

ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR SOB O RECORTE DE REDES: ESTUDO DE CASO EM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Erica Aparecida Araujo (USP/EESC)

ericaap.araujo@gmail.com

Adriana Cristina de Araujo (USP/EESC)

adrianaharaujo@gmail.com

Marcel Andreotti Musetti (USP/EESC)

musetti@sc.usp.br



As organizações hospitalares possuem ambientes complexos e instáveis, de intensos fluxos de materiais, informações e pessoas, onde a atividade principal é proporcionar plena saúde ao ser humano. Possui várias carências de cunho administrativo, infra-estrutura, suprimentos, maior qualidade dos serviços de saúde etc. Sabendo-se, com base na literatura, que redes interorganizacionais com foco em objetivos comuns podem gerar benefícios, quanto à divisão de custos, riscos, troca de know-how entre outros. Apresenta-se o objetivo do estudo de caracterizar uma organização hospitalar sob o recorte de redes. Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativo-exploratória, com estratégia na revisão de literatura, estudo de caso em hospital filantrópico no interior de São Paulo, e técnicas de coleta de dados em entrevista semi-estruturada e pesquisa documental. Os resultados permitiram inferir a caracterização da rede, quanto aspectos morfológicos, tipologia e se há hierarquia de competências. Além de considerar a necessidade de maior estreitamento dos relacionamentos interorganizacionais, visando objetivos comuns de agregação de valor e benefícios entre todos os membros da rede, em prol a saúde da população.

Palavras-chaves: Redes interorganizacionais, relacionamentos, organização hospitalar

1. Introdução

Os hospitais são fundamentais à comunidade, com grande importância e participação na vida das pessoas (BARBIERI; MACHLINE, 2006; LIMA GONÇALVES, 1998; MIRANDA *et al.*, 2007). Assumem uma relevante posição no mercado devido à sua função econômica, social (SICSÚ *et al.*, 2006), e por possuírem uma grande parcela de responsabilidade nos custos e na qualidade de todo o sistema de saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

A gestão dessas organizações possui caráter de complexidade ímpar e poucos processos industriais são tão complicados quanto os hospitalares, além de comportarem um alto risco inerente à atividade (LIMA GONÇALVES, 2002; 2009; PORTER; TEISBERG, 2007), lidam com uma população heterogênea (LONDOÑO, 2003), sendo ambientes complexos e instáveis, de intensos fluxos de materiais, informações, profissionais com alta qualificação e usuários, onde foco principal é proporcionar plena saúde as pessoas (ARAÚJO, 2010). Compreende uma intrincada sequência de transações ou relacionamentos entre pacientes, prestadores de serviços, organizações ligadas à saúde (equipamentos médicos, unidades de nível primário, secundário, terciário, laboratórios etc.) e de apoio, como de suprimentos de alimentação, materiais de escritório, limpeza e higiene (STILES *et al.*, 2001).

Apesar de haver grandes investimentos nessas organizações em pesquisas, desenvolvimento em saúde, em todo o setor acadêmico de “ciências da vida” (SICSÚ *et al.*, 2006), possuem várias carências, principalmente no setor público, de: um serviço com maior valor agregado ao usuário, gestão administrativa racional e melhoria nos aspectos técnicos do serviço (PORTER; TEISBERG, 2007); conhecimento sobre as especificidades de seus processos, do planejamento e controle de seus custos totais (MIRANDA *et al.*, 2007); indicadores de desempenho, principalmente, para os serviços administrativos da área de saúde, sendo difícil avaliar internamente os resultados obtidos (MALIK; TELES, 2001); uma infra-estrutura de suprimentos adequada, pois a falta de materiais e medicamentos é uma constante na atualidade dos hospitais (BARBUSCIA, 2009); maior qualidade dos serviços de saúde prestados, tanto no âmbito nacional quanto internacional (LIMA GONÇALVES, 2002; PORTER; TEISBERG, 2007; SZWARCOWALD *et al.*, 2005) entre outros.

Os gestores das organizações hospitalares têm de buscar alternativas que extrapolem os limites dos modelos tradicionais de gestão; há necessidade de uma reforma administrativa quanto à forma de operacionalizar processos, buscar parcerias, agregar valor a serviços/produtos, gerir relacionamentos, recursos e informações, adequando a demanda dos usuários à nova realidade do ambiente, e de uma gerência profissionalizada com autonomia, agilidade na obtenção de informações e flexibilidade na tomada de decisão (COHN; ELIAS, 2005; PORTER; TEISBERG, 2007).

Langabeer II (2007) observa que, adquirir a sofisticação da gestão das operações e tecnologias inerentes a grandes corporações empresariais é ponto fundamental para as organizações de saúde minimizar insatisfações, principalmente quanto a custos e qualidade, contudo são as áreas mais negligenciadas.

Nesse contexto, um dos temas que está a sobressair na dinâmica da gestão empresarial, sendo crescente o número de organizações independente dos setores (industriais, serviços e ensino/pesquisas), são as redes de colaboração (BELL *et al.*, 2006; CAMARINHA-MATOS;

AFSARMANESH, 2008). Que consistem em duas ou múltiplas organizações ligadas por laços multilaterais, para facilitar a realização de objetivos comuns (PROVAN *et al.*, 2007).

Camarinha-Matos e Abreu (2007) argumentam que o desenvolvimento dessas redes de colaboração é devido gerarem benefícios aos membros de forma a facilitar sua sobrevivência em cenários socioeconômicos complexos e turbulentos, do que isoladamente. Provan *et al.* (2007) acrescentam que, quando algum governo, comunidade, fundações ou grupos industriais regionais pensarem em como podem melhorar sua economia, sua competitividade, prontidão a desastres, “saúde” e o bem estar dos cidadãos entre outros benefícios, a colaboração ou os esforços coletivos comuns, unindo competências de várias organizações por meio de uma rede interorganizacional, será de grande valia e eficácia a ser utilizado.

Desse modo, justifica-se investir em pesquisas empíricas visando ampliar conhecimento sobre a caracterização de redes interorganizacionais no setor hospitalar, dado seu grau de relevância para a sociedade e problemática que está ao seu envolvimento. Assim, apresenta-se o objetivo do estudo de caracterizar uma organização hospitalar sob o recorte de redes interorganizacionais.

Para tanto, aborda-se nas próximas seções uma breve revisão de literatura, método de pesquisa, estudo de caso e as considerações finais.

2. Redes interorganizacionais

Redes interorganizacionais embora seja um fenômeno, geralmente, compreendido como parte da vida de uma organização, muitas vezes não se tem claro o uso do termo, sendo também utilizadas outras nomenclaturas como parcerias, alianças estratégicas, consórcios, *joint ventures*, relacionamentos interorganizacionais, arranjos cooperativos, dinâmica de colaboração entre outros. Apesar das diferenças, as definições referem-se a assuntos de interesse comum, incluindo a interação social, relacionamentos, conexões, colaboração, ação coletiva, confiança e cooperação (PROVAN *et al.*, 2007). Por isso, no trabalho, para padronização, o termo a ser utilizado será redes interorganizacionais.

As redes interorganizacionais podem ser consideradas como relacionamentos entre duas ou mais empresas, para desenvolvimento ou execução de objetivos comuns, sendo uma das alternativas de organizar a operação de bens e serviços, na busca de criação de valor e de vantagens competitivas perante o mercado. Os membros possuem substancial autonomia do funcionamento da rede, e podem ser ligados por variados tipos de conexões e de fluxos, como informações, materiais, financeiros, serviços e suporte social. Cada organização tem seu perfil e competências, podendo ser responsável por um ou mais processos e colaborar com o fornecimento de produtos tangíveis e intangíveis (AMATO NETO, 2005; CROPPER *et al.*, 2008; PLISSON *et al.*, 2007; PROVAN *et al.*, 2007).

Esses relacionamentos interorganizacionais são complexos, surgem em variadas formas, com diferentes domínios de aplicação, com ou sem fins lucrativos e consistem de muitas facetas, necessitando da contribuição de múltiplas áreas do saber, para adequada compreensão (CAMARINHA-MATOS; AFSARMANESH, 2007; PLISSON *et al.*, 2007).

Existem diversos estudos para caracterização das redes interorganizacionais, quanto a sua morfologia, tipologia, identificação de hierarquia de competências, perspectivas teóricas de análise e o contexto em que estão inseridas. Mas, no trabalho serão abordados os aspectos de morfologia para a coordenação das transações de recursos e processos da rede (BRITTO, 2002); tipologia, que são relevantes para compreender e caracterizar os tipos de relações entre as organizações e os mecanismos utilizados (AMATO NETO, 2005); e a identificação de

hierarquia de competências, que complementa o desenvolvimento do planejamento estratégico e fornece uma ferramenta conceitual, para obter melhores desempenhos e sinergias entre os membros da rede (JAVIDAN, 1998).

Segundo Britto (2002), há quatro elementos morfológicos que constituem a estrutura das redes: nós – refere-se às empresas como unidades básicas de análise e as atividades como pontos focais do arranjo; posições – são as localizações dos nós na estrutura, a divisão do trabalho dos diferentes membros; ligações – determinam o grau dos relacionamentos organizacionais, produtivos e tecnológicos entre os atores da rede; e fluxos – tangíveis e intangíveis que permeiam a rede.

No Quadro 1, apresenta-se a tipologia de redes, suas características e descrição do conceito.

Tipologia de redes	Características e descrição do conceito	Autores
Mecanismo de coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • grau de formalização – a rede é regida por contratos formais, podendo ser burocrática, quando possui contratos para fornecimento de produtos e serviços, e proprietária, por possuir contratos de propriedade, além dos acordos informais que são característicos de redes sociais, baseadas em relações interpessoais; e • grau de centralização – a rede é diferenciada como simétrica, há equidade entre os membros, e assimétrica, quando existe uma empresa que centraliza as relações, ou seja, detém a governança. 	Grandori; Soda (1995)
Direção de colaboração	<ul style="list-style-type: none"> • vertical – pelos atores da rede se complementarem e pertencerem a diferentes atividades da cadeia de suprimento; e • horizontal – quando as relações interorganizacionais são entre empresas similares no mesmo setor de atuação. 	Amato Neto (2005); Roper; Crone (2003)
Flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • estática – por ter amplitude local, tenderem a manter os seus parceiros e possuírem estabilidade nas relações com demandas para mercados tradicionais; ou • flexíveis – pelos membros da rede ser trocados em função da alta flutuação da demanda e basear-se em competências essenciais. 	Belussi; Arcageli (1998)
Fronteiras	<ul style="list-style-type: none"> • modular – quando a estrutura da organização mantém as atividades essenciais da cadeia de valor e terceiriza as atividades de apoio, mas continua a exercer o controle; • virtual – quando as redes de fornecedores, clientes e concorrentes, se ligam temporariamente para maximizar suas competências, compartilhar custos, riscos, ônus com pesquisas e facilitar o acesso a mercados; • livre de barreiras – refere-se a definições menos rígidas de funções, papéis e tarefas dos membros da rede. 	Wood Jr.; Zuffo (1998)

Quadro 1: Caracterização da tipologia de redes

Fonte: Elaborado pelos autores

A hierarquia de competências permite identificar os recursos, capacidades, competências e competências essenciais de cada membro da rede, e uma análise detalhada pode levar a uma melhor compreensão e adequação entre forças internas e oportunidades externas. Pois, uma vez que sabe os pontos fortes de cada ator fica fácil planejar e distribuir as atividades na rede,

de forma que gerem vantagens competitivas e agregação de valor ao produto e serviço (JAVIDAN, 1998).

Javidan (1998) mostra a hierarquia de competências em quatro níveis: primeiro são os recursos (físicos, humanos e organizacionais), que são a base a serem identificados ou as entradas para a organização da cadeia de valor. Cada empresa tem um conjunto de recursos, mas nem todas conseguem colocar seus recursos em melhor uso; segundo são as capacidades, referem-se a quem está habilitado ou sabe explorar esses recursos, em outras palavras, consistem em uma série de processos e rotinas que busca gerenciar a interação entre os seus recursos; terceiro as competências, a organização utiliza bem a capacidade e os recursos; e quarto são as competências essenciais, que podem ser compreendidas como aquilo que uma organização possui de diferente e melhor dos concorrentes, ao qual os mesmos reconhecem como sendo melhor no mercado.

Para aplicar essa visão de hierarquia de competências deve haver compreensão geral e acordo sobre a definição dos conceitos, o processo deve ser sistemático e parte integrante do planejamento estratégico da rede. Outro ponto importante diz respeito à participação das pessoas da equipe de dentro de cada organização e dos membros da equipe da rede. Os gestores de várias partes e níveis da corporação e da rede devem participar do processo de exercício de identificação das competências. A participação de pessoas chave melhora a qualidade da informação e a discussão, além de melhorar a comunicação e aprendizagem, facilitando a execução dos planos estratégicos (JAVIDAN, 1998).

Waarden (1992), destaca sete dimensões (Quadro 2) para auxiliar na caracterização e análise das redes.

Dimensões	Descrição
Número e tipo de ator	Importantes para os atributos quantitativos e qualitativos da rede, envolve aspectos como necessidades, interesses, capacidade, recursos e desempenho.
Estratégia dos atores	Os membros desenvolvem estratégias em relação aos outros atores da rede, para satisfazer suas necessidades, objetivos e para lidar com a interdependência.
Regras de conduta	São distinguidas pelas convenções ou regras que conduzem as trocas.
Institucionalização	São as características estruturais da rede e sua estabilidade.
Relações de poder	Refere ao grau de centralização, à distribuição de recursos e necessidades entre os integrantes da rede e pelas estruturas organizacionais de cada empresa.
Função da rede	Representa uma ligação entre a estrutura e o ator da rede, depende das interações, necessidades, recursos e estratégias dos membros envolvidos.
Estrutura da rede	Compreende variáveis como tamanho da rede, limites (restrita ou acessível), estrutura das ligações (caótica ou ordenada), intensidade (frequência e duração da interação), densa ou múltipla, simetria ou reciprocidade da inter-relação, grau de centralização, delegação, tipo de coordenação e natureza das relações (conflitiva ou colaborativa).

Quadro 2: Sete dimensões para análise das redes

Fonte: Adaptado de Waarden (1992)

Todeva e Knoke (2005) expõem que uma decisão para formação de uma rede interorganizacional não deve ser uma ação responsiva, mas é fundamental que seja uma

intenção estratégica, que vise melhorar no futuro alguma circunstância para cada membro. Sendo que a eficácia da rede está relacionada a ganhos tangíveis e intangíveis para todos os envolvidos, conseguindo desenvolver valor e obter bons resultados, quando os membros têm incentivos para permanecer com o relacionamento, além de seus próprios (PROVAN *et al.*, 2007).

3. Método de pesquisa

Na Figura 1 estão em destaque os componentes que caracterizam o método de pesquisa que foi adotado para o desenvolvimento do trabalho, tais como: a abordagem de pesquisa – qualitativa; o caráter que a pesquisa se reveste – exploratório; e a estratégia de pesquisa – bibliográfica e estudo de caso (BELL, 2008; BERTO; NAKANO, 2000; GIL, 2007; MIGUEL, 2007; MIGUEL *et al.*, 2010).

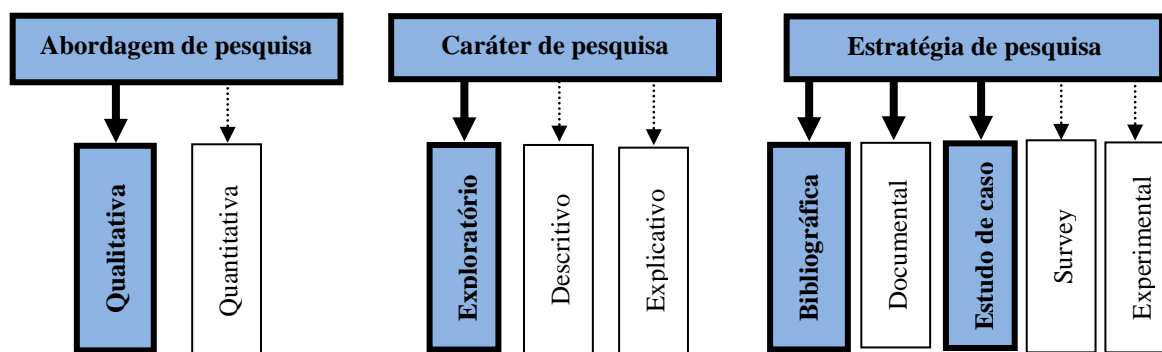


Figura 1: Caracterização do método de pesquisa adotado
Fonte: Desenvolvido com base nos autores supracitados

As técnicas utilizadas para coleta de dados, informações e evidências foram pesquisa documental e entrevista semi-estruturada, com os responsáveis das áreas de logística, compras, ensino e pesquisa, e assessoria administrativa. Sendo tratados por análise de conteúdo e inferências da interpretação dos fenômenos observados e descritos pelos entrevistados. A seleção do caso foi com base em o hospital ser referência regional no interior do estado de São Paulo em média e alta complexidade, integrado ao sistema de saúde pública e privado. Além de estar pleiteando tornar-se hospital universitário e de ensino, da facilidade de acesso, contato e prontidão de toda a equipe, para auxiliar no desenvolvimento de novos estudos na área.

Vale salientar que a pesquisa abordou as operações hospitalares ou os relacionamentos interorganizacionais de primeiro nível da camada de suprimentos/serviços hospitalar, visando os fornecedores de materiais, prestadores de serviços e recursos financeiros, desconsiderando o fluxo de pacientes, devido à complexidade, o grande número de relações existentes nesse tipo de instituição e as limitações de acesso.

4. Estudo de caso

4.1 Dados e informações coletadas

A Organização Hospitalar Filantrópica – OHF (atualmente representada por Hospital Central, Hospital Especializado I e II), foi fundada em 1897, possui 306 leitos, 31 especialidades clínica, 3.500 funcionários (entre as áreas clínica e administrativa); e realiza mensalmente 16.400 atendimentos, 1.740 internações, 500 cirurgias, 50.000 exames laboratoriais, 5.630

quimioterapia/radioterapia, 2.600 diálises, 120.000 refeições entre outras atividades e exames, prestando serviço a 22 municípios da sua região com população estimada de 700 mil habitantes. Sendo que 72% dos atendimentos são custeados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e 28% por convênio e particulares.

Com base nas sete dimensões para auxiliar na análise das redes, estruturou-se o Quadro 3, que apresenta compilado os principais tipos de organizações e instituições que são membros da rede, a quantidade existente de fornecedores para determinado recurso, a formalização ou não desses relacionamentos, frequência de interação ou contato, se há limites ou exigências para um membro participar da rede, regras que conduz as trocas, e os tipos de ativos (tangíveis e intangíveis) transferidos entre os integrantes.

Na primeira coluna do Quadro 3, aborda-se os tipos de organizações ou instituições que mantém relacionamentos com a OHF, sendo importante destacar que para cada tipo de recurso ou materiais fornecido ao hospital, esses possuem vários itens que se dividem em subitens. Estima-se que há uma movimentação de materiais na ordem de cinco mil itens, tendo um valor em estoque de aproximadamente R\$ 1,4 milhão (almoxarifado e farmácia).

	Tipos de organizações ou instituições	Nº de organizações ou instituições	Relacionamento Formal ou Informal	Frequencia da interação	Limites da rede e regras de co
Fornecedores	Alimentício	Atacadistas – 01 Distribuidores – 10 Produtores – 04	Todos informais (cotação com no mínimo 03 – repasse ou registro de preço).	Pedido mensal; Entrega semanal.	Padronização – Nutricionista; Regras - MCOH; Compras da Organização Hospitalar (MCOH) disponível Site OH.
	Dietsa interais (via venosa ou sonda)	Distribuidores – 05 Fabricantes – 03	Idem.	Pedido mensal; Entrega semanal.	Padronização – Nutricionista e Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH); Regras - MCOH.
	Materiais de limpeza e higiene	Atacadistas – 02 Distribuidores – 08 Fabricantes – 03	Idem.	Pedido mensal; Entrega mensal.	Padronização – CCIH; Regras – MCOH.
	Materiais de escritório	Distribuidores – 06	Informal (cotação com no mínimo 03 – repasse ou registro de preço).	Pedido mensal; Entrega mensal.	Padronização – Descrição do item; Regras - MCOH.
	Equipamentos médico hospitalar	Fabricantes – 06	Formal (contrato); Licitação.	Conforme a necessidade.	Padronização – Descrição do item e conf. técnica realizada pela área requerente; Regras - MCOH e edital publicado no Diário Oficial.
	Equipamentos de laboratório	Fabricantes – 05	Formal (contrato - comodato); Licitação.	Conforme a necessidade; Contrato renovado anualmente, com análise do índice de preço Tabela SUS.	Padronização – Descrição do item e conf. técnica realizada pela área requerente; Regras - MCOH e edital publicado no Diário Oficial.
	Equipamentos eletrônicos (fax, telefone, computador etc.)	Distribuidores – 08	Informal (cotação com no mínimo 03 – repasse ou registro de preço)	Conforme a necessidade.	Padronização – Descrição do item pela área requerente e ou TI, seguindo padrão hosp - MCOH.
	Materiais de laboratório (insumos)	Distribuidores – 15	Idem.	Pedido mensal; Entrega mensal.	Padronização – Descrição do item pela área requerente e aprovação pelo CCIH; Regras - MCOH.
	Materiais médicos (luvas, seringas, compressas, faixas, agulhas etc.)	Distribuidores – 30 Fabricantes – 05	Todos informais (cotação com no mínimo 03 – repasse ou registro de preço).	Pedido mensal; Entrega mensal.	Padronização – Descrição do item pela área requerente e aprovação pelo CCIH; Regras - MCOH.
	Instrumentos cirúrgicos	Distribuidores – 05 Fabricantes – 05	Idem.	Conforme a necessidade.	Idem.
	Medicamentos	Distribuidores – 20 Farmácias – 04 (caso de urgência) Laboratórios – 05	Todos informais (cotação com no mínimo 03 – repasse ou registro de preço).	Pedido mensal; Entrega mensal.	Padronização – Descrição do item pela área requerente/farmácia e aprovação pelo CCIH; Regras - MCOH; Análise do índice de preço, Tabela SUS.
Prestadores de Serviços <i>Softwares de Gestão</i>	Empresa – 02	Formal.	Semanal – GMP; Mensal – GRH .	Padronização – Descrição do sistema pelo requerente e aprovação pela Superintendência; Regras - MCOH.	
Outras	Instituições governamentais	Esfera Municipal – 01 Esfera Estadual – 01 Esfera Federal – 01	Formal (Convênios).	Pode variar de mensal, bimestral, semestral e anual.	Nenhuma, desde que utilize as verbas par especificado.
	Instituições de ensino	Técnico – 04 Superior – 04	Formal (contratos de 01 a 05 anos).	Semanal - coordenação da instituição; Diário a semanal – alunos.	Normas estabelecidas pela área de Ensino e Comitê de Ética do OH.
	Outras	Associações – 02	Informal.	Mensal	Que tenha uma conduta ética, solidária e desrespeite os direitos dos pacientes/cidadãos.

Quadro 3: Descrição dos tipos de organizações e relacionamentos da OHF

Fonte: Elaborado pelos autores

Referente à coluna de número (quantidade) de organizações foi considerado os fornecedores para cada recurso/materiais, ou seja, um atacadista ou distribuidor pode fornecer mais de um item, aparecendo mais de uma vez. Assim, o número total de fornecedores são 115, dividindo-se em: 04 produtores rurais; 02 atacadistas; 73 distribuidores; 27 fabricantes; 04 farmácias; e 05 laboratórios. Já referente aos prestadores de serviços são duas empresas de *softwares*, que fornecem atualizações para os sistemas: uma especializada na Gestão de Materiais e Pacientes (GMP) de toda OHF; e outra na Gestão de Recursos Humanos (GRH) – funcionários da área clínica e administrativa. As outras instituições somam-se em 13, classificadas no estudo como sendo 03 na esfera governamental (municipal, estadual e federal), 08 instituições de ensino (04 técnicas e 04 superiores) e 02 associações (empresas e voluntários).

Segundo a área de compras da OHF, o número de fornecedores chegava a mais de 500. Esse número restringiu-se a 115, devido o alto déficit com os fornecedores, quase R\$ 2,1 milhões por mês, chegando a atrasar os pagamentos de 60 a 90 dias. Assim, um fornecedor novo que não está acostumado com o “sistema”, vende somente a primeira vez a prazo e depois quer pagamento à vista para entregar nova mercadoria. Ressalta que os fornecedores que permanecem são os que possuem confiança na OHF e que acompanham a sua evolução desde a crise que passaram há sete anos, e vem enfrentando na busca de melhores condições financeiras.

A maioria dos relacionamentos entre a OHF e os fornecedores são informais, as demais instituições (governamental e de ensino) e prestadores de serviços (empresas de *software* de gestão) são realizados por convênios e contratos determinados. As frequências de interações variam entre semanal (fornecedores alimentícios, atualização do *software* GMP etc.), mensais (materiais de limpeza e higiene, escritório, insumos de laboratório, materiais médicos, medicamentos etc.), e conforme as necessidades para instrumentos cirúrgicos, equipamentos médicos hospitalares, laboratoriais e eletrônicos, além de bimestral ou semestral para as instituições governamentais.

Para os fornecedores de suprimentos participarem da rede interorganizacional da OHF, exigem-se seguir algumas normas de padronização realizadas pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Ética, nutricionistas, áreas específicas que requerem os materiais, regras de conduta disponibilizadas no site da instituição no Manual de Compras da Organização Hospitalar (MCOH) ou editais detalhados publicados no Diário Oficial. Os tipos de ativos trocados, normalmente, entre a OHF e os fornecedores são recursos financeiros perante recursos físicos. Já as instituições governamentais oferecem recursos financeiros em prol do bem estar e saúde a sociedade prestada pela OHF, e com as instituições de ensino há transferência de habilidades e *know-how*.

Vale destacar que normalmente os hospitais, principalmente privados ou de grande porte, tendem a terceirizarem ou contratarem prestadores de serviços para as áreas de limpeza e higiene, lavanderia, segurança e portaria, oficinas (gráfica, tapeçaria, serralheria etc.), cooperativas médicas entre outras, mas na OHF esses serviços são próprios, não existindo atualmente nenhuma atividade ou processo terceirizado.

As tecnologias de informação e comunicação utilizadas pela OHF para interagir com os fornecedores, prestadores de serviço e outras instituições são por meio de telefone, fax, e-mail e pessoalmente nos casos de licitações e das instituições de ensino, ou devido alguma eventualidade.

4.2 Análise de dados e resultados

Com base nos quatro elementos morfológicos (nós, posições, ligações e fluxos) que constituem a estrutura das redes, buscou-se representar na Figura 2, de forma macro a configuração dos relacionamentos interorganizacionais da OHF.

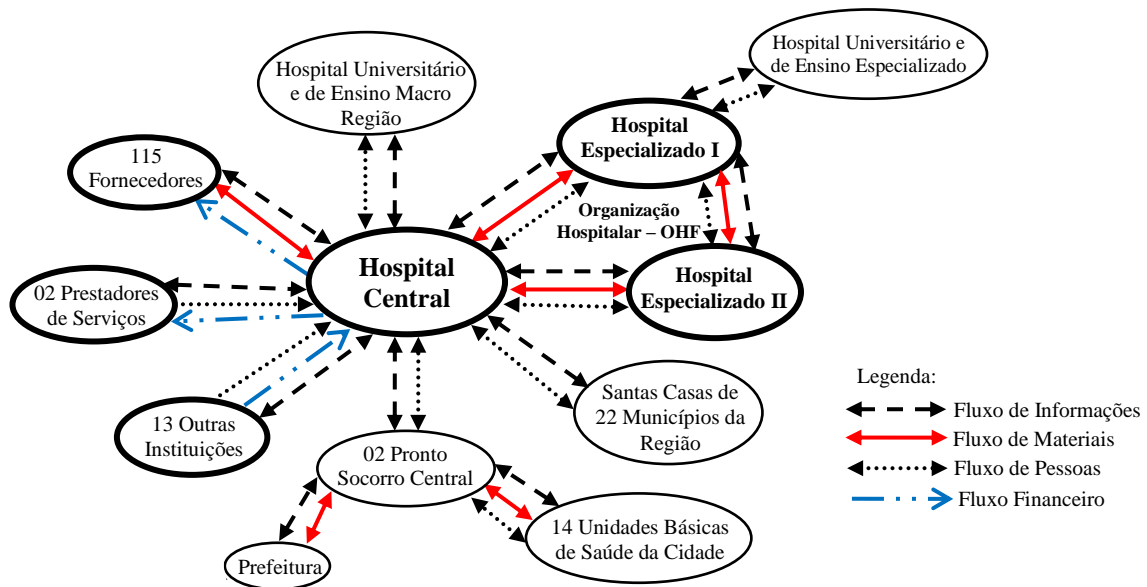


Figura 2: Mapa macro dos relacionamentos interorganizacionais da OHF
Fonte: Elaborado pelos autores

Percebe-se que esta em destaque na Figura 1, os três hospitais (Central, Especializado I e II) que formam a OHF, além dos 115 fornecedores, 02 prestadores de serviços e 13 outras instituições, aos quais serão analisados em maiores detalhes suas características da rede. Quanto aos fluxos observa-se que, há uma troca constante de informações, materiais e pessoas entre o Hospital Central, Especializado I e II. Os fornecedores mantêm relação direta de venda e compra (fluxos de materiais, informações e financeiro) somente com o Hospital Central, que é o responsável em realizar a distribuição de materiais aos Hospitais Especializado I e II. Os prestadores de serviços e demais instituições também submetem a troca de informações, pessoas e financeiro ao Hospital Central, que repassa aos outros Hospitais (Especializado I e II).

No Quadro 4, aborda-se a tipologia da rede da OHF para caracterizar os tipos de relações que possui com outras organizações.

Tipologia de redes	Característica da OHF
Mecanismo de coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • grau de formalização – rede social por manter em grande parte acordos informais com fornecedores e uma minoria de contratos formais (rede burocrática) como por exemplo: fornecedores de equipamentos médico hospitalar e de laboratório – isso porque é necessário realizar licitações e prestar contas das verbas públicas liberadas especificamente para compra do equipamento; com duas empresas prestadoras de serviços em <i>softwares</i> para atualizações dos sistemas de gestão – contrato fechado há anos em decorrência de realizações de licitações para aquisição dos <i>softwares</i>, sendo renovado nos prazos determinados sob análise do índice de preço do mercado; as instituições de ensino, para que fiquem estabelecido as normas de conduta ética, atividades permitidas, número e nome de alunos, profissionais/professores que estarão circulando na OHF; e como é de praxe nas organizações de saúde, principalmente públicas e filantrópicas, manter convênios com instituições governamentais para recebimento de verbas públicas, para posteriores prestações de contas ao governo e sociedade; • grau de centralização – assimétrica, pois quem controla as relações e dita às regras com os fornecedores, prestadores de serviços e instituições de ensino, é a OHF. Apesar de sofrer influência das instituições governamentais, quanto à normatização do sistema de saúde (legislação e agentes de regulação), à maneira de estruturar seu trabalho, despende e disponibilizar seus recursos a comunidade, e atualmente possui certa dependência financeira; a OHF busca constantemente angariar recursos para obter independência financeira, além de coordenar a maior parte das relações com as demais organizações.
Direção de colaboração	<ul style="list-style-type: none"> • Vertical – os membros se complementam e pertencem a diferentes atividades da cadeia de suprimento, tais como: em uma extremidade (<i>input</i>) encontram-se os fornecedores de medicamentos, alimentícios, médico hospitalar entre outros; no meio (processamento) a organização hospitalar prestando serviços em saúde; na outra extremidade sendo parte do processamento e <i>output</i> de resultados (produto/serviço final) estão os pacientes ou a comunidade.
Flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • estática – por ter amplitude local ou da micro região que a circunda, propicia a manter os mesmos parceiros (a quase sete anos mantêm os 115 fornecedores) e possuir estabilidade nas relações de mercado.
Fronteiras	<ul style="list-style-type: none"> • livre de barreiras – porque não se tem uma hierarquia e um compromisso rígido a serem cumpridos pelos membros da rede. Há um ciclo de revezamento de compras da OHF com os 115 fornecedores, mas não existem especificações claras de quando e quem vai executar as tarefas.

Quadro 4: Caracterização da tipologia de redes da OHF

Fonte: Elaborado pelos autores

Referente à hierarquia de competências não verificou uma preocupação declarada ou sistemática, quanto à identificação interna na OHF das prioridades e determinações de seus recursos, capacidades, competências e competências essenciais. Sabem que o objetivo principal é o atendimento ao paciente, mas se perdem ou canalizam energias com atividades de apoio, que ainda não estão a desenvolver de forma holística e sinérgica. Consequentemente, também não há uma identificação de hierarquia de competências dos membros que formam a rede interorganizacional da OHF e análise dos desempenhos totais dos mesmos, quanto à precisão e confiabilidade de entrega, flexibilidade, agilidade, qualidade entre outros.

5. Considerações finais

O objetivo do estudo de caracterizar uma organização hospitalar sob o recorte de redes foi atingido através da caracterização da rede da OHF, quanto aspectos morfológicos, tipologia – rede social (minoria relações burocráticas), assimétrica, com direção vertical, flexibilidade estática e livre de barreiras. Além de verificar que não há identificação de hierarquia de competências, internamente na OHF e nem com os membros da rede.

Os resultados permitem sugerir a OHF, que estreite seus relacionamentos interorganizacionais, visando objetivos comuns de agregação de valor e benefícios aos membros envolvidos, além de desenvolver sistemáticas para identificação da hierarquia de competências interna (organização) e externa (membros da rede). Pois, se focar na sua função principal (atendimento a saúde com foco nas especialidades principais) e transferir suas atividades de apoio (administrativas, logística, atendimentos médicos e laboratoriais de menor complexidade) ou que possuem menor domínio, para quem é especialista na área, que tenha maior capacidade e competência para executar e uma divisão clara das funções, principalmente entre as unidades básicas de saúde da cidade e as Santas Casas dos municípios da sua região (prepará-las e estruturá-las para isso), há a probabilidade de conseguir melhores resultados, tanto financeiros quanto na qualidade do trabalho. Estudos apresentam que, normalmente, hospitais de grande porte estão a utilizar da terceirização e colaboração como forma de otimizar o atendimento a saúde. Perceberam que desenvolver o trabalho em parcerias, facilita a obter melhores desempenhos do que sozinhos.

O estudo abordou que relacionamentos interorganizacionais, visando objetivos comuns, conseguem resultados efetivos aos membros integrantes, dotando-os de maior valor agregado aos produtos/serviços oferecidos aos clientes, flexibilidade frente aos desafios de mercado, divisão de custos, riscos, pesquisas entre outros benefícios. No entanto, leva-se tempo para uma rede tornar eficaz, tendo que superar dificuldades e restrições culturais, confiança, barreiras de troca de *know-how* e partilha de objetivos comuns. A rede da saúde é ainda mais complexa, por envolver diversos setores, fluxos e particularidades, com perspectivas e interesses divergentes, necessitando de maior atenção e estudos quanto aspectos internos e externos, para sua compreensão e alinhamento entre os atores.

Apesar da maioria dos estudos sobre redes já tratar da sua caracterização ou estarem concentrados na sua compreensão e nos seus benefícios, focam em setores automobilísticos, construção civil, dinâmica de inovação, pesquisa e desenvolvimento de produtos e processos industriais. Assim, o trabalho vem a contribuir em fazer um recorte sob a perspectiva do setor hospitalar, que é carente de pesquisas empíricas na área administrativa. O artigo possibilita uma discussão inicial a ser aprofundada em pesquisas futuras, investindo em estudos qualitativos e quantitativos nas várias camadas da cadeia de suprimentos e relacionamentos do setor hospitalar, para melhor compreensão e aproveitamento de oportunidades de seu ambiente organizacional, em prol a saúde e bem-estar da sociedade.

Referências

AMATO NETO, J.(Org.). *Redes entre organizações: domínio do conhecimento e da eficácia operacional*. São Paulo: Atlas, 2005.

ARAÚJO, E. A. *Estrutura organizacional e atividades logísticas: um estudo de caso em hospital universitário e de ensino público*.189p. Dissertação (Mestrado)–Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo–EESC/USP, São Carlos, 2010.

BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. *Logística hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARBUSCIA, C. S. *Gestão de suprimentos na administração hospitalar pública*. In: LIMA GONÇALVES, E. et al. *Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva. Cap.9,p.196-224,2009.

- BELL, J.** *Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais*. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BELL, J. et al.** *Dynamics of cooperation: at the brink of irrelevance*. Journal of Management Studies, v.43, n.7, p.1607-1619, November, 2006.
- BELUSSI, F.; ARCANGELI, F.** *A typology of networks: flexible and evolutionary firms*. Research Policy, n.27, p.415-428, 1998.
- BERTO, R.M.V.S.; NAKANO, D.N.A.** *Produção científica nos anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção: um levantamento de métodos e tipos de pesquisa*. Produção, São Paulo, v.9, n.2, p.65-76, 2000.
- BRITTO, J.** *Cooperação interindustrial e redes de empresas*. In: HASENCLEVER, L.; KUPFER, D. *Economia industrial*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2002.
- CAMARINHA-MATOS, L.M.; ABREU, A.** *Performance indicators for collaborative networks based on collaboration benefits*. Production Planning & Control, v.18, n.7, p.592-609, October, 2007.
- CAMARINHA-MATOS, L.M.; AFSARMANESH, H.** *A comprehensive modeling framework for collaborative networked organizations*. J. Intell. Manuf., v.18, p.529-542, July, 2007.
- CAMARINHA-MATOS, L.M.; AFSARMANESH, H.** *On reference models for collaborative networked organizations*. International Journal of Production Research, v.46, n.9, p.2453-2469, May, 2008.
- COHN, A.; ELIAS, P.E.M.** *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. 6ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2005.
- CROPPER, S. et al.** *Introducing inter-organizational relations*. In: _____ (Eds.). *The Oxford handbook of inter-organizational relations*. New York: Oxford University Press Inc. p.3-30, 2008.
- GIL, A.C.** *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GRANDORI, A.; SODA, G.** *Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms*. Organizational Studies, v.16, n.2, p.183-214, 1995.
- JAVIDAN, M.** *Core competence: what does it mean in practice?* Long Range Planning, v.31, n.1, p.60-71, 1998.
- LANGABEER II, J.R.** *Health Care Operations Management: a quantitative approach business and logistics*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2007.
- LIMA GONÇALVES, E.** *Estrutura organizacional do hospital moderno*. RAE – Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.38, n.1, p.80-90, Jan./Mar, 1998.
- _____. *Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa*. RAE – Eletrônica, São Paulo, v.1, n.1, p.2-20, jul./dez, 2002.
- _____. *Determinantes organizacionais no hospital moderno*. In: LIMA GONÇALVES, E. et al. *Gestão Hospitalar: administrando o hospital moderno*. São Paulo: Saraiva. Cap.1, p.18-35, 2009.
- LONDOÑO, G.M.** *O universo do hospital*. In: LONDOÑO, G. M. et al. *Administração hospitalar*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap.III, p.09-12, 2003.
- MALIK, A.M.; TELES, J.P.** *Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo*. RAE – Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.41, n.3, p.51-59, jul./set, 2001.
- MIGUEL, P.A.C.** *Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para sua condução*. Produção, v.17, n.1, p.216-229, Jan./Abr, 2007.
- MIGUEL, P.A.C. et al.** *Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- MIRANDA, G.J. et al.** *Custeio ABC no ambiente hospitalar: um estudo nos hospitais universitários e de ensino brasileiros*. Revista Contabilidade e Finanças [online], São Paulo, v.18, n.44, p.33-43, maio/ago, 2007.
- PLISSON, J. et al.** *An ontology for virtual organization breeding environments, IEEE transactions on systems, man, and cybernetics – part c: Applications and reviews*, v.37, n.6, p.1327-1341, 2007.
- PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O.** *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Tradução de Cristina Bazan – Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PROVAN, K.G. et al.** *Interorganizational networks at the networks level: a review of the empirical literature on whole networks*. Journal of Management, v.33, n.3, p.479-516, June, 2007.

ROPER,S.;CRONE,M. *Knowledge complementarity and coordination in the local Supply Chain: some empirical evidence.* British Journal of Management,v.14,p.339-355,2003.

SICSÚ,A.B. et al. *Para uma análise comparativa das cadeias produtivas da saúde de Aracaju e Recife: uma primeira aproximação.* Revista Econômica do Nordeste. Fortaleza,v.37,n.2,p.187-203, abr./jun, 2006.

STILES,R.A.et al. *The logic of transaction cost economics in health care organization theory.* Health Care Manage Review,v.26,n.2,p.85-92,2001.

SZWARCWALD,C.L. et al. *Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde.* Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife,v.5,p.11-22, dez,2005.

TODEVA,E.;KNOKE,D. *Strategic alliances and models of collaboration.* Management Decision,v.43,n.01,p.123-148,2005.

WAARDEN,F.V. *Dimensions and types of policy networks.* European Journal of Political Research,v.21,p 29-52,1992.

WOOD JR,T.;ZUFFO,P.K. *Supply chain management.* RAE– Revista de Administração de Empresas, São Paulo,v.38,n.3,p.55-63, Jul/Set,1998.