theories from Case Study Research. **Academy of Management Review**, Vol. 14, No. 4, p. 532-550, 1989
- Epping-Jordan, JoAnne; Bengoa, Rafael; Kavar, Rania; Sabaté, Eduardo. The challenge of chronic conditions: WHO responds. **BMJ**, Vol. 323, p. 947-948, Oct 2001.
- Everton, Sean F. **A Guide for the Visually Perplexed: visually representing social networks**. Stanford University, August 2002.
- Ferlie, Ewan. The Creation and Evolution of Quasi Markets in the Public Sector: a problem for Strategic Management. **Strategic Management Journal**, Vol. 13, págs. 79-97, 1992.

- Finkelstein, Sydney. Interindustry merger patterns and resource dependence: a replication and extension of Pfeffer (1972). **Strategic Management Journal**, Vol. 18, p. 787-810, 1997
- Fombrun, Charles J. Strategies for Network Research in Organizations. **Academy of Management Review**, Vol. 7, Issue 2, p. 280-291, 1982
- Fougere, Geoff. Transforming health sectors: new logics of organizing in the New Zealand health system. **Social Science & Medicine**, Vol. 52, p. 1233-1242, 2001
- Friedman, Leonard & Goes, Jim. Why Integrated Health Networks Have Failed. **Frontiers of Health Services Management**, 17:4, 2001
- Fontana, Andrea. Frey, James. The Interview. In: Denzin, Norman K. Lincoln, Yvonna S. **Handbook of Qualitative Research**, second edition, Thousand Oaks, California, Sage, 1065p., 2000
- Gereffi, Gary. Shifting Governance Structures in Global Chains, with Special Reference to the Internet. **American Behavioral Scientist** Sage Publications, 44(10):1616-1637, June 2001.
- Gil, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. Editora Atlas, São Paulo, 4ª Edição, 1995.
- Glouberman, Sholom & Mintzberg, Henry. Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. **Health Care Management Review**, Winter, 2001
- Grandori, Anna & Soda, Giuseppe. Inter-firm Networks: Antecedents, Mechanisms and Forms. **Organizations Studies**. Vol. 16, nº2, pág. 183-214, 1995.
- Grandori Anna & Soda Giuseppe. A network approach to organization design. **Crora-Bocconi**, paper 2004.
- Grandori, Anna. An Organizational Assessment of Interfirm Coordination Modes. **Organizational Studies**, Vol. 18, Issue 6, 1997.
- Groeneweyen, John. Beije, Paul R. The French Communication Industry Defined and Analysed Through The Social Fabric Matrix, The Filière Approach, and Network Analysis. **Journal of Economic Issues**, Vol. 23, Issue 4, December, p. 1059-1074, 1989

- Halfon, Neal; Hochstein, Miles. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy and Research. **The Milbank Quarterly**, Vol. 80, Nr. 3, 2002.
- Hall, Richard H. **Organizações: estrutura e processos**. Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda., Rio de Janeiro – RJ, 1984.
- Harland, Christine M. Lamming, Richard C. Zheng, Jurong. Johnsen, Thomas E. A taxonomy of supply networks. **The Journal of Supply Chain Management**, Vol. 37, nr.4, p. 21- 27, Fall, 2001.
- Healy, Judith; McKee, Martin. Improving performance within the hospital. IN: Mc Kee, Martin; Healy, Judith (ed.). **Hospitals in a changing Europe**, European Observatory on Health Care Systems series, Open University Press, Buckingham, UK, 2002.
- Herzlinger, Regina E. Let's Put Consumers in Charge of Health Care. **Harvard Business Review**, July, 2002
- Humphrey, John & Schmitz, Hubert. Governance and Upgrading: Linking Industrial Cluster and Global Value Chain Research. **IDS Working Paper 120**. University of Sussex, 2000.
- INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm, a new health system for the 21st Century**, National Academy Press, 2001
- Jarillo, J. Carlos. On Strategic Networks. **Strategic Management Journal**, Vol. 9, No. 1, p. 31-41, 1988
- JCAHO. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**. <http://www.jcaho.org>, 2002
- Jones, Candace. Hesterly, William S. Borgatti, Stephen P. A general theory of network governance: exchange conditions and social mechanisms. **The Academy of Management Review**, Vol. 22, Issue 4, October, p. 911-945, 1997.
- Jones, Gareth R. Organization-Client Transactions and Organizational Governance Structures. **Academy of Management Journal**, vol. 30, Issue 2, Jun 1987.
- Joskow, Paul L. La especificidad de los activos y la estructura de las relaciones verticales : pruebas empíricas. In: Williamson, Oliver E. & Winter, Sidney G. **La**

- naturaleza de la empresa: origenes, evolución y desarrollo.** Fondo de Cultura Económica, México, 1996
- Kitahata, Mari M. Tegger, Mary K. Wagner, Edward H. Holmes, King K. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. **BMJ**, Vol. 325, p. 954-957, 26 October, 2002
- Kliemann Neto, Francisco J., Floriot, J., Kopittke, B. **Morphogénèse des Filières: Approche Historique et Dynamique Industrielle: les Cas de la Filières de Santa Catarina (Brésil)** In: Colloque Franco-Britannique, 1985, Rennes, França, 1985.
- Kliemann Neto, Francisco J. **Contribution Méthodologique à la Comprehension de la Dynamique des Filières: Analyse Stratégique de la Filière Bois de Santa Catarina (Brésil).** Institut National Polytechnique, INP, França, 1985
- Kliemann Neto, Francisco J. Análise de cadeias produtivas. Apostila do curso de logística industrial. Porto Alegre: PPGEP/UFRGS, 1997
- Koberg, Christine S. & Ungson, Geraldo R. The effects of environmental uncertainty and dependence on organizational structure and performance: a comparative study. **Journal of Management**, Vol. 13, Issue 4, pp. 725-737, 1987
- Kreiser, Patrick. Marino, Louis. Analysing the historical development of the environmental uncertainty construct. **Management Decision**, vol. 40, issue 9, p. 895-905, 2002
- Kumar, Nirmalya. Stern, Louis W. Anderson, James C. Conducting Interorganizational Research Using Key Informants. **Academy of Management Journal**, Vol. 36, No. 6, p. 1633-1651, December, 1993
- Kwait, Jennafer. Valente, Thomas W. Celentano, David D. Interorganizational Relationships among HIV/AIDS Service Organizations in Baltimore: a network analysis. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Vol. 78, No. 3, p. 468-487, September, 2001.
- Lasker, Roz D. Weiss, Elisa S. Miller, Rebecca. Partnership Synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. **The Milbank Quarterly**, Vol. 79, Issue 2, 2001, p. 179-205

- Lassar, Walfried & Kerr, Jeffrey. Strategy and Control in Supplier-Distributor Relationships: an agency perspective. **Strategic Management Journal**, Vol. 17, 613-632, 1996.
- Levcovitz, E. Transição x consolidação: o dilemma estratégico da construção do SUS — um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde — 1974/1996. Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.
- Light, Donald W. Managed competition, governmentality and institucional response in the United Kingdon. **Social Science & Medicine**, Vol. 52, p. 1167-1181, 2001
- Lockett, Andy & Thompson, Steve. The resource-based view and economics. **Journal of Management**, volume 27, pág. 723-754, 2001
- Madhok, Anoop. Reassessing the fundamentals and beyond: Ronald Coase, the transaction cost and resource-based theories of the firm and the institutional structure of production. **Strategic Management Journal**, Vol. 23, p. 535-550, 2002.
- Malta, Deborah Carvalho; Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira; Merhy, Emerson Elias; Franco, Túlio Batista; Jorge, Alzira de Oliveira; Costa, Mônica Aparecida. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 9, nr. 2, p. 433-444, 2004.
- Marques, Eduardo Cesar. **Estado e Redes Sociais – permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro**. Editora Revan, São Paulo, 2000.
- Milliken, Frances J. Perceiving and interpreting environmental change: an examination of college administrators' interpretation of changing demographics. **Academy of Management Journal**, Vol. 33, Issue 1, pp. 42-63, 1990.
- Milliken, Frances J. Three types of perceived uncertainty about the environment: state, effect, and response uncertainty. **Academy of Management Review**, Vol. 12, Issue 1, pp. 133-143, 1987.
- Milward, H. Brinton; Provan, Keith G. Measuring Network Structure. *Public Administration*, Vol. 76, Summer, p. 387-407, 1998.
- Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Abril a dezembro de 2002, <http://www.aids.gov.br>, acessado em janeiro de 2004

- Misocky, Maria Ceci. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **RAP – Revista de Administração Pública**, Vol. 37, Nr. 2, p. 335-354, Mar/Abr, 2003
- Molina, Javier. Dialogue. **Academy of Management Review**, Vol. 24, No. 2, p. 184-186, 1999
- Monnerat, Gisele Lavinias; Senna, Mônica de Castro Maia; Souza, Rosimary Gonçalves de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 7, Nr. 3, p. 509-521, 2002.
- Morgan, David L. Focus Groups. **Annu. Review Sociology**, Vol. 22, p. 129-152, 1996
- Mowery, David C. Oxley, Joanne E. Silverman, Brian S. Technological overlap and interfirm cooperation: implications for the resource-based view of the firm. **Research Policy**, volume 27, pág. 507-523, 1998.
- Nassimbeni, Guido. Network structures and co-ordination mechanisms: a taxonomy. **International Journal of Operations & Production Management**, Vol. 18, nr. 6, p. 538-, 1998.
- NCQA. **National Committee for Quality Assurance**. <http://www.ncqa.org>, 2002
- Nicholls S. Cullen R. O'Neill S. and Halligan A. Clinical governance: its origins and its foundations. **British Journal of Clinical Governance**, Volume 5 Number 3 pp. 172-178, 2000 .
- Nielsen, Richard P. Cooperative Strategy. **Strategic Management Journal**, Vol. 9, No. 5, p. 475-492, 1988
- O'Brien, F.A. Scenario planning — lessons for practice from teaching and learning. **European Journal of Operational Research**, 152, p. 709-722, 2004
- Oliver, Amalya L. Ebers, Mark. Networking Network Studies: na analysis of conceptual configurations in the study of inter-organizational relationships. **Organization Studies**, Vol. 19, Issue 4, pág. 549-583, 1998.
- Owen-Smith, Jason e Powell, Walter W. Knowledge Network as Channels and Conduits: The Effects of Spillovers in the Boston Biotechnology Community. **Organization Science**, Vol. 15, nr. 1, January-February, p. 5-21, 2004.
- Pearce II, John A.; David, Fred R. A social network approach to organizational design-performance. **Academy of Management Review**, Vol. 8, nr. 3, p. 436-444, 1983.

- Pedrozo, Eugenio A. e Hansen, Peter B. Clusters, Filière, Supply Chain, Redes Flexíveis: Uma Análise Comparativa. **OPINIO – Revista de Ciências Empresariais, Políticas e Sociais – ULBRA**, Vol.6, pg.33-41, Especial Logística, Canoas, RS, jan-jun 2001
- Pfeffer, J. Merger as a response to organizational interdependence. **Administrative Science Quarterly**, Vol. 17, pp. 382-394, 1972
- Pfeffer, Jeffrey & Salancik, Gerald. **The external control of organizations, a resource dependence perspective**. Harper & Row Publishers, New York, N.Y., 1978
- Pires, Márcio de Souza. **Construção do Modelo Endógeno, Sistêmico e Distintivo de Desenvolvimento Regional e a sua Validação Através da Elaboração e da Aplicação de uma Metodologia ao Caso do Mercoeste Florianópolis – SC**. Tese de Doutorado. PPGEP/UFSC, 2001
- Poppo, Laura. Zenger, Todd. Do formal contracts and relational governance function as substitutes or complements? **Strategic Management Journal**, Vol. 23, pp. 707-725, 2002.
- Powell, Walter W. Neither Market nor Hierarchy: network forms of organization. **Research in Organizational Behavior**, Vol. 12, p. 295-336, 1990.
- Powell, Walter W.; White, Douglas R.; Koput, Kenneth W.; Owen-Smith, Jason. Network Dynamics and Field Evolution: The Growth of Interorganizational Collaboration in the Life Sciences. **American Journal of Sociology**, 2004.
- Provan, Keith G. & Milward, H. Brinton. A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: a comparative study of four community mental health systems. **Administrative Science Quarterly**, vol. 40, p. 1-33, 1995.
- Rezende, Conceição Aparecida Pereira; Peixoto, Maria Passos Barcala. Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Brasília, Vol. 7, 2003.
- Ribeiro, José Mendes; Costa, Nilson do Rosário. Consórcios Municipais no SUS. **Texto para Discussão**, IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Nr. 669, Brasília, setembro de 1999.

- Rico, Ana. Saltman, Richard B. Boerma, Wienke G. W. Organizational Restructuring in European Health Systems: The Role of Primary Care. **Social Policy & Administration**, Vol. 37, No. 6, p. 592–608, December, 2003.
- Rosen, Sydney. Simon, Jonathon. Vincent, Jeffrey R. MacLeod, William. Fox, Matthew. Thea, Donald M. AIDS Is Your Business. **Harvard Business Review**, Feb 1, 2003
- Schuster, Mark A. McGlynn, Elizateth A. Phan, Cung B. Spar, Myles D. Brook, Robert H. The Quality of Health Care in United States: A Review of Articles Since 1987. IN: Institute of Medicine. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, 2001.
- Sobrero, Maurizio & Schrader, Stephen. Structuring Inter-firm Relationships: a meta-analytic approach. **Organization Studies**, vol. 19, issue 4, 1998.
- Stiles, Renée A. Mick, Stephen S. Wise, Christopher G. The Logic of Transaction Cost Economics in Health Care Organization Theory. **Health Care Manage Review**, Vol. 26, Issue 2, Spring, 2001, p. 85-92.
- Sutton, Robert I. Staw, Barry M. What theory is not. **Administrative Science Quarterly**, v. 30, n. 3, p. 371-84, Sep. 1995.
- Teixeira, Luciana; Mac Dowell, Maria Cristina; Bugarin, Maurício. Incentivos em Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma abordagem da Teoria de Contratos. **Texto para Discussão**, IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Nr. 894, Brasília, julho de 2002a.
- Teixeira, Luciana; Mac Dowell, Maria Cristina; Bugarin, Maurício. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise à luz da Teoria dos Jogos. **Texto para Discussão**, IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Nr. 893, Brasília, julho de 2002b.
- The Institute for the Future. **Health and Health Care 2010: The Forecast, The Challenge**. Second Edition, Princeton, NJ, January 2003.
- Thompson, Grahame F. **Between Hierachies & Markets, the logic and limits of network forms of organizacion**. Oxford University Press, 2003.

- Toni, Deonir de. O Relacionamento entre a Vinícola Miolo e seus Fornecedores de Uva: Um Estudo Comparativo. **Encontro Anual da ANPAD**, 27º, Atibaia, São Paulo, 2003.
- UNAIDS. Together we can. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), June, 2001.
- Viana, Débora Viana. Cunha, Marcus V. M. Slongo, Luiz Antônio. Medindo o conceito de marketing de relacionamento contexto brasileiro: a validação de uma escala no setor industrial. **Encontro Anual da ANPAD**, 23º, Foz do Iguaçu, 1999.
- Wasserman, Stanley. Faust, Katherine. **Social Network Analysis, methods and applications**. Cambridge University Press, 1994.
- Whetten, David A. What Constitutes a Theoretical Contribution? **Academy of Management Review**, Vol. 14, No. 4, p. 490-495, 1989.
- Wild, Sarah; Roglic, Gojka; Green, Anders; Sicree, Richard; King, Hilary. Global Prevalence of Diabetes – Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, Volume 27, Number 5, May 2004.
- Williams, Paul. The competent boundary spanner. **Public Administration**, Vol. 80, nr. 1, p. 103-124, 2002.
- Williamson, Oliver E. **The Economic Institutions of Capitalism: firms, markets, relational contracting**. The Free Press, United States of America, New York, 1985
- Williamson, Oliver E. Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. **Administrative Science Quarterly**, Vol. 36, p. 269-296, 1991.
- Williamson, Oliver. La lógica de la organización económica. In: Williamson, Oliver E. & Winter, Sidney G. **La naturaleza de la empresa: orígenes, evolución y desarrollo**. Fondo de Cultura Económica, México, 1996.
- Williamson, Oliver E. The Institutions of Governance. **AEA papers and proceedings**, Vol. 88, Issue 2, May, 1998.
- Wilson, Elizabeth J. Vlosky, Richard P. Partnering Relationship Activities: building theory from case study research. **Journal of Business Research**, Vol. 39, , p. 59-70, 1997.

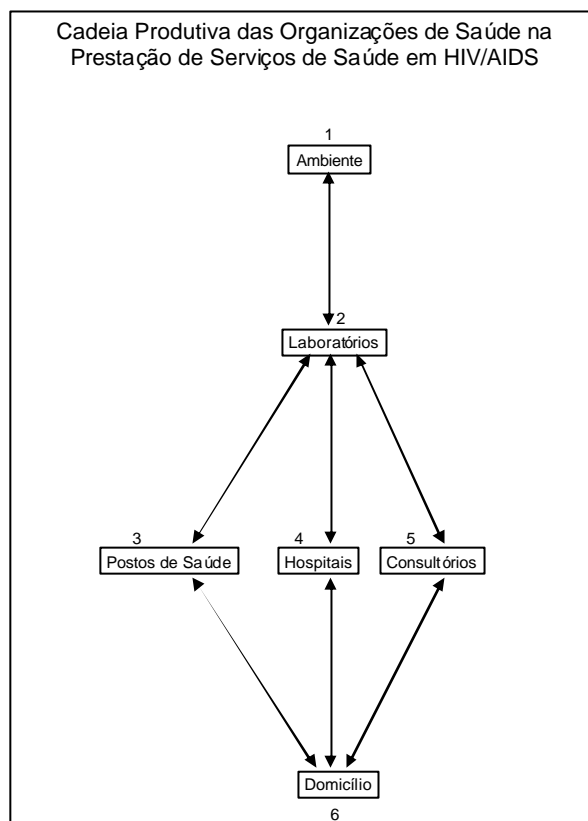
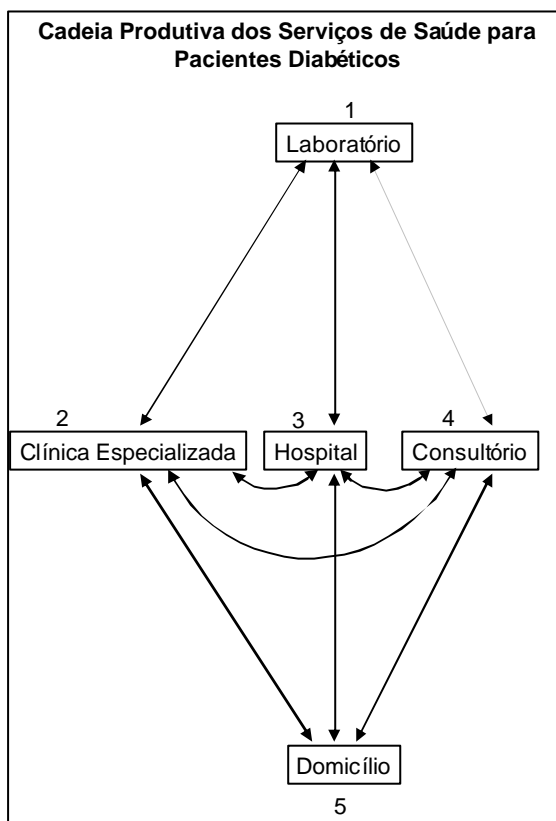
Wright, Wright. Williams, Rhys. Wilkinson, John. The development of health needs assessment. IN: **Health Needs Assessment in practice**, Edited by John Wright, BMJ Books, London, 1998.

Yin, Robert K. **Estudo de Caso, Planejamento e Métodos**. Bookman, 2 ed. 2001.

Zykmund, William G. **Business Research Methods**. Sixth Edition, Harcourt, Orlando, FL, 2000.

ANEXOS

ANEXO I – Desenhos preliminares das cadeias de saúde



ANEXO II – Carta aos profissionais ou representantes da Cadeia de Saúde

Prezado Sr.(a) [Nome]

O Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção (PPGEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está desenvolvendo uma pesquisa, através de um projeto de doutorado, para aprimorar o gerenciamento da saúde utilizando os conceitos de interorganizações. Através do estabelecimento de estratégias e de mecanismos de coordenação e integração acredita-se que se possa atender melhor as necessidades assistenciais dos pacientes e melhorar o desempenho organizacional.

Dessa forma, estamos realizando um estudo para propor o gerenciamento da prestação de serviços de saúde para (*pessoas vivendo com HIV e AIDS / pacientes diabéticos*) considerando as estratégias de integração e coordenação entre as organizações da cadeia produtiva de saúde. Trata-se de um projeto de pesquisa, submetido à Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O estudo tem os seguintes objetivos:

- Propor uma sistemática de análise de cadeias produtivas assistenciais de saúde.
- Discutir as formas de governança presentes nas cadeias assistenciais em saúde;
- Avaliar as estratégias de cooperação presentes nas cadeias assistenciais em saúde;
- Aplicar a sistemática de análise na cadeia produtiva assistencial de saúde para serviços a pacientes com HIV/AIDS e diabete, desenhando as principais relações e identificando se as capacidades da cadeia atendem às necessidades assistenciais;
- Avaliar se a conjugação das metodologias de análise de cadeias e cenários reforçam-se mutuamente, de forma que se possam identificar as estratégias de melhoria da cadeia.

Nós gostaríamos de convidá-lo a participar deste estudo. O estudo está previsto para começar em outubro de 2004. Se o Sr(a). concordar em integrar esta pesquisa participará de encontros que serão gravados para posterior análise para fins da pesquisa. Se o Sr(a) não estiver de acordo ou necessitar maiores esclarecimentos, por favor contatar o Professor Francisco Kliemann, professor da UFRGS e orientador deste projeto através do telefone (51) 9915-7186.

Agradecemos a sua colaboração e pedimos desculpas por qualquer inconveniente que isto possa causar. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos. Esperamos estar contribuindo para melhorar a gestão de saúde e poder atender melhor as necessidades assistenciais dos pacientes.

Atenciosamente,

Prof. Francisco José Kliemann Neto.

ANEXO III – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia principal.

Questionário N°: _____ Elo da Cadeia : _____ Data: ___/___/___

Nome da organização: _____

I – Informações gerais

- 1.1) Quais são os principais serviços?
- 1.2) Quais são os principais problemas na prestação de serviços de saúde?
- 1.3) Quais desses problemas estão relacionados com integração entre os serviços de saúde ou com os fornecedores?
- 1.4) Quais as perspectivas de inovação e qualificação na sua Unidade?

II – Desenho

Preparação: identificação dos elos (conforme diagrama do anexo 1) com maior intensidade de trocas e de uma empresa representante para cada elo:

Descrição do Elo	Organização
Elo "A"	
Elo "B"	
Elo "C"	
Elo "D"	
Elo "E"	
Elo "F"	

- 2.1) Em que medida se conhece o recurso e/ou o trabalho fornecido pelos elos acima?
- 2.2) Quais são as informações disponíveis sobre o recurso e/ou o trabalho fornecido pelos mesmos segmentos do item anterior?
- 2.3) Que informações são trocadas entre as unidades de saúde sobre clientes comuns?
- 2.4) Em que situações houve colaboração com outra organização da cadeia e como ela surgiu?
- 2.5) Ambos parceiros compartilham objetivos e planos de longo e curto prazo? Poderia nos dar alguns exemplos.
- 2.6) Poderia nos dar exemplos onde é marcante o cumprimento das obrigações dessa organização (ex. compromissos assumidos, combinações, etc.).

2.7) Considerando novamente as organizações de cada elo, o contrato formal, onde existir, é altamente customizado e requer considerável trabalho legal?

2.8) Em que grau os indivíduos precisam adquirir informação específica da outra organização para desempenharem o atendimento de saúde?

2.9) Em que grau esse atendimento de saúde é adaptado em função da outra organização?

2.10) Quais foram as ações de treinamento voltadas à preparação da execução das operações diárias com a outra organização?

2.11) Que investimentos foram realizados para a execução das operações diárias ou periódicas com a outra organização?

2.12) Há quanto tempo a organização vem trabalhando com este(a) fornecedor (organização)/cliente?

2.13) Com que frequência a unidade de saúde transaciona com as organizações da cadeia?

III - Competências e habilidades

3.1) Há patentes registradas de processos, serviços ou produtos desenvolvidos / (processos desenvolvidos) por sua Unidade (ou no Sistema Local)? Quais?

3.2) Como se estabelecem novas unidades de saúde para atendimentos de pacientes diabéticos em Porto Alegre? O que delimita seu funcionamento?

3.3) Essa unidade de saúde estabelece regras de acesso aos serviços para atendimento de diabete para o sistema local?

3.4) Qual é a influência da Unidade de Saúde na alocação de recursos (financeiros, estrutura de atendimento, serviços de saúde) do sistema?

3.5) Qual é a disponibilidade dos serviços relacionados abaixo:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

IV - Ambiente

- 4.1) Qual a melhor definição para a evolução do mercado:
- Mercado ou produção declinante.
 - Mercado ou produção madura e estável.
 - Mercado ou produção em crescimento.
- 4.2) Em relação à participação das organizações, qual das afirmações mais se aproxima da realidade:
- Manutenção da atual participação ou produção de mercado para uma organização e declinante para outra(s).
 - Participação ou produção de mercado crescente para uma organização e declinante para outra(s).
 - Participação ou produção de mercado crescente para as organizações.
 - Tendência de crescimento na participação ou produção de mercado para as organizações.
- 4.3) Há iniciativas junto a outras unidades de saúde, com vistas a economia de escala, por exemplo para a redução da duplicação de ações de saúde ou de redundância de ações?
- 4.4) Há combinação de recursos de forma complementar, isto é, uma organização executa um certo número de atividades, enquanto outra complementa com outras atividades?
- 4.5) Há disputas entre unidades de saúde? Como elas ocorrem?
- 4.6) Qual a tendência dessas disputas nos últimos anos?
- 4.7) Existem atualmente, ou poderá haver no futuro, situações específicas de cooperação entre as unidades de saúde?
- 4.8) Qual o grau de facilidade para medir a performance coletiva para os indivíduos que desempenham a função de atendimento de saúde para os pacientes?
- 4.9) Que avaliações dos pacientes se têm disponíveis? Como os pacientes avaliam o serviço disponibilizado?
- 4.10) Com que frequência as unidades de saúde atendem aos pacientes?
- 4.11) Quanto tempo, em média, leva o atendimento ao paciente? E por quanto tempo leva para restabelecer a condição de saúde do paciente?
- 4.12) Qual das afirmações abaixo mais se aproxima da natureza do trabalho do profissional de saúde quando atendendo ao paciente?
- Muito padronizado, não variando muito de paciente a paciente;
 - Cada paciente tem necessidades diferentes e o trabalho é diferente para cada paciente.

4.13) Quando o paciente observa o profissional de saúde, ele pode facilmente dizer como eles fazem o trabalho?

4.14) É difícil para o paciente estimar o tempo e os recursos necessários à prestação do serviço?

4.15) O paciente sempre pode dizer se recebe bom serviço?

4.16) O paciente deve assumir que ele está recebendo boa qualidade do serviço porque não há maneira dele poder mensurá-la?

Pesquisa sobre a definição de uma sistemática de análise das cadeias de saúde.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está recebendo um questionário de avaliação dos relacionamentos da sua organização com outras, de acordo com a definição prévia feita na fase anterior da pesquisa. Solicito que responda, seguindo a escala abaixo descrita, para cada elo. Qualquer dúvida pode ser esclarecida com o Otávio Bittencourt no telefone 2101-8623.

Escala de respostas:

1- Discordo totalmente	2- Discordo parcialmente	3- Discordo fracamente	4- Concordo parcialmente	5- Concordo totalmente
------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------

Questões	Elo "A"	Elo "B"	Elo "C"	Elo "D"	Elo "E"	Elo "F"
1) Nós nos sentimos dependentes desse fornecedor/cliente.						
2) Este(a) fornecedor (organização)/cliente é estrategicamente importante para nossa organização.						
3) Seria difícil para nossa empresa ser eficiente e alcançar bons resultados sem este(a) fornecedor (organização)/cliente.						
4) Seria difícil para este(a) fornecedor (organização)/cliente substituir a eficiência e os bons resultados gerados pela nossa empresa.						
5) Acreditamos que temos uma parceria equilibrada com este(a) fornecedor (organização)/cliente.						
6) Há muitos(as) fornecedores (organizações) alternativos(as) para os produtos ou serviços que nós compramos deste fornecedor/organização. / Há muitos clientes alternativos para os produtos ou serviços que nós ofertamos para esse cliente.						
7) O melhor substituto para este(a) fornecedor (organização)/cliente teria o mesmo valor para nossa empresa.						
8) Comparado com outros(as) fornecedores (organizações)/clientes, nosso relacionamento com esse(a) fornecedor (organização)/cliente é melhor.						
9) Há muitos(as) fornecedores (organizações)/clientes alternativos(as) que têm o mesmo valor para nossa empresa.						

10) Seria um transtorno para as operações de nossa empresa encerrar o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente.					
11) O investimento que nós temos feito para implementar uma parceria com este(a) fornecedor (organização)/cliente é significativo.					
12) Nosso esforço total de mudança para um(a) fornecedor (organização)/cliente alternativo(a) seria muito grande.					
13) Os investimentos para desenvolver um relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente são facilmente transferíveis para outros processos ou operações em nossa empresa.					
14) Os mecanismos que nós estabelecemos para esse relacionamento tornariam difícil encerrar o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente.					
15) A comunicação com esse(a) fornecedor (organização)/cliente é intensa.					
16) Nossa organização troca mais informações com este fornecedor (organização)/cliente do que com outras organizações.					
17) Nossa organização compartilha informações com este(a) fornecedor (organização)/cliente as quais não seriam compartilhadas com outro(a) fornecedor (organização)/cliente.					
18) Sentimos que este(a) fornecedor(organização)/cliente se preocupa com os nossos interesses.					
19) As transações com este(a) fornecedor (organização)/cliente não precisam ser supervisionadas detalhadamente.					
20) Nós estamos certos de que este(a) fornecedor (organização)/cliente respeita a confidencialidade das informações repassadas por nós.					
21) Temos plena confiança na veracidade das informações que recebemos deste(a) fornecedor (organização)/cliente.					
22) Este(a) fornecedor (organização)/cliente retém para si (omite) importantes informações.					

23) Nós aceitaríamos produtos ou serviços deste(a) fornecedor (organização)/cliente sem conferir a precisão das quantidades ou informações fornecidas.					
24) Este(a) fornecedor (organização)/cliente tem merecido nossa confiança.					
25) Esperamos que o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente continue por um longo tempo.					
26) Esperamos que o relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente se fortifique ao longo do tempo.					
27) Esperamos aumentar as compras/trocas junto a este(a) fornecedor (organização)/cliente no futuro.					
28) Estamos dispostos a alocar um considerável esforço e investimento no fortalecimento do relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente.					
29) Temos nos empenhado muito no relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente.					
30) Estamos comprometidos com este(a) fornecedor (organização)/cliente.					
31) O relacionamento com este(a) fornecedor (organização)/cliente poderia ser descrito como sendo uma parceria.					

Dados a serem coletados em contatos com a organização e na documentação fornecida por ela:

- Número de clientes referidos para outras organizações (mensal);
- Número de clientes referidos de outras organizações (mensal);
- Identificação de acordos formais para referência de clientes;
- Identificação de programas unificados.
- Presença de contratos regulando o atendimento de saúde;
- Presença de sistemas de informação com o gestor público ou privado de saúde;
- Identificação onde há participação conjunta em comitês dos gestores (participação de dirigentes de outras organizações na Unidade);
- Participação do gestor do sistema de saúde no Conselho Consultivo ou na direção da organização;
- Tamanho do contrato em número de páginas, com as organizações em análise;
- Percentual anual do valor das operações com cada elo selecionado para análise;
- Experiência, medida por tempo em anos, do principal executivo na gestão de saúde;
- Horário de atendimento
- Tipo de unidade de saúde
- Tipos de serviços ofertados
- Capacidade operacional
- Número de funcionários
- Equipamentos de diagnóstico ou tratamento de alta tecnologia
- Orçamento anual
- Anos de existência
- Instituição controladora
- Localização geográfica e dados para contato

Endereço: _____

Estado: ____ CEP _____ Telefone: _____ Fax: _____

Email: _____

ANEXO IV – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia secundária.

Questionário N°: _____ Elo da Cadeia : _____ Data: ___/___/___

Nome da organização: _____

I – Informações gerais

- 1.5) Quais são os principais serviços?
- 1.6) Quais são os principais problemas no fornecimento de produtos e serviços às organizações de prestação de serviços de saúde?
- 1.7) Quais desses problemas estão relacionados com integração entre os serviços de saúde e seus fornecedores?
- 1.8) Quais as perspectivas de inovação e qualificação na sua empresa?

II – Desenho

Preparação: identificação dos elos das unidades de saúde aos quais a organização mantém maior intensidade de trocas, escolhendo uma unidade representativa para cada elo:

Descrição do Elo	Organização
Elo "A"	
Elo "B"	
Elo "C"	
Elo "D"	

- 2.1) Em que medida se conhece o recurso e/ou o trabalho fornecido pelas organizações?
- 2.2) Quais são as informações disponíveis sobre o recurso e/ou o trabalho fornecido pelas mesmas organizações do item anterior?
- 2.3) Que informações são trocadas com as unidades de saúde?
- 2.4) Em que situações houve colaboração com outra organização e como ela surgiu?
- 2.5) Ambos parceiros compartilham objetivos e planos de longo e curto prazo? Poderia nos dar alguns exemplos.
- 2.6) Poderia nos dar exemplos onde é marcante o cumprimento das obrigações dessa organização (ex. compromissos assumidos, combinações, etc.)?

2.7) Considerando novamente as organizações de cada elo, o contrato formal, onde existir, é altamente customizado e requer considerável trabalho legal?

2.8) Em que grau os indivíduos precisam adquirir informação específica da outra organização para o estabelecimento da transação?

2.9) Em que grau a transação é adaptada em função da outra organização?

2.10) Quais foram as ações de treinamento como preparação para a execução das operações diárias com a outra organização?

2.11) Que investimentos foram realizados para a execução das operações diárias ou periódicas com a outra organização?

2.12) Há quanto tempo a organização vem trabalhando com esta organização/cliente?

2.13) Com que frequência a empresa realiza transações com as unidades de saúde?

III - Competências e habilidades

3.1) Há patentes registradas de processos, serviços ou produtos? Quais?

3.2) Como se estabelecem novos produtos ou serviços para pacientes com diabetes em Porto Alegre? O que delimita seu fornecimento?

3.3) Essa organização estabelece regras de acesso a algum produto para diabéticos para o sistema local?

3.4) Qual é a influência da organização na alocação de recursos (financeiros, produtos, serviços) no sistema?

IV - Ambiente

4.1) Qual a melhor definição para a evolução do mercado:

- a) Mercado ou produção declinante.
- b) Mercado ou produção madura e estável.
- c) Mercado ou produção em crescimento.

4.2) Em relação à participação das empresas, qual das afirmações mais se aproxima da realidade:

- a) Manutenção da atual participação ou produção de mercado para uma organização e declinante para outra(s).
- b) Participação ou produção de mercado crescente para uma organização e declinante para outra(s).
- c) Participação ou produção de mercado crescente para as organizações.

- d) Tendência de crescimento na participação ou produção de mercado para ambas organizações.
- 4.3) Há iniciativas junto a outras empresas do setor, com vistas a economia de escala, por exemplo para a redução da duplicação de ações ou de redundância de ações?
- 4.4) Há combinação de recursos de forma complementar, isto é, uma organização executa um certo número de atividades, enquanto outra complementa com outras atividades?
- 4.5) Há disputas entre empresas do segmento? Como elas ocorrem?
- 4.6) Qual a tendência dessas disputas nos últimos anos?
- 4.7) Existem atualmente, ou poderá haver no futuro, situações específicas de cooperação entre as empresas do segmento?
- 4.8) Qual o grau de facilidade para medir a performance coletiva para os indivíduos que desempenham a função de prestar atendimento às unidades de saúde?
- 4.9) Quanto tempo, em média, leva para finalizar a venda de um produto ou serviço, desde o pedido até a entrega?
- 4.10) Qual das afirmações abaixo mais se aproxima da natureza do trabalho dos profissionais que realizam o atendimento às unidades de saúde?
- Muito padronizado, não variando muito de organização para organização;
 - Cada unidade de saúde tem necessidades diferentes e o trabalho é diferente para cada uma.
- 4.11) A empresa pode facilmente dizer como as unidades de saúde executam o trabalho?
- 4.12) É difícil para a empresa estimar o tempo e os recursos necessários à prestação do serviço de saúde?
- 4.13) As unidades de saúde sempre podem dizer que recebem bom produto/serviço.
- 4.14) As unidades de saúde devem assumir que estão recebendo boa qualidade de produto/serviço porque não há maneira delas poder mensurá-lo.

Pesquisa sobre a definição de uma sistemática de análise das cadeias de saúde.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está recebendo um questionário de avaliação dos relacionamentos da sua organização com outras, de acordo com a definição prévia feita na fase anterior da pesquisa. Solicito que responda, seguindo a escala abaixo descrita, para cada elo. Qualquer dúvida pode ser esclarecida com o Otávio Bittencourt no telefone 2101-8623.

Escala de respostas:

1- Discordo totalmente	2- Discordo parcialmente	3- Discordo fracamente	4- Concordo parcialmente	5- Concordo totalmente
------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------

Questões	Elo "A"	Elo "B"	Elo "C"	Elo "D"	Elo "E"	Elo "F"
1) Nós nos sentimos dependentes desse cliente.						
2) Esta organização/cliente é estrategicamente importante para nossa organização.						
3) Seria difícil para nossa empresa ser eficiente e alcançar bons resultados sem esta organização/cliente.						
4) Seria difícil para esta organização/cliente substituir a eficiência e os bons resultados gerados pela nossa empresa.						
5) Acreditamos que temos uma parceria equilibrada com esta organização/cliente.						
6) Há muitos clientes alternativos para os produtos ou serviços que nós ofertamos para esse cliente.						
7) O melhor substituto para esta organização/cliente teria o mesmo valor para nossa empresa.						
8) Comparado com outras organizações/clientes, nosso relacionamento com essa organização/cliente é melhor.						
9) Há muitas organizações/clientes alternativas que têm o mesmo valor para nossa empresa.						

10) Seria um transtorno para as operações de nossa empresa encerrar o relacionamento com esta organização/cliente.						
11) O investimento que nós temos feito para implementar uma parceria com esta organização/cliente é significativo.						
12) Nosso custo total de mudança para uma organização/cliente alternativa seria muito grande.						
13) Os investimentos para desenvolver um relacionamento com esta organização/cliente são facilmente transferíveis para outros processos ou operações em nossa empresa.						
14) Os mecanismos que nós estabelecemos para esse relacionamento tornariam difícil encerrar o relacionamento com esta organização/cliente.						
15) A comunicação com essa organização/cliente é intensa.						
16) Nossa organização troca mais informações com esta organização/cliente do que com outras organizações.						
17) Nossa organização compartilha informações com esta organização/cliente as quais não seriam compartilhadas com outra organização/cliente.						
18) Sentimos que esta organização/cliente se preocupa com os nossos interesses.						
19) As transações com esta organização/cliente não precisam ser supervisionadas detalhadamente.						
20) Nós estamos certos de que esta organização/cliente respeita a confidencialidade das informações repassadas por nós.						
21) Temos plena confiança na veracidade das informações que recebemos desta organização/cliente.						
22) Esta organização/cliente retém para si (omite) importantes informações.						

23) Nós aceitaríamos produtos ou serviços desta organização/cliente sem conferir a precisão das quantidades ou informações fornecidas.						
24) Esta organização/cliente tem merecido nossa confiança.						
25) Esperamos que o relacionamento com esta organização/cliente continue por um longo tempo.						
26) Esperamos que o relacionamento com esta organização/cliente se fortifique ao longo do tempo.						
27) Esperamos aumentar as compras/trocas junto a esta organização/cliente no futuro.						
28) Estamos dispostos a alocar um considerável esforço e investimento no fortalecimento do relacionamento com esta organização/cliente.						
29) Temos nos empenhado muito no relacionamento com esta organização/cliente.						
30) Estamos comprometidos com esta organização/cliente.						
31) O relacionamento com esta organização/cliente poderia ser descrito como sendo uma parceria.						

Dados a serem coletados em contatos com a organização e na documentação fornecida por ela:

- Tamanho do contrato com as unidades de saúde, em número de páginas.
- Percentual anual e valor das operações com cada segmento de unidade de saúde.
- Experiência, medida por tempo em anos, do principal executivo na gestão do negócio saúde.
- Tipo de organização
- Tipos de produtos e serviços ofertados
- Capacidade operacional
- Número de funcionários
- Anos de Existência
- Instituição controladora
- Localização geográfica e dados para contato
 - Endereço: _____
 - Estado: ____ CEP _____ Telefone: _____ Fax: _____
 - Email: _____

ANEXO V – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Paciente

Projeto: Sistemática de Análise Interorganizacional da Cadeia Produtiva Assistencial de Saúde — pacientes com diabetes.

Nós gostaríamos de convidá-lo para participar de estudo científico, que coletará e analisará informações sobre os problemas vivenciados pelos pacientes diabéticos no atendimento de suas necessidades assistenciais pelos serviços de saúde. Como o Sr.(a) apresenta essa condição, estamos lhe convidando para participar do estudo. Esta pesquisa está sendo promovida pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como projeto de doutorado. A cidade de Porto Alegre conta com serviços especializados, no entanto este estudo pretende identificar o grau de integração dos prestadores de serviços de saúde para que se possam buscar melhorias no atendimento aos pacientes e na gestão das empresas.

Se o Sr(a). concordar em integrar esta pesquisa participará de encontros que serão gravados para posterior análise para fins da pesquisa. Está previsto ocorrer entrevistas individuais e encontros em grupo com duração aproximada de cinco horas cada, onde participarão também representantes de hospitais, gestores de sistema de saúde público e privado, fornecedores, laboratórios, médicos especialistas e professores especialistas.

A primeira entrevista individual está prevista ocorrer em outubro de 2004 e as sessões em grupo ocorrerão em novembro de 2004.

Toda a informação será empregada para os fins específicos desta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados sem que o nome dos participantes apareça.

A sua participação neste estudo não acarreta nenhum risco adicional ou dano à saúde e não lhe trará nenhum custo. O Sr(a). tem o direito de recusar em participar e sua decisão não prejudicará o seu atendimento nos serviços de saúde.

Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Qualquer esclarecimento adicional pode ser obtido junto ao pesquisador através do telefone 2101-8623.

Otávio Bittencourt
Pesquisador.

ANEXO VI – Roteiro de entrevista junto ao paciente para reconhecimento da cadeia produtiva.

- 1) Quando você suspeitou que estava doente, qual foi o serviço de saúde que procurou?
- 2) A partir daí, quais os serviços de saúde que vêm lhe atendendo?
- 3) Quais são suas necessidades de saúde?
- 4) Você acha que conseguiria ser atendido em todas as suas necessidades de saúde num único local?
- 5) Descreva um atendimento de rotina, nos locais onde você já foi atendido, considerando:
 - Motivo do atendimento;
 - Relate brevemente o atendimento;
 - Informações para cadastro solicitadas;
 - Houve exames solicitados? Onde eles foram realizados?
 - Você foi encaminhado para outra unidade de saúde? Havia algum documento de encaminhamento?
 - Com que frequência você faz esse atendimento?
 - Quanto tempo levou o atendimento?
- 6) Agora descreva um evento fora da rotina, considerando aspectos como:
 - Motivo do atendimento;
 - Relate brevemente o atendimento;
 - As razões da escolha daquele serviço em particular.
 - Informações para cadastro solicitadas;
 - Houve exames solicitados? Onde eles foram realizados?
 - Você foi encaminhado para outra unidade de saúde? Havia algum documento de encaminhamento?
 - Com que frequência ocorrem eventos fora da rotina de assistência?
 - Quanto tempo levou o atendimento?
- 7) Quais problemas você considera haver no atendimento em Porto Alegre (aos *pacientes vivendo com HIV/AIDS / aos pacientes diabéticos*)?
- 8) Há algum documento, disponibilizado pelos serviços de saúde, sobre informações do seu tratamento.
- 9) Qual das afirmações abaixo mais se aproxima da natureza do trabalho do profissional de saúde quando atendendo um paciente?
 - Muito padronizado, não variando muito de paciente a paciente;
 - Cada paciente tem necessidades diferentes e o trabalho é diferente para cada paciente.
- 10) Quando você observa o profissional de saúde, pode facilmente dizer como eles fazem o trabalho.
- 11) É difícil para você estimar o tempo e os recursos necessários à prestação do serviço?
- 12) O paciente sempre pode dizer se recebe bom serviço?

- 13) O paciente deve assumir que ele está recebendo boa qualidade do serviço porque não há maneira dele poder mensurá-la.
- 14) Você observa iniciativa junto a outras unidades de saúde, com vistas a economia de escala, por exemplo para a redução da duplicação de ações de saúde ou de redundância de ações?
- 15) Você observa combinação de recursos de forma complementar, isto é, uma organização executa um certo número de atividades, enquanto outra complementa com outras atividades?
- 16) Você observa disputas ou conflitos entre unidades de saúde? Como elas ocorrem?
- 17) Qual a tendência dessas disputas ou conflitos nos últimos tempos?
- 18) Você observa atualmente situações específicas de cooperação entre as unidades de saúde?
- 19) Você participa de grupos de pacientes ou algum programa especial para sua doença? Quem os promove?

ANEXO VII – Roteiro de entrevista em profundidade para os atores da cadeia de serviços para pacientes vivendo com HIV/AIDS.

Questionário N°: _____ Elo da Cadeia : _____ Data: ___/___/___

Nome da organização: _____

I – Relacionamentos entre as organizações

Tipos de relacionamento	Descrição
a) Referência de envio	pacientes enviados a outras unidades da rede
b) Referência de recebimento	pacientes recebidos de outras unidades da rede
c) Coordenação de caso	Compartilhamento de dados e condutas a respeito de um caso específico
d) Programas conjuntos	esforços formais em torno de programas desenvolvidos conjuntamente com outra unidade da rede
e) Consultorias	serviços prestados a outras unidades da rede na base de contratos ou acordos formais

Identifique quais organizações são mantidos relacionamentos, em seus respectivos tipos:

	Ref. de envio	Ref. de receb.	Coorden. de Caso	Programas	Consultorias
Unidade “a”					
Unidade “b”					
Unidade “c”					
Unidade “d”					
..... Unidade “..”					

II – Identificação do grau de influência

A partir da lista de organizações que compõe a rede de serviços para atendimentos a pacientes vivendo com HIV/AIDS, identifique as organizações mais influentes nas decisões internas de sua Unidade, no que diz respeito ao atendimento desse tipo de paciente.

Unidade	Prioridade

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENGENHARIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA
PRODUÇÃO**

Otávio Neves da Silva Bittencourt

**SISTEMÁTICA DE ANÁLISE DA CADEIA
ASSISTENCIAL DE SAÚDE (SACAS) — O CASO DAS
CADEIAS DA DIABETE E DO HIV/AIDS.**

**Porto Alegre
2005**