

UNIVERSIDADE FUMEC
FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS - FACE

GABRIELA NASCIMENTO VALLADARES MIRANDA

COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL EM REDES PARA
SUSTENTABILIDADE E CRESCIMENTO:
UM ESTUDO NO SETOR DE SAÚDE

Belo Horizonte
2012

GABRIELA NASCIMENTO VALLADARES MIRANDA

COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL EM REDES PARA
SUSTENTABILIDADE E CRESCIMENTO:
UM ESTUDO NO SETOR DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração, da UNIVERSIDADE FUMEC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Cordeiro Martins.

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves.

Área de Concentração: Gestão estratégica de organizações.

Linha de Pesquisa: Estratégia em organizações e comportamento organizacional.

Belo Horizonte
2012

Ficha Catalográfica

M672c
2012

Miranda, Gabriela Nascimento Valladares.
Comportamento organizacional em redes para sustentabilidade e crescimento. / Gabriela Nascimento Valladares Miranda ; Orientador, Henrique Cordeiro Martins ; coorientador, Carlos Alberto Gonçalves. -- 2012.

132f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais, 2012.

Inclui bibliografia.

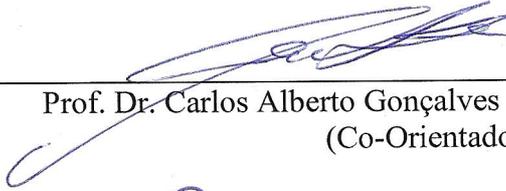
1. Comportamento organizacional – Estudo de casos.
2. Relações interorganizacionais - Estudo de casos. I. Martins, Henrique Cordeiro. II. Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais. III. Título.

CDU: 65.013

Dissertação intitulada "**COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL EM REDES PARA SUSTENTABILIDADE E CRESCIMENTO: um estudo no setor de saúde**" de autoria da mestranda **Gabriela Nascimento Valladares Miranda** aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



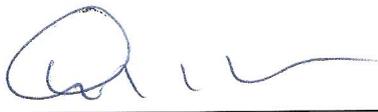
Prof. Dr. Henrique Cordeiro Martins - Universidade FUMEC
(Orientador)



Prof. Dr. Carlos Alberto Gonçalves - Universidade FUMEC
(Co-Orientador)



Prof. Dr. Antônio Batista da Silva Junior – Fundação Dom Cabral



Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho
Coordenador do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração
Universidade FACE/FUMEC

Belo Horizonte, 29 de março de 2012.

À minha família:
Presente em todos os momentos e
essencial para a conclusão desta jornada.

Em especial, ao meu pai, maior
incentivador e exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que contribuíram direta ou indiretamente com este trabalho.

Ao Prof. Henrique Cordeiro Martins, pela competente, dedicada e generosa atenção como orientador desta dissertação.

Ao Prof. Carlos Alberto Gonçalves, pelos inestimáveis conhecimentos, experiência, pelos incentivos e paciência na coorientação desta dissertação.

Também agradeço a meus colegas da turma 09, pela companhia, trocas de experiências e de amizades que dessa convivência surgiram. Em especial ao Rui Fernando Ferreira, bolsista da PROPIC, 2010, da graduação FUMEC/FACE, pela sua dedicação ao auxílio tão importante na condução deste trabalho.

De forma especial, agradeço a todos da minha família e amigos, por confiarem, e pela paciência nos momentos de dificuldade desta caminhada. Especialmente, ao Pedro, meu filho, que deu os primeiros sinais de vida na reta final deste trabalho.

Ao meu marido Fernando, pela paciência, carinho, pelo zelo, nas noites de espera, na janela, para garantir minha chegada em segurança.

Aos dirigentes dos hospitais da RMGV, que participaram desta pesquisa, de maneira tão simpática, viabilizando a conclusão deste trabalho.

A Deus; sem Ele, nada disso seria possível.

RESUMO

O presente trabalho consiste na análise da estrutura de relacionamento entre os hospitais privados e entidades beneficentes sem fins lucrativos da Região Metropolitana da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo, tendo como principal objetivo descrever de que maneira a forma de relacionamento entre os hospitais implica as dinâmicas de competição, cooperação e aprendizagem organizacional, por meio da aplicação de um modelo hipotético, de modo a contribuir para o conhecimento na formação de redes interorganizacionais. Para o desenvolvimento da análise, procurou-se verificar o tamanho, densidade, reciprocidade, coesão e centralidade e a correlação dos seguintes construtos: competição, cooperação, aprendizagem relacional, fragmentação da rede, política de relacionamento e relações com medidas de idade, propriedade e tamanho. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário fechado e tratados com o *software* Visone, versão 2.6.4, apoiado na teoria de análise de redes sociais. Foram utilizadas também técnicas de análise de regressão estatística. As conclusões iniciais apontaram a presença de todos os construtos analisados, com destaque para a competição, que atingiu a maior densidade, e a cooperação, que foi o quesito com menor densidade. Ressaltam-se o potencial de crescimento e a tendência positiva à política de relacionamento e uma média tendência na fragmentação, intervindo nas relações interorganizacionais. As relações entre as configurações de rede e a característica organizacional tamanho mostraram-se relevantes para as relações de cooperação e aprendizagem relacional. Com base nos testes do modelo hipotético proposto, pôde-se supor a existência de correlação positiva entre os construtos cooperação e atuação em redes. As demais correlações não apresentaram significância estatística, apesar de a literatura oferecer indícios antagônicos.

Palavras-chave: Redes interorganizacionais. Estrutura de relacionamento entre hospitais. Competição. Cooperação. Aprendizado relacional.

ABSTRACT

The present work consists on the analysis of relationship structure among private and non-profit hospitals of the Metropolitan Area of Vitoria in the state of Espírito Santo. It aims at describing how the relationship structure among the hospitals influences the dynamics of competition, cooperation, and organizational learning. A hypothetical model was applied in order to contribute to the understanding of the structure of network organization among them. In order to develop the analysis, the size, density, reciprocity, cohesion and the relationship among the following constructs: Competition, cooperation, relational learning, network fragmentation, relationship politics and the relation with measures of age, property and size were evaluated. The data were collected by means of a closed questionnaire and treated with a Visone software 2.6.4 with the support of the theory of analysis of social networks. Techniques of statistical regression analysis were also applied. The initial analysis showed the presence of all analyzed constructs, with emphasis on competition and cooperation that reached the highest and lowest intensities respectively. It is highlighted the growth potential and the positive tendency to a relationship policy and an average tendency on fragmentation interfering on the interorganizational learning. The relations between network configuration and the organizational characteristics size were relevant to the relationship between cooperation and relational learning. Based in the tests of the proposed hypothetical model it can be supposed the existence of positive correlation between the constructs cooperation and network activity. The remaining correlations did not show statistical significance, despite the antagonistic evidence provided by the literature.

Keywords: Interorganizational networks. Relationship structures between hospitals. Cooperation. Competition. Relational learning

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Dos concorrentes à dinâmica competitiva	19
FIGURA 2 - As cinco forças que dirigem a competição em um setor	22
FIGURA 3 - Exemplo genérico de <i>Netchain</i>	30
FIGURA 4 - Exemplo de matriz relacional.....	32
FIGURA 5 - Representação gráfica de uma matriz relacional por meio da composição de nós (atores) e laços (relacionamentos) que interligam os nós	32
FIGURA 6 - Grau de centralização em 100%	34
FIGURA 7 - Grau de centralização em 0%	35
FIGURA 8 - Grau de intermediação "10"	35
FIGURA 9 - Grau de intermediação "0"	36
FIGURA 10 - Centralidade de proximidade	37
FIGURA 11 - Modelo hipotético conceitual.....	43
FIGURA 12 - Equivalência entre escalas	46
FIGURA 13 - Legenda padrão (atores).....	68
FIGURA 14 - Legenda padrão (relações)	68
FIGURA 15 - Estrutura de competição.....	69
FIGURA 16 - Rede de cooperação	74
FIGURA 17 - Rede de aprendizagem relacional.....	83
FIGURA 18 - Gráficos de dispersão para as hipóteses formuladas acerca dos construtos.....	97

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Os quatro critérios da vantagem competitiva sustentável.....	20
QUADRO 2 - Abordagens teóricas sobre os relacionamentos interorganizacionais	25
QUADRO 3 - Conceitos de Redes Interorganizacionais	26
QUADRO 4 - Características e tipologia de redes	28
QUADRO 5 - Medidas de rede	47
QUADRO 6 - Descrição dos construtos	59
QUADRO 7 – Síntese dos resultados da análise de redes parte I	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Gastos estimados em saúde no Brasil por segmento (2006).....	53
TABELA 2 - Idade dos hospitais.....	64
TABELA 3 - Propriedade	64
TABELA 4 - Tamanho dos hospitais.....	64
TABELA 5 - Quantidade de leitos normais	65
TABELA 6 - Quantidade de leitos UTI.....	65
TABELA 7 - Coeficientes de correlação entre.....	66
TABELA 8 - Medidas globais da estrutura de competição	69
TABELA 9 - Grau de entrada na estrutura de competição	70
TABELA 10 - Cliques na estrutura de competição	72
TABELA 11 - Medidas globais da rede de cooperação.....	74
TABELA 12 - Grau de saída na rede de cooperação.....	75
TABELA 13 - Grau de entrada na rede de cooperação	77
TABELA 14 - Cliques na rede de cooperação	78
TABELA 15 - Intermediação na rede de cooperação.....	79
TABELA 16 - Proximidade na rede de cooperação	81
TABELA 17 - Medidas globais da rede de aprendizagem relacional	83
TABELA 18 - Grau de saída na rede de aprendizagem relacional.....	84
TABELA 19 - Grau de entrada na rede de aprendizagem relacional	86
TABELA 20 - Cliques na rede de aprendizagem relacional	87
TABELA 21 - Intermediação na rede de aprendizagem relacional.....	88
TABELA 22 - Proximidade na rede de aprendizagem relacional	90
TABELA 23 - Tendências de fragmentação da rede.....	91
TABELA 24 - Tendências da política de relacionamento	92
TABELA 25 - Análise de correlação dos construtos.....	98
TABELA 26 - Análise de correlação dos construtos ampliada.....	100

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPs	Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEAS	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social
CEF	Caixa Econômica Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
EnANPAD	Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
ES	Espírito Santo
EUA	Estados Unidos da América
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
IAPs	Institutos de Aposentadorias
INAMPS	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOF	Imposto Sobre Operações de Crédito
NOB	Norma Operacional Básica
PIB	Produto Interno Bruto
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo geral	15
1.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Justificativa	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Dinâmica Competitiva Setorial.....	18
2.2 Redes interorganizacionais	23
2.2.1 Abordagens teóricas e conceitos	24
2.2.2 Tipologia de redes	28
2.2.3 Análise de redes	31
2.2.4 Indicadores de redes	33
2.3 Aprendizagem organizacional	37
3 METODOLOGIA	42
3.1 Proposição do modelo teórico de verificação	42
3.2 População e amostragem	44
3.3 Coleta e tratamento dos dados	45
3.3.1 Dados primários	45
4 CONTEXTUALIZANDO O SETOR DE SAÚDE.....	49
4.1 Um breve histórico do sistema de saúde no Brasil	49
4.2 O contexto do hospital no sistema de saúde brasileiro.....	53
4.3 Breve histórico dos serviços hospitalares da RMGV.....	56
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	58
5.1 Parte I: Tratamento e análise de dados de redes	58
5.1.1 Características dos hospitais	63
5.1.2 Correlações entre os construtos	66
5.1.2.1 Análise de redes por construto	67
5.1.2.2 Competição	68
5.1.2.3 Cooperação	73

5.1.2.4 Aprendizagem relacional	82
5.1.3 Fragmentação da rede.....	91
5.1.4 Política de relacionamento.....	92
5.2 Parte II: Tratamento e análise estatística descritiva do modelo hipotético	96
5.2.1 Validação do modelo hipotético	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
6.1 Limitações da pesquisa.....	104
6.2 Pesquisas futuras	104
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICES	115
APÊNDICE A – Questionário de pesquisa	115
APÊNDICE B – Formato dos gabaritos de respostas	120
APÊNDICE C – Carta de apresentação	121
ANEXO A.....	127

1 INTRODUÇÃO

A globalização e os acontecimentos de natureza política, econômica, social, cultural e tecnológica alteraram o ambiente dos negócios em sua capilaridade e, principalmente, com grande velocidade (NETO, 2006; PECCI, 1999). Em decorrência das grandes mudanças ocorridas no último século, para Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), a competição, que antes era local e limitada, passou a originar-se de qualquer parte do mundo, aumentando a luta pela sobrevivência e mudando a forma de obter um desempenho superior.

Como resposta a esse desafio, surgem novas estruturas organizacionais e novas formas de relacionamento entre empresas. Na busca de maior competitividade e para assegurar a sobrevivência nesse ambiente de hipercompetição, as organizações se apoiam por meio de fusões, aquisições e alianças estratégicas (NETO, 2006).

Castells (1999) afirma que as redes são e serão os componentes fundamentais das organizações, e que tal estrutura será a forma predominante de concorrência na nova economia global. O autor destaca ainda que as organizações tradicionais, ao operarem de forma individualizada, enfrentarão dificuldades quanto aos novos desafios.

Presente em diversos estudos, o tema redes interorganizacionais vem ganhando cada vez mais importância nos debates acadêmicos e empresariais. Hoffmann, Bandeira-de-Mello e Molina-Morales (2006) salientam que o assunto vem registrando uma média de quatro trabalhos anuais, desde 2000, em periódicos nacionais classificados A (Qualis). Nas recentes publicações nos anais da EnANPAD, o tema é presença constante. Carrão (2004) mostra uma das mais notáveis e bem-sucedidas relações interorganizacionais entre as pequenas empresas na região de Emilia Romagna, ao Sul da Itália. Ferreira Júnior (2006) corrobora com Carrão (2004), que evidencia a relevância da formação e do desenvolvimento de redes de empresas em países industrializados, como Itália, Japão, Alemanha e os chamados países emergentes, como México, Chile e Argentina, reforçando a abrangência e a atualidade do tema.

Apesar da popularidade do tema, nem todas as experiências são positivas. Em relatórios realizados pelas empresas internacionais de contabilidade Price Water House Coopers (ALLIANCES, 1997 *apud* BARRINGER; HARRISON, 2000) e KPMG (KOK;

WILDEMAN, 1999 *apud* BARRINGER; HARRISON, 2000), foi constatada uma taxa em falhas de alianças em negócios de até 50% e 60-70%, respectivamente. Importantes estudos anteriores constataram falhas de cerca de 50% nas alianças empresarias (HARRIGAN, 1988, PORTER, 1987 *apud* BARRINGER; HARRISON, 2000). Em conjunto com os processos inovativos nas redes, têm crescido os esforços para o melhor entendimento dessas relações, com o objetivo de compreendê-las para evitar tantos fracassos (MILAGRES, 2009).

São vários os conceitos e terminologias encontrados na literatura para designar os vários arranjos organizacionais, tais como *clusters* (PORTER, 1998); aglomerado competitivo, consórcios, sistemas produtivos locais, polos (CASAROTTO FILHO; PIRES, 2001); aglomerados territoriais, distritos industriais, cadeia produtiva (LASTRES; CASSIOLATO, 2005); redes organizacionais (NOHRIA, 1992); empresas em redes (CASTELLS, 1999); e redes interorganizacionais (ARAÚJO, 2000). Mesmo com essa multiplicidade de conceitos e formatos, grande parte dos estudos disponíveis remete a ideias similares, em que a cooperação entre os participantes da rede é o foco central.

Para o presente trabalho, tendo em vista o objetivo de descrever a estrutura de relacionamento em redes de Hospitais Gerais privados e entidade beneficente sem fins lucrativos localizados na região metropolitana da Grande Vitória (RMGV), no Estado do Espírito Santo (ES), o termo redes interorganizacionais será utilizado.

Os serviços de saúde brasileiros vivenciam uma crise que não é apenas financeira, mas também de ordem política e organizacional. Vários serviços de saúde, no esforço para enxugar os orçamentos, passaram a recrutar executivos no mercado, em áreas distintas da medicina. Gestão profissional tornou-se a palavra de ordem. Embora isso não seja ainda uma realidade em 100% dos serviços de saúde do Brasil, nas organizações em que isso ocorreu, percebe-se uma melhora nas funções administrativas (EXAME, 2010).

Uma das soluções encontradas nos hospitais de São Paulo foi procurar as oportunidades de ganho em outras áreas, como nas compras de medicamentos, as quais representam cerca de 20% das despesas operacionais dos hospitais. Nesse caso, a solução foi somar forças. Quatro hospitais paulistas, o Einstein, o Sírio Libanês, o Samaritano e o São Luiz, se uniram ao Aliança, de Salvador, e ao hospital gaúcho Moinhos de Vento, para, juntos, negociarem no atacado com laboratórios farmacêuticos e distribuidoras. Além desse ganho de escala, tanto o

Einstein quanto o Samaritano criaram grupos de trabalho para padronizar seus estoques de medicamentos (EXAME, 2010).

Dessa forma, um maior entendimento do modo como os estrategistas dos serviços de saúde atuam em redes, de forma a determinar a competição, a cooperação e o aprendizado relacional, mostra-se relevante. Esse entendimento se apoia na identificação dos fatores-chave em que os estrategistas dos serviços de saúde se baseiam para adotar o comportamento em redes.

Lazzarini (2008) observa que o atual padrão de competição tem-se movido das empresas individuais para os grupos de firmas que colaboram entre si, permitindo uma relação de cooperação e competição no mesmo conjunto. Nesse sentido, as organizações precisam extrair o máximo de recursos em seu grupo, ao mesmo tempo em que o grupo possa oferecer subsídios na obtenção de vantagens superiores frente aos demais competidores. Diante dessa dicotomia e das perspectivas teóricas apresentadas, propõe-se o seguinte problema geral de pesquisa:

De que maneira a forma de relacionamento entre os hospitais localizados na RMGV, no ES, determina a competição, a cooperação e o aprendizado organizacional, de modo a contribuir para o conhecimento na formação de redes interorganizacionais?

1.1 Objetivo geral

Descrever de que maneira a forma de relacionamento entre os hospitais localizados na região metropolitana da Grande Vitória (ES) implica as dinâmicas de competição, cooperação e aprendizagem organizacional, por meio da aplicação de um modelo hipotético, de modo a contribuir para o conhecimento na formação de redes interorganizacionais.

1.2 Objetivos específicos

- Analisar as relações entre os hospitais, considerando as dinâmicas de competição, cooperação e aprendizagem interorganizacional;
- Verificar as tendências de fragmentação e de estabelecimento de políticas de relacionamento entre os hospitais, tendo por referência a rede de cooperação;
- Identificar relações entre as configurações das redes e as características organizacionais dos hospitais, quais sejam: tamanho, idade e propriedade.

1.3 Justificativa

Dados da World Health Organization (WHO, 2009) demonstram que nunca houve tantos recursos disponíveis para a saúde como agora, a economia da saúde global cresce mais depressa que o Produto Interno Bruto (PIB), aumentando a sua quota de 8% para 8,6% do PIB mundial entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustados à inflação, isso representa um crescimento de 35% em despesas mundiais com a saúde num período de cinco anos. A mesma fonte revela que os gastos com saúde no Brasil representam 7,6 % do PIB.

O setor hospitalar foi considerado como base para a realização da pesquisa empírica proposta neste trabalho. A escolha do setor também se justifica pela relevância e potencialidade desse segmento como componentes de atendimento à saúde da população e à economia brasileira, com forte influência no campo social, por meio da geração de renda e empregos formais da maioria dos médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde. O setor também abriga centros de capacitação profissional, espaços privilegiados de pesquisa e principais ambientes de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). No Brasil, os hospitais são o centro do sistema de saúde, respondendo por dois terços dos gastos do setor e por boa parte dos serviços produzidos.

O aumento dos estudos de redes no setor de saúde no Brasil apresenta uma tendência, que representa uma nova forma de pensar para esse segmento. Veloso e Malik (2007) encontraram quatro características necessárias ao surgimento de redes, em seu estudo em quatro hospitais

privados de grande porte no município de São Paulo. Lampert e Sausen (2008) corroboram com o tema em sua pesquisa em sete hospitais filantrópicos que pertencem à Associação dos Hospitais da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, o resultado da pesquisa demonstrou que as relações de cooperação observadas na rede têm reforçado as relações interinstitucionais, ajudando a garantir a efetividade dos serviços prestados pelos hospitais. De acordo com Oliveira e Rocha (2010), que pesquisaram dois grupos de hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte, o grupo conectado em rede apresenta maior presença de atividades geradoras e difusoras do conhecimento e a atuação em rede tende a favorecer o desenvolvimento das aptidões estratégicas.

O estudo se processa dentro de grupos estratégicos de hospitais na RMGV, que conta, segundo o cadastro nacional de estabelecimento de saúde ,com 22 hospitais gerais de natureza privada e entidade beneficente sem fins lucrativos (BRASIL, 2011b).

Encontrando evidências que auxiliem na resposta ao problema de pesquisa, pretende-se oferecer uma contribuição aos estudos das redes interorganizacionais por meio da análise de fatores ambientais significativos que influenciam na escolha da postura estratégica adotada pelas organizações.

A pesquisa se propõe a produzir conhecimento para a academia, útil ao setor público e privado na modelagem de redes para competição, com recomendações científicas para aprimorar a forma de gestão e aos profissionais do ramo, aplicando a governança e a capacidade de tomada de decisão. Em outros termos, o estudo poderá beneficiar os *stakeholders* diretamente envolvidos no setor de saúde por meio de ações no segmento hospitalar e a sociedade na RMGV, ao permitir uma oportunidade de reflexão sobre o atual ambiente competitivo, atuação de grupos estratégicos e sobre novas formas de relacionamento entre empresas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para que se atinjam os objetivos propostos neste trabalho, são necessários conhecimentos de diversas áreas e de diferentes teorias. Como não se dispõe de uma teoria unificada que contemple todo o tema a ser abordado, será feita uma ampla pesquisa com o intuito de apresentar diversos aspectos, autores e teorias referentes ao tema, assim detalhado: dinâmica competitiva setorial, redes interorganizacionais e aprendizagem organizacional.

2.1 Dinâmica Competitiva Setorial

A intensidade e a velocidade das transformações, desde a era industrial até os tempos atuais, têm criado uma constante mutação no cenário dos negócios (PECI, 1999). A globalização e as mudanças de natureza política, econômica, social, cultural e tecnológica alteraram o ambiente dos negócios com profundidade e, principalmente, com grande agilidade (GONÇALVES; GONÇALVES FILHO, 2006). Até mesmo as fronteiras das indústrias tornaram-se indefinidas, devido à pouca nitidez entre concorrentes, parceiros, fornecedores e compradores (HAMEL; PRAHALAD, 1995). O movimento em direção à globalização substituiu a estabilidade do mercado pela instabilidade, as mudanças estão tão intensas que Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) denominaram de hiperconcorrência o cenário competitivo do século XXI. Nesse cenário, as empresas comumente desafiam agressivamente seus concorrentes, na expectativa de melhorar sua posição competitiva e seu desempenho, resultando em um ciclo vicioso que gera cada vez mais competição (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008).

Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) definem que a dinâmica competitiva de um mercado é formada pela rivalidade entre concorrentes que se utilizam de um conjunto de ações e reações competitivas, objetivando criar ou defender as vantagens obtidas e melhorar a posição no mercado (FIG. 1). Uma estratégia dinâmica significa que as ações tomadas por uma empresa provocam uma resposta dos concorrentes, que, conseqüentemente, provocarão uma nova resposta de quem iniciou a ação. Entretanto, não somente as ações competitivas propiciam êxito para as empresas. A capacidade de prever as manobras entre os competidores é igualmente importante para se determinar o sucesso de uma estratégia.

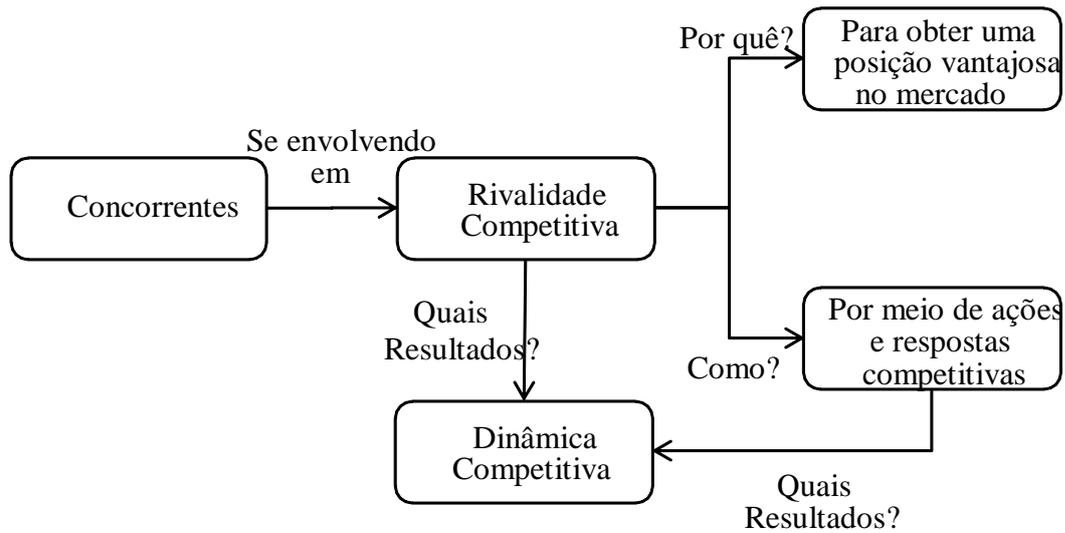


FIGURA 1 - Dos concorrentes à dinâmica competitiva.
 Fonte: Adaptado de HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008.

Com base no modelo da dinâmica competitiva, percebe-se a importância do planejamento e dos esforços estratégicos por parte das empresas que objetivam um desempenho superior, com retornos acima da média. Para isso, é necessária a criação de uma vantagem competitiva com a implementação de uma estratégia única ou de difícil imitação, que, uma vez formulada com sucesso, permite que se atinja a competitividade estratégica. Todavia, nem todas as empresas obtêm êxito ao competir. Porter e Teisberg (2007) apontam diversos problemas da competição do sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), e alguns dos motivos estão relacionados à não melhora do valor que a competição saudável acarreta. Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) relacionam a maneira como as decisões, os compromissos e as ações são estabelecidos; e como forma de maximizar tais atitudes, é indispensável determinar os recursos, as capacitações e as competências essenciais da empresa para o sucesso da competição.

De acordo com Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), o modelo baseado em recursos tem como premissa que todas as organizações são heterogêneas na disposição de recursos e capacitações. Diante dessa premissa, cada uma delas possui um conjunto de características únicas que não são facilmente encontradas ou adquiridas pela concorrência. As singularidades das organizações dos seus recursos e suas capacidades serão a base da estratégia para obter retornos acima da média e ter maior probabilidade de desenvolver vantagem competitiva.

Para Hamel e Prahalad (1995), em função das competências essenciais de uma empresa, é formado um conjunto de habilidades e tecnologias que permite oferecer determinado benefício aos seus clientes no desenvolvimento do produto ou do serviço. Por ser singular e por contribuir para o valor percebido ou para a redução do custo, a competência essencial representa uma fonte de vantagem competitiva. Silva Júnior (2007) corrobora com essa ideia e descreve a importância no desenvolvimento das competências organizacionais para compreender e explicar os movimentos e ações das empresas.

Segundo Gonçalves e Gonçalves Filho (2006), a vantagem competitiva de uma empresa surge essencialmente do valor que ela consegue criar. Para os autores, o valor é o que o cliente está disposto a pagar; o valor superior deriva benefícios exclusivos que compensam um preço mais alto ou da oferta por um preço mais baixo que o do concorrente com as mesmas características ou equivalentes.

Hitt, Ireland e Hoskisson (2008) descrevem o modelo baseado em recursos e enfocam que o desempenho das organizações ao longo do tempo se deve principalmente aos seus recursos e capacidades exclusivas. Esse potencial ocorrerá quando os recursos e capacitações são considerados valiosos, raros e custarem caro para serem imitados e serem insubstituíveis. O quanto esses quatro critérios são atendidos representa as competências essenciais de uma empresa, e, por sua vez, são fontes de vantagem competitiva. Os autores afirmam ainda que nenhuma vantagem competitiva é permanente e que a velocidade com que os concorrentes conseguem adquirir as habilidades necessárias para copiar os benefícios de uma estratégia de criação de valor irá determinar a duração de tal vantagem. A seguir, o QUADRO 1 mostra os quatro critérios de vantagem competitiva sustentável e suas definições.

QUADRO 1 - Os quatro critérios da vantagem competitiva sustentável

Capacitações valiosas	Permitem que a empresa explore oportunidades ou neutralize a ameaças no ambiente externo
Capacitações raras	São aquelas que poucos concorrentes possuem
Capacitações custosas de imitar	São aquelas que as outras empresas não podem criar com facilidade
Capacitações insubstituíveis	São aquelas que não possuem equivalentes estratégicos

Fonte: HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008, p.80.

Porter (1989) complementa afirmando que uma vantagem competitiva não pode ser compreendida observando-se apenas a empresa como um todo. É necessário considerar as inúmeras atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e suportar os produtos ou serviços destinados ao cliente final. Tais atividades podem ser representadas fazendo-se uso da cadeia de valor que tem sua origem nas características próprias de cada empresa, como suas histórias e estratégias.

Ainda segundo Porter (1989), dentre os vários benefícios de uma cadeia de valor, destaca-se a separação das atividades consideradas estratégicas para que se possa compreender o comportamento dos custos e as fontes potenciais de diferenciação. Quando a empresa executa essas atividades de maneira mais barata ou melhor que a concorrência, ela ganha uma vantagem competitiva.

Como forma de se atingir a vantagem competitiva, as capacitações de uma empresa devem ser identificadas e exploradas. Anteriormente a essa identificação, deverá ocorrer a análise do ambiente externo e do respectivo ambiente interno (HITT; IRELAND; HOSKISSON, 2008).

Segundo Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), independentemente do setor, o ambiente externo é essencial para o êxito da empresa, com influência direta nas escolhas e decisões estratégicas. Para eles, uma empresa, conhecendo e entendendo melhor o ambiente que a cerca, obtém mais facilmente o sucesso. De acordo com Ghemawat (2007), cerca de 10 a 20% das variações na rentabilidade de uma empresa refletem o setor em que ela representa, exercendo grande influência sobre seu desempenho econômico e, conseqüentemente, sobre sua lucratividade.

“A essência da formulação de uma estratégia competitiva é relacionar uma companhia ao seu meio ambiente” (PORTER, 1986, p.22). Fatores externos influenciam na determinação das regras da competição, sendo a estrutura industrial na qual a empresa está inserida a mais importante de todas. A intensidade da concorrência não é uma questão de coincidência ou má sorte e, sim, fruto das raízes de sua estrutura econômica básica e de forças competitivas que vão muito além da rivalidade entre os competidores. Tais forças são representadas pelos clientes, fornecedores, entrantes em potencial, produtos ou serviços substitutos e pela rivalidade entre os competidores, conforme FIG. 2.

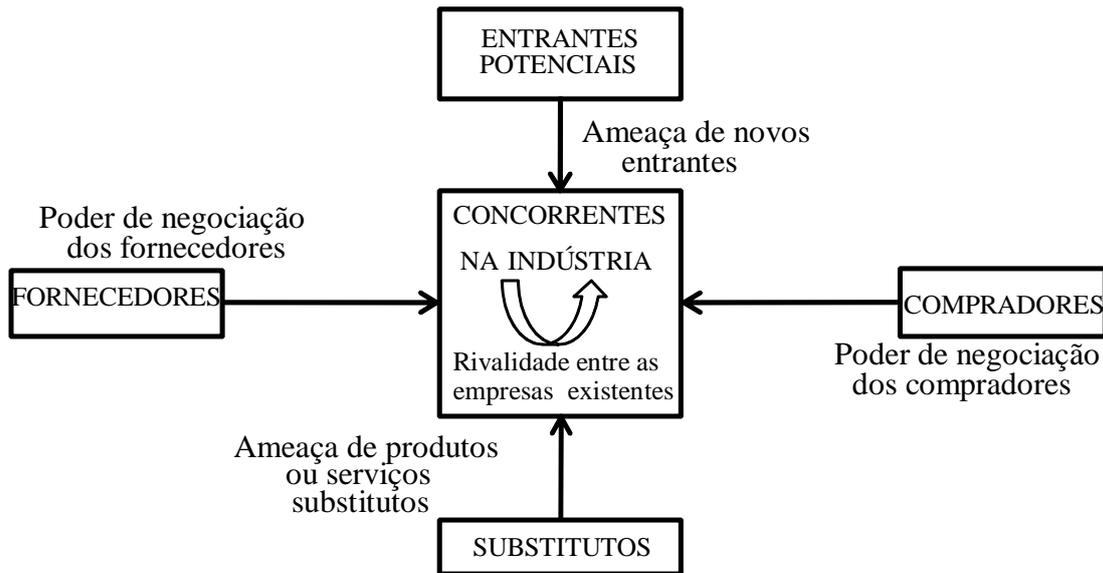


FIGURA 2 - As cinco forças que dirigem a competição em um setor.
 Fonte: PORTER, 1986, p.23.

Segundo Certo e Peter (2005), o processo de administração estratégica começa com a análise ambiental. A organização precisa explorar tais oportunidades, para isso, é necessário analisar e maximizar seus pontos fortes e determinar suas fraquezas, a fim de reduzir o impacto ou até mesmo eliminá-lo. Certo e Peter (2005) define que o ambiente é um conjunto de fatores, tanto internos quanto externos. Castro (2006) os classifica em: ambiente geral; ambiente operacional, mais próximo à organização e análogo às cinco forças que governam a competição; e ambiente interno, mais controlável, como marketing, produção, pessoal, finanças e fatores organizacionais.

Wright, Kroll e Parnell (2000) corroboram com a importância de analisar os pontos fortes e fracos da organização frente às oportunidades e ameaças impostas pelo ambiente externo. Como forma de minimizar as possíveis ameaças ambientais e oferecer às empresas uma vantagem competitiva sustentada, a análise interna se mostra importante para revelar pontos fortes em potencial que não são plenamente utilizados e identificar pontos fracos que podem ser corriqueiros. Os autores consideram forças e fraquezas internas de uma empresa os recursos humanos, recursos organizacionais e recursos físicos.

O conceito de adequação da organização ao ambiente se mostra essencial para o entendimento da administração estratégica e sua formulação, implementação e conteúdo. Dessa maneira, a

organização se prepara melhor para atuar em um cenário de hiperconcorrência, possibilitando uma melhor avaliação e preparação para novas tendências.

2.2 Redes interorganizacionais

Segundo Oliveira (2010), nesse cenário de hiperconcorrência, em que a rivalidade é alta, impondo desafios cada vez maiores às organizações, na luta pela sobrevivência e pela realização do desempenho superior, tornam-se importantes os estudos de comportamentos alternativos entre empresas, de forma a amenizar tal situação. Em respostas a esses desafios, por meio de novas reflexões, surgem novas transformações estratégicas e estruturas organizacionais como resultado de novos padrões de competitividade das organizações, entre elas, a formação de redes interorganizacionais.

De acordo com Peci (1999), a empresa hierárquica integrada verticalmente, que caracterizou, por muito tempo, o modelo de produção da era fordista, não atende mais às necessidades atuais, frente às intensas mudanças econômicas, tecnológicas e institucionais. O ambiente dos negócios está em constante transformação, sendo caracterizado por um cenário de incertezas e turbulências. Diante disso, novas formas organizacionais, mais flexíveis, começam a proliferar, e as redes são o elemento fundamental nesse novo processo. Para a autora, baseada em ampla revisão bibliográfica, as redes organizacionais nascem como consequência da coexistência de vários fatores, tais como: 1) uma resposta às mudanças ambientais, que fazem crescer a necessidade de interdependência; 2) incapacidade das empresas focadas em escala integrada verticalmente e das pequenas empresas isoladas de sobreviverem em um ambiente altamente mutável; e 3) demanda por recursos especializados.

Para Silva Júnior (2007), parece que a aplicação dos conceitos de redes no contexto do atual ambiente de negócios decorre do aumento da competição entre empresas ou da percepção de que as organizações, atuando de forma isolada, terão menos condições de sobrevivência e desenvolvimento, com base na máxima segundo a qual nenhuma empresa domina sozinha as habilidades e os conhecimentos necessários para sustentação. Verschoore e Balestrin (2006) concordam e destacam que redes de empresas apontam um novo rumo para o enfrentamento das pressões competitivas, a interação entre os envolvidos representa mais do que uma

adaptação passiva, visto que os relacionamentos englobam o enfrentamento das dificuldades em comum e a busca de soluções conjuntas de diversas maneiras.

Castells (1999) evidencia que a organização tradicional, ao trabalhar de forma individualizada, enfrenta dificuldades quanto aos novos desafios, e a única forma de minimizar os riscos e dividir os custos é manter-se em dia com a informação constantemente atualizada. Os novos arranjos organizacionais nascem com as discussões sobre globalização, reforçando a importância das transformações tecnológicas que estabelecem a integração em redes como forma fundamental de concorrência na nova economia global, e destacam a elevação das barreiras que impedem o acesso de novas organizações isoladas em setores mais avançados da economia, dificultando a entrada de novos concorrentes. Ainda segundo o autor, novas oportunidades são criadas o tempo todo quando se está dentro das redes. Mas, fora delas, a sobrevivência ficará cada vez mais difícil.

Assim, pode-se afirmar que a possibilidade de desenvolvimento de formas cooperativas de trabalho apresenta-se como uma tendência universal e irreversível.

2.2.1 Abordagens teóricas e conceitos

O estudo de redes abrange um grande número de teorias. De acordo com Vale (2007), não existe uma teoria única das redes. São várias as discussões em torno do tema, com perspectivas bastante distintas, porém não excludentes, e com alguns pontos em comum, que permitem uma sistematização do tema. “O estudo das redes tornou-se um ponto de confluência e convergência de várias disciplinas e de distintas abordagens em um espaço fecundo de interação e sinergia entre conceitos teóricos, metodologias e resultados empíricos” (VALE, 2007, p.55). A partir da publicação do artigo seminal de Granovetter (1985), rede passou a ser analisada considerando as redes sociais e suas interfaces com a atividade econômica.

Silva Júnior (2007) concorda com a abrangência e a complexidade do tema e afirma que a literatura sobre os relacionamentos entre empresas é fragmentada e influenciada por várias outras áreas de estudo, o que demonstra a natureza multifacetada que envolve uma mescla de

motivos, intenções e objetivos. Em 2000, Barringer e Harrison sistematizam uma ampla revisão da teoria sobre o assunto e apresentam as principais abordagens sobre os relacionamentos interorganizacionais, conforme mostra o QUADRO 2. No entanto, os autores destacam que o objetivo não é formar um modelo único e identificar todas as teorias e, sim, basear-se nas ideias mais presentes na literatura sobre organizações.

QUADRO 2 - Abordagens teóricas sobre os relacionamentos interorganizacionais

Abordagem teórica	Relação das teorias com relacionamentos interorganizacionais
Teoria dos custos de transação	Os relacionamentos interorganizacionais podem reduzir a incerteza causada pelos problemas de mercado bem como a redução de custos associados com a hierarquia.
Teoria da dependência de recursos	As organizações formam relacionamentos interorganizacionais para exercer poder ou controle sobre outras organizações que possuem recursos escassos. São dependentes de recursos controlados por outras organizações.
Teoria da escolha estratégica	As organizações entram em relacionamentos interorganizacionais se os benefícios financeiros gerados são maiores do que os custos. Estratégias de relacionamento podem aumentar a habilidade da organização em entregar produtos e serviços superiores de maneira mais eficiente ou reduzir a competição.
Teoria do <i>stakeholders</i>	As organizações formam alianças, também chamadas redes, para alinhar seus próprios interesses com os interesses dos <i>stakeholders</i> e reduzir as incertezas ambientais.
Teoria da aprendizagem organizacional	As organizações buscam absorver a maior quantidade possível de conhecimento, aumentando as competências organizacionais e agregando valor a si próprias.
Teoria institucional	As organizações formam relacionamentos interorganizacionais para obter legitimidade, ou por já terem sucumbido às pressões isomórficas, ao imitar outras organizações que participam de relacionamentos cooperativos. São essenciais e intrinsecamente heterogêneas.

Fonte: Adaptado de SILVA JÚNIOR (2007) *apud* BARRINGER; HARRISON (2000).

Similar às abordagens teóricas, o conceito de redes possui vários enfoques e está longe de chegar a uma unanimidade acadêmica. Com base nos conceitos descritos por Santos (2003), segue uma síntese dos conceitos de redes interorganizacionais no QUADRO 3.

QUADRO 3 - Conceitos de Redes Interorganizacionais

Autor	Conceitos
Fombrum, 1982	Abstração, designando um conjunto de elos e relacionamento.
Amin e Thrift, 1993	<i>Clusters</i> ilimitados ou limitados de organizações que permitem interações de trocas, ações combinadas e produção conjunta.
Anderson <i>et al.</i> , 1994	Um conjunto de dois ou mais relacionamentos de negócios nos quais cada relação de troca é entre firmas que são conceituadas como atores coletivos.
Granovetter, 1994	Um conjunto limitado de firmas que se juntam de modo formal ou informal.
Powell e Smith-Doerr, 1994	Firmas que colaboram regularmente por um longo período de tempo.
Amin e Thrift, 1995	Indivíduos e agentes que estão ligados por certos tipos de relacionamentos, os quais presumem usualmente alguma forma de orientação mútua e obrigações.
Maleki e Toole, 1996	Vínculos entre firmas baseados na conexão de entrada-saída de materiais, um foco tradicional do sistema de produção ou fluxo de informação e tecnologia.
Huggins, 2000	Duas ou mais firmas perseguindo objetivos comuns ou trabalhando para a solução satisfatória de problemas comuns num dado período de tempo.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de NETTO, 2007.

De acordo com Cândido e Abreu (2000), o termo “redes” pode conter vários significados, como entrelaçamento de fios, cordas, cordéis e arames, com aberturas regulares fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido. Os fios e as malhas dariam a forma básica da rede, na qual os fios corresponderiam às relações entre atores e organizações, representadas por malhas ou nós. Nessa perspectiva, a estrutura de qualquer organização deve ser entendida e analisada em termos de redes múltiplas de relações internas e externas. Cândido e Abreu

(2000) remetem à imprecisão da conceituação e apresentam vários sentidos para o termo, como ciladas, armadilhas, instrumento amortecedor, proteção, sustentação e até mesmo como marco divisório de espaços nos meios esportivos. Já no plano técnico-operacional, as redes podem denotar a ideia de fluxo, de circulação e de transporte, como, por exemplo, as redes de água e esgoto e as redes de telecomunicações. Porém grande parte dos estudos disponíveis, ao abordar a perspectiva de redes, parte da ideia de que todas as organizações são formadas por redes sociais e, por isso, devem ser analisadas como tais (CÂNDIDO; ABREU, 2000).

Porter (1998) definiu redes como sendo o método organizacional de atividades econômicas através da coordenação e da cooperação entre as empresas, extrapolando o âmbito da teoria organizacional. Castells (1999), em uma análise mais contundente, afirma que redes é um conjunto de nós interconectados em que um nó depende do tipo de redes concretas no qual ele está inserido. Confirmando a abrangência do tema, o autor não se limita ao ambiente corporativo e cita exemplos dos mais diversos tipos de redes, como a rede política, de informações e redes computacionais. Lazzarini (2008) corrobora com Castells (1999), definindo redes de relevância para a administração feita por dois prismas, como um conjunto de indivíduos ou organizações interligadas por meio de relações dos mais diversos tipos.

Jarillo (1988) explica o termo redes ligando-o à estratégia, denominando-o de redes estratégicas, com o claro intuito de que, através destas, a empresa busque colocar-se em uma forte posição competitiva, visando a sustentar uma vantagem competitiva frente às demais empresas que estão fora da rede. Carstens e Machado-da-Silva (2006) descrevem as redes como estruturas formadas a partir da definição de papéis, atribuições e relações entre seus atores, o que permite a flexibilização do funcionamento da rede por meio das relações de cooperação, sem, contudo, eliminar os conflitos nem a competição, fortalecendo a definição de Jarillo (1988).

2.2.2 Tipologia de redes

Hoffmann, Molina-Morales e Martínez-Fernandez (2004) propõem uma tipologia de redes amparada em uma grande pesquisa bibliográfica e nos resultados obtidos da aplicação em dois trabalhos empíricos, demonstrada no quadro a seguir (QUADRO 4):

QUADRO 4 - Características e tipologia de redes

Indicadores	Tipologia
Direcionalidade	Vertical Horizontal
Localização	Dispersa Aglomerada
Formalização	Base contratual formal Base não contratual
Poder	Orbital Não orbital

Fonte: HOFFMANN; MOLINA-MORALES; MARTÍNEZ-FERNANDEZ, 2004, p.5.

Para os autores, o primeiro indicador, a direcionalidade, caracterizada pela descrição da direção das partes e dividida em redes verticais e horizontais. As redes verticais são aquelas formadas por empresas distintas que adotam a estratégia da especialização, que é determinada pelas competências essenciais, e terceirizando os demais processos que não agregam valor ao produto final. O principal objetivo desse tipo de rede é alcançar a eficiência coletiva nos processos. As redes horizontais são aquelas compostas por empresas que competem pelos mesmos produtos e/ou mercados, com o objetivo de ganhos derivados da união entre as partes. Os autores salientam que uma empresa pode estar presente em redes verticais como em redes horizontais.

No indicador localização, as redes podem ser consideradas dispersas ou aglomeradas. São dispersas quando as empresas estão espalhadas geograficamente e interagem por meio de um processo de logística avançado que permite superar distâncias, como, por exemplo, uma rede de franquias. As redes aglomeradas territorialmente possuem características que podem ir além das relações puramente comerciais e possuir um relacionamento de suporte empresarial,

como as universidades, os centros de tecnologia e as instituições governamentais (HOFFMANN; MOLINA-MORALES; MARTÍNEZ-FERNANDEZ, 2004).

Em termos de formalização, uma rede pode possuir uma base de contrato formal ou uma base não contratual. As redes são formalizadas com o intuito de prevenir os comportamentos oportunistas, segundo definição de Williamson (1975; 1991). As redes formalizadas são compostas por diferentes tipos de alianças, como, por exemplo, as *joint ventures*. Nas redes de base não contratual ou informal, são estabelecidas em função da confiança gerada entre seus membros e podem ir além do âmbito gerencial, podendo também atingir a base operacional (HOFFMANN; MOLINA-MORALES; MARTÍNEZ-FERNANDEZ, 2004).

O último indicador, poder, é baseado na relação de poder entre as empresas e pode ser classificado como orbital ou não-orbital. No orbital, há um centro de poder ao redor do qual as demais empresas circulam. A rede não-orbital é aquela onde cada empresa tem a mesma capacidade de tomada de decisão. (HOFFMANN; MOLINA-MORALES; MARTINEZ-FERNANDEZ, 2004).

Em seus estudos sobre tipologia, Lazzarini (2008) corrobora os indicadores discutidos por Hoffmann, Molina-Morales e Martínez-Fernandez (2004), tendo também classificado as redes como horizontais e verticais e afirmando que é muito raro, em contexto interorganizacional, encontrar laços baseados exclusivamente em uma dessas características. Para o autor, grande parte das redes existentes é formada por um conjunto complexo desses laços. Com o intuito de analisar simultaneamente laços verticais e horizontais, Lazzarini (2008) introduz o conceito de *Netchain*, que significa “um conjunto de redes compostas por laços horizontais entre firmas em determinada indústria ou grupo, de tal forma que essas redes (ou camadas) são arranjadas sequencialmente com base nos laços verticais entre as empresas em diferentes camadas” (LAZZARINI, 2008, p.40). Um exemplo genérico de *Netchain* é apresentado na FIG.3. Através de modelo, é possível classificar os diferentes tipos de laços (verticais ou horizontais) e identificar o relacionamento de interdependência associado a cada um deles.

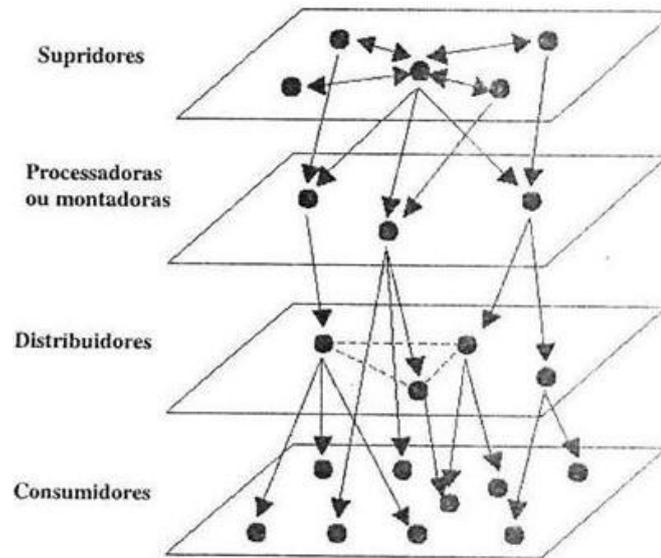


FIGURA 3 - Exemplo genérico de *Netchain*.
 Fonte: LAZZARINI, 2008, p. 41.

De acordo com Lazzarini (2008), denominam-se constelações as redes de empresas que formam grupos que cooperam entre si com o objetivo de competir com outros grupos na mesma indústria de atuação ou em indústrias similares por clientes e membros. Esse tipo de rede interorganizacional tem sido observado em setores dos mais diversos tipos, como a indústria de computadores, de telecomunicações, setor de aviação e de automóveis. As constelações podem ser explícitas ou implícitas. As explícitas envolvem acordos formais e publicamente conhecidos e com caráter multilateral, nas implícitas, os acordos são baseados em uma estrutura bilateral entre grupos informais. Nas constelações implícitas, a tendência é que haja maior interação entre os membros que mantêm maior ligação bilateral em comparação com as empresas que estão de fora da constelação.

Segundo Gomes-Casseres (1994), citado por Lazzarini (2008), o surgimento de associações do tipo constelação indica uma mudança na forma de competir, tornando possível, de acordo com Silva, Motta e Costa (2007), identificar a mudança da direção de atitudes competitivas para colaborativas, dessa maneira, observa-se a coexistência entre a cooperação e a competição. Para Lazzarini (2008), uma empresa pode extrair o máximo de recursos do seu grupo enquanto que o grupo em si pode obter uma vantagem competitiva frente a outros grupos competidores.

Grandori e Soda (1995) organizam uma ampla revisão da literatura, definindo os mecanismos que apoiam as redes e suas principais variáveis, o que resultou em uma classificação de três formas de redes: redes sociais, redes burocráticas e redes proprietárias. Nas redes sociais, as relações interorganizacionais são caracterizadas pela informalidade, sem a existência de qualquer contrato formal, podendo ser identificadas como simétricas ou assimétricas. São consideradas redes sociais simétricas quando todos os participantes compartilham a mesma capacidade de influência, sem a existência de uma empresa centralizadora. São assimétricas quando existe a presença de um agente centralizador que possui como principal função coordenar as demais partes. As redes burocráticas são caracterizadas pela existência de um contrato formal e também são divididas em simétricas, como, por exemplo, associações comerciais, federações ou consórcios, e assimétricas, como acordos de licenciamento e contratos de franquias. Já nas redes proprietárias, a principal particularidade é a formalização de acordos relativos ao direito de propriedade entre os acionistas de empresas.

2.2.3 Análise de redes

Segundo Freeman (1996), a abordagem da análise de redes sociais é oriunda da Sociologia, Psicologia Social e Antropologia. Wasserman e Faust (1994) definiram que os atores da rede, cujas ligações são analisadas, são representados por pessoas, grupos, empresas e demais coletividades. O diferencial desse tipo de estudo está na ênfase dada às ligações entre os autores, e não às características individuais de cada ator.

Para Lazzarini (2008), uma rede é composta por nós representando os atores e por laços que representam os relacionamentos, que conectam os nós. Essa análise de rede se torna tratável quantitativamente e deriva de um ramo da Matemática, a teoria dos gráficos. Uma maneira de codificar os relacionamentos é atribuir a eles valores, em que 1 (um) indica a existência de relacionamento e 0 (zero) a inexistência; é possível também atribuir força ou intensidade aos relacionamentos, indicando números maiores do que 1 (um) no preenchimento das células. Nesse contexto, uma rede é representada por uma matriz relacional em que cada célula indica como um ator A (linha) se relaciona com outro B (coluna). Dois exemplos de matriz relacional são demonstrados na FIG.4 e FIG.5 (LAZZARINI, 2008).

	A	B	C	D	E	F	G
A	0	0	0	1	0	0	0
B	1	0	1	0	1	0	0
C	0	1	0	0	0	1	0
D	0	1	0	0	1	0	1
E	1	0	0	1	0	0	1
F	0	1	0	1	1	0	0
G	0	0	1	0	0	1	0

FIGURA 4 - Exemplo de matriz relacional.
Fonte: LAZZARINI, 2008, p.19.

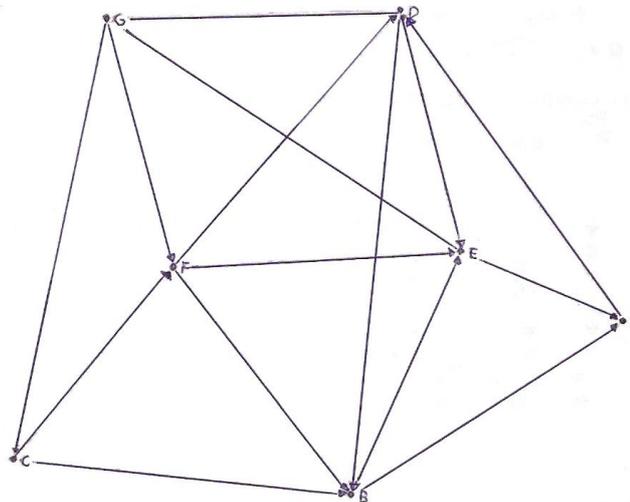


FIGURA 5 - Representação gráfica de uma matriz relacional por meio da composição de nós (atores) e laços (relacionamentos) que interligam os nós.
Fonte: LAZZARINI, 2008, p.19.

Esse tipo de representação por uma perspectiva baseada em matriz pode ser obtida por meio da utilização de sistemas computacionais, como, por exemplo, o UCINET 6.0 e o VISIONE. Borgatti, Everett e Freeman (2002), idealizadores do *software* Ucinet 6.0, descrevem as redes como uma coleção de matrizes, a mesma descrição é utilizada pelo *software* VISIONE, um dos mais contemporâneos da categoria.

Alejandro e Norman (2005) definem vínculo como os laços que existem entre dois ou mais nós. Esses vínculos são representados por linhas, que terão o seu fluxo indicando a direção do vínculo através de setas. Esses fluxos podem ser classificados como direcionais ou não direcionais (ALEJANDRO; NORMAN, 2005; LAZZARINI, 2008). São direcionais quando

um nó está ligado a outro apenas em uma direção, ou seja, o relacionamento não é recíproco. Voltando ao exemplo dos nós A e D da FIG.4, é possível observar um laço direcional, simbolizado por uma seta, em que A está ligado em D, mas D não está ligado em A. Quando a relação entre os laços for bilateral ou simplesmente não tiver importância na análise da rede, ela será considerada como não direcional.

2.2.4 Indicadores de redes

Pelo caráter multidisciplinar da análise das redes sociais, é observado um grande interesse de pesquisadores dos mais variados campos do conhecimento. Diversos métodos foram desenvolvidos como tentativa de compreender as formações das redes. Após um levantamento considerando os diversos métodos presentes da literatura e visando a atingir os objetivos do presente trabalho, serão considerados os seguintes indicadores para a análise: o tamanho, a densidade, a centralidade e a coesão da rede.

2.2.4.1 Tamanho

Segundo Silva (2003), o tamanho de uma rede é representado pelo número total de ligações existente ou de ligações potenciais existente em um determinado grupo de análise. Com esse indicador, é possível verificar a presença de uma rede de relacionamento bem como a existência de alguma fragmentação. Na perspectiva das matrizes, o tamanho da rede é medido pelo número de linhas e colunas presentes em uma matriz. Dessa maneira, uma matriz de i linhas e j colunas tem uma ordem de $i \times j$ (CARSTENS, 2005). Para Silva (2003), tamanho é o mais importante critério estrutural de uma rede, todos os demais indicadores são calculados a partir do tamanho, seja ele total ou parcial.

2.2.4.2 Densidade

A densidade da rede é a proporção do número de laços observados em relação ao número máximo de laços teoricamente possível (GRANOVETTER, 1973). A densidade indica o índice potencial de comunicação, quanto maior a ligação entre os atores, maior será a densidade da rede. Consequentemente, a densidade será igual a zero se os atores de determinada rede não tiverem nenhum tipo de relacionamento, e quando todos os atores forem conectados entre si, a densidade será igual a 100%, indicando máxima densidade. Segundo Silva (2003), a densidade é uma medida do potencial de fluxo de informação, quanto maior for a densidade, maior a possibilidade de ocorrer o fluxo máximo de informação, não necessariamente ela medirá o fluxo real de informação.

2.2.4.3 Centralidade

Segundo Alejandro e Norman (2005), centralidade é o número de atores ao qual um ator está ligado, indicando o quão acessível determinado integrante da rede se encontra para os demais. Essa análise pode ser feita por meio da mensuração do número de ligações que um ator possui dentro do grupo e do número de caminhos que passam por eles para integração entre dois outros atores desconectados. Quanto mais central na rede o ator estiver, maior sua capacidade de acessar, direta ou indiretamente, outros atores. No exemplo da FIG.6, uma rede com grau de centralidade máxima, no qual o ator A é responsável por conectar todos os demais, já na FIG.7, é demonstrada a ausência de centralidade, em que existe um relacionamento entre todos os atores.

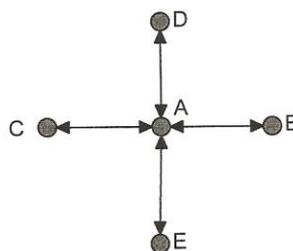


FIGURA 6 - Grau de centralização em 100%.
Fonte: ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p. 20.

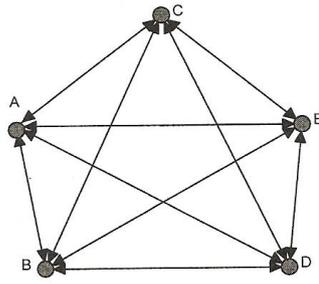


FIGURA 7 - Grau de centralização em 0%.
Fonte: ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p. 20.

Wasserman e Faust (1994) descrevem diversas possibilidades para a mensuração da centralidade de um ator na rede, são elas o grau de entrada, grau de saída, intermediação e proximidade.

O grau de entrada indica as relações que partem dos diversos atores da rede e chegam a um ator em específico, e o grau de saída indica as relações que se originam de um ator específico e que são direcionadas para os demais atores da rede (SILVA, 2011).

A centralidade de intermediação significa o controle de intermediar o relacionamento entre dois atores da rede. Significa o “controle da comunicação”, um nó tem que intermediar as comunicações entre pares de nós (ALEJANDRO; NORMAN, 2005). As figuras a seguir ilustram um grau de intermediação (FIG.8) em que A aparece em todos os caminhos possíveis da rede, e um grau de intermediação 0 (FIG.9) em que todos os atores se conectam diretamente.

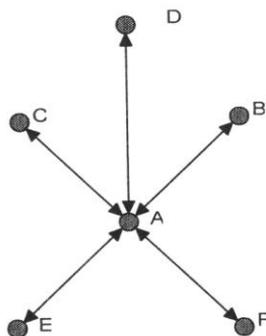


FIGURA 8 - Grau de intermediação "10".
Fonte: ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p.21.

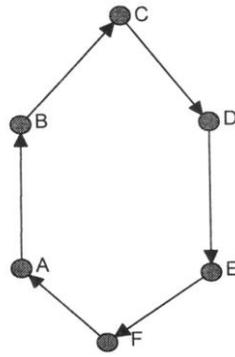


FIGURA 9 - Grau de intermediação "0".
 Fonte: ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p.21.

Segundo Alejandro e Norman (2005), para um ator possuir um grau de intermediação, é necessária a presença de, pelo menos, um grau de entrada e um grau de saída e estar no caminho mais curto entre dois atores que se quer ligar.

A centralidade de grau é mensurada a partir do número de relacionamentos que um ator possui dentro da rede, permitindo identificar aqueles que assumem os papéis principais. Este se divide em grau de saída e grau de entrada, dependendo da direção dos fluxos de relacionamentos. No grau de saída, é a soma das interações que os atores têm com os outros, medindo a expansividade dos atores, enquanto que, na centralidade de entrada, é a soma das interações que os outros nós possuem com um ator, medem-se o prestígio e a popularidade (ALEJANDRO; NORMAN, 2005; WASSERMAN; FAUST, 1994).

A centralidade de proximidade pode ser calculada pelo número mínimo de ligações que determinado ator deve percorrer para acessar qualquer outro membro da rede. Calcula-se esse indicador através do somatório das distâncias, chamada de geodésicas, que significa o caminho mais curto que um ator deve seguir para se conectar aos demais (ALEJANDRO; NORMAN, 2005). O exemplo da FIG.10 mostra a distância geodésica do ator E em relação a C, cujo resultado é igual a três.

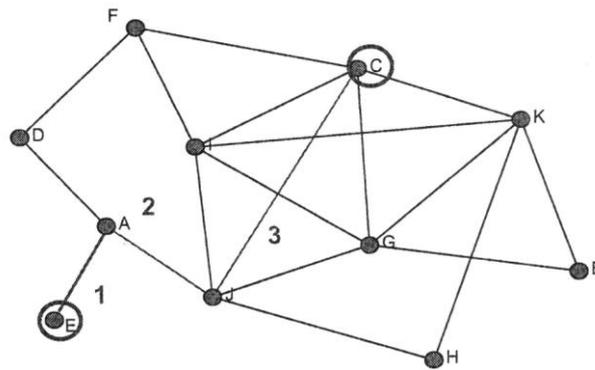


FIGURA 10 - Centralidade de proximidade.
 Fonte: ALEJANDRO; NORMAN, 2005, p.24.

2.2.4.4 Coesão

De acordo com Silva (2003), a coesão está relacionada ao levantamento da presença de subgrupos dentro de uma rede. Tais subgrupos são definidos pela suposição da existência de um grau de afinidade entre os seus membros para que os laços possam ser estabelecidos.

Silva (2003) demonstra uma das possíveis formas de analisar a coesão de um subgrupo. A primeira tem como base a reciprocidade dos relacionamentos e da acessibilidade de um ator, segundo definição de Wasserman e Faust (1994), indica a presença de grupos isolados e fortemente conectados, denominados de “cliques”. A segunda abordagem se baseia em propriedades da acessibilidade de um ator e amplia o conceito da reciprocidade, pois considera também os atores não conectados diretamente entre si, mas que possuem determinada distância geodésica escolhida como parâmetro de análise. Também conhecida como “n-clique”, em que n representa o valor de corte da distância geodésica máxima.

2.3 Aprendizagem organizacional

“Aprendizagem é um processo de mudança, resultante de prática ou experiência anterior, que pode vir, ou não, a manifestar-se em uma mudança perceptível de comportamento.” (FLEURY; FLEURY, 1997, p.19). Para entender a visão tradicional da aprendizagem

organizacional, Fleury e Fleury (1997) remetem a um contexto histórico, ao tempo do artesanato, quando o artesão era responsável pela concepção e pela fabricação de seus produtos, contando com o auxílio de apenas alguns aprendizes. Os ensinamentos aprendidos com o mestre-artesão garantiam a continuidade do ofício e dos conhecimentos e habilidades a ele associados.

Com o passar do tempo, as formas de organização social foram-se alterando, dando origem à especialização das tarefas, à divisão do trabalho e às ideias. O empirismo presente nas organizações é substituído por procedimentos sistêmicos de análise advindos de experimentos científicos, desobrigando o operário da necessidade de conhecer todo o processo de fabricação do produto final, surge a Administração Científica preconizada por Taylor. Desse modo, altera-se o formato do aprendizado e a maneira como o conhecimento é transferido (FLEURY; FLEURY, 1997).

Posteriormente, surgem novas formas organizacionais que estudam aprendizagem alternativa à Administração Científica, uma dessas abordagens ficou conhecida como Escola de Relações Humanas. Essa escola oferece uma visão mais humanística do trabalho, sem, contudo, modificar seu caráter mecanicista. Surge também uma nova forma de se pensar a aprendizagem, a proposta sociotécnica, que busca uma solução ótima com uma visão integrada, adequando as demandas e as capacitações do sistema social aos requisitos do sistema técnico, tendo como finalidade unir os objetivos da produção, das organizações e das pessoas. Os princípios sociotécnicos de planejamento de trabalho fizeram nascer a necessidade de um aprendizado sistêmico, considerando a empresa como um todo e alterando novamente a forma como as organizações aprendem (FLEURY; FLEURY, 1997).

Em uma tentativa de aproveitar aspectos positivos dos diversos modelos, hoje, a tendência é pensar a aprendizagem de forma sistêmica, combater o que é fragmentado e isolado e privilegiar o integrado. O mais relevante é a integração dos conhecimentos em busca de alcançar os objetivos que são compartilhados (FLEURY; FLEURY, 1997). Isso se aplica não apenas em relação aos indivíduos, mas às relações organizacionais e interorganizacionais. Segundo Senge (1990), o aprendizado ganha mais relevância à medida que o mundo se torna mais interligado, e os negócios, mais complexos e dinâmicos. Não basta que alguns aprendam pela organização, é preciso que todos os níveis da empresa se envolvam no processo de

aprendizagem. Dessa maneira, passa a ser necessário o pensamento sistêmico, segundo o qual a totalidade pode ser maior que a soma das suas partes.

Independentemente da maneira como os modelos teóricos sobre aprendizado organizacional vêm-se transformando ao longo do tempo, o essencial é reconhecer que o conhecimento tanto interno como externo tornou-se uma importante fonte de vantagem competitiva (SENGE, 1990; HAMEL; PRAHALAD, 1995; NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Para Balestrin e Fayard (2003), no atual paradigma econômico em que nos encontramos, também chamado de “sociedade informacional”, o principal fator de produtividade e competitividade dos indivíduos e organizações está em gerar, processar e transformar o conhecimento em ativos econômicos. Segundo Drucker (1999), mais do que o capital ou o trabalho, o conhecimento é o único recurso significativo da sociedade pós-capitalista, capaz de determinar a posição competitiva não somente das empresas, mas também das indústrias e até mesmo de um país. Choo (2003) vai além, reforçando a posição de Drucker (1999), e apresenta o conceito da “organização do conhecimento”, de forma a agir com inteligência, criatividade e, ocasionalmente, esperteza com as informações e conhecimentos, de forma vantajosa.

Essencial às organizações que visam a um desempenho superior, é importante compreender as origens do conhecimento. Assim, é possível incentivar a sua criação e seu desenvolvimento. Pretende-se, portanto, introduzir o assunto e oferecer um entendimento de como as empresas aprendem, para, em seguida, abordar o processo do aprendizado relacional.

Segundo o conceito de Davenport e Prusak (1998), o conhecimento é uma mistura fluida de experiências, valores, informações contextuais e percepções, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e a incorporação de novas experiências e informações. Para os autores, o conhecimento deriva da informação, que, uma vez transformada, gera conhecimento. Tal fato contribui para a tomada de decisão, tornando-a mais eficiente e mais acertada em relação à estratégia, aos concorrentes, aos clientes e aos ciclos de vida de produtos e serviços. Choo (2003) corrobora e considera a informação como um componente intrínseco de quase tudo que uma organização faz; e pontua que, sem uma clara compreensão dos processos organizacionais e humanos que transformam a informação em conhecimento, as empresas não são capazes de perceber a importância de suas fontes e tecnologias da informação.

Dyer (1996) afirma que, em uma rede dispersa de empresas, a transferência de conhecimento se dará através das trocas diretas entre as partes. Desse relacionamento, percebe-se a presença dos vínculos informais significativos considerados mais importantes e profundos do que a simples formalização de contratos, incitando a confiança e a colaboração. Davenport e Prusak (1998) também concordam com a importância da informalidade e afirmam que a transferência espontânea e não estruturada do conhecimento é vital para o sucesso de uma empresa e que um dos elementos essenciais da gestão do conhecimento é o desenvolvimento de estratégias específicas para esse fim.

Segundo Hoffmann, Bandeira-de-Mello e Molina-Morales (2006), a transferência do conhecimento pode acontecer da interação direta entre empresas, em especial, quando elas forem dispersas geograficamente. Quanto ao papel das instituições, nota-se que elas contam com a habilidade de captar externamente informações na rede de contatos estabelecida fora do aglomerado. Exemplos dessas instituições podem ser representados por associações empresariais, agências governamentais, universidades, fontes públicas e privadas de financiamento e demais instituições de apoio.

Vale (2007) pondera que a proximidade física não é, isoladamente, fator determinante para a garantia de maior relacionamento e que, em um ambiente em que muitas empresas se especializam em produtos e serviços semelhantes e competem pelos mesmos clientes, a cooperação pode ser subestimada, dando lugar a um clima de competição negativa e indiferença. Até mesmo diante desse contexto, o aprendizado relacional torna-se possível ao considerar que um grande número de empresas com desempenhos similares, mas com funções escassamente diferentes, tende a repetir umas às outras, ao mesmo tempo em que elas se distinguem pelo desenvolvimento de processos incrementais e melhoria de produtos (MOLINA-MORALES; HOFFMANN, 2002). Reafirmando tal pensamento, Fleury e Fleury (1997) sugerem que a observação das experiências realizadas por outras organizações pode constituir um importante caminho para o aprendizado e se tornar uma estratégia para se repensar a própria organização. Nonaka e Takeuchi (1997) corroboram e afirmam que uma organização agindo de forma isolada não pode criar conhecimento organizacional.

Baseados em evidências científicas, Dyer e Nobeoka (2000) identificaram a aprendizagem organizacional como o fator fundamental para alcançar vantagem competitiva sustentável e argumentam que a aprendizagem interorganizacional é fundamental para o sucesso

competitivo, observando que as organizações aprendem por meio da colaboração com outras organizações, e essa relação pode ser mais efetiva que uma firma integrada na criação, transferência e recombinação de conhecimento.

3 METODOLOGIA

Segundo taxionomia proposta por Vergara (2006), a estratégia de pesquisa adotada é definida, quanto aos fins, como descritiva. A pesquisa é de natureza quantitativa e faz uso do método de *survey*. Em geral, *survey* consiste em um questionário estruturado com métrica e representação numérica, com número significativo de respondentes, destinado a obter informações específicas dos entrevistados (MALHOTRA, 2001; GONÇALVES; MEIRELLES, 2004).

As técnicas de análise de dados quantitativos serão as técnicas da estatística descritiva, a análise de regressão estatística e a aplicação de métricas de análise de redes sociais. O tratamento dos dados de rede (cálculo das medidas e representação gráfica) foi realizado por meio do software Visone (Visual Social Network – www.visone.info), versão 2.6.4.

3.1 Proposição do modelo teórico de verificação

A presente proposição do modelo hipotético da FIG.11, a seguir, é desenvolvida e validada por Oliveira (2010) e está em concordância com os objetivos e fundamentação teórica apresentados neste trabalho. As hipóteses descritas pelo autor foram avaliadas para o setor estudado neste trabalho, com o objetivo de auxiliar na resposta ao problema de pesquisa proposto.

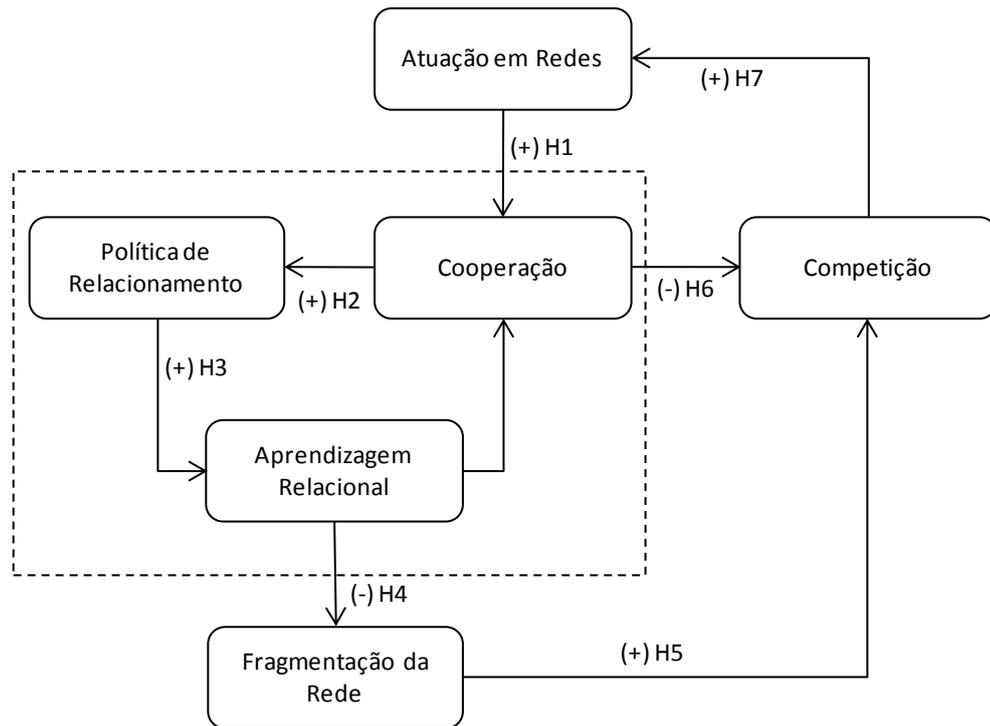


FIGURA 11 - Modelo hipotético conceitual.
Fonte: OLIVEIRA, 2010, p.35.

Hipótese 1 (H1): Redução de riscos, incertezas de mercados, estresse dos dirigentes competitivos na rede: A primeira hipótese do modelo considera que a cooperação é baseada na atuação em redes, e quanto maior a intensidade da atuação em rede, maior será o relacionamento de cooperação (contrária à fragmentação).

Hipótese 2 (H2): Ganhos vertical e horizontal da atuação em rede: Pressupõe-se a existência da intenção de uma política de relacionamento fruto da cooperação entre os atores da rede, e quanto maior for a cooperação, maior será a intenção de estabelecer uma política favorável à manutenção e ampliação de trocas de experiência e fortalecimento do relacionamento.

Hipótese 3 (H3): Utilitária de mais-valia de aprendizado em rede: A terceira hipótese parte do pressuposto de que, com um relacionamento de cooperação (H1) apoiado em uma política de relacionamento (H2), surge o aprendizado relacional mais intenso com a percepção de ganhos para crescimento nos planos coletivo e individual. Quanto mais intensa for a cooperação, maior será o aprendizado.

Hipótese 4 (H4): Utilitária do aprendizado em rede: Caso o processo da aprendizagem relacional enfraqueça ou não se forme, a tendência da rede é fragmentar-se. Espera-se que

quanto menos intenso for a sensação de perda de aprendizado relacional maior será a fragmentação.

Hipótese 5 (H5): Ruptura de cooperação: Ao constatar a tendência de fragmentação da rede (H4), presume-se o aumento da competição, e a cooperação poderá ser comprometida e a competição incentivada.

Hipótese 6 (H6): A sexta hipótese parte da premissa de que quanto menor for a cooperação maior a tendência de se competir.

Hipótese 7 (H7): Ciclo de equilíbrio de jogos sociais de relacionamentos das redes: Inseridos em um ambiente de competição, os participantes da rede evitarão o confronto explícito e iniciarão novamente uma política de relacionamento baseada na cooperação.

3.2 População e amostragem

A área geográfica de abrangência desta pesquisa compreende serviços hospitalares da RMGV, de natureza privada, e entidade beneficente sem fins lucrativos, segundo dados obtidos no cadastro nacional de estabelecimento de saúde (BRASIL, 2011a). A amostragem foi do tipo não probabilística selecionada por tipicidade. Segundo a definição de Vergara (2006) para tipicidade, “constituída pela seleção de elementos que o pesquisador considere representativos da população-alvo”, foi excluído o município de Guarapari, mesmo pertencendo a RMGV segundo Lei Complementar nº 318 de 2005 (ANEXO A), por ser distante dos demais hospitais pesquisados mais de 50 Km e possuir apenas um hospital com características dos demais serviços hospitalares, resultando em uma amostra total de 21 hospitais participantes. Esse número é conveniente para estudos de rede não somente pela capacidade explicativa da amostra, mas também para não carregar a representatividade do grafo.

3.3 Coleta e tratamento dos dados

Os dados foram coletados mediante entrevistas com os principais dirigentes dos hospitais, que participam de processos decisórios estratégicos.

3.3.1 Dados primários

A fonte de dados de pesquisa, os dados primários, foram coletados por meio de aplicação de um questionário fechado, contendo 10 questões. Do total das questões, sete apresentam opções de respostas baseadas na escala Likert, enquanto as demais apresentam opções simples de respostas, com entre três a seis alternativas cada.

O questionário foi dividido em três partes conceituais, com perguntas sobre (APÊNDICE A):

- Os relacionamentos do hospital participante com os demais participantes (questões de 1 a 6);
- As características individuais de cada um (questões 7 a 10).

A pesquisa de campo foi dividida em duas fases, conforme descrito a seguir:

1ª fase – após primeiro contato feito por meio de carta de apresentação (vide APÊNDICE C), foi realizado um contato com os hospitais com o perfil desejado. O objetivo dessa interação inicial foi apresentar a proposta da pesquisa, o pesquisador e a instituição de ensino envolvida. Dessa maneira, pretendeu-se identificar os hospitais dispostos a participar do estudo e agendar uma data para a aplicação do questionário. Com a amostragem já definida, as questões de 1 a 6 foram finalizadas, com a inclusão do nome de cada hospital participante.

2ª fase – Constituiu-se na aplicação do questionário

Vergara (2006) conceitua tratamento de dados como “aquela seção na qual se explica para o leitor como se pretende tratar os dados a coletar, justificando por que tal tratamento é adequado aos propósitos do projeto [...]” (VERGARA, 2006, p.59).

Os passos para o tratamento dos dados foram:

1º passo - Utilizando-se o *software* Microsoft Excel 2007, os dados coletados foram tabulados pelas respostas, gerando uma planilha para cada participante, de modo a registrar, na íntegra, as opções selecionadas pelos pesquisados, conforme mostrado no APÊNDICE B.

2º passo - Em seguida, para as questões de 1 a 6, foram criadas matrizes relacionais, uma para cada questão, derivadas dos gabaritos de respostas e compostas pelos pesquisados considerados válidos.

Foi utilizada uma escala forçada de respostas através das opções 0 e 1, em substituição à escala Likert de quatro pontos geralmente empregada. Optou-se por utilizar essa escala com o intento de tornar mais claras e precisas as informações geradas. A figura a seguir (FIG.12) mostra o modelo de equivalência entre as escalas, em que o 0 correspondeu às duas primeiras opções de respostas do questionário, e o 1, às demais. Para as questões 7, 8, 9 e 10, foram criadas tabelas com a totalização da frequência de cada resposta.

Escala Original	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
	1	2	3	4
⇔				
Escala Forçada	Nunca / Raramente		Muitas Vezes	/
	0		1	

FIGURA 12 - Equivalência entre escalas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

3º passo - A partir das matrizes relacionais geradas no passo anterior, os dados foram analisados na perspectiva das teorias de redes sociais, tal como apresentado na seção 2.2.

Como todas as matrizes possuem as mesmas características, com números iguais de linhas e colunas (matriz quadrada) e com idêntica composição de atores, pôde-se padronizar o método de análise com o emprego dos mesmos indicadores: tamanho, densidade, centralidade e coesão.

4º passo - Utilizando-se os recursos presentes no *software* VISIONE, tais indicadores foram calculados e demonstrados no QUADRO 5.

QUADRO 5 - Medidas de rede

Classe	Medidas	Definição
Rede Total	Tamanho	Indica o total de atores que compõe a rede, bem como a totalidade de relações identificadas.
	Densidade	Indica o quanto os atores de uma rede estão ligados entre si. Considera-se a razão entre as relações existentes e as relações possíveis entre tais atores.
	Reciprocidade	Indica a proporção dos pares de atores cujas relações fluem nos dois sentidos (relações simétricas), considerando o total de pares que mantêm relação entre si (relações simétricas e assimétricas).
Coesão	Cliques	Subgrupo constituído por três ou mais atores totalmente interligados entre si. Quando as relações entre os atores são simétricas são consideradas fortes e, quando assimétricas, fracas.
Centralidade	Grau de Entrada	Indica as relações que partem dos diversos atores da rede e chegam a um ator em específico.
	Grau de Saída	Indica as relações que se originam de um ator específico e que são direcionadas para os demais atores da rede.
	Intermediação	Indica os atores com potencial para interligar os demais atores da rede (direta e indiretamente).
	Proximidade	Indica a capacidade de um ator em alcançar os outros atores da rede utilizando o menor número possível de intermediários.

Fonte: Adaptado de SILVA (2011).

Com o objetivo de proporcionar uma análise visual dos relacionamentos, como forma de auxiliar nas interpretações, a representação gráfica de cada matriz também foi gerada pelo *software* Visone.

5º passo - Através das matrizes relacionais geradas anteriormente, foram calculadas as análises de regressão estatística mediante o uso do *software* Microsoft Excel 2007.

Com o intuito de se verificar a relação entre os construtos propostos no modelo hipotético apresentado na seção 3.1, a técnica utilizada consistiu em um processo de dedução de uma relação matemática entre uma única variável métrica dependente e uma única variável independente (MALHOTRA, 2001). Para essa análise, consideraram-se todas as opções de respostas do questionário de pesquisa que se baseou na escala Likert de quatro pontos.

4 CONTEXTUALIZANDO O SETOR DE SAÚDE

4.1 Um breve histórico do sistema de saúde no Brasil

Segundo Weiland (2009), um sistema de saúde tem como objeto de trabalho a promoção da saúde da população; nesse contexto, a saúde é entendida como um componente da qualidade de vida. McGuire, Henderson e Mooney (1992), citados por Weiland (2009), conceituam a necessidade de saúde como “necessidade por serviços de saúde”, que, segundo a autora, é relativa, pois introduz um conceito estritamente econômico sobre a importância dos custos e benefícios de determinado tratamento.

O sistema de saúde do Brasil, ao longo de sua história, passou por diferentes etapas, que se inserem no contexto mundial e acompanham os diferentes momentos político, econômico e social das estruturas construídas no país. O sistema de saúde no Brasil do século XX seguiu o caminho dos países latino-americanos, como México, Chile, Argentina e Uruguai (WEILAND, 2009).

Para um melhor entendimento da realidade atual do sistema de saúde no Brasil, serão apresentados importantes e determinantes momentos históricos envolvidos nesse processo.

Após longos anos sem nenhuma organização sanitária no Brasil, a primeira formalização aconteceu no governo do Presidente Rodrigues Alves, que governou de 1902 a 1906, nomeando Oswaldo Cruz como Diretor de Departamento Federal de Saúde Pública, com intuito de eliminar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Ação dessa natureza predominou durante décadas no país, causando revolta na população por ter característica militar, puramente fiscal e policial. Embora tenha sofrido forte crítica, o modelo chamado de campanhista obteve importantes vitórias (POLIGNANO, 2001).

Em 1920, Carlos Chagas sucedeu Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Destacam-se como problemas individualizados a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial. Em 1923, após fortes pressões do movimento operário por garantias de direitos

trabalhistas, como consequência, instituiu-se o Sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), sendo que seu custeio era feito pelos empregados, empresas e governos. Além das aposentadorias e pensões, o fundo garantia também os serviços funerários e médicos (POLIGNANO, 2001).

No contexto do Estado Novo, foi criada a justiça do trabalho, em 1943, e homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A nova política do estado com objetivo de estender os benefícios da previdência a todos os operários urbanos substituiu as CAPs pelos Institutos de Aposentadorias (IAPs). Com o desenvolvimento industrial, a aceleração da urbanização e o crescente aumento da população, na segunda metade da década de 50 do século XX, ocorreram mais pressão junto aos institutos de assistência médica e a viabilização do crescimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, embora poucos estados e municípios dispusessem de serviços médicos adequados. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, sem, contudo significar alguma ação positiva para a saúde pública no país (POLIGNANO, 2001).

Todavia, a assistência médica prestada pelos IAPs possuía algumas deficiências, como, por exemplo, a excludência. Visando a unificar e a abranger todos os trabalhadores regidos pela CLT, em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social. Conforme Ribeiro (1993), referido por Prestes (2009), nesse momento, a população não coberta pelo sistema previdenciário dos institutos contava com os hospitais públicos, filantrópicos e alguns poucos hospitais com fins lucrativos.

No período do Regime Militar no Brasil, ocorreram várias reformas administrativas, fiscal, financeira e também previdenciária. Foi unificado os IAPs em um único instituto, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fato que aumentou significativamente a abrangência e consequentemente a demanda. Com o aumento da demanda e a estrutura deficiente para o atendimento, o governo precisou ampliar sua estrutura e recorrer ao setor privado. Boa parte da ampliação desse setor foi financiada pelo governo com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que recebia recursos provenientes da Loteria Federal e Esportiva e da Caixa Econômica Federal (CEF). Nesse momento, foi gerado um complexo sistema médico-industrial, tornou-se complicado tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro no INPS, fato que levou o governo a criar uma estrutura

própria administrativa, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978 (POLIGNANO, 2001).

Ainda no regime militar, em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que definiu as responsabilidades dos ministérios, sendo que o Ministério da Saúde ficou com a responsabilidade de cuidar da medicina preventiva, e o Ministério da Previdência Social se responsabilizou pela medicina curativa. Esse fato fez com que o Ministério da Previdência Social, contando com os recursos recolhidos dos trabalhadores, incentivasse a internação hospitalar, mesmo sendo mais dispendiosa que a medicina preventiva, que contava com poucos recursos, levando o Ministério da Saúde a desenvolver poucas ações dessa natureza (POLIGNANO, 2001; PRESTES, 2009).

Segundo Polignano (2001), com o fim do regime militar e as mudanças significativas com o novo sistema político brasileiro, o setor médico privado, após 15 anos de vultosos recursos do setor público, cresceu, desenvolveu-se e “engordou”. Nesse momento, o setor precisou formular novas alternativas para sua estruturação, direcionando seus esforços para a classe média e categorias de assalariados; iniciou-se o subsistema de atenção médico-supletiva composta por medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e plano administrativo.

Nesse cenário, a Constituição Federal de 1988 é promulgada, determinando, no seu Art. 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). Já em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado, em busca da efetivação do que rege a Constituição. O SUS incorpora os hospitais universitários, redes públicas e privadas conveniadas de saúde nos estados e municípios, formando assim um sistema de abrangência nacional, segundo o princípio da universalidade no sentido de todos os cidadãos terem direito à proteção e recuperação da saúde (PRESTES, 2009; WEIAND, 2009).

O SUS, sistema vigente hoje no país, passou e passa por diversas mudanças com grande repercussão em todos os setores. Desde 1990, com sua regulamentação, através da Lei 8.808, assiste-se a muitos desdobramentos no que tange à fonte de recursos destinados ao SUS, como, por exemplo, inicialmente, o fato de essa fonte ser proveniente do orçamento da seguridade social. O SUS começa a sofrer mudanças em seu funcionamento e

operacionalização através da Norma Operacional Básica (NOB), e, em 1994, o Ministério da Previdência passa a não repassar os recursos destinados à saúde para viabilização do SUS, que, já nessa data, estava sob o controle do Ministério da Saúde (POLIGNANO, 2001).

A crise de financiamento do setor de saúde se agrava; na busca de uma alternativa econômica para viabilização do SUS, o então Ministro da Saúde Adib Jatene propõe e aprova a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira). A CPMF foi extinta em 23 de janeiro de 1999, em meio a denúncias de desvios, para cobrir outros gastos do governo, sendo desviada do propósito com o qual foi criada. A CPMF foi substituída pelo IOF (Imposto Sobre Operações de Crédito), sem, contudo, ser destinado especificamente à saúde.

Ainda hoje, o SUS é obrigado a contratar serviços de hospitais e de outras prestadoras particulares, sendo que 51,4% dos hospitais privados no Brasil são credenciados pelo SUS. Para ser credenciado ao SUS, essas organizações têm que seguir os princípios e diretrizes estabelecidos pelo sistema público de saúde (PRESTES, 2009). A crise de financiamento do SUS agrava sua operacionalização, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar, a escassez de leitos é constante, oriunda principalmente do baixo valor de pagamento feito pelos governos (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Mendes (2011), o SUS possui uma rede de 63 mil unidades ambulatoriais e de quase 6 mil unidades hospitalares, com 440 mil leitos. Sua produção anual é de 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 150 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23 mil transplantes de órgãos. Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde. O SUS real vai-se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Dessa forma, no Brasil, prevalece um sistema de saúde no qual convivem três grandes subsistemas: o SUS, o subsistema público, destinado a 130 milhões de brasileiros; o subsistema privado de atenção médica suplementar, destinado a 40 milhões de brasileiros que pagam, através de diferentes operadoras de planos de saúde; e o subsistema privado de

desembolso direto, ao qual recorrem os brasileiros, ricos e pobres, para a compra de serviços através de pagamento direto das pessoas ou famílias (MENDES, 2011; PRESTES, 2009). Cada um dos sistemas e seus gastos estão representados na TAB.1.

TABELA 1 - Gastos estimados em saúde no Brasil por segmento (2006)

Segmento do sistema de saúde	Gasto anual (em bilhões de R\$)	Representatividade (%)
Sistema Único de Saúde	68,8	47,9
Sistema de Saúde Suplementar	36,2	18,2
Sistema de Desembolso Direto	46,8	33,9
Total	151,8	100,0

Fonte: WHO (2009) *apud* PRESTES (2009), p. 23.

Uma grande organização da rede hospitalar ao longo da história do sistema de saúde no Brasil foi formada e passou por diversas transformações, os hospitais unidade de observação deste estudo necessitam de uma contextualização no sistema de saúde brasileiro, justificando, assim, o objetivo central desta pesquisa.

4.2 O contexto do hospital no sistema de saúde brasileiro

Como forma de tratamento, o hospital tem registro histórico no final do século XVII. Com a descoberta da penicilina, o surgimento da anestesia, assépticos, antissépticos, o hospital passa a ser visto como local de cura e como advento das inovações tecnológicas, contribuindo ainda mais para atrair médicos e pacientes (PRESTES, 2009).

Com as diversas mudanças ocorridas nos hospitais ao longo do tempo, como a profissionalização da atividade hospitalar e suas diversidades de funções, a necessidade de pessoal administrativo, médicos, enfermeiros e outras profissões relacionadas, os hospitais tornaram-se instituições altamente complexas (GLOUBERMAN; MINTZBERG, 2001; PORTER; TEISBERG, 2007).

Shortell e Kaluzny (2000), referidos por Prestes (2009), afirmam que toda a complexidade dos hospitais deriva de suas peculiaridades, tais como: a) dificuldade para definir e medir

resultados; b) grande variabilidade do trabalho desenvolvido; c) natureza emergencial das atividades; d) pouca margem de ambiguidade e de erro aceitável; e) a alta lealdade à profissão acima da organização; f) pouco controle organizacional ou gerencial sobre o grupo médico; e g) existência de dupla linha de autoridade, a técnica e a burocrática, gerando problemas de coordenação e responsabilidades.

No Brasil, a partir dos anos 1970, os hospitais representavam a porta de entrada do sistema de saúde, gerando assim uma enorme “hospitalização”, apesar de todos os esforços para transferir os pacientes para os serviços primários, constituídos de postos e ambulatórios. Hoje, os hospitais são referências fundamentais na cadeia de serviços de assistência de saúde, representando dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos (GAZETA MERCANTIL, 1998 *apud* PRESTES, 2009; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O setor hospitalar é parte dos serviços de atenção à saúde. O hospital também pode atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, como a atenção básica, média complexidade ou alta complexidade. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Média complexidade, considerada no âmbito do SUS, compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Alta complexidade refere-se a procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization* - WHO),

Os hospitais desempenham um papel importante no sistema de saúde. São instituições de saúde que possuem uma equipe médica e outros profissionais organizados e instalações hospitalares, que prestam serviços de enfermagem, médicos e serviços relacionados 24 horas por dia, 7 dias por semana. Hospitais oferecem serviços para pacientes que necessitam de cuidados agudos, convalescentes e terminal. Tradicionalmente orientado sobre os cuidados individuais, os hospitais cada vez mais criam laços mais estreitos com outras partes do setor de saúde e comunidades, em um esforço para otimizar o uso de recursos para a promoção e proteção do estado de saúde individual e coletiva (WHO, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde define o hospital moderno como parte de uma organização social, cuja missão consiste em proporcionar à população assistência médica preventiva, curativa e integral. Os hospitais, no Brasil, são descritos, quanto ao tipo, por geral e especializado. Um hospital é geral quando se destina à prestação de atendimento nas especialidades básicas, podendo dispor de urgência/emergência. O hospital especializado é destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade, podendo dispor de urgência/emergência (BRASIL, 2011c).

No que tange à natureza administrativa que define a origem do capital social e a vinculação administrativa, os hospitais são classificados como: administração direta da saúde, administração direta de outros órgãos, administração indireta (de autarquias, fundação pública, empresa pública, organização social pública), serviço social autônomo, economia mista, sindicato, fundação privada, cooperativa, empresa privada e entidade beneficente sem fins lucrativos (BRASIL, 2011c). Sendo que as duas últimas classificações serão incluídas na população e amostra desta pesquisa.

Hospitais filantrópicos são considerados instituições detentoras do certificado de entidade beneficente de assistência social (CEAS), cedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão do Ministério de Assistência e Promoção Social. O certificado é concedido mediante o cumprimento de diversas exigências e permite obter diversas isenções fiscais e tributárias. Os hospitais de ensino e pesquisa são instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede própria contratada ou conveniada do SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação como instituições de atenção à saúde, e participam da formação de estudantes de graduação e pós-graduação, bem como contribuem para a pesquisa, desenvolvimento científico e avaliação tecnológica (BRASIL, 2011c).

Proporcionar saúde como direito humano e fundamental, como previsto na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, de 1948, de forma a conciliar o significado humanístico, enfrentando o complexo caminho para a administração dos recursos econômicos, políticos e financeiros pelas instituições hospitalares, é um grande desafio a ser encarado e percorrido.

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam a respeito da administração dos serviços hospitalares:

A gama de serviços oferecidos pelos hospitais — de tratamentos clínicos de alta tecnologia a cirurgias complexas, da contabilidade complexa a serviços básicos de hotelaria — torna a sua administração complexa e cara e a sua supervisão e controle extremamente desafiadores. Assegurar o controle sobre essas complexas entidades requer profundidade e amplitude de conhecimentos para compreender todos os componentes de um hospital e integrá-los efetivamente (ao sistema), ao passo que monitorar o desempenho e o uso de recursos requer informações confiáveis e atualizadas — o que pode ser difícil de alcançar nos países em desenvolvimento (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009, p.15).

4.3 Breve histórico dos serviços hospitalares da RMGV

A RMGV, inicialmente, é formada pela ilha onde se situam a cidade de Vitória, a capital do estado, e os três municípios em seu entorno: Vila Velha, ao Sudeste; Serra, ao Norte, e Cariacica, ao Oeste. Atualmente, a RMGV é composta por Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Fundão e Guarapari. Esses sete municípios abrigam quase metade da população total do Espírito Santo (46%) e 57% da sua população urbana. Produzem 58% da riqueza e consomem 55% da energia elétrica produzida no estado. A população é estimada em 1.730.000 habitantes. Os hospitais que servem à população se distribuem de forma homogênea nos municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica e Serra (ESPÍRITO SANTO, 2012).

Até a década de 70, o Hospital Evangélico do Espírito Santo, hospital geral, entidade beneficente sem fins lucrativos, e a Maternidade de Vila Velha, de propriedade do Estado, ambos em Vila Velha, eram os únicos existentes fora da capital. Os municípios da Serra e Cariacica não possuíam hospitais, sendo os pacientes direcionados aos hospitais de Vitória. Nos municípios, existiam clínicas de pequeno porte, prestando serviços ambulatoriais e realizando internações para patologias menos complicadas. Dentre os hospitais de Vitória, destacavam-se a Santa Casa de Misericórdia, hospital geral, entidade beneficente sem fins lucrativos de maior porte que, com a fundação da Escola de Medicina da Santa Casa, se transformou em Hospital Escola, atendendo pacientes do SUS, conveniados e particulares, e o Hospital São José, particular, que, em época mais recente, encerrou suas atividades e hoje pertence ao Governo Estadual, atendendo exclusivamente o SUS. O Hospital Santa Rita, conhecido inicialmente como Hospital do Câncer, focalizava seu atendimento em pacientes com essa patologia. Com o tempo, cresceu, diversificou seu atendimento e, hoje, é um dos hospitais de grande porte em Vitória e é hospital geral que atende pacientes do SUS,

particulares e de convênios. Um número pequeno de hospitais de menor porte existentes nessa época já encerraram suas atividades. Com a proposta inicial de atender os funcionários públicos estaduais, o Hospital da Associação dos Funcionários Públicos expandiu-se e incluiu também atendimento a pacientes conveniados (VALLADARES, 2012).

No final da década de 70, foi inaugurada, em Vila Velha, a Maternidade Santa Mônica. Foi o primeiro hospital totalmente privado da cidade de Vila Velha. Hoje conhecido como Hospital Santa Mônica, é um hospital geral com plano de saúde próprio, administrado pelo mesmo grupo gestor (VALLADARES, 2012).

Novos hospitais foram construídos nos últimos 20 anos, coincidindo com a expansão populacional da RMGV. No município da Serra, os Hospitais Metropolitano e o Vitória Apart Hospital, ambos hospitais gerais de grande porte, têm foco em atendimento de pacientes conveniados, e, no município de Cariacica, o Hospital Meridional apresenta características idênticas. A Unimed Vitória construiu na capital o Hospital CIAS, para atendimento prioritário a seus próprios usuários. Há cinco anos, foi inaugurado o Vila Velha Hospital, em Vila Velha. Esses hospitais mais recentes têm como característica comum o fato de pertencerem a grupos de médicos (VALLADARES, 2012).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5.1 Parte I: Tratamento e análise de dados de redes

Os construtos de redes analisados foram baseados no modelo proposto por Oliveira (2010) (FIG.10). No entanto, a forma como tais construtos são apropriados e tratados difere do tratamento conferido por Oliveira (2010). Ademais, contam como contribuições próprias a busca de relações entre as configurações de redes e as variáveis organizacionais de tamanho, idade e propriedade.

Como salientam Wasserman e Faust (1994), a análise de redes destaca as características relacionais entre os elementos que constituem determinados sistemas que, no caso em questão, evidenciam hospitais circunscritos ao sistema de saúde da RMGV.

Os hospitais também são referidos como *atores* (coletivos), sendo esse termo corrente na análise de redes. Cada ator está conectado a outros, os quais, por sua vez, também conectados a poucos, a alguns ou a muitos outros atores. Essa conexão é abordada como *laço relacional* ou simplesmente *relação*. A existência de relações entre os atores, portanto, evidencia a existência de redes, as quais acarretam incentivos ou restrições para a ação individual (WASSERMAN; FAUST, 1994).

As relações também indicam medidas de distância. Todavia, a distância em rede não corresponde à distância física “real”. A distância é medida pelo número de relações sequenciais que existe entre os atores. A menor distância é chamada de *distância geodésica* (SCOTT, 2000).

Quando todos os atores estão de alguma forma conectados, sendo possível o estabelecimento de percursos por toda a rede, considera-se que a rede em questão é formada por um único *componente*. Quando os atores formam ajuntamentos que não se conectam entre si, consideram-se tais ajuntamentos como componentes distintos da rede. Um elemento que não

mantém conexão com os demais é considerado um *ator isolado* (WASSERMAN; FAUST, 1994).

Como se observa, a unidade de análise desta pesquisa consiste em um conjunto de hospitais e de suas relações. Essas relações são específicas a cada um dos construtos e serão delineadas detalhadamente adiante.

Salienta-se que uma vez que os hospitais se configuram em organizações conectadas entre si e com certos propósitos que sustentam suas configurações relacionais, as redes assumem a natureza de redes interorganizacionais (BALESTRIN; VERSCHOORE; REYES JUNIOR, 2010). Assim, em meio aos construtos da pesquisa, considera-se que relações de “colaboração” e “aprendizagem” evidenciam configurações de redes interorganizacionais, uma vez que em ambas constata-se que os atores se orientam por propósitos manifestos de ação conjunta, havendo alguma troca de recursos (materiais, informacionais, etc.). Os construtos “fragmentação” e “política de relacionamento” indicam tendências de configuração das redes anteriores. Por fim, para o construto “competição”, visto que não se supõe a troca de recursos, as relações entre os hospitais são abordadas como uma “estrutura de competição” (ao invés de “rede” de competição). No QUADRO 6 constam as definições de cada construto.

QUADRO 6 - Descrição dos construtos

	Construto	Definição
Estrutura	Competição	A competição constitui-se em característica intrínseca do mercado. Os hospitais também competem e reconhecem aqueles que são altamente competitivos entre si (concorrente efetivo). Essa relação é considerada enquanto uma “estrutura de competição”, ao invés de se utilizar o termo rede, uma vez que não ocorre a troca de nenhum recurso (material ou não material) entre as organizações. Ainda assim, similar às relações de uma rede, a estrutura de competição provê incentivos ou restrições para a ação dos hospitais.
	Cooperação	A cooperação remete a atividades relevantes de compartilhamento de despesas, publicidade, treinamento, aquisição de produtos, contratação de serviços, indicação de clientes, entre outros. Configura-se em um tipo de rede em que os hospitais atuam com propósitos mais explícitos.
Redes Interorganizacionais	Aprendizagem Relacional	A aprendizagem relacional decorre da interação entre hospitais no sentido de adotar ideias, conceito sobre comportamento estratégico, procedimentos para gerar

		inovação, etc. Configura-se em um tipo de rede em que os hospitais atuam com propósitos mais explícitos.
Tendências de Redes	Fragmentação	A fragmentação remete aos hospitais que mais tendem a reduzir a cooperação.
	Política de Relacionamento	A política de relacionamento indica a intenção dos hospitais em fazer política de “boa vizinhança” e relacionamento (apoio mútuo, acordos negociais, negociações para desenvolvimento, etc.).
Relações com Medidas de Redes	Idade	Refere-se ao tempo de atuação dos hospitais, decorrente desde a sua criação até o período de realização da pesquisa.
	Propriedade	Representa a forma de constituição do hospital pelos seus instituidores, com base na natureza de propriedade privada lucrativa ou privada filantrópica (sem fins lucrativos).
	Tamanho	Identifica o porte dos hospitais com base na quantidade de seus funcionários.

Fonte: Adaptado de SILVA (2011).

Cada um dos construtos de rede é analisado de acordo com as medidas¹ relacionadas no QUADRO 5.

O tratamento para cada um dos construtos é distinto e não necessariamente todas as medidas de rede indicadas no QUADRO 5 são utilizadas concomitantemente. Assim, para o construto “competição”, faz sentido utilizar o *grau de entrada* para se identificar os atores apontados como altamente competitivos (concorrente efetivo). Contudo, a medida de *intermediação* faria menos sentido para abordar a estrutura de competição, uma vez que indicaria a capacidade de um ator em intermediar a competição para os demais.

Em termos de medidas, os cliques são expressos considerando o total de atores que os constituem com suas respectivas identificações (A, B, C). As medidas de tamanho e pontos de articulação são expressas em valores crescentes que iniciam em 0. As medidas de densidade e reciprocidade resultam de proporções, sendo que seus valores variam de 0 a 1. Particularmente, todas as medidas de centralidade apresentam valores de referência bastante distintos conforme a configuração das redes. Por esse motivo, são também utilizados os

¹ O tratamento dos dados de rede (cálculo das medidas e representação gráfica) foi realizado por meio do software Visone (Visual Social Network – www.visone.info), versão 2.6.4. As matrizes relacionais que subsidiaram o tratamento constam do APÊNDICE D.

valores padronizados dessas medidas.² Em termos práticos, ao serem padronizados, os valores variam apenas de 0 a 1. Assim, um ator que apresenta intermediação 1 está na rota de relacionamento de todos os atores da rede; caso fosse 0, não seria capaz de intermediar sequer uma relação entre os atores da rede. Ademais, existe uma relação direta entre o valor padronizado e o valor percentual das medidas. Ou seja, um grau de entrada 0,8 no contexto de competição indica que um ator é considerado como competidor por 80% dos demais atores.

Como consta do questionário utilizado para coletar os dados relacionais (APÊNDICE A), foi apresentada uma lista com a relação de todos os hospitais da RMGV (empresas privadas e entidade beneficente sem fins lucrativos) para os respondentes. Sobre essa forma de coleta e o posterior tratamento, cabem algumas considerações:

- A escala utilizada mensurou a intensidade das relações (nunca, raramente, muitas vezes, intensamente). Para a elaboração das redes, foram consideradas as intensidades “muitas vezes” e “intensamente”. Particularmente, optou-se por não restringir o estudo das redes apenas às relações intensas, de modo a manter uma razoável representatividade dos hospitais que se relacionam, inclusive favorecendo a apreciação das tendências das redes.
- A resposta entre os representantes dos hospitais muitas vezes não foi simétrica, ou seja, um hospital mencionava atuar em colaboração com outro, mas esse outro não mencionava colaborar com o primeiro. Nesse sentido, embora se aborde as redes como um todo, buscou-se identificar no conjunto das relações aquelas que apresentaram simetria. Como indica Scott (2000), as relações entre os subgrupos coesos podem ser fortes (quando são simétricas) ou fracas (quando são assimétricas).
- A assimetria das relações implica adotar a abordagem de redes direcionadas, na qual os graus de entrada e saída assumem importância, e o grau de centralidade passa a ser mais relativo. Por exemplo, na rede de cooperação, um hospital com elevado grau de entrada indica que muitos com ele cooperam; o elevado grau de saída indica os hospitais que mais cooperam. A centralidade, em si, apenas soma os graus de saída e entrada, sem evidenciar ao certo um sentido mais preciso para as relações.

² A padronização é obtida dividindo-se os valores absolutos pelo valor mais extremo que poderia ser alcançado em dada medida. Essa é uma prática corrente na estatística, e o Visone procede automaticamente com o cálculo de medidas padronizadas.

- A identificação de atores proeminentes em termos das medidas de rede se baseia no 3º quartil, no qual se encontram 25% dos valores mais elevados do conjunto de dados.

Por sua vez, os construtos organizacionais *tamanho* e *idade* também foram obtidos a partir do questionário que consta do APÊNDICE A. O *tamanho* está associado com a quantidade de funcionários dos hospitais e é representado por uma variável escalar de 4 pontos. A *idade* equivale ao tempo de atuação do hospital e é representada por uma variável escalar de 3 pontos.

O construto *propriedade* não consta do questionário, visto ser um dado já disponível sobre os hospitais. Indica se os hospitais são de natureza privada ou entidade beneficente sem fins lucrativos, sendo que não constam entre os hospitais analisados aqueles de natureza pública. A propriedade é representada por uma variável *dummy* (assume apenas os valores 0 e 1), sendo que “um” indica que o hospital é entidade beneficente sem fins lucrativos e “zero” que não é entidade beneficente sem fins lucrativos. Logo, o valor “zero” indica que os hospitais são de natureza privada.

Tendo por base as medidas de centralidade convenientes para cada um dos construtos de rede (que também equivalem a uma variável escalar), procedeu-se ao cálculo da correlação estatística³ com os construtos tamanho, idade e propriedade, os quais, por sua vez, representam elementos de *estrutura organizacional*. As correlações envolvendo *tamanho* e *idade* basearam-se no coeficiente de correlação de Pearson, assumindo-se as variáveis envolvidas como contínuas (STEVENSON, 2001). As correlações envolvendo *propriedade* basearam-se no coeficiente de correlação ponto-bisserial, que “[...] é derivado do coeficiente de correlação linear de Pearson. Esse método é indicado quando uma das variáveis (Y) é dicotômica, e a outra (X), contínua” (LIRA; NETO, 2008, p.46).

Em todos os casos envolvendo correlações, o coeficiente é representado por r , sendo que r varia de -1 a +1, ou seja, $-1 \leq r \leq +1$. Um valor positivo de r indica que as variáveis estão correlacionadas positivamente; um valor negativo de r indica que as variáveis estão

³ Os testes de correlação foram realizados por meio do software R versão 2.14 (pacote STAT).

correlacionadas negativamente; quando, nos valores extremos, as variáveis estão totalmente correlacionadas, a ausência de correlação é indicada pelo valor “zero”. Para valores intermediários, considera-se que 0 a 0,25 indica uma correlação *fraca*; 0,25 a 0,7, uma correlação *moderada*; 0,7 a 1, uma correlação *forte* (STEVENSON, 2001). Adicionalmente, para se constatar que a correlação é significativa estatisticamente, considerou-se a utilização de um p-valor = 0,05. Sempre que os testes indicarem um p-valor < 0,05, assume-se com 95% de confiabilidade que as variáveis estão correlacionadas em bases estatisticamente significativas.

Para fins de apresentação do tratamento realizado, foram abordadas inicialmente as *características gerais* dos hospitais pesquisados, envolvendo variáveis como idade, propriedade, tamanho e quantidade de leitos. Tais variáveis foram submetidas a uma análise exploratória, considerando a distribuição de frequências. Esse procedimento descreve a frequência numérica e a porcentagem relativa de observações para cada uma das variáveis consideradas (STEVENSON, 2001).

Na sequência, abordam-se as *correlações entre os construtos*. Embora algumas medidas de rede sejam utilizadas, tal abordagem precede a análise de redes propriamente dita, uma vez que a constatação prévia de correlações significativas poderia dar indícios importantes para a análise de redes.

A seção *análise de redes por construto* aborda individualmente a análise da competição, cooperação e aprendizagem relacional, assim como são verificadas as tendências de fragmentação e de estabelecimento de políticas de relacionamento entre os hospitais. Na seção *redes para sustentabilidade e crescimento plural*, esses mesmos elementos são abordados de forma comparativa.

5.1.1 Características dos hospitais

Os hospitais pesquisados, em número de 21, foram analisados a partir de algumas de suas características, quais sejam: idade, propriedade, tamanho e quantidade de leitos (normais e UTI).

A idade dos hospitais consta da TAB.2. A maioria dos hospitais (71,4%) atua há mais de 10 anos. Por sua vez, cerca de 19% dos hospitais atua entre 5 e 10 anos. Um quantitativo reduzido dos hospitais (9,5%) atua há menos de 5 anos.

TABELA 2 - Idade dos hospitais

Idade	N	%
Menos de 5 anos	2	9,5
Entre 5 e 10 anos	4	19,1
Mais de 10 anos	15	71,4
Total	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Quanto à propriedade (TAB.3), a maioria dos hospitais (81%) é de natureza privada lucrativa. Os demais hospitais (19%) caracterizam-se como entidade beneficente sem fins lucrativos.

TABELA 3 - Propriedade

Propriedade	N	%
Privada (lucrativa)	17	80,9
Privada (filantrópica)	4	19,1
Total	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A TAB.4 indica o tamanho dos hospitais, que é baseado nos respectivos quantitativos de funcionários. Como se observa, a maioria dos hospitais (38,1%) tem um tamanho muito grande, apresentando mais de 301 funcionários. Hospitais de tamanho médio (28,6%) e pequeno (23,8%) representam praticamente metade da amostra analisada. Apenas 9,5% dos hospitais são de tamanho grande.

TABELA 4 - Tamanho dos hospitais

Tamanho	Quantidade de Funcionários	N	%
Pequeno	Menos de 100	5	23,8
Médio	100 a 200	6	28,6
Grande	201 a 300	2	9,5
Muito Grande	301 ou mais	8	38,1
Total		21	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A maioria dos hospitais (38%) possui de 150 a 299 leitos normais, conforme indica a TAB.5. A segunda maior concentração foi observada na faixa entre 20 a 49 leitos (28%), seguida pela faixa de 50 a 149 leitos (19%). A menor concentração (14%) evidencia hospitais que possuem menos de 20 leitos.

TABELA 5 - Quantidade de leitos normais

Quantidade de Leitos	N	%
Menos de 20	3	14,3
20 a 49	6	28,6
50 a 149	4	19
150 a 299	8	38,1
300 ou mais	0	0
Total	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

No que se refere aos leitos UTI (TAB.6), a mesma concentração (33,3%) foi observada tanto para hospitais que não possuem leitos dessa natureza, quanto para aqueles que possuem 30 ou mais. Cerca de 19% dos hospitais possui de 10 a 29 leitos e cerca de 14% de 5 a 9.

TABELA 6 - Quantidade de leitos UTI

Quantidade de Leitos UTI	de n	%
Nenhum	7	33,3
01 a 04	0	0
05 a 09	3	14,3
10 a 29	4	19,1
30 ou mais	7	33,3
Total	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

As concentrações dos hospitais nas duas faixas com maiores quantidades de leitos (TAB.5 e 6) representam mais de 50% dos hospitais pesquisados. O mesmo se pode dizer em relação à concentração nas duas maiores faixas de quantitativos de funcionários (TAB.4), sugerindo que tais hospitais sejam de porte considerável. Ademais, considera-se que a maioria dos hospitais é madura em termos de idade (TAB.2), assim como apresenta finalidade lucrativa em sua prestação de serviços (TAB.3).

5.1.2 Correlações entre os construtos

Em conformidade com o tratamento descrito anteriormente, procedeu-se à realização de correlações estatísticas entre os construtos, considerando uma amostra de 21 hospitais. Os resultados constam da TAB.7.

TABELA 7 - Coeficientes de correlação entre construtos de rede e características dos hospitais

Construtos	Medidas de Rede	Coeficiente de Correlação		
		Tamanho	Idade	Propriedade
Competição	grau de entrada (competidores efetivos)	0,15	0,05	-0,06
Cooperação	grau de entrada (atores que recebem cooperação)	0,05	0,23	-0,13
	grau de saída (atores que cooperam)	0,75*	0,23	0,22
Aprendizagem relacional	grau de entrada (atores provedores de conhecimento)	0,25	0,30	-0,12
	grau de saída (atores que aprendem)	0,87*	-0,04	0,09

* Correlações significativas com p-valor < 0,05.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Como se observa, dentre os construtos relacionados com a estrutura organizacional (tamanho, idade, propriedade), apenas o construto tamanho sugeriu correlações fortes e corroboradas em bases estatisticamente significativas.

Particularmente, tais correlações estão associadas com medidas de redes dos construtos “cooperação” e “aprendizagem relacional”, tidos como representativos das redes interorganizacionais.

Para o construto “cooperação”, considera-se uma correlação forte e positiva (0,75) entre tamanho e grau de saída. Nesse caso, o grau de saída indica a postura de cooperação dos hospitais. Assim, quanto maior o tamanho do hospital, maior a chance de ele adotar uma postura colaborativa (e vice-versa).

Já no que se refere ao construto “aprendizagem relacional”, considera-se uma correlação forte e positiva (0,87) também entre tamanho e grau de saída. Nesse caso, o grau de saída indica a postura dos hospitais em buscarem se relacionar com outros no sentido de adotar ideias, conceito sobre comportamento estratégico, procedimentos para gerar inovação, etc. Portanto, quanto maior o tamanho do hospital, maior a chance de tal postura ser adotada (e vice-versa).

Salienta-se que tais testes foram realizados apenas em bases exploratórias. Pelo fato de as variáveis “idade” e “propriedade” não se terem mostrado significativas, não se justificou proceder a testes para se constatar o efeito conjunto das mesmas com a “variável tamanho” (multicolinearidade).

5.1.2.1 Análise de redes por construto

Cada um dos construtos do modelo hipotético da FIG.11 foi tratado com base nas medidas indicadas no QUADRO 5. Ou seja, consideraram-se medidas mais gerais da rede (rede total), a análise de grupos (coesão), assim como medidas individuais dos atores (centralidade).

Para todas as representações gráficas, adota-se a legenda padrão ilustrada na FIG.13. As letras indicam os hospitais (A, B, C, D, etc.). A variação no tamanho das formas evidencia a ponderação pelo tamanho dos hospitais e se sustenta com base nos coeficientes de correlação apresentados na seção anterior. No entanto, reitera-se que apenas para as redes de colaboração e aprendizagem relacional essa correlação é forte e significativa, sendo que nas demais redes a representação dos atores ponderada pelo tamanho constitui-se apenas em um maior detalhamento do grafo de rede.

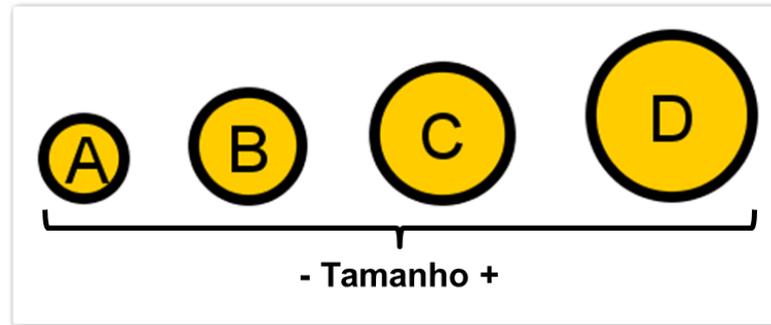


FIGURA 13 - Legenda padrão (atores).
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Para a representação das relações entre os atores são adotadas as formas indicadas na FIG.14. Assim, observa-se que as relações unidirecionais são representadas por uma linha em forma de seta, e as relações bidirecionais (fortes e recíprocas), por uma única linha. Salienta-se, no entanto, que essa única linha equivale a duas relações entre os atores (reciprocidade).

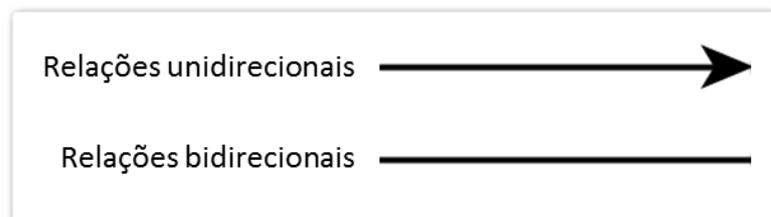


FIGURA 14 - Legenda padrão (relações).
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

5.1.2.2 Competição

Os hospitais competem e reconhecem aqueles que são altamente competitivos entre si (concorrente efetivo). Essa relação é considerada enquanto uma “estrutura de competição” e está representada na FIG.15.

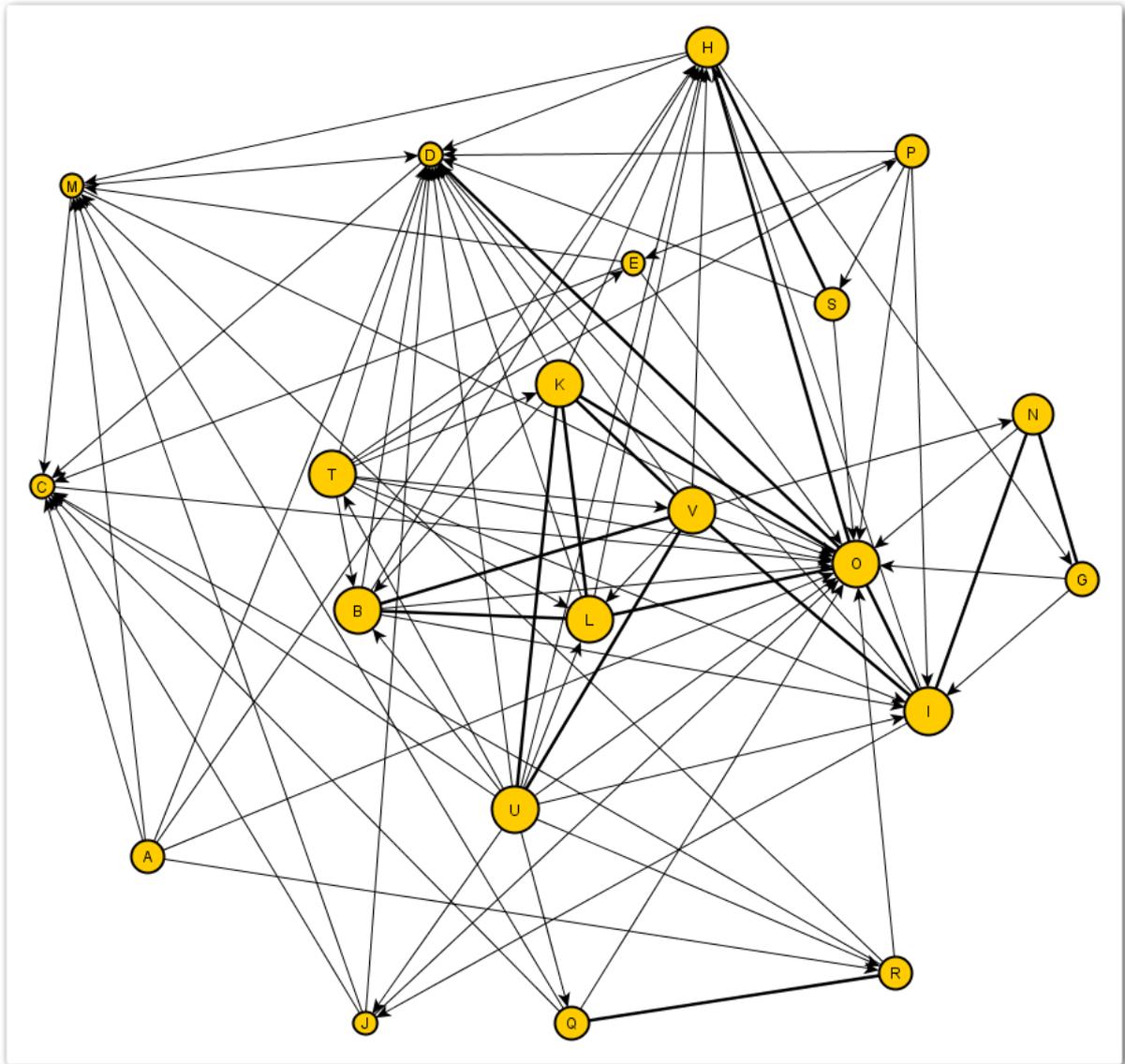


FIGURA 15 - Estrutura de competição.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Na TAB.8, constam algumas medidas que se aplicam a toda a estrutura de competição.

TABELA 8 - Medidas globais da estrutura de competição

Medida	Valor
Tamanho (atores)	21
Tamanho (relações)	106
Densidade	0,25
Reciprocidade	0,18

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Observa-se que todos os hospitais estão conectados à rede, dando origem a um único componente, cujo *tamanho* remete a 21 atores e 106 relações. A inexistência de pontos de

articulação implica que o componente em questão está conectado de tal forma que a saída de qualquer hospital não impacta na fragmentação do mesmo em componentes menores.

A natureza do construto “competição” implica considerar que nem todos os hospitais se reconhecem como competidores ou mesmo que alguns apontem outros como concorrentes, sendo que pode não haver reciprocidade nesse reconhecimento. Com efeito, a relação entre todos os pares de atores e aqueles que somente apresentam relações simétricas indica uma baixa reciprocidade de 0,18.

A intensidade da densidade é sempre um valor relativo, e a própria rede em questão constitui-se em importante parâmetro para sua apuração. Uma densidade total (1) só existiria caso todos os hospitais competissem entre si. Visto que muitos dos hospitais possivelmente atuam com públicos e especialidades distintas ou mesmo em nichos diferentes, dificilmente ocorreria uma competição generalizada entre todos eles. Assim, a *densidade* de 0,25 indica uma competição razoável para o conjunto de hospitais.

Os hospitais apontados como os principais concorrentes são identificados pelo *grau de entrada*, tal como demonstra a TAB.9.

TABELA 9 - Grau de entrada na estrutura de competição

Atores	Grau Entrada	Grau (Std)
Hospital O	20	1,00
Hospital D	14	0,70
Hospital H	9	0,45
Hospital C	8	0,40
Hospital I	8	0,40
Hospital L	6	0,30
Hospital M	6	0,30
Hospital B	5	0,25
Hospital K	5	0,25
Hospital V	5	0,25
Hospital N	3	0,15
Hospital R	3	0,15
Hospital E	2	0,10
Hospital G	2	0,10
Hospital J	2	0,10
Hospital Q	2	0,10
Hospital S	2	0,10

Hospital U	2	0,10
Hospital P	1	0,05
Hospital T	1	0,05
Hospital A	0	0
<hr/>		
Estatística	Mínimo	0
	Máximo	20
	Mediana	3
	3° Quartil	6
	Média	5,05
	Desvio padrão	4,80
<hr/>		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O hospital O é considerado como concorrente por todos os demais hospitais. Ainda em bases bastante elevadas, o hospital D é apontado como concorrente por 70% dos demais hospitais. Os hospitais H, C e I também merecem destaque, uma vez que cerca de 40% dos atores os consideram como concorrentes. Ainda nos limites do 3° quartil, considera-se a proeminência dos hospitais L e M, apontados como competidores por 30% dos hospitais.

Considerando as relações fortes de competição (simétricas), observa-se que o hospital O é competidor direto dos hospitais D, H, I e L. Nenhuma relação simétrica foi observada em relação ao hospital C e M. Portanto, na estrutura geral da competição, além de ser tido como concorrente de todos os hospitais, o hospital O apresenta relações fortes de competição com outros hospitais com elevado grau de entrada (D, H, I e L).

No outro extremo, observa-se que o hospital A não é considerado como competidor por nenhum dos demais hospitais. Os hospitais P e T também foram reconhecidos como concorrentes por apenas 5% dos demais hospitais.

Ainda que algumas relações entre hospitais já tenham sido evidenciadas, é por meio da análise de *cliques* que se pode observar a competição considerando a estrutura de subgrupos. Na TAB.10, constam todos os cliques identificados. Foram considerados cliques constituídos por no mínimo três hospitais, independentemente da simetria das relações. Os cliques formados por relações simétricas (fortes) entre os hospitais estão assinados por *. Caso os cliques de

tamanho três estejam contidos em cliques maiores, são estes últimos — mais abrangentes — aqueles que estão listados na referida tabela.⁴

TABELA 10 - Cliques na estrutura de competição

Clique (tamanho)	Clique (identificação)	Subgrupo de Hospitais
4	clique 1	D H O S
	clique 2	D O P S
	clique 3	C E M O
	clique 4	E O P T
	clique 5	G H I O
	clique 6	G I N O
	clique 7	I N O V
5	clique 8	C D J M O
	clique 9	C D J O U
	clique 10	A C D M O
	clique 11	D I J O U
	clique 12	D I O P T
	clique 13	C M O Q R
	clique 14	C O Q R U
	clique 15	A C M O R
6	clique 16	A D H M O
7	clique 17	B D I O T U V
	clique 18	B D H I O U V
8	clique 19*	B D H K L O U
		V
	clique 20*	B D K L O T U
		V

* Existência de cliques fortes internamente ao clique maior.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Quanto maior o tamanho do clique, maior a “coesão” do subgrupo em relação à estrutura como um todo. Como se trata de relações de competição, essa “coesão” indica concentrações de competição entre hospitais. Ao todo, foram identificados na estrutura de competição 20 cliques de tamanhos variados, formados independentemente da simetria da relação. Uma vez que o hospital O é competidor direto de todos os demais hospitais, era de se esperar que o mesmo fizesse parte da composição de todos os cliques.

⁴ A título ilustrativo, em um clique de tamanho 4 estão contidos 4 cliques de tamanho 3.

No entanto, se considerados apenas os cliques fortes (relações simétricas), observa-se que a competição mútua entre hospitais existe apenas em dois cliques de tamanho três: O, K, L e K, U, V, ambos contidos nos cliques 19 e 20. Esses cliques são os de maior tamanho, sendo constituído cada qual por 8 hospitais.

Uma vez que K faz parte dos dois cliques fortes, observa-se que esse conjunto de hospitais (O, K, L, U, V) se apresenta como ponto focal da estrutura de competição. Considerando a formação de cliques a partir desses atores, observam-se outras relevantes relações de competição que não chegam a formar um clique forte, mas que, ao menos, duas das três relações entre os hospitais são simétricas: (O D H), (L B V), (O I V), (O I N).

Segundo modelo dos concorrentes à dinâmica competitiva (FIG.1), desenvolvido por Hitt, Ireland e Hoskisson (2008), percebe-se a importância do planejamento iniciado através da identificação dos concorrentes na dinâmica competitiva de um mercado, que é formada pela rivalidade entre concorrentes que se utilizam de um conjunto de ações e reações competitivas, objetivando criar ou defender as vantagens obtidas e melhorar a posição no mercado.

5.1.2.3 Cooperação

A cooperação remete a atividades relevantes de compartilhamento de despesas, publicidade, treinamento, aquisição de produtos, contratação de serviços, indicação de clientes, entre outros. As relações de cooperação entre os hospitais estão representadas na FIG.16.

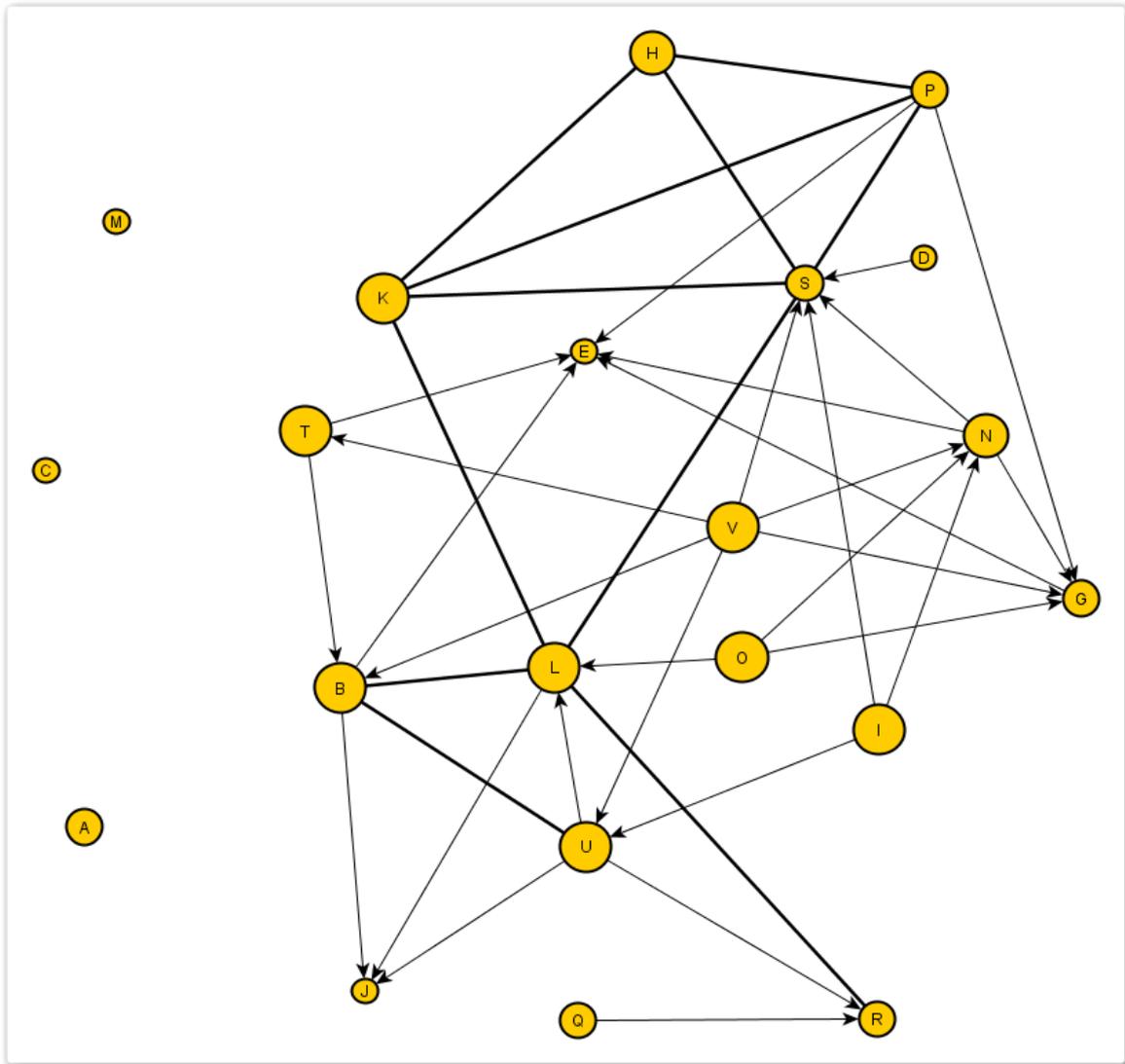


FIGURA 16 - Rede de cooperação.
Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Na TAB.11, constam algumas medidas que se aplicam a toda a rede de cooperação.

TABELA 11 - Medidas globais da rede de cooperação

Medida	Valor
Tamanho (atores)	21
Tamanho (relações)	50
Atores isolados	3
Tamanho componente principal (atores)	18
Tamanho componente principal (relações)	50
Densidade	0,12
Reciprocidade	0,28

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Na rede de cooperação, observa-se que nem todos os hospitais estão conectados. Embora o tamanho geral da rede em análise remeta a 21 atores, observa-se que três desses atores (A, C, M) estão isolados e não mantêm quaisquer relações com os demais. Desse modo, as 50 relações de cooperação propriamente ditas circunscrevem um grande componente constituído por 18 hospitais.

Nesse componente, ainda constata-se a existência de dois pontos de articulação, representados pelos hospitais R e S. A existência de pontos de articulação implica que o componente em questão está conectado de tal forma que a saída desses hospitais impacta a fragmentação do mesmo. Especificamente, a saída do hospital R implica isolar o hospital Q; a saída do hospital S implica isolar o hospital D. Contudo, o rompimento desses pontos de articulação teria pouco impacto na estrutura geral da rede, uma vez que poucos atores ficariam isolados, sem ocorrer a fragmentação do componente principal em componentes menores.

A natureza do construto “cooperação” sugere que os hospitais compartilhem recursos entre si de forma simétrica. Ou seja, se um hospital menciona colaborar com outro, é esperado que a relação do hospital que recebe a cooperação seja recíproca. No entanto, mantendo a fidedignidade dos dados fornecidos pelos respondentes, consta que a relação entre todos os pares de atores e aqueles que somente apresentam relações simétricas indica uma baixa reciprocidade de 0,28.

A *densidade* da rede de cooperação é de 0,12. Uma densidade total (1) só existiria caso todos os hospitais cooperassem entre si. A não ser que existisse uma rede formal, é razoável considerar que nem todos os hospitais estão dispostos a colaborar entre si.

Os hospitais que cooperam podem ser identificados pelo *grau de saída*, tal como demonstra a TAB.12.

TABELA 12 - Grau de saída na rede de cooperação

Atores	Grau Saída	Grau (Std)
Hospital V	6	0,30
Hospital L	5	0,25
Hospital P	5	0,25
Hospital B	4	0,20

Hospital K	4	0,20	
Hospital S	4	0,20	
Hospital U	4	0,20	
Hospital H	3	0,15	
Hospital I	3	0,15	
Hospital N	3	0,15	
Hospital O	3	0,15	
Hospital T	2	0,10	
Hospital D	1	0,05	
Hospital G	1	0,05	
Hospital Q	1	0,05	
Hospital R	1	0,05	
Hospital A	0	0	
Hospital C	0	0	
Hospital E	0	0	
Hospital J	0	0	
Hospital M	0	0	
<hr/>			
Estatística	Mínimo	0	0
	Máximo	6	0,30
	Mediana	3	0,15
	3° Quartil	4	0,20
	Média	2,38	0,12
	Desvio padrão	1,94	0,10
	<hr/>		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O hospital V é aquele que mais coopera, estendendo suas relações a outros seis hospitais (30% do total).⁵ Considerando os valores limítrofes ao 3° quartil, também merecem destaque os hospitais L, P, B, K, S e U.

Como anteriormente mencionado, os hospitais A, C e M são atores isolados do componente principal, não mantendo relações com quaisquer outros hospitais. Assim, o grau de saída dos mesmos é igual a “zero”. Todavia, mesmo que conectados ao componente principal, alguns atores também não cooperam com os demais, como ocorre com os hospitais E e J. Esses são casos que refletem a assimetria da rede, sendo que tais atores fazem parte do componente principal por receberem algum tipo de cooperação sem que, no entanto, eles próprios cooperem.

⁵ O total é aqui representado por 20 hospitais, já que não se considera a relação do hospital consigo mesmo. Essa constatação é observada pelo próprio grau padronizado tomado em bases percentuais (multiplicado por 100).

Se o *grau de saída* possibilitou identificar o comportamento de “cooperar” dos hospitais, o *grau de entrada* demonstra a cooperação recebida pelos hospitais (TAB.13).

TABELA 13 - Grau de entrada na rede de cooperação

Atores	Grau Entrada	Grau (Std)
Hospital S	8	0,40
Hospital L	6	0,30
Hospital E	5	0,25
Hospital B	4	0,20
Hospital G	4	0,20
Hospital K	4	0,20
Hospital H	3	0,15
Hospital J	3	0,15
Hospital N	3	0,15
Hospital P	3	0,15
Hospital R	3	0,15
Hospital U	3	0,15
Hospital T	1	0,05
Hospital A	0	0
Hospital C	0	0
Hospital D	0	0
Hospital I	0	0
Hospital M	0	0
Hospital O	0	0
Hospital Q	0	0
Hospital V	0	0
Estatística		
Mínimo	0	0
Máximo	8	0,40
Mediana	3	0,15
3° Quartil	4	0,20
Média	2,38	0,12
Desvio padrão	2,33	0,12

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O hospital S é aquele que mais recebe a cooperação dos demais. No caso, oito hospitais cooperam com o referido hospital (40% do total). Também merecem destaque os hospitais L, E, B, G e K.

Mais uma vez, os hospitais A, C e M apresentam grau de saída igual a “zero”, visto serem atores isolados do componente principal e não manterem relações com quaisquer outros

hospitais. Além desses, os hospitais D, I, O, Q e V também não recebem qualquer cooperação dos demais, ainda que conectados ao componente principal. O curioso desses hospitais é que todos mencionaram cooperar (TAB.12), mas não foi constatada a recíproca em nenhum dos casos (TAB.13). Particularmente, o hospital V estava entre aqueles que mencionaram mais cooperar. O inverso também é constatado em relação ao hospital E, que está entre aqueles que mais recebem a cooperação (TAB.13), sendo que ele próprio não mencionou colaborar com os demais hospitais (TAB.12).

Nesse contexto é que as relações fortes (simétricas) de cooperação merecem destaque. Considerando os hospitais com graus de saída e entrada mais elevados concomitantemente, observa-se a relação de cooperação do hospital B com os hospitais L e U; do hospital L com os hospitais K, R e S; do hospital K com os hospitais H, P e S (ver FIG.15).

Essas relações simétricas envolvendo de três a mais atores já sugerem a formação de cliques fortes na rede de cooperação. Na TAB.14, constam todos os cliques identificados, independentemente de as relações serem simétricas. Foram considerados cliques constituídos por um grupo de no mínimo três hospitais. Os cliques formados por relações simétricas (fortes) entre os hospitais estão assinalados por *.

TABELA 14 - Cliques na rede de cooperação

Clique (tamanho)	Clique (identificação)	Grupo de Atores
3	clique 1*	K L S
	clique 2	I N S
	clique 3	N S V
	clique 4	B U V
	clique 5	B E T
	clique 6	B T V
	clique 7	E G N
	clique 8	E G P
	clique 9	G N O
	clique 10	G N V
	clique 11	L R U
4	clique 12	B J L U
	clique 13*	H K P S

* Cliques fortes.

** Existência de cliques fortes internamente ao clique maior

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Como se observa, a rede de cooperação é formada por cliques menores: 11 cliques de tamanho 3 e 2 cliques de tamanho 4. A presença de cliques com tamanhos menores indica uma estrutura menos coesa, considerando a rede como um todo.

No entanto, considerando as posições relativas dos atores, foram identificados dois cliques fortes que formam alguns subgrupos bastante coesos. Um dos cliques é de tamanho 3 e é formado pelos hospitais K, L e S. O outro clique é de tamanho 4 e é formado pelos hospitais H, K, P e S. Dois dos hospitais que constituem o clique menor (K e S) estão contidos no clique maior, o que reitera a natureza bastante coesa das relações entre os atores que formam ambos os cliques.

Uma vez constatadas as relações entre os atores e a formação de alguns subgrupos – com destaque para as relações fortes entre os mesmos – demonstra-se na TAB.15 a *intermediação*. Essa medida indica os atores com potencial para interligar os demais atores da rede.

TABELA 15 - Intermediação na rede de cooperação

Atores	Intermediação	Intermediação (Std)
Hospital L	32,42	0,17
Hospital S	20,08	0,11
Hospital B	12,04	0,06
Hospital K	7,33	0,04
Hospital P	7,00	0,04
Hospital R	5,00	0,03
Hospital U	3,17	0,02
Hospital N	1,96	0,01
Hospital G	0,38	0,00
Hospital T	0,13	0,00
Hospital A	0	0
Hospital C	0	0
Hospital D	0	0
Hospital E	0	0
Hospital H	0	0
Hospital I	0	0
Hospital J	0	0
Hospital M	0	0
Hospital O	0	0
Hospital Q	0	0
Hospital V	0	0

Estatística	Mínimo	0	0
	Máximo	32,4	0,17
	Mediana	0	0
	3° Quartil	5	0,03
	Média	4,3	0,02
	Desvio padrão	8,24	0,04

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A medida de intermediação é baseada na posição dos atores na rede, sendo que a direção das relações influencia na capacidade de um ator em interligar os demais atores da rede. Com efeito, mais da metade dos atores não apresenta qualquer capacidade de intermediação (“zero”).

Os hospitais A, C e M assim se posicionam por estarem isolados do componente principal. Por sua vez, hospitais que somente apresentam graus de saída (D, I, O, Ve Q) ou de entrada (E e J) são incapazes de intermediar relações entre os atores. Ou seja, os recursos ou informações apenas chegam ou saem deles, mas não circulam. Ressalta-se, no entanto, que esta incapacidade decorre de uma propriedade de rede, que não necessariamente reflete uma situação real. É razoável considerar que quaisquer dos hospitais que fazem parte do componente principal, mesmo esses com restrições de entrada ou saída, teriam alguma capacidade de intermediar um contato entre hospitais que a eles estão conectados.

Ainda assim, um caso bastante ilustrativo é o do hospital H, que, mesmo apresentando somente relações simétricas e estando posicionado em um dos pontos mais coesos da rede, apresenta intermediação “zero”. Isso ocorre devido à sua posição, sendo que, para se chegar aos atores com os quais está conectado (K, P e S), é desnecessário por ele passar. Qualquer utilização do hospital H enquanto rota de intermediação implica em percurso maior.

Por sua vez, os hospitais que apresentam maior intermediação (L, S, B e K) são aqueles que possuem graus de entrada e saída concomitantemente mais elevados, constituindo-se em relevantes atores para intermediar relações entre os demais. Ainda assim, observa-se que mesmo o hospital com a mais elevada intermediação (0,17 std) apresenta um valor razoavelmente baixo. Uma alta intermediação (1 std) somente seria obtida caso o hospital fosse rota imprescindível para quaisquer dos demais hospitais estabelecerem relações entre si.

No entanto, os diversos caminhos disponíveis possibilitam que escolhas sejam realizadas, o que relativiza a necessidade de um ator intermediador mais “central”.

Se, por um lado, a intermediação posiciona alguns atores no caminho dos demais, a *proximidade* indica a capacidade de o ator, fazendo uso dos seus relacionamentos, alcançar os demais atores da rede. Na TAB.16, constam os valores para a medida de proximidade.

TABELA 16 - Proximidade na rede de cooperação

Atores	Proximidade	Proximidade (Std)
Hospital V	0,021	0,42
Hospital I	0,017	0,34
Hospital L	0,016	0,31
Hospital O	0,015	0,30
Hospital K	0,015	0,29
Hospital S	0,015	0,29
Hospital N	0,013	0,25
Hospital B	0,013	0,25
Hospital P	0,013	0,25
Hospital U	0,013	0,25
Hospital H	0,011	0,23
Hospital D	0,011	0,22
Hospital T	0,010	0,20
Hospital R	0,010	0,20
Hospital Q	0,008	0,17
Hospital G	0,003	0,05
Hospital A	0	0
Hospital C	0	0
Hospital E	0	0
Hospital J	0	0
Hospital M	0	0
Mínimo	0	0
Máximo	0,021	0,42
Mediana	0,011	0,23
3° Quartil	0,015	0,29
Média	0,010	0,19
Desvio padrão	0,007	0,13

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Em termos de proximidade, os atores que apresentam somente grau de entrada não têm a capacidade de circular pela rede. Ou seja, recursos ou informações somente chegam a eles.

Por esse motivo, os hospitais E e J apresentaram proximidade “zero”. Os hospitais A, C e M também se apresentaram assim, mas pelo fato de estarem isolados do componente principal.

O fato de o ator apresentar apenas grau de saída não é restritivo no contexto da proximidade. Assim, o elevado grau de saída (e nenhum grau de entrada) possibilita ao hospital V alcançar diretamente uma parcela significativa dos atores da rede. Ademais, fazendo uso da intermediação de tais atores, o hospital V apresenta uma considerável mobilidade na rede, cujo valor padronizado (std) é de 0,42. Uma alta proximidade (1 std) somente seria alcançada caso o hospital apresentasse a capacidade de chegar a todos os demais sem a necessidade de intermediários. Alguns outros hospitais com considerável proximidade são: I, L, O, K e S.

Para Silva Júnior (2007), as organizações, atuando de forma isolada, terão menos condições de sobrevivência e desenvolvimento, baseando-se na máxima segundo a qual nenhuma empresa domina sozinha os conhecimentos e as habilidades necessárias para sustentação. Em respostas aos novos desafios por meio de novas reflexões surgem novas transformações estratégicas e estruturas organizacionais, resultado de novos padrões de competitividade das organizações, entre elas, a formação de redes interorganizacionais, sendo a cooperação importante característica para a formação de redes.

5.1.2.4 Aprendizagem relacional

A aprendizagem relacional decorre da interação entre hospitais no sentido de adotar ideias, conceito sobre comportamento estratégico e procedimentos para gerar inovação. As relações de aprendizagem entre os hospitais estão representadas na FIG.17.

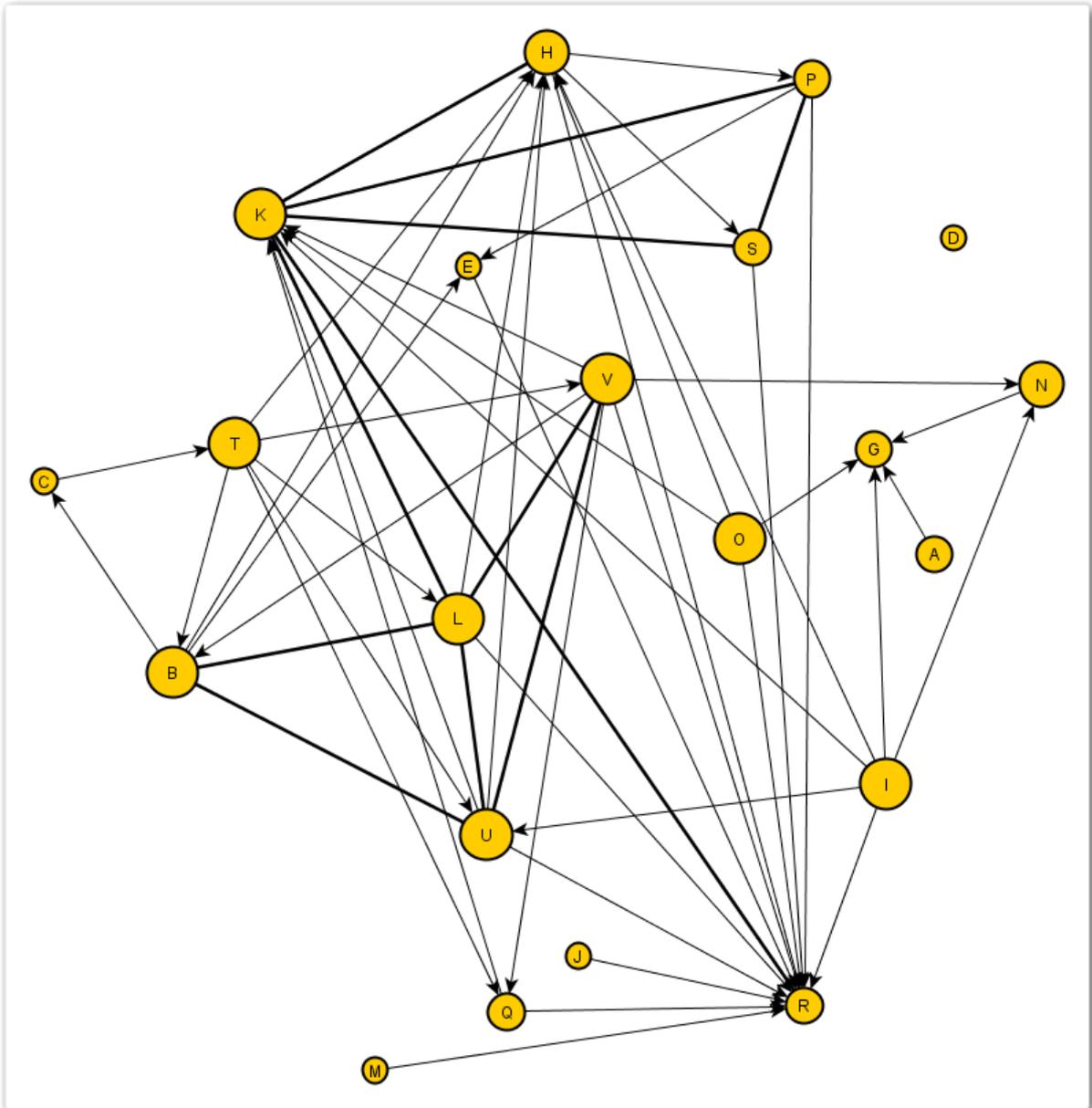


FIGURA 17 - Rede de aprendizagem relacional.
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A TAB.17 apresenta algumas medidas que se aplicam a toda a rede de aprendizagem relacional.

TABELA 17 - Medidas globais da rede de aprendizagem relacional

Medida	Valor
Tamanho (atores)	21
Tamanho (relações)	65
Atores isolados	1
Tamanho componente principal (atores)	20

Tamanho componente principal (relações)	65
Densidade	0,15
Reciprocidade	0,20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Na rede de aprendizagem relacional, um dos hospitais encontra-se isolado (D), sem manter relações com os demais. Assim, embora o tamanho geral da rede remeta a 21 atores, observa-se que o componente principal é constituído por 20 hospitais, os quais mantêm 65 relações entre si.

Nesse componente, constata-se a existência de dois pontos de articulação, representados pelos hospitais G e R. A saída desses hospitais impacta a fragmentação do componente principal. Especificamente, a saída do hospital G implica isolar o hospital A; a saída do hospital R implica isolar os hospitais J e M. No entanto, o impacto desses pontos de articulação é relativo, visto que apenas alguns atores se isolariam, sem ocorrer a fragmentação do componente principal em componentes menores.

Embora a natureza do construto “aprendizagem relacional” sugira que os hospitais compartilhem informações entre si de forma simétrica, não é isso o que ocorre para a maioria dos hospitais, visto que a relação entre todos os pares de atores e aqueles que somente apresentam relações simétricas indica uma reciprocidade de 0,20.

A rede de aprendizagem relacional apresenta uma *densidade* de 0,15. Uma densidade total (1) só existiria caso os hospitais reconhecessem a aprendizagem e a troca de conhecimento de forma recíproca por toda a rede. É razoável considerar que, diante da inexistência de uma rede formal, essa possibilidade é afastada.

Os hospitais que “aprendem” podem ser identificados pelo *grau de saída*, como demonstra a TAB.18.

TABELA 18 - Grau de saída na rede de aprendizagem relacional

Atores	Grau Saída	Grau (Std)
Hospital V	7	0,35
Hospital I	6	0,30

Hospital L	6	0,30
Hospital T	6	0,30
Hospital U	6	0,30
Hospital B	5	0,25
Hospital K	5	0,25
Hospital H	4	0,20
Hospital O	4	0,20
Hospital P	4	0,20
Hospital S	3	0,15
Hospital Q	2	0,10
Hospital A	1	0,05
Hospital C	1	0,05
Hospital E	1	0,05
Hospital J	1	0,05
Hospital M	1	0,05
Hospital N	1	0,05
Hospital R	1	0,05
Hospital D	0	0,00
Hospital G	0	0,00
<hr/>		
Estatística	Mínimo	0,00
	Máximo	7,00
	Mediana	3,00
	3° Quartil	5,00
	Média	3,10
	Desvio padrão	2,34
		0,12

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O hospital V é aquele que mais aprende, estendendo suas relações a outros sete hospitais (35% do total). Considerando os valores na proximidade do 3° quartil, também se destacam, em ordem decrescente, os hospitais I, L, T, U, B e K.

Como fora mencionado, o hospital D encontra-se isolado do componente principal, sem manter relações com outros hospitais. Assim, seu grau de saída é igual a “zero”. Todavia, mesmo que conectado ao componente principal, o hospital G também não aprende com os demais. Esse caso reflete a assimetria da rede, sendo que tal ator faz parte do componente principal, visto que outros hospitais mencionam que com ele aprendem, ainda que ele próprio não reconheça o aprendizado mútuo.

Se o grau de saída possibilitou identificar o comportamento de “aprender” dos hospitais, o grau de entrada demonstra aqueles atores tidos como provedores de conhecimento (TAB.19).

TABELA 19 - Grau de entrada na rede de aprendizagem relacional

Atores	Grau Entrada	Grau (Std)
Hospital R	13	0,65
Hospital K	10	0,50
Hospital H	7	0,35
Hospital L	5	0,25
Hospital U	5	0,25
Hospital B	4	0,20
Hospital G	4	0,20
Hospital P	3	0,15
Hospital S	3	0,15
Hospital V	3	0,15
Hospital E	2	0,10
Hospital N	2	0,10
Hospital Q	2	0,10
Hospital C	1	0,05
Hospital T	1	0,05
Hospital A	0	0,00
Hospital D	0	0,00
Hospital I	0	0,00
Hospital J	0	0,00
Hospital M	0	0,00
Hospital O	0	0,00
Mínimo	0	0,00
Máximo	13	0,65
Mediana	2	0,10
3° Quartil	4,00	0,20
Média	3,10	0,15
Desvio Padrão	3,46	0,17

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

O hospital R é aquele que concentra mais indicações de hospitais que com ele aprendem. No caso, 65% das relações de aprendizagem de todos os hospitais chegam a esse hospital. Também merecem destaque os hospitais K, H, L, U, B e G.

Novamente, o hospital D apresenta grau de saída igual a “zero”, visto estar isolado do componente principal e não manter relações com quaisquer outros hospitais. Além deste, os hospitais A, I, J, M e O também não são considerados como provedores de conhecimento, ainda que estejam conectados ao componente principal. Todos esses hospitais mencionaram,

com níveis variados, que aprendem com algum hospital (TAB.18), mas não foi constatada a recíproca em nenhum dos casos (TAB.19). Particularmente, o hospital I estava entre aqueles que mencionaram mais aprender com os demais.

Diante das questões de assimetria é que as relações fortes (simétricas) de aprendizagem merecem destaque. Considerando os hospitais com graus de saída e entrada mais elevados concomitantemente, observa-se a relação de cooperação do hospital V com os hospitais L e U; do hospital L com os hospitais U e B; do hospital K com os hospitais R e H (ver FIG.16).

Tais relações simétricas envolvendo de três a mais atores já sugerem a formação de cliques fortes na rede de aprendizagem relacional. Na TAB.20, constam todos os cliques identificados, independentemente de as relações serem simétricas. Foram considerados cliques constituídos por um grupo de no mínimo três hospitais. Os cliques formados por relações simétricas (fortes) entre os hospitais estão assinalados por *.

TABELA 20 - Cliques na rede de aprendizagem relacional

Clique (tamanho)	Clique (identificação)	Grupo de Atores
3	clique 1	E P R
	clique 2	B C T
	clique 3	G I N
	clique 4	Q T V
4	clique 5	H K O R
	clique 6	K Q R V
5		H K L R
	clique 7	U
	clique 8	H I K R U
	clique 9*	H K P R S
		K L R U
	clique 10*	V
		B H L T
	clique 11*	U
	B L T U	
	clique 12*	V

* Existência de cliques fortes internamente ao clique maior.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Observa-se que a rede de aprendizagem, embora apresente cliques menores (quatro cliques de tamanho 3 / dois cliques de tamanho 4), possui seis cliques de tamanho 5. Ainda que

envolvam 23% dos atores da rede total, esses cliques de tamanho razoável são diversos e se desdobram por toda a extensão da rede.

No entanto, se considerados apenas os cliques fortes, foram identificados três cliques de tamanho 3 que formam subgrupos mais coesos. Um dos cliques é formado pelos hospitais K, P e S. Os outros cliques são formados pelos hospitais V, L, U e L, U, B. Como se observa, dois dos hospitais (L e U) são comuns a ambos os cliques, sugerindo forte coesão nessa região da rede.

Constatadas as relações entre os atores e a formação de alguns subgrupos, demonstra-se, na TAB.21, a *intermediação*. Essa medida indica os atores com potencial para interligar os demais atores da rede.

TABELA 21 - Intermediação na rede de aprendizagem relacional

Atores	Intermediação	Intermediação (Std)	
Hospital K	53,79	0,28	
Hospital L	40,73	0,21	
Hospital V	21,23	0,11	
Hospital R	20,50	0,11	
Hospital B	17,29	0,09	
Hospital C	7,67	0,04	
Hospital N	7,50	0,04	
Hospital T	6,67	0,04	
Hospital H	6,11	0,03	
Hospital U	4,65	0,02	
Hospital P	4,33	0,02	
Hospital Q	0,40	0,00	
Hospital E	0,13	0,00	
Hospital A	0,00	0,00	
Hospital D	0,00	0,00	
Hospital G	0,00	0,00	
Hospital I	0,00	0,00	
Hospital J	0,00	0,00	
Hospital M	0,00	0,00	
Hospital O	0,00	0,00	
Hospital S	0,00	0,00	
Estatística	Mínimo	0,00	0,00
	Máximo	53,79	0,28
	Mediana	4,33	0,02

3° Quartil	7,67	0,04
Média	9,10	0,05
Desvio padrão	14,53	0,08

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A medida de intermediação baseia-se na posição dos atores na rede, sendo que a direção das relações influencia na capacidade de um ator em interligar os demais atores da rede. Assim, diante da assimetria de muitas relações ou da existência de atores isolados, mais de 1/3 dos hospitais não apresenta qualquer capacidade de intermediação (“zero”).

O hospital D assim se posiciona por estar isolado do componente principal. Ademais, hospitais que somente apresentam graus de saída (A, J, M e O) ou de entrada (G) são incapazes de intermediar relações entre os atores. Ou seja, as informações apenas chegam ou saem deles, mas não circulam. Salienta-se, todavia, que essa incapacidade decorre de uma propriedade de rede, sendo que as relações em situações reais podem-se manifestar de outras maneiras. Assim, considera-se que quaisquer dos hospitais que fazem parte do componente principal, mesmo esses com restrições de entrada ou saída, teriam alguma capacidade de intermediar um contato entre hospitais que a eles estão conectados.

Observa-se que os hospitais que apresentam maior intermediação (K, L, V e B) tendem a ser aqueles que possuem graus de entrada e saída mais elevados. Apenas o hospital R é um caso mais peculiar, pois concentra em si muitos graus de entrada, constituindo-se como único caminho para diversos atores, mesmo que seu único grau de saída seja para o hospital K.

Constata-se que mesmo o hospital com a mais elevada intermediação (0,28 std) apresenta um valor razoavelmente baixo. Uma alta intermediação (1 std) somente seria obtida caso o hospital fosse rota imprescindível para quaisquer dos demais hospitais estabelecerem relações entre si. Todavia, a necessidade de um ator intermediador mais “central” é relativizada diante dos diversos caminhos disponíveis para a escolha dos atores que constituem a rede.

A intermediação posiciona alguns atores no caminho dos demais, mas é a *proximidade* que indica a capacidade de o ator, fazendo uso dos seus relacionamentos, alcançar os demais atores da rede. A TAB.22 apresenta a medida de proximidade.

TABELA 22 - Proximidade na rede de aprendizagem relacional

Atores	Proximidade	Proximidade (Std)
Hospital V	0,022	0,45
Hospital T	0,021	0,43
Hospital L	0,020	0,41
Hospital U	0,020	0,41
Hospital I	0,019	0,39
Hospital B	0,018	0,36
Hospital K	0,016	0,33
Hospital O	0,014	0,29
Hospital C	0,014	0,28
Hospital H	0,013	0,25
Hospital P	0,013	0,25
Hospital Q	0,012	0,24
Hospital S	0,012	0,24
Hospital R	0,011	0,23
Hospital J	0,010	0,19
Hospital M	0,010	0,19
Hospital E	0,009	0,18
Hospital A	0,003	0,05
Hospital N	0,003	0,05
Hospital D	0,000	0,00
Hospital G	0,000	0,00
<hr/>		
Estatística	Mínimo	0,000
	Máximo	0,022
	Mediana	0,013
	3° Quartil	0,018
	Média	0,012
	Desvio padrão	0,007
<hr/>		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Em se tratando de proximidade, os atores que apresentam somente grau de entrada não são capazes de circular pela rede. Assim, as informações somente chegam a eles. Não por menos, o hospital G apresenta proximidade “zero”. O hospital D também se apresentou assim, mas por estar isolado do componente principal.

Por sua vez, o fato de o ator apresentar apenas grau de saída não o restringe de alcançar aos demais. Assim, o elevado grau de saída (e nenhum grau de entrada) possibilita ao hospital I alcançar diretamente uma parcela significativa dos atores da rede. Ademais, fazendo uso da intermediação de tais atores, o hospital I apresenta uma considerável mobilidade na rede, cujo

valor padronizado (std) é de 0,39. Uma alta proximidade (1 std) somente seria alcançada caso o hospital apresentasse a capacidade de chegar a todos os demais sem a necessidade de intermediários. Em ordem decrescente, alguns outros hospitais com considerável proximidade são: V, T, L, U e B.

Essencial às organizações que visam a um desempenho superior, o conhecimento tanto interno como externo tornou-se uma importante fonte de vantagem competitiva (SENGE, 1990; HAMEL; PRAHALAD, 1995; NONAKA; TAKEUCHI, 1997). Davenport e Prusak (1998) afirmam que a transferência espontânea e não estruturada do conhecimento é vital para o sucesso de uma empresa e que um dos elementos essenciais da gestão do conhecimento é o desenvolvimento de estratégias específicas para esse fim.

5.1.3 Fragmentação da rede

A fragmentação remete aos hospitais que mais tendem a reduzir a cooperação, a partir da ótica de seus parceiros. Constitui-se em um tipo de rede que indica tendências. Tendo por referência a *rede de cooperação*, tais tendências estão descritas na TAB.23.

TABELA 23 - Tendências de fragmentação da rede

Medida	Rede Cooperação	Rede Fragmentada ⁶	Diferença	Variação (%)
Tamanho (atores)	21	21	0	0,0
Tamanho (relações)	50	39	-11	-22,0
Atores isolados	3	5	2	66,7
Tamanho componente principal (atores)	18	16	-2	-11,1
Tamanho componente principal (relações)	50	39	-11	-22,0
Densidade	0,12	0,09	-0,03	-25,0
Reciprocidade	0,28	0,34	0,06	21,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

⁶ A rede fragmentada deriva-se da rede de cooperação, ou seja, apenas foram consideradas as respostas daqueles hospitais que mencionaram atuar de forma cooperativa.

Todos os hospitais fazem parte da dinâmica de rede analisada, que apresenta um total de 21 atores. No entanto, observa-se que alguns hospitais encontram-se isolados do componente principal, sem manter quaisquer relações de cooperação. Nesse sentido, o componente principal da rede de cooperação é constituído por 18 hospitais e, considerando as tendências de fragmentação, seria reduzido para 16, o que representa uma diminuição de 11% no total de hospitais que constitui esse componente.

Constam, na rede de cooperação, 50 relações entre os hospitais, com a tendência de fragmentação para 39 relações (redução de 22%). Em parte, tal redução está diretamente associada ao aumento dos atores isolados. No entanto, diante da proporção de redução, algumas relações também tendem a se fragmentar, mesmo entre atores que fazem parte do componente principal.

A redução do quantitativo de relações em proporção superior à redução do quantitativo de hospitais leva à diminuição da densidade da rede. Assim, a densidade de 0,12 observada para a rede de cooperação tende a ser reduzida em 25%, chegando a 0,09 na rede fragmentada.

A despeito de algumas tendências de fragmentação para a rede de cooperação, observa-se uma elevação de 21,4% na reciprocidade, que passa de 0,28 para 0,34. O aumento da concentração dessas relações fortes (simétricas) indica que as relações sujeitas a rompimento são predominantemente fracas (assimétricas).

5.1.4 Política de relacionamento

A política de relacionamento indica a intenção dos hospitais como um todo em fazer política de “boa vizinhança” e relacionamento (apoio mútuo, acordos negociais, negociações para desenvolvimento, etc.). Configura-se em um tipo de rede que indica tendências. Tomando por referência a *rede de cooperação*, tais tendências estão descritas na TAB.24.

TABELA 24 - Tendências da política de relacionamento

Medida	Rede Cooperação	Rede de Política de	Diferença	Varição (%)
--------	--------------------	------------------------	-----------	----------------

Relacionamento				
Tamanho (atores)	21	21	0	0,0
Tamanho (relações)	50	126	76	152,0
Atores isolados	3	0	-3	-
Tamanho componente principal (atores)	18	21	3	16,7
Tamanho componente principal (relações)	50	126	76	152,0
Densidade	0,12	0,3	0,18	150,0
Reciprocidade	0,28	0,31	0,03	10,7

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A rede analisada é constituída por 21 hospitais. No entanto, observa-se que, na rede de cooperação, três dos hospitais encontram-se isolados do componente principal, sem manter quaisquer relações com os demais. No caso da rede de política de relacionamento, todos os hospitais mantêm alguma relação. Assim, considerando essa tendência, o componente principal da rede de cooperação, constituído por 18 hospitais, passaria a englobar todos os 21 hospitais, representando um aumento de 16,7% no quantitativo de hospitais que constituem o componente.

Constam, na rede de cooperação, 50 relações entre os hospitais, com a tendência de crescimento para 126 relações (aumento de 152%) na rede de política de relacionamento. Uma parcela pequena desse crescimento está associada com a inclusão de todos os atores na rede. No entanto, o grande aumento do número de relações se deve à intensificação dos laços entre os hospitais.

Com efeito, o crescimento do quantitativo de atores e de relações na rede de política de relacionamento induz ao aumento da densidade da rede. Assim, a densidade de 0,12 observada para a rede de cooperação tende a aumentar em 150%, chegando a uma densidade de 0,30 no caso de aplicação da política de relacionamento.

Essa ocorrência segue a tendência de intensificação de relações entre os hospitais, o que diminui a distância global entre eles.

Ademais, observa-se uma elevação de 10,7% na reciprocidade, que passa de 0,28 para 0,31. O aumento da concentração dessas relações fortes (simétricas) indica uma maior tendência de os

hospitais buscarem relacionar-se mutuamente. Ainda assim, a intenção em fazer política de “boa vizinhança” e relacionamento não é recíproca para muitos dos hospitais.

Uma síntese da análise de redes parte I é apresentada no QUADRO 7.

QUADRO 7 – Síntese dos resultados da análise de redes parte I

Medidas globais de rede por construto										
	Classe	Rede Total			Coesão	Centralidade				
	Medidas	Tamanho (atores/relações)	Densidade	Reciprocidade	Cliques Fortes (relações simétricas)	Grau de Entrada (média)	Grau de Saída (média)	Intermediação (média)	Proximidade (média)	
	Construto									
Estrutura	Competição	21/106	0,25	0,18	2	5,05	-	-	-	
Redes Interorganizacionais	Cooperação *	21/50	0,12	0,28	2	2,38	2,38	4,3	0,010	
	Aprendizagem Relacional**	21/65	0,15	0,20	4	3,10	3,10	9,10	0,012	
Tendências de Redes	Fragmentação***	21/39	0,09	0,34	-	-	-	-	-	
	Política de Relacionamento	21/126	0,3	0,31	-	-	-	-	-	
Correlações entre os construtos										
	Competição	Cooperação (grau de entrada/grau de saída)			Aprendizagem Relacional (grau de entrada/grau de saída)					
Relações com Medidas de Redes	Idade	0,05	0,23/0,22			0,30/-0,04				
	Propriedade	-0,06	-0,13/0,22			-0,12/0,09				
	Tamanho	0,15	0,05/0,75			0,25/0,87				

*3 (três) atores isolados / ** 1 (um) ator isolado/ *** 5 (cinco) atores isolados

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

5.2 Parte II: Tratamento e análise estatística descritiva do modelo hipotético

Com o objetivo de validar as hipóteses relacionadas ao modelo hipotético, foram realizadas análises que verificaram a relação linear entre os construtos propostos na pesquisa. Primeiramente, foram desenvolvidos gráficos de dispersão para todas as sete hipóteses levantadas e foram calculados os respectivos coeficientes de correlação de Pearson. De acordo com Triola (2008), o coeficiente de correlação linear de Pearson é uma medida da força da relação entre duas variáveis que representam dados quantitativos.

O coeficiente de correlação varia entre -1 e +1, de modo que $-1 \leq r \leq 1$, e quanto mais próximos desses extremos maior a relação linear entre as variáveis. Quanto mais próximo a zero maior o índice de que as variáveis não são correlacionadas. O que se deseja verificar é se a variável referente a um construto aumenta ou diminui em proporções parecidas quando outro construto se altera. Uma vez que as correlações lineares existam e sejam validadas por testes de hipótese, apresentam-se indícios sobre a causa e o efeito de uma variável em relação à outra. A Análise de Regressão foi utilizada para verificar essas relações. Somente após a análise estatística descritiva é que os modelos de regressão linear pelos métodos de mínimos quadrados foram ajustados.

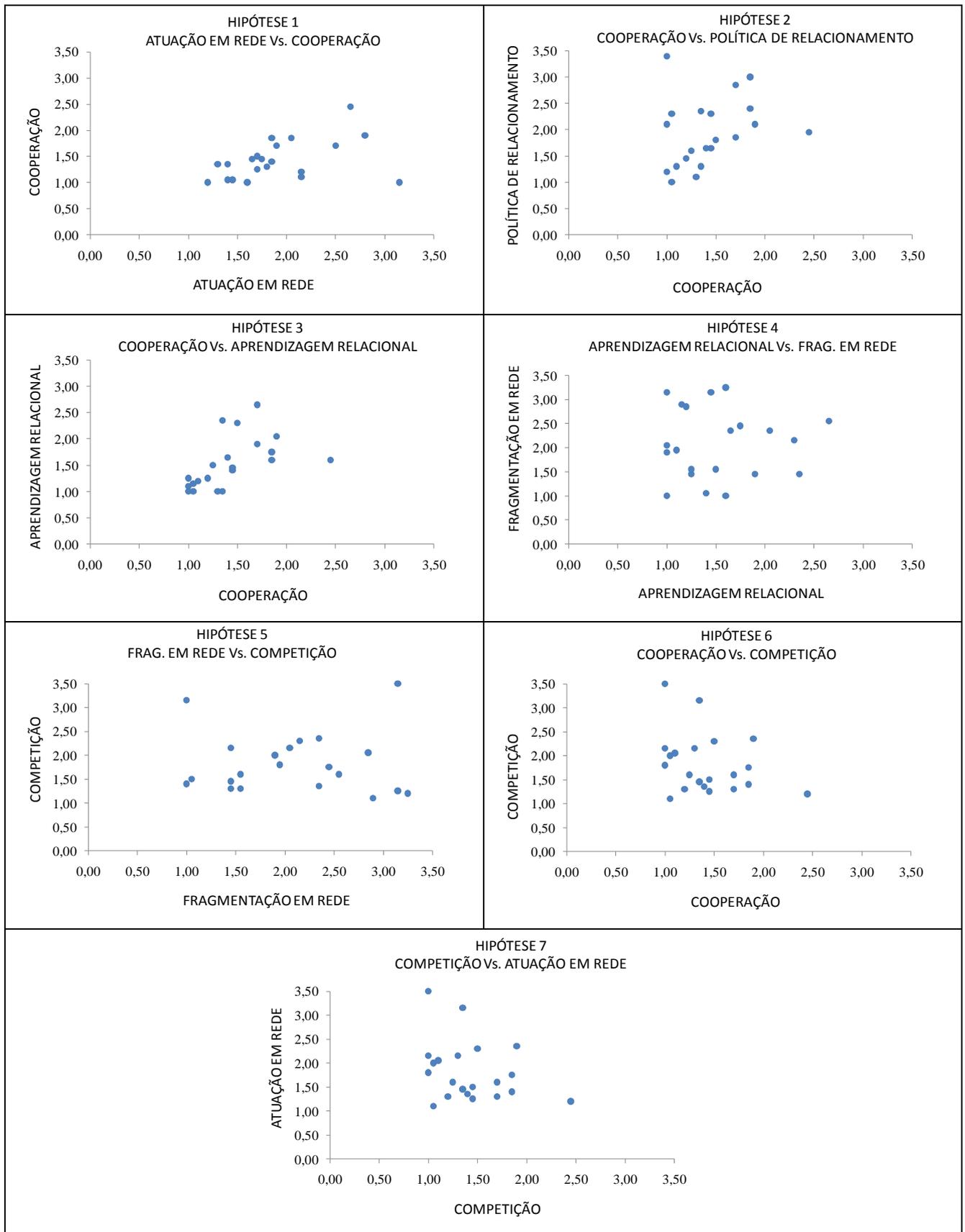


FIGURA 18 - Gráficos de dispersão para as hipóteses formuladas acerca dos construtos.
 Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

TABELA 25 - Análise de correlação dos construtos

Hipóteses	Correlação de Pearson (r)	Valor P	Relação Linear
H1: Atuação em Rede Vs. Cooperação	0,420	0,058	Fraca
H2: Cooperação Vs. Política de Relacionamento	0,268	0,240	Fraca
H3: Cooperação Vs. Aprendizagem Relacional	0,543	0,011	Média
H4: Aprendizagem Relacional Vs. Fragmentação em Rede	0,012	0,958	Fraca
H5: Fragmentação em Rede Vs. Competição	0,002	0,992	Fraca
H6: Cooperação Vs. Competição	-0,305	0,178	Fraca
H7: Competição Vs. Atuação em Rede	0,279	0,221	Fraca

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

Ao analisar os gráficos de dispersão, na FIG.18, percebe-se que não existe uma tendência linear muito forte entre os construtos, para cada uma das hipóteses levantadas. Os gráficos não transmitem a ideia de que com o aumento das notas médias para um determinado construto, as notas médias para outro construto aumentam em proporções semelhantes. Essa mesma avaliação foi feita para todos os construtos, para os quais se pretendeu relacioná-los dois a dois de acordo com as hipóteses formuladas.

Procurando maiores evidências, foram realizados testes de hipóteses (TAB.25) para verificar se é aconselhável ou não rejeitar a hipótese nula (H_0) de que não há correlação linear entre os construtos, ou seja, o coeficiente de correlação de Pearson é igual a zero ($r = 0$). Rejeitar a hipótese nula é o mesmo que afirmar que a correlação entre dois construtos é estatisticamente significativa, portanto diferente de zero. De acordo com Triola (2008), ao se calcular o Valor P quando este é menor ou igual ao nível de significância conclui-se que há uma correlação linear significativa entre as variáveis. Caso contrário, não existe evidência suficiente para apoiar a afirmação de que exista uma correlação linear. Segundo Triola (2008), o Valor P é a probabilidade de se obter um valor da estatística de teste que seja, no mínimo, tão extremo quanto o que foi encontrado e representa os dados amostrais, supondo que a hipótese nula seja verdadeira. A hipótese nula é rejeitada se o Valor P for muito pequeno, menor que o nível de significância do teste (α).

Utilizando um nível de significância de 0,05 (5%), só existe evidência estatística para se rejeitar a hipótese de que a correlação seja zero para a Hipótese 3 (Cooperação Vs. Aprendizagem Relacional, Valor $P = 0,011 < 0,05$). Entretanto, a correlação existente (0,543) pode ser classificada como média por não estar muito próxima de 1. De acordo com Levine, Berenson e Stephan (2008), a análise de correlação por si só não consegue provar que existe causa e efeito, ou seja, a alteração no valor de uma variável causa alteração em outra variável. A forte correlação indica apenas uma tendência. Por esses resultados encontrados nas análises descritivas não se espera que existam modelos de regressão lineares significativos estatisticamente a ponto de haver indícios de que as hipóteses levantadas possam ser verdadeiras, exceto para a terceira hipótese.

A Regressão Linear, segundo Levine, Berenson e Stephan (2008), permite que seja identificada o tipo de relação estatística que existe entre uma variável dependente (ou explicativa) e uma variável independente (ou resposta). Permite também que se quantifique o efeito que mudanças ou alterações na variável explicativa exercem sobre a variável resposta. Para a pesquisa, essa análise é importante, pois se torna possível avaliar qual o impacto que um construto gera em outro, o que possibilita avaliar as sete hipóteses do modelo hipotético.

5.2.1 Validação do modelo hipotético

A TAB.25 apresenta o resultado das principais medidas estatísticas dos modelos de Análise de Regressão ajustados. Os modelos foram gerados utilizando-se o software SPSS 16.0. As medidas estatísticas e suas interpretações permitem testar o modelo hipotético, viabilizando a tomar a decisão de aceitar ou não as hipóteses formuladas. Para os modelos de regressão, nos quais se verificaram a existência de relações lineares e a identificação de uma inclinação da reta de regressão pelo coeficiente β_1 , foram realizados os testes de validação do modelo.

De acordo com Montgomery, Vining e Peck (2006), para a validação de um modelo de Regressão Linear, é necessário que três suposições acerca dos resíduos ou erros de previsão sejam atendidas: os resíduos devem ser distribuídos segundo uma distribuição de probabilidade normal; os resíduos são independentemente distribuídos ou não

correlacionados, de forma que o valor de um erro não dependa de qualquer outro erro; os resíduos possuem variância constante, ou seja, o modelo seja homocedástico, de forma que a variância dos erros seja constante para qualquer valor da variável explicativa. A validação dos modelos cujas hipóteses para a pesquisa foram aceitas foi realizada por análise gráfica e pelo teste de Kolmogorov Smirnov para suposição de normalidade dos resíduos. Entretanto, não se tem por objetivo realizar previsões.

TABELA 26 - Análise de correlação dos construtos ampliada

Hipóteses	r^2	β_1	Stat t	Valor P (teste t)	Intervalo de confiança (β_1)	F (Anova)	Valor P (teste F)
H1: Atuação em Rede Vs. Cooperação	0,177	0,308	2,018	0,058	[-0,011 ; 0,628]	4,073	0,058
H2: Cooperação Vs. Política de Relacionamento	0,072	0,459	1,214	0,240	[-0,332 ; 1,250]	1,474	0,240
H3: Cooperação Vs. Aprendizagem Relacional	0,295	0,702	2,817	0,011	[0,180 ; 1,224]	7,935	0,011
H4: Aprendizagem Relacional Vs. Fragmentação em Rede	0,000	0,018	0,053	0,958	[-0,700 ; 0,737]	0,003	0,958
H5: Fragmentação em Rede Vs. Competição	0,000	0,002	0,010	0,992	[-0,412 ; 0,416]	0,000	0,992
H6: Cooperação Vs. Competição	0,093	-0,510	-1,398	0,178	[-1,274 ; 0,254]	1,954	0,178
H7: Competição Vs. Atuação em Rede	0,078	0,227	-0,149	0,221	[-0,149 ; 0,603]	1,598	0,221

Fonte: Dados da Pesquisa, 2012.

A TAB.26 apresenta as medidas estatísticas calculadas por intermédio da Regressão Linear para cada hipótese do modelo hipotético. A primeira delas é o r^2 que, segundo Levine, Berenson e Stephan (2008), mede a proporção da variação em y (variável dependente ou resposta) que pode ser explicada pela variável x (independente ou explicativa) no modelo de regressão. O r^2 ajustado não foi apresentado no quadro, uma vez os modelos são de Regressão Linear Simples e não Múltiplos, ou seja, com mais de uma variável explicativa. Como o modelo hipotético foi baseado apenas nas relações do impacto de um construto sobre outro, essa medida não se faz necessária. O r^2 ajustado, segundo Levine, Berenson e Stephan (2008), é utilizado para comparar dois ou mais modelos que estão prevendo a mesma variável resposta, mas que estão utilizando um número diferente de variável explicativa. Em geral, aumentando uma variável explicativa no modelo é possível se explicar mais da variação em y (variável dependente ou resposta).

A segunda medida apresentada na TAB.26 é o coeficiente de inclinação da reta de regressão (β_1). Esse coeficiente implica dizer que, a cada aumento de uma unidade na variável x (explicativa), a variável y (resposta) é aumentada do valor representado pelo coeficiente de inclinação da reta de regressão (β_1). O coeficiente de inclinação só é significativo quando a estatística t (Stat t) e o respectivo valor p apresentam indícios para não se rejeitar a hipótese de que o coeficiente de inclinação da reta é igual a zero. Se a hipótese não for rejeitada, pode-se afirmar que não existe reta de regressão linear, o que é o mesmo que dizer que os dois construtos avaliados não possuem relação de causa e efeito. O único modelo de regressão que possui inclinação da reta é o da hipótese 3 (H3). Pode-se chegar à conclusão ao se verificar que o valor p de 0,011 é menor que o nível de significância de 0,05. Dessa forma, a inclinação da reta é diferente de zero e equivale a 0,702. O teste F é uma alternativa ao teste t para verificar se o coeficiente de inclinação é diferente de zero ($\beta_1 \neq 0$).

Outra forma de validar o coeficiente de inclinação é por intermédio do intervalo de confiança de β_1 . Se o intervalo de confiança contiver o valor zero, conclui-se que não existe inclinação na reta de regressão linear. Se não contiver o zero, o valor para o coeficiente de inclinação da reta está entre o limite inferior e superior do intervalo de 95% de confiança (LEVINE; BERENSON; STEPHAN, 2008).

O r^2 de 0,295 para a hipótese 3 implica dizer que, aproximadamente, 30% da variação no construto Aprendizagem Organizacional é explicada pelo construto Cooperação. Cerca de 70% da variação é representada por outros construtos não relacionados à Cooperação, como propõe o modelo hipotético. O r^2 encontrado está muito abaixo de 1. Apesar de a relação encontrada não ter sido muito alta, como já era esperado quando realizada a análise descritiva, foi a única relação encontrada. A Hipótese 3 é a única hipótese do modelo hipotético que pode ser confirmada pela análise de regressão linear. Para todas as demais hipóteses não foram encontradas relações significativas entre os construtos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta dissertação foi descrever de que maneira a forma de relacionamento entre os hospitais localizados na região metropolitana da Grande Vitória (ES) implica as dinâmicas de competição, cooperação e aprendizagem organizacional, por meio da aplicação de um modelo hipotético, de modo a contribuir para o conhecimento na formação de redes interorganizacionais.

A aplicação e verificação do modelo hipotético, contrariando os achados de Oliveira (2010), não contribuiu para descrever a formação de redes interorganizacionais dos hospitais da RMGV, sendo apenas a hipótese 3 (*Utilitária de mais-valia de aprendizado em rede*) cooperação vs. aprendizagem relacional comprovada. Verificou-se que as diferenças entre a amostra e a população estudada por Oliveira (2010) e suas hipóteses não foram capazes de contribuir para o conhecimento na formação de redes interorganizacionais na amostra e população desta pesquisa.

No que se refere às relações entre os hospitais e suas dinâmicas de competição, essa relação apresentou uma maior concentração e a maior densidade. Considerando os valores dos indicadores de redes encontrados nesse item, foi possível observar a menor reciprocidade e o maior valor de grau de entrada entre os hospitais, o que permite concluir pela alta competitividade do setor e a regular delimitação dos concorrentes. Dessa maneira, programar um conjunto de ações e reações competitivas pode ou não se mostrar eficaz, visto que a baixa reciprocidade pode influenciar na forma de defender e criar as suas vantagens competitivas frente aos concorrentes.

Nas relações de cooperação, observou-se que nem todos os hospitais estão conectados, alguns estão isolados sem conexão com os demais e é a menor densidade. Embora a natureza do constructo sugira que os hospitais compartilhem recursos entre si, observou-se uma a maior reciprocidade, ainda que seja considerada média reciprocidade. Os números obtidos nessa relação demonstram uma média fragilidade na atuação de redes com a presença de pontos de articulação, impactando relativamente a fragmentação da rede. Atuando de forma individualizada o que frente ao referencial teórico apresentado nesse trabalho, indica possível

dificuldade quanto aos novos desafios, já que uma organização não detém sozinha os conhecimentos e habilidades para sustentabilidade e crescimento, sendo a cooperação uma importante característica para a formação de redes.

Em relação à aprendizagem interorganizacional, foi encontrado um ator isolado e média reciprocidade entre os hospitais, o que indica médio compartilhamento das informações e o maior número de cliques fortes. A transferência de conhecimento entre as empresas se define relativamente frágil, o que dificulta o processo de inovação. Dessa maneira, alguns hospitais deixam de repensar suas estratégias e não criam conhecimento organizacional.

Tendo como referência a rede de cooperação, a tendência de fragmentação, segundo a visão dos seus parceiros, aumentou ainda mais a presença de atores isolados; foi observada uma significativa redução no total de hospitais que constituem esse componente e aumento da reciprocidade. A rede de cooperação não indicava uma característica positiva no que tange aos benefícios das relações através de redes; ao analisar a tendência à fragmentação, essa situação foi agravada, conforme as descrições dos indicadores de redes.

Em políticas de relacionamento, também tendo como referência a rede de cooperação, observa-se uma forte intenção dos hospitais em fazer uma boa política de relacionamento, com um aumento significativo das relações, o que indicaria, a curto, médio e longo prazo, uma melhoria em relação aos achados desta pesquisa, podendo, assim, essa rede se beneficiar de todas as vantagens de trabalhar em redes apresentadas nesta dissertação.

Por último, a partir das características organizacionais dos hospitais analisados, foi possível identificar que o construto tamanho sugeriu correlações fortes e corroboradas em bases estatisticamente significativas. Tais correlações estão associadas com medidas de redes dos construtos “cooperação” e “aprendizagem relacional”, tidos como representativos das redes interorganizacionais. O que demonstrou que os hospitais de maior tamanho tendem a não ficar isolados e são importantes pontos de articulação e formadores de cliques. Sem a presença desses hospitais, muitas das relações demonstradas seriam perdidas, reforçando a importância deles para a formação de redes.

Finalmente, se conclui, resumidamente, pela média formação de redes, principalmente devido à baixa frequência de não reciprocidade entre os atores. A não presença de formalização pode ser um indicativo dessa não reciprocidade para o comportamento em redes. Esse comportamento demonstra a característica de muitos em atuar de forma individualizada, o que dificulta ainda mais, para os hospitais, o enfrentamento da situação de crise impregnada no setor.

Como contribuição para o setor de saúde no segmento hospitalar na RMGV, o trabalho cria uma oportunidade de reflexão sobre o atual ambiente competitivo, atuação de grupos estratégicos e sobre novas formas de relacionamento entre empresas.

6.1 Limitações da pesquisa

Embora se tenha constatado que o tamanho dos hospitais tenha relação com posturas de cooperação e aprendizagem, a idade e a propriedade, assim como outras características organizacionais, podem apresentar-se relevantes para o entendimento das dinâmicas de redes.

As medidas de redes são diversas, sendo que os mesmos dados poderiam ser tratados com ênfases distintas.

As relações, principalmente as de cooperação e de aprendizagem, constituem-se em construtos bastante genéricos. Assim, a especificação dos ativos que estão em questão quando se coopera ou aprende pode gerar apreciações mais precisas das dinâmicas de redes.

6.2 Pesquisas futuras

Foram abordados apenas os hospitais privados (lucrativos e entidade beneficente sem fins lucrativos), sendo que a presença dos hospitais públicos pode interferir nas dinâmicas das redes em questão e sua inclusão pode contribuir para novas pesquisas e seus achados.

A construção de um novo modelo hipotético considerando as características do setor parece ser relevante para a realização de pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

ALEJANDRO, V. A. O.; NORMAN, A. G. **Manual introdutório à análise de redes sociais**. 2005. Disponível em: <<http://www.aprende.com.pt>>. Acesso em: maio 2011.

ARAÚJO, Luís. As relações inter-organizacionais. In: RODRIGUES, S.; CUNH, M. P. (Ed.) **Novas perspectivas na administração de empresas: uma coletânea luso-brasileira**. São Paulo: Inglu, 2000. p.500-523.

BALESTRIN, A.; FAYARD, P. Redes interorganizacionais como espaço de criação de conhecimento. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003.

BALESTRIN, A.; VERSCHOORE, J. R.; REYES JUNIOR, E. O campo de estudo sobre redes de cooperação interorganizacional no Brasil. **Revista de Administração Contemporânea**, São Paulo, v.14, n.3, p.458-477, jun. 2010.

BARRINGER, B. R.; HARRISON, J. S. Walking a tightrope: creating value through interorganizational relationships. **Journal of Management**, Orlando, v.26, n.3, p.367-403, 2000.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **UCINET 6 for Windows: user's guide**. Natick: Analytic Technologies, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 jun. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm. Acesso em: 13 jul. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm>. Acesso em: 13 jul. 2011c.

BURT, R. S. Structural holes and good ideas. **American Journal of Sociology**, Illinois, n.2, p.349-399, 2004.

CÂNDIDO, G. A.; ABREU, A. F. Os conceitos de redes e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000.

CARRÃO, Ana Maria Romano. Cooperação entre empresas de pequeno porte em pólos industriais: um estudo comparativo. **Revista de Administração**, São Paulo, v.39, n.2, p.189-195, abr./maio/jun. 2004.

CARSTENS, D. D. S. **Estrutura de relacionamentos interorganizacionais e estratégias das empresas da rede Hiperfarma**. 2005. 249 f. Dissertação (Mestrado em Administração do Departamento de Ciências Sociais e Aplicadas) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

CARSTENS, D. D. S.; MACHADO-DA-SILVA, C. Estratégia e estrutura de relacionamento na rede de empresas *Alpha*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

CASAROTTO FILHO, N.; PIRES, L. H. **Redes de pequenas e médias empresas e desenvolvimento local: estratégias para a conquista da competitividade global com base na experiência italiana**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, M. A. S. **Papel, importância e aplicação das estratégias competitivas genéricas: estudo de caso na indústria de açúcar**. 2006. 165 f. Dissertação (Mestrado em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CERTO, S. C.; PETER, J. P. **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia**. 2.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: SENAC, 2003.

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial**: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DYER, J. H. Specialized supplier networks as a source of competitive advantage: evidence from the auto industry. **Strategic Management Journal**, Malden, v.17, p.271-291, 1996.

DYER, J. H.; NOBEOKA, K. Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: the Toyota case. **Strategic Management Journal**, Malden, v.21, p.345-367, 2000.

DRUCKER, P. F. **Sociedade pós-capitalista**. 7.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei complementar nº 318, de 17 de janeiro de 2005. Reestrutura a Região Metropolitana da Grande Vitória - RMGV. **Diário Oficial do Espírito Santo**, 18 jan. 2005.

EXAME. **O hospital reinventado**. Disponível em: <http://portalexame.abril.com.br/revista/exame/edicoes/004/m0046413.html>. Acesso em: 16 jun. 2010.

FERREIRA JÚNIOR, I. Redes de pequenas empresas: a aplicação de uma tipologia em uma rede de supermercados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006. p.1-17.

FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. **Aprendizagem e inovação organizacional**: as experiências de Japão, Coréia e Brasil. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1997.

FREEMAN, Linton C. Some antecedents of social network analysis. **Connections**, Irvine, v.19, n.1, p.39-42, 1996.

GHEMAWAT, P. **A estratégia e o cenário dos negócios**. 2.ed. São Paulo: Bookman, 2007.

GLOUBERMAN, S.; MINTZBERG, H. Managing the care of health and the cure of disease. **Health Care Management Review**, Illinois, n.26, p.56-84, 2001.

GONÇALVES, C. A.; GONÇALVES FILHO, C. Estratégias genéricas: a arte da escolha e a liderança de mercado. In: GONÇALVES, C. A.; GONÇALVES FILHO, C.; REIS NETO, M. T. **Estratégia empresarial: o desafio das organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006. p.205-227.

GONÇALVES, C. A.; MEIRELLES, A. M. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2004. v.1.

GRANDORI, A.; SODA, G. Inter-firm networks: antecedents, mechanisms and forms. **Organization Studies**, Berlim, n.16, v.2, p.183-214, 1995.

GRANOVETTER, M. S. The strength of weak ties. **American Journal of Sociology**, Illinois, n.78, p.1.360-1.380, 1973.

_____. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. **American Journal of Sociology**, Illinois, n.91, p.481-510, 1985.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar os mercados de amanhã**. 18.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HITT, M. A.; IRELAND, R. D.; HOSKISSON, R. E. **Administração estratégica**. 2.ed. São Paulo: Cengage, 2008.

HOFFMANN, V. E.; BANDEIRA-DE-MELO, R.; MOLINA-MORALES, F. X. Inovação e transferência de conhecimento em redes inter-organizacionais aglomeradas territorialmente: uma análise a partir de equações estruturais em duas indústrias. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

HOFFMANN, V. E.; MOLINA-MORALES, F. X.; MARTÍNEZ-FERNANDEZ, M. T. Redes de empresas: uma tipologia para sua classificação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

JARILLO, J. C. On strategic networks. **Strategic Management Journal**, Malden, v.9, n.1, p.31-41, jan./fev. 1988.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAMPERT, A. L.; SAUSEN, J. O. Gestão social na relação interorganizacional de instituições filantrópicas: um estudo em hospitais da rede hospinoeste/RS. **Desenvolvimento em questão**, Ijuí, Editora Unijuí, ano 6, n.12, p.87-119, jul./dez. 2008.

LASTRES, H. M. M.; CASSIOLATO, J. E. Mobilizando conhecimentos para desenvolver arranjos e sistemas produtivos e inovativos locais de micro e pequenas empresas no Brasil. Rede de pesquisa em sistemas produtivos e inovativos locais. 2005. Disponível em: <<http://www.redeaplmineral.org.br/biblioteca/>>. Acesso em: 12 maio 2011.

LAZZARINI, S. G. **Empresas em rede**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D. **Estatística**: teoria e aplicações. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008.

LIRA, S. A.; NETO, A. C. Coeficientes de correlação para variáveis ordinais e dicotômicas derivados do coeficiente linear de Pearson. **Ciência & Engenharia**, Uberlândia, v.15, n.1/2, p.45-53, 2008.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATHEUS, R. F.; SILVA, A. B. O. E. Análise de redes sociais como método para a Ciência da Informação. Datagramazero. **Revista da Ciência da Informação**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2006.

MENDES, E. V. **O dilema do SUS**. Grupo interinstitucional de comunicação e educação em saúde de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2011.

MILAGRES, R. Redes de empresas, a chave para inovar. **HSM Mangement**, São Paulo, v.72, p.1-6, jan./fev. 2009.

MOLINA-MORALES, F. X.; HOFFMANN, V. E. Aprendizagem através de redes sociais: o efeito da proximidade geográfica. **Revista Inteligência Empresarial**, Rio de Janeiro, n.12, p.4-11, jul. 2002.

MONTGOMERY, D. C.; VINING, G. G.; PECK, E. **Introduction to linear regression analysis**. 4.ed. New York: Ed: John Wiley & Sons, 2006.

NETO, A. A. A globalização de mercados e a estratégia de empresas globais. In: GONÇALVES, C. A.; GONÇALVES FILHO, C.; REIS NETO, M. T. **Estratégia empresarial: o desafio das organizações**. São Paulo: Saraiva, 2006. p.37-67.

NETTO, C. M. **Redes e relações sociais no setor de calçados da feira de artesanato e produtores de variedades da Avenida Afonso Pena**. 2007. 90 f. Dissertação (Mestrado em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas – FACE) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NOHRIA, N. Is a network perspective a useful way of studying organizations? In: NOHRIA, N.; ECCLES, R. G. (Ed.) **Networks and organizations: structure, form, and action**. Boston: Harvard Business School Press, 1992. p.1-22.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

OLIVEIRA, C. M. B. de; ROCHA, E. M. P. da. Aptidões estratégicas em organizações hospitalares: estudo comparativo no ambiente de redes assistenciais de saúde. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v.10, n.1, p.1-11, jan./jul. 2010.

OLIVEIRA, M. F. **Análise da estrutura de relacionamentos de MPEs: um estudo de empresas na Serra do Cipó – MG**. 2010. 156 f. (Mestrado em Administração da Faculdade de Ciências Empresariais - FACE) - Universidade FUMEC, Belo Horizonte, 2010.

PECI, A. Emergência e proliferação de redes organizacionais – Marcando mudanças no mundo de negócios. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 23., 1999, Foz di Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

PORTER, M. E. Clusters and the new economics competition. **Harvard Business Review**, Nov./Dec.1998. Disponível em: <[http://im.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/proj_windsperger/KfK/KfK/ClusterStrategy.pdf](http://www.im.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/proj_windsperger/KfK/KfK/ClusterStrategy.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2011.

_____. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

_____. **Vantagem competitiva:** criando e sustentando um desempenho superior. 25.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1989.

PORTER, M. E.; TEISERG, E. O. **Repensando a saúde:** estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRESTES, Adriano Recí. **A introdução do conceito e aplicação de inteligência competitiva em hospitais de Caxias do Sul.** 2009. 161 f. Dissertação (Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2009.

SANTOS, J. N. **A liderança no contexto das redes organizacionais.** 2003. 363 f. Tese (Doutorado em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas – FACE) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

SCOTT, J. **Social network analysis:** a handbook. London: Sage Publications Ltd., 2000.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina:** arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Best Seller, 1990.

SILVA JÚNIOR, A. B. da. **A empresa em rede:** desenvolvendo competências organizacionais. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SILVA, C. E. G. **Fundamentos da análise de redes sociais com Visone** (Manual). Colaboração de C. A. Gonçalves e R. M. Muniz. Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG, 2011.

SILVA, J. F. da; MOTTA, P. C.; COSTA, L. S. V. Coalinhamento entre estratégias competitivas e colaborativas e desempenho de empresas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.47, n.4, p.26-45, out./dez. 2007.

SILVA, M. C. M. S. **Redes sociais intraorganizacionais informais e gestão:** um estudo nas áreas de manutenção e operação da planta HYCO-8, Camaçari, BA. 2003. 223 f. Dissertação (Mestrado em Administração do Núcleo de Pós-Graduação da Escola de Administração) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SILVA, P. H.C. Políticas públicas sob o viés histórico: as idas e vindas na busca por modelo para Saúde Pública. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, v.4, p.76-102, ago. 2008.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra, 2001.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos S.A., 2008.

VALE, G. M. V. **Territórios vitoriosos: o papel das redes organizacionais**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

VALLADARES, J. B. Publicação eletrônica [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <gabriellavalladares@hotmail.com> em 06 fev. 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas. 2006.

VERSCOORE, J. R.; BALESTRIN, A. Fatores competitivos das empresas em redes de cooperação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. New York: Cambridge University Press, 1994.

WEIAND, Simone Gruun. **Identificação das inovações: um estudo de caso nos hospitais que integram o SUS de Caxias do Sul – RS**. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul) - Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2009.

WILLIAMSON, O. E. Comparative economic organization: the analysis of discrete alternatives. **Administrative Science Quarterly**, Cornell, v.36, p.269-296, 1991.

_____. **Markets and hierarchies**. New York: Free Press, 1975.

WHO. World Health Organization. **World health statistics**. Genebra: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHSO9_Table7.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2009.

WRIGHT, P.; KROLL, J.; PARNELL, J. **Administração estratégica: conceitos**. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa

1 - Você mantém relacionamento (contatos pessoais, troca de ideias, informações, experiências, recursos, etc.) com o hospital listado abaixo? Marque a opção que você considerar a mais adequada para sua interpretação.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				
03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

2 - Você realiza atividades cooperativas relevantes com os hospitais a seguir? As atividades podem ser de natureza tal como: compartilhamento de publicidade, treinamento, compra de produtos, contratação de consultorias, compartilhamento de despesas com mão-de-obra, fretes, transportes, indicação de clientes, entre outros. Escolha a coluna que melhor represente a sua interpretação.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				

03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

3 - Existe forte intenção de fazer política de bom convívio (“boa vizinhança”) e relacionamento (apoio mútuo, acordos negociais, negociações frequentes para desenvolvimento, etc.) entre você e o hospital a seguir? Marque a opção mais adequada ao seu entendimento.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				
03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

4 - Você atua em atividades de aprendizado com os hospitais listados a seguir? (no sentido de adotar alguma **ideia** de decisão, conceito sobre comportamento estratégico, procedimento de gerar inovação, etc.). Marque a opção que você achar mais adequada ao seu entendimento.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				
03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

5 - Quais os hospitais que você considera com comportamento altamente competitivo em relação a você (concorrente efetivo)? Escolha a melhor alternativa ao seu entendimento.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				
03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

6 - Quais os hospitais que mais tendem a reduzir a cooperação (não cooperar, não compartilhar oportunidades e recursos, competir isoladamente)? Escolha a melhor alternativa ao seu entendimento.

Hospital	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Intensamente
01 – Hospital A				
02 – Hospital B				
03 – Hospital C				
04 – Hospital D				
05 – Hospital E				
06 – Hospital F				
07 – Hospital G				
08 – Hospital H				
09 – Hospital I				
10 – Hospital J				
...				
Hospital N				

7 - Indique há quanto tempo o seu hospital atua, conforme as opções a seguir:

- () Menos de 5 anos.
 () Entre 6 e 10 anos.
 () Mais de 10 anos.

8 - Indique o número de leitos, conforme opção a seguir:

- () Menos de 20.
 () 20 a 49.
 () 50 a 149.
 () 150 a 299.
 () 300 ou mais.

9 - Indique o número de leitos de UTI, conforme opção a seguir

- () Nenhum.
 () 01 a 04.

- 05 a 09.
- 10 a 29.
- 30 ou mais.

10 - Indique o número de pessoas que trabalham no seu hospital:

- Menos de 50.
- 50 a 100.
- 101 a 150.
- 151 a 200.
- 200 a 300.
- 301 ou mais.

APÊNDICE B – Formato dos gabaritos de respostas

Hospitais	Questões					
	1	2	3	4	5	6
Hospital A						
Hospital B						
Hospital C						
Hospital D						
Hospital E						
Hospital F						
Hospital G						
Hospital H						
Hospital I						

Opções de respostas:

- 1 - Nunca
- 2 - Raramente
- 3 - Muitas vezes
- 4 - Intensamente

Questões			
7	8	9	10

(7) Opções de respostas:

- 1 - Menos de 5 anos
- 2 - Entre 6 e 10 anos
- 3 - Mais de 10 anos

(8) Opções de respostas:

- 1 - Menos de 20
- 2 - 20 e 49
- 3 - 50 a 149
- 4 - 150 a 299
- 5 - 300 ou mais

(9) Opções de respostas:

- 1 - Nenhum
- 2 - 01 a 04
- 3 - 05 a 09
- 4 - 10 a 29
- 5 - 30 ou mais

(10) Opções de respostas:

- 1 - Menos de 50
- 2 - 50 a 100
- 3 - 101 a 150
- 4 - 151 a 200
- 5 - 200 a 300

APÊNDICE C – Carta de apresentação

Prezado Dr. X,

Após contato feito por Dr. João Batista Valladares, em apoio a mim, mestranda em Administração, Gabriela Nascimento Valladares Miranda, vinculada à Universidade Fumec em Belo Horizonte/MG, venho solicitar o seu apoio para conclusão da pesquisa acadêmica cujo tema é a análise da estrutura de relacionamento entre hospitais da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV). O objetivo principal deste estudo é descrever como os hospitais se relacionam entre si.

Todas as suas respostas serão tratadas de forma confidencial e somente as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa terão acesso ao questionário respondido. Nem mesmo os demais hospitais participantes poderão acessar as respostas. No relatório final da pesquisa, você será identificado apenas por uma letra escolhida aleatoriamente, garantindo, assim, sua privacidade.

O questionário não interroga nada de natureza financeira, resultados em geral e estratégias individuais. Não será necessário uma entrevista pessoal, podendo o mesmo ser entregue e recolhido posteriormente. O questionário poderá ser respondido por qualquer membro do hospital participante diretamente do processo decisório e tomada de decisão.

Como forma de retribuir a gentileza da sua participação, comprometo-me a enviar-lhe uma cópia, em formato digital, da versão final da pesquisa, que poderá auxiliá-lo nas decisões estratégicas.

Desde já agradeço pela colaboração e a atenção despendidas e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Segue em anexo um exemplo de como será o questionário.

Cordialmente,

Gabriela N. V. Miranda
Mestranda em Administração – Universidade Fumec
Telefones: (31) 3376-2141/8804-9863
E-mail: gabrielavmiranda@gmail.com.

APÊNDICE D – Matrizes utilizadas para a elaboração das redes

a) Competição

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
A	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
B	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
I	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
J	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
K	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
L	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
M	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
O	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Q	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
R	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
S	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
T	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
U	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1
V	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0

b) Cooperação

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0
J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
L	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
O	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
P	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
T	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
V	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0

c) Aprendizagem relacional

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
A	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
I	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0
J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
K	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
L	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
P	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
T	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
U	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
V	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0

d) Fragmentação

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
K	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
M	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
O	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
T	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
V	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

e) Política de relacionamento

	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
A	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
B	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
C	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
G	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0
I	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1
J	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
K	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0
L	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1
M	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
N	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1
O	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1
P	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0
Q	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
R	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
S	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
T	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
U	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0
V	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0

ANEXO A**LEI COMPLEMENTAR Nº 318 O GOVERNADOR DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Reestrutura a Região Metropolitana da Grande Vitória - RMGV, o Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - COMDEVIT, autoriza o Poder Executivo a instituir o Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - FUMDEVIT e dá outras providências.

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV, instituída pela Lei Complementar nº 58, de 21.02.1995, e alterada pelas Leis Complementares nº 159, de 08.7.1999, e nº 204, de 22.6.2001, passa a ser regida por esta Lei Complementar.

Art. 2º A RMGV é integrada pelos Municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória e tem por objetivo a integração de políticas de interesse comum e por finalidade promover:

- I** - o desenvolvimento social, cultural e econômico;
- II** - a melhoria da qualidade de vida;
- III** - a cooperação dos diferentes níveis de governo e o planejamento integrado no âmbito das funções públicas de interesse comum;
- IV** - a redução das desigualdades sociais e econômicas.

Parágrafo único. Serão automaticamente integrados à RMGV os municípios que vierem a ser criados em decorrência de desmembramento ou fusão dos Municípios integrantes dessa Região.

Art. 3º O processo de planejamento, organização e execução das funções públicas de interesse comum à RMGV terá caráter permanente e observará os seguintes princípios:

- I** - do federalismo e do cooperativismo;
- II** - da autonomia municipal;
- III** - da co-gestão entre o Poder Público e a sociedade civil na formulação de planos, programas e execução de projetos, obras e serviços para os quais sejam necessárias relações de compartilhamento intergovernamental dos agentes públicos.

Art. 4º São consideradas de interesse comum as atividades que atendam a mais de um município, assim como aquelas que, mesmo restritas ao território de um deles, sejam, de algum modo, dependentes ou concorrentes de funções públicas e serviços supramunicipais.

§ 1º As funções públicas de interesse comum serão definidas pelo Conselho Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - COMDEVIT, dentre os seguintes campos funcionais:

- I** - planejamento do uso e da ocupação do solo;
- II** - transporte e sistema viário regional;

- III - desenvolvimento urbano e política habitacional;
- IV - saneamento ambiental;
- V - preservação e proteção do meio ambiente e dos recursos hídricos e controle de qualidade ambiental;
- VI - desenvolvimento econômico, emprego e renda;
- VII - atendimento social;
- VIII - serviços de atenção à saúde e à educação;
- IX - turismo, cultura, esporte e lazer;
- X - segurança pública;
- XI - alterações tributárias; e
- XII - campanhas institucionais de interesse comum.

§ 2º O COMDEVIT poderá incluir outras atividades de interesse comum relacionadas aos campos funcionais não especificados no § 1º.

Art. 5º Fica criado, na estrutura da Secretaria da Casa Civil - CV, o COMDEVIT, com a finalidade de apoiar o desenvolvimento, a integração e a compatibilização das ações, estudos e projetos de interesse comum da RMGV, o qual terá caráter deliberativo e será composto por 07 (sete) representantes do Estado, 01 (um) representante de cada Município que integra a RMGV e 03 (três) representantes da sociedade civil.

§ 1º Os representantes e seus suplentes serão designados por um período de 24 (vinte quatro) meses, permitida apenas 01 (uma) recondução.

§ 2º Os representantes do Estado serão designados pelo Governador do Estado, respeitado o disposto no § 1º.

§ 3º Os representantes efetivos dos Municípios serão, preferencialmente, os Prefeitos e, excepcionalmente, os representantes por eles designados.

§ 4º A representação da sociedade civil far-se-á por meio de 03 (três) representantes e respectivos suplentes, indicados pela Federação das Associações de Moradores e dos Movimentos Populares do Estado Espírito Santo - FAMOPES, eleitos em assembléia do seu Conselho Federativo Estadual, na forma de seus estatutos.

§ 5º Os membros suplentes do COMDEVIT poderão participar das reuniões do mesmo, com direito à voz, porém sem direito ao voto.

Art. 6º A participação da sociedade civil nas decisões relativas aos programas e projetos da RMGV será assegurada através dos seguintes mecanismos:

- I - representação no COMDEVIT na forma do § 4º do artigo 5º;
- II - representação nas Câmaras Temáticas criadas na forma desta Lei Complementar;
- III - participação em audiências públicas na forma disposta nesta Lei Complementar;
- IV - acesso aos planos, estudos de viabilidade técnica, econômica, financeira e ambiental; programas, projetos e propostas com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da votação no Conselho;
- V - acesso às atas das reuniões e deliberações do COMDEVIT, no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a votação no Conselho.

§ 1º Será realizada audiência pública, anterior à deliberação do COMDEVIT, com a finalidade de colher subsídios acerca dos temas em discussão, sempre que estes forem de grande complexidade

ou posteriores à deliberação do Conselho e quando não houver consenso nas deliberações do mesmo.

§ 2º A sociedade civil poderá, através de, no mínimo, 01 (uma) dezena de suas entidades legalmente constituídas, cujas jurisdições sejam pelo menos de nível municipal, apresentar pedido de reconsideração de decisões do COMDEVIT uma única vez, podendo inclusive realizar sustentação de suas propostas em reunião do Conselho.

§ 3º O COMDEVIT estabelecerá em regulamento próprio os critérios para definição do grau de complexidade dos projetos.

Art. 7º Caberá ao COMDEVIT as seguintes atribuições:

I - aprovar proposta de instituição e promoção dos instrumentos de planejamento do interesse metropolitano, entre eles o Plano de Desenvolvimento, os Planos Diretores e o Sistema de Informações Metropolitanas;

II - propor a especificação dos serviços públicos de interesse comum do Estado e dos Municípios na RMGV, compreendidos nos campos funcionais referidos no § 1º do artigo 4º desta Lei Complementar, bem como, quando for o caso, as correspondentes etapas ou fases e seus respectivos responsáveis;

III - aprovar objetivos, metas e prioridades de interesse metropolitano, compatibilizando-os com os objetivos do Estado e dos Municípios que o integram;

IV - aprovar os termos de referência e o subsequente plano elaborado para a RMGV;

V - aprovar o plano de aplicação do Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - FUMDEVIT;

VI - apreciar planos, programas e projetos, públicos ou privados, relativos à realização de obras, empreendimentos e atividades que tenham impacto regional;

VII - sugerir à União, ao Estado e aos Municípios situados na RMGV a adoção de providências necessárias à normatização das deliberações relativas às funções públicas de interesse comum no âmbito metropolitano;

VIII - aprovar e encaminhar, em tempo hábil, propostas relativas aos planos plurianuais, às leis de diretrizes orçamentárias e às leis orçamentárias anuais;

IX - propor ao Estado e aos Municípios integrantes da RMGV alterações tributárias com finalidades extrafiscais necessárias ao desenvolvimento regional;

X - comunicar aos órgãos ou entidades federais que atuem na RMGV as deliberações acerca de planos relacionados com os serviços por eles realizados;

XI - elaborar seu regimento; e

XII - deliberar sobre quaisquer matérias de impacto metropolitano relacionadas com a RMGV.

Parágrafo único. Caberá ao COMDEVIT compatibilizar suas deliberações com as diretrizes fixadas pela União e pelo Estado para o desenvolvimento da RMGV.

Art. 8º O COMDEVIT será presidido por um dos membros representantes do Estado, tendo como Vice-Presidente um dos representantes dos Executivos Municipais, ambos eleitos pelos membros titulares do próprio COMDEVIT.

Parágrafo único. A Secretaria Executiva do COMDEVIT será exercida pelo Instituto de Apoio à Pesquisa e ao Desenvolvimento “Jones dos Santos Neves” - IPES, cabendo-lhe assistir o COMDEVIT no desempenho das seguintes atribuições:

I - prestar-lhe assessoria técnica e administrativa;

II - assistir tecnicamente os Municípios integrantes da RMGV;

III - estabelecer intercâmbio de informações com organizações públicas ou privadas, nacionais e internacionais, na sua área de atuação;

IV - promover e propor serviços técnicos relativos à consolidação de sistema de informações, unificação de bases cadastrais e cartográficas e manutenção de sistema de dados socioeconômicos, territoriais, ambientais e institucionais da RMGV;

V - proceder ao diagnóstico da realidade local e de âmbito metropolitano, com vistas a subsidiar o planejamento metropolitano;

VI - apoiar tecnicamente a execução de estudos, projetos, obras e atividades aprovadas e declaradas de interesse comum pelo Conselho, bem como supervisionar a sua compatibilização intermunicipal e intersetorial;

VII - propor políticas gerais sobre a execução de serviços comuns de interesse metropolitano;

VIII - aplicar os recursos orçamentários destinados à Secretaria Executiva do Conselho;

IX - exercer outras atribuições que lhe sejam conferidas.

Art. 9º Por deliberação de 2/3 (dois terços) dos membros do COMDEVIT, deverão ser constituídas Câmaras Temáticas Especiais - CATES, de acordo com temas prioritários de interesse comum da RMGV, relacionados com os campos funcionais previstos no § 1º do artigo 4º desta Lei Complementar.

§ 1º As CATES serão compostas de, no mínimo, 03 (três) representantes efetivos e 03 (três) suplentes de cada órgão, entidade ou segmento organizado, adiante especificados:

I - representantes dos órgãos públicos, ligados aos campos funcionais específicos;

II - representantes do Poder Legislativo Estadual e das Câmaras Municipais dos Municípios que compõem a RMGV;

III - representantes da sociedade civil, incluindo-se movimentos sociais, entidades de classe, organizações empresariais, dentre outros.

§ 2º Integrarão também as CATES técnicos de comprovado conhecimento nos respectivos campos temáticos.

Art. 10 Às CATES compete apresentar e debater propostas e projetos relacionados com matérias específicas da competência para a qual foram criadas, sempre como instâncias prévias às deliberações do COMDEVIT.

Parágrafo único. As conclusões das Câmaras Temáticas terão caráter consultivo e serão encaminhadas ao COMDEVIT, a quem caberá a decisão final.

Art. 11 Fica criado o Fundo Metropolitano de Desenvolvimento da Grande Vitória - FUMDEVIT, ligado à Secretaria da Casa Civil - CV, com a finalidade de dar suporte financeiro ao planejamento integrado e às ações conjuntas de interesse comum entre o Estado e os Municípios integrantes da RMGV.

§ 1º A aplicação dos recursos do Fundo será gerida por um comitê gestor composto por 05 (cinco) membros eleitos pelo COMDEVIT, dentre seus membros, a saber:

I - 02 (dois) do Estado;

II - 02 (dois) dos Municípios integrantes da RMGV; e

III - 01 (um) da sociedade civil.

§ 2º A supervisão dos recursos do FUMDEVIT será exercida pelos órgãos de controle externo da administração pública.

§ 3º Os recursos do FUMDEVIT, inclusive aqueles resultantes de aplicações financeiras, serão depositados e movimentados no Banco do Estado do Espírito Santo - BANESTES.

Art. 12 Constituirão recursos do FUMDEVIT:

- I - recursos do Estado e dos Municípios a ele destinados por disposição legal;
- II - transferências da União, destinadas à elaboração e à execução de planos, programas e projetos de interesse comum;
- III - empréstimos/subempréstimos nacionais e internacionais e recursos provenientes da ajuda e cooperação internacional e de acordos intergovernamentais;
- IV - produto de operações de crédito e rendas provenientes da aplicação de seus recursos;
- V - parcelas destinadas ao Fundo, em decorrência de convênios, contratos e outras espécies de ajuste e acordos em matérias de interesse da RMGV;
- VI - recursos oriundos do rateio de custos referentes a atividades e a obras de interesse comum;
- VII - doações por pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou multinacionais e outros recursos eventuais;
- VIII - transferências a fundo perdido, provenientes de entidades públicas ou privadas, nacionais, estrangeiras ou internacionais; e
- IX - recursos provenientes de outras fontes que venham a ser definidas.

§ 1º O total dos recursos a serem carreados para o FUMDEVIT, provenientes do Estado e dos Municípios previstos no inciso I deste artigo, obedecerá aos seguintes critérios:

- I - o Estado transferirá para o Fundo 60% (sessenta por cento) do montante estipulado;
- II - o conjunto dos Municípios integrantes da RMGV carreará para o FUMDEVIT recursos equivalentes a 40% (quarenta por cento) do montante estipulado, de forma proporcional, no tocante a cada município à respectiva participação na arrecadação do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS da Região.

§ 2º Os recursos destinados ao FUMDEVIT deverão ser repassados pelo Estado e pelos Municípios, de acordo com os cronogramas definidos pelo COMDEVIT.

§ 3º O Estado e os Municípios integrantes da RMGV incluirão em seus respectivos orçamentos anuais a previsão de recursos para o FUMDEVIT, cujo montante será definido em reunião do COMDEVIT.

Art. 13 O COMDEVIT terá suas normas de funcionamento definidas em regulamento próprio, baixado por ato do Governador do Estado, no prazo de até 120 (cento e vinte) dias contados da data de publicação desta Lei Complementar, sendo, no mesmo prazo, regulamentado o FUMDEVIT.

Art. 14 Os Municípios que integram a RMGV adotarão, em tempo hábil, as providências referentes à constituição das dotações orçamentárias a serem consignadas ao FUMDEVIT, na forma do § 1º do artigo 12 desta Lei Complementar.

Art. 15 Além dos servidores pertencentes ao seu Quadro de Pessoal, o IPES poderá contar, para o desenvolvimento das atividades da Secretaria Executiva do COMDEVIT, com servidores remanejados ou cedidos por outros órgãos das administrações públicas federal, estadual e municipais.

Art. 16 Fica o Poder Executivo autorizado a abrir os créditos suplementares necessários ao cumprimento desta Lei Complementar.

Art. 17 Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 18 Vetado.

Ordeno, portanto, a todas as autoridades que a cumpram e a façam cumprir como nela se contém.

O Secretário de Estado da Justiça faça publicá-la, imprimir e correr.

Palácio Anchieta, em Vitória, em 17 de janeiro de 2005.

PAULO CESAR HARTUNG GOMES
Governador do Estado

FERNANDO ZARDINI ANTONIO
Secretário de Estado da Justiça

NEIVALDO BRAGATO
Secretário de Estado do Governo

(D.O. 18.01.05)