

FEAD
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
MODALIDADE: PROFISSIONALIZANTE

**MODELO DE REDE DE PEQUENAS
EMPRESAS PRESTADORAS DE
SERVIÇOS EM DIÁLISE:
o caso Associação Mineira dos
Centros de Nefrologia**

André Luiz Pimentel

Belo Horizonte
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANDRÉ LUIZ PIMENTEL

**MODELO DE REDE DE PEQUENAS
EMPRESAS PRESTADORAS DE
SERVIÇOS EM DIÁLISE:
o caso Associação Mineira dos
Centros de Nefrologia**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração: Modalidade Profissionalizante da FEAD, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão Estratégica de Organizações

Orientador: Prof. Dr. Múcio Tosta Gonçalves.

Belo Horizonte

FEAD

2006

À Valéria,
presença persistente
nos momentos mais difíceis, com
as palavras certas nos momentos certos.

A Bernardo e Thamires,
minha inspiração permanente.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Múcio Tosta Gonçalves, pela orientação segura e competente.

Aos amigos da AMICEN, fonte inspiradora deste projeto, que não se furtaram em colaborar em momento algum.

Aos ex-presidentes da AMICEN, Dr. José Muniz Pazeli Júnior, Dr. Marcelo Gadbens e Dr. Pedro Paulo T. Resende, por todo o processo de estruturação da rede.

À Pró-Renal, médicos, enfermeiros, técnicos e toda equipe que, na sua filosofia, me auxiliam a manter o espírito inovador.

À equipe de professores e à própria escola FEAD, pela importante fonte de conhecimento.

À Rosinéia, por conseguir conciliar minha agenda ao projeto e me ouvir silenciosamente nos momentos mais importantes.

À Maria José, secretária da AMICEN, sem cuja colaboração voluntária nada poderia ter sido feito.

Ao Fábio Duarte, amigo que surgiu ao longo do tempo e sempre expressou sua competência compreendendo a importância deste projeto.

Ao Prof. Dr. Alfredo Chaoubah, pela atenção.

À espirituosa amiga virtual e fundamental na conclusão do trabalho, Magda Roquette.

Ao colega, Prof. Dr. Marcelo Militão, pela prestimosa colaboração e disponibilidade na execução estatística do trabalho.

Aos amigos, Mauro Jurno, Liliana, Marcelo e Juliana, sempre dedicados a estimular a perseverança.

Aos colegas da FEAD que de alguma forma inspiraram minha persistência numa área diferente da original.

A minha família, pequena, mas sempre preocupada com os passos do seu caçula.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto.

Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida,
esses são os imprescindíveis.

Bertolt Brecht

RESUMO

Uma das principais características do atual ambiente que envolve as organizações é a necessidade de as empresas atuarem de forma conjunta e associada, compartilhando recursos (materiais, humanos e informacionais) em torno de um objetivo comum. O aproveitamento da sinergia gerada pela interação entre os associados e a consolidação do formato organizacional a partir de uma base comum constituem uma interessante forma de arranjo organizacional, com características de formação de rede. As pequenas e médias empresas (PMEs) vêm sendo há muito alvo de estudos econômicos devido ao seu potencial de gerar renda e emprego em cidades de grande e pequeno porte no país. O estabelecimento de laços de cooperação entre as PMEs permite às empresas ter ganho de escala e escopo ao gerar interdependência entre os associados. A área de saúde é um importante setor onde as assimetrias e desigualdades aparecem criticamente e podem servir de nicho importante para que PMEs prestadoras de serviço encontrem o componente essencial de compartilhamento de estruturação e formação de ação coletiva. As doenças crônicas, na área de saúde, têm constituído uma importante fonte de preocupação para o estado, municípios, prestadores de serviço, fornecedores e pacientes, pela alta complexidade que envolve sua prevenção e tratamento. A doença renal crônica representa um dos maiores problemas de saúde pública no país e no mundo e tem sido constante foco de estudos para minimizar suas conseqüências em todos os setores. Este trabalho é um estudo de caso de uma forma inovadora de ação organizacional como modelo de rede prestadora de serviços de saúde em diálise, método usado no tratamento de pacientes com doença renal crônica, onde PMEs constituíram uma forma de ação coletiva, como a Associação Mineira dos Centros de Nefrologia (AMICEN), objetivando, através de interesses comuns, encarar uma postura conjunta para conduzir a gestão dessa enfermidade. O método que complementou esta pesquisa foi a obtenção de dados por meio de questionário aplicado aos associados – 18 unidades de diálise pertencentes à AMICEN – para verificar se os objetivos dos parceiros estão sendo cumpridos, além de avaliar quais fatores mantêm essa forma de organização, bem como seu fortalecimento e, principalmente, a visão que seus associados têm desse tipo de configuração. A literatura escassa sobre o assunto associada à forma semelhante desse tipo de organização no país foi o fator limitante, mas serviu de base para que estudos científicos posteriores e novas formas de associação possam ser criados e para que seja considerada a possibilidade desse modelo nesse crítico setor.

Palavras-chave: Formação de rede. Pequenas e médias empresas. Doença renal crônica.

ABSTRACT

One of the main characteristics of the present environment comprising organizations is enterprises needing to work in collaboration with one another, sharing material, human and informational resources surrounding a common goal. The profitable use of the kinship generated by the associates' interaction and the consolidation of the organizational format under a common base, make up an interesting form of organizational set up, pretty similar to the formation of a network. The small and medium-sized firms have long been targeted towards economical studies due to their power to generate income and jobs in both cities and towns. The establishment of cooperation links among health care services, allow companies to make scale profits by generating interdependence among associates. The health area is an important sector, in which lack of harmony and inequality show in a critical way and might make a turning point for health care services finding themselves an essential element in structure sharing and collective action formation. Chronic diseases in the health area have been had as a major source of concern for the State, boroughs, health care services, caterers and patients due to the complexity of their prevention and treatment. The kidney chronic disease makes up one of the greatest troubles in public health in this country and in the world, and has been a constant study focus in order to minimize its outcome in every sector. This work is a case study of an innovative procedure of organizational action, as a pattern of a network of dialysis health care services, in which small and medium sized firms made up a kind of collective action, such as Associação Mineira dos Centros de Nefrologia – AMICEN, aiming to face a conjunct performance to carry out this pathology's management. This study is complemented by the data acquisition through a questionnaire assigned to the associates – 18 dialysis units belonging to AMICEN, made up of 10 dimensions to assess whether the partners' objectives are being carried out, being important in 70% dos interviewees. The lack of literature on this subject, together with the inexistence of such a structure of this kind of organization have been known as hindering features to the study, but will make the base so that future scientific studies and new forms of association can be formed. The possibility of this pattern being implemented would be an important alternative to this critical sector.

Keys word: Formation of a network. Small and medium-sized firms. Kidney chronic disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações integradas de saúde
AMICEN	Associação Mineira dos Centros de Nefrologia
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DNPAC	Divisão Nacional de Procedimentos de Alta Complexidade
DP	Diálise peritoneal
DPAC	Diálise peritoneal ambulatorial contínua
DPI	Diálise peritoneal intermitente
DRC	Doença renal crônica
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
HD	Hemodiálise
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRC	Insuficiência renal crônica
MS	Ministério da Saúde
NHANES	<i>Third National Health and Nutrition Examination Survey</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Pequena empresa
PEA	População economicamente ativa
PIB	Produto interno bruto
PME	Pequena e média empresa
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
RFG	Ritmo de filtração glomerular
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
TRS	Terapia renal substitutiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

Figura 1 - Complexo industrial de saúde – caracterização geral.....	21
Figura 2 - Complexo político e institucional.....	22
Figura 3 - Opções de aliança estratégica em termos de grau de interdependência entre empresas-mãe	41
Figura 4 - Mapa de orientação conceitual.....	47
Figura 5 - Aspecto geográfico e logístico da rede da AMICEN.....	75

Gráficos

Gráfico 1 - Porcentagem de respostas para as 44 perguntas, por dimensões.....	77
Gráfico 2 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão aprendizagem.....	79
Gráfico 3 – Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão confiança.....	80
Gráfico 4 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão coordenação e mecanismo de controle.	81
Gráfico 5 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão equilíbrio entre direitos e deveres.....	82
Gráfico 6 - Porcentagem de respostas agrupadas para as 44 perguntas, por dimensões.....	83
Gráfico 7 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário por capacitação de recursos humanos.....	84

Gráfico 8 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por compatibilidade.....	85
Gráfico 9 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão compatibilidade.....	85
Gráfico 10 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão ambiente externo.....	86
Gráfico 11 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão comprometimento.....	87
Gráfico 12 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão experiência.....	88
Gráfico 13 - <i>Box-plot</i> das respostas para as 44 perguntas, por dimensões.....	92

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadros

Quadro 1 - Estadiamento e classificação da doença renal crônica.....	25
Quadro 2 - Sumário dos cenários, políticas públicas e Portarias que regulamentam as unidades de diálise no Brasil – 1981 a 2004.....	32
Quadro 3 - Rede vertical - bases teóricas de sustentação.....	49
Quadro 4 - Rede horizontal - bases teóricas de sustentação.....	50
Quadro 5 - Mecanismos de cooperação e características.....	56
Quadro 6 - Dimensões e suas características.....	63

Tabelas

Tabela 1 - Estágios e prevalência da doença renal crônica nos Estados Unidos da América (idade \geq 20 anos).....	26
Tabela 2 - Comparativo de mortalidade entre países e continentes – 2000..	28
Tabela 3 - Gasto anual com diálise no Brasil - 1999 a 2004.....	29
Tabela 4 - Demonstração das unidades de diálise às quais foram enviados o questionário e o retorno.....	76
Tabela 5 - Porcentagem de resposta para as perguntas do questionário, por dimensão.....	78
Tabela 6 - Porcentagem de resposta para as perguntas agrupadas por dimensão e por afirmativas.....	88
Tabela 7 - Porcentagem de resposta para as perguntas agrupadas do questionário.....	90

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Justificativa da pesquisa.....	17
1.2 Objetivos da pesquisa.....	19
1.2.1 Objetivo geral.....	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
2 CAPÍTULO 1 – O COMPLEXO SETOR DE SAÚDE.....	20
2.1 Panorama da doença renal crônica.....	23
2.1.1 Função dos rins e definição de doença renal crônica.....	23
2.1.2 Aspectos epidemiológicos.....	26
2.1.3 Financiamento da terapia renal substitutiva.....	28
2.1.4 Políticas públicas relacionadas com o atendimento ao paciente com doença renal crônica.....	29
3 CAPÍTULO 2 - AÇÃO COLETIVA, ASSOCIATIVISMO E REDES.....	34
3.1 Redes.....	36
3.1.1 Conceito de rede na ciência econômica.....	39
3.1.2 Correntes teóricas e tipologias.....	44
3.1.2.1 Redes verticais: a dimensão hierárquica.....	48
3.1.2.2 Redes horizontais: a dimensão da cooperação.....	49
3.1.2.3 Redes formais: a dimensão contratual	51
3.1.2.4 Redes informais: a dimensão da convivência.....	51
3.1.3 Redes de pequenas e médias empresas (PMEs).....	52
3.1.4 Configuração em rede horizontal de PMEs como estratégia de competitividade.....	57
3.1.5 Indicadores de desempenho em redes de PMEs.....	61
4 CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA.....	65
4.1 População e amostra.....	67
4.2 Instrumento de coleta de dados.....	67
4.3 Processamento dos dados.....	69
4.4 A Associação Mineira dos Centros de Nefrologia.....	70
5 CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES.....	100

1 INTRODUÇÃO

O setor saúde constitui, de acordo com Gadelha (2003), um espaço importante de inovação e de acumulação de capital, simultaneamente, gerando oportunidades de investimento, renda e emprego. Ou seja, é um *lócus* essencial de desenvolvimento econômico e uma área que requer a forte presença do Estado e da sociedade para compensar as forças de geração de assimetrias e desigualdades associadas à operação de estratégias empresariais e de mercado.

Um setor crítico na área de saúde é o que engloba as doenças crônicas que vêm crescendo de forma volumosa em vários países do mundo. Entre elas, destacam-se as cardiopatias, os acidentes vasculares cerebrais, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes¹.

É cada vez mais urgente a necessidade de prever e compreender a relevância das doenças crônicas e intervir eficazmente. De um total de 58 milhões de mortes por todas as causas, previstas no mundo para 2005, estima-se que 35 milhões corresponderiam às enfermidades crônicas. Mais de 72% das mortes no Brasil estão relacionadas a essas enfermidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), 2005, preconizou que o Brasil perderá três bilhões de dólares de recursos devido à morte por doenças crônicas, gerando custos significativos para os serviços de saúde.

A insuficiência renal crônica (IRC) é a expressão mais significativa e grave da doença renal crônica (DRC), constituindo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo (ROMÃO JR., 2004). Ela ocorre quando as funções renais

deterioram-se de tal forma que não são mais suficientes para manter a vida do indivíduo, sendo necessária a instituição da terapia renal substitutiva (TRS), denominada hemodiálise (HD) ou diálise peritoneal (DP). A HD é a técnica mais difundida no Brasil, realizada em centros ou unidades especializados.

A TRS é um procedimento de alta complexidade e alto custo, com financiamento assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os recursos financeiros destinados ao tratamento não têm correspondido ao esperado. Existiam no Brasil, conforme o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), até 2004, 596 centros ou unidades de diálise². A partir desses dados, de 83,4% das unidades, 94,8% eram credenciadas pelo SUS e 71,6% eram unidades privadas, sendo que a maioria (62,4%) estava inserida dentro de organizações hospitalares³.

Essas unidades são pequenas empresas, na maioria das vezes prestadoras de serviços de saúde terceirizadas, das quais o SUS é o agente financiador, regulador, controlador e avaliador dos procedimentos realizados de TRS. Elas são regulamentadas por Portarias específicas do Ministério da Saúde e Normas e Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

As estruturas gerenciais das unidades de diálise são fragmentadas e centralizadas, segundo Romão Jr. (2004), na figura do médico responsável pela Unidade. Além de conduzir parâmetros clínicos adequados para seus pacientes, o profissional necessita negociar materiais e insumos com fornecedores, gerenciar

1 Conforme informações disponíveis em <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en-2005>.

2 A expressão unidade de diálise passa a ser utilizada significando os locais onde se realizam os procedimentos TRS numa unidade hospitalar ou extra-hospitalar.

3 Conforme dados disponíveis em <www.sbn.org.br/Censo/censo20042005.htm>.

recursos humanos, atender obrigações legislativas com aprazamento e otimizar seus resultados a partir de alta tecnologia.

Esse cenário propicia isolamento frente à complexidade de tamanha estrutura. Buscar interesses comuns e facilitadores de ação coletivas e cooperativas pode servir como solução inovadora nesse crítico ambiente organizacional.

Nesse contexto, surge a Associação Mineira dos Centros de Nefrologia (AMICEN), objeto deste estudo de caso, com 18 unidades associadas, fundada para buscar, por meio de interesses comuns, uma postura conjunta de enfrentamento para conduzir a gestão da DRC.

O aproveitamento da sinergia gerada pela interação dos associados e a consolidação do formato organizacional a partir de uma base comum constituem uma interessante forma de arranjo organizacional com características de formação de rede.

A partir de uma revisão no campo de estudos sobre redes, Balestrin e Vargas (2004) sugeriram algumas premissas importantes que caracterizam a configuração de uma rede:

- é formada por pequenas e médias empresas (PMEs);
- as PMEs situam-se geograficamente próximas;
- as PMEs operam segmento específico de mercado;
- as relações entre as PMEs são horizontais e cooperativas, prevalecendo a confiança mútua;
- a rede é formada por um período de tempo indeterminado;

- a coordenação da rede é exercida a partir de instrumentos mínimos contratuais (por exemplo, estatuto) que garantam regras básicas de governança.

O fato de essas ações cooperativas serem importantes nos dias atuais não significa que funcionem com a mesma facilidade com que são concretizadas. O presente estudo pretendeu investigar se a AMICEN, uma rede de pequenas empresas (PEs) prestadoras de serviço de saúde em diálise, de caráter único na assistência aos pacientes em diálise no país, alcança, utilizando esse tipo de configuração, os objetivos propostos por seus parceiros.

1.1 Justificativa da pesquisa

Justifica-se essa questão porque a idéia subjacente é de que a configuração em rede consiste-se em forma eficaz para que se alcance competitividade nos mercados por meio de complexo ordenamento de relacionamentos, em que as empresas estabelecem inter-relações, conforme argumentam também Balestrin e Vargas (2004). Embora essa premissa não seja por si só suficiente para explicar a complexidade desses formatos organizacionais, ela elucida de modo mais promissor e complexo a natureza existente entre pequenas empresas.

Os benefícios obtidos por esse formato são muitos: mais troca de informações e conhecimentos, melhorias nos processos, conhecimentos científicos compartilhados, barganha de preço junto aos fornecedores, *marketing*

conjunto, acesso a novos representantes, mais garantias de crédito aos clientes, mais facilidade de comercialização de insumos entre empresas e obtenção de matérias e insumos de melhor qualidade (BALESTRIN; VARGAS, 2004).

A configuração em rede pode facilitar o alcance de objetivos estratégicos que dificilmente seriam alcançados caso essas empresas trabalhassem de modo individual. Mesmo assim, pode-se observar que o valor estratégico das redes para as organizações foi pouco explorado. Para Balestrin e Vargas (2004), o recente surgimento do tema “rede” nos estudos organizacionais e o fato de que as perspectivas de redes interorganizacionais colidem frontalmente com alguns postulados clássicos utilizados no campo da estratégia, arraigados na idéia de competição perfeita, justificam este estudo.

As empresas prestadoras de serviço de saúde em diálise trabalham com alto custo e procedimentos complexos, têm muitas dificuldades em gerenciar seus negócios e suas relações com a estrutura hospitalar a ela vinculada - além do Estado, que controla e regulamenta as unidades e os fornecedores de insumos e materiais. Elas podem, então, obter ganho de escala quando compram em conjunto, quando compartilham conhecimentos científicos, quando cultivam a confiança e conhecem suas competências, quando trabalham com informações importantes para estabelecer políticas públicas de saúde ou quando coexistem no mesmo ambiente. Assim, podem alcançar objetivos comuns e atenuar a resolução de seus problemas.

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar e analisar a estrutura e o desempenho de uma rede de pequenas empresas prestadoras de serviços de saúde em diálise, reunidas em uma Associação.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar no caso de diálise os fatores propulsores e restritivos no processo de formação e manutenção de redes de PEs prestadoras de serviço em saúde.
- Analisar se as ações de confiança, cooperação e coordenação na rede têm sido um diferencial nesse tipo de configuração.
- Verificar se esse tipo de configuração pode ser estendido para empresas similares em espaços diferentes.

2 CAPÍTULO 1 - O COMPLEXO SETOR DE SAÚDE

A área de saúde constitui um dos espaços econômicos mais dinâmicos de acumulação de capital e de inovação, cuja compreensão se mostra essencial para as políticas de promoção e de desenvolvimento (GELIJNS; ROSEMBERG, 1995, *apud* GADELHA, 2003). É reconhecida, também, pelo seu caráter sistêmico que envolve a geração de inovações de produtos e de processos organizacionais (ALBUQUERQUE; CASSIOLATO, 2000).

Para Gadelha (2003), no novo cenário econômico, tecnológico e político, o setor representa uma mudança qualitativa na dinâmica do complexo e no seu padrão diferenciado de organização. A FIG. 1 permite a visão do complexo industrial envolvendo um conjunto de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados e um conjunto de prestadoras de serviço em saúde, área de enfoque do presente estudo, que são consumidoras dos produtos e serviços manufaturados, caracterizando a clara relação de interdependência setorial.

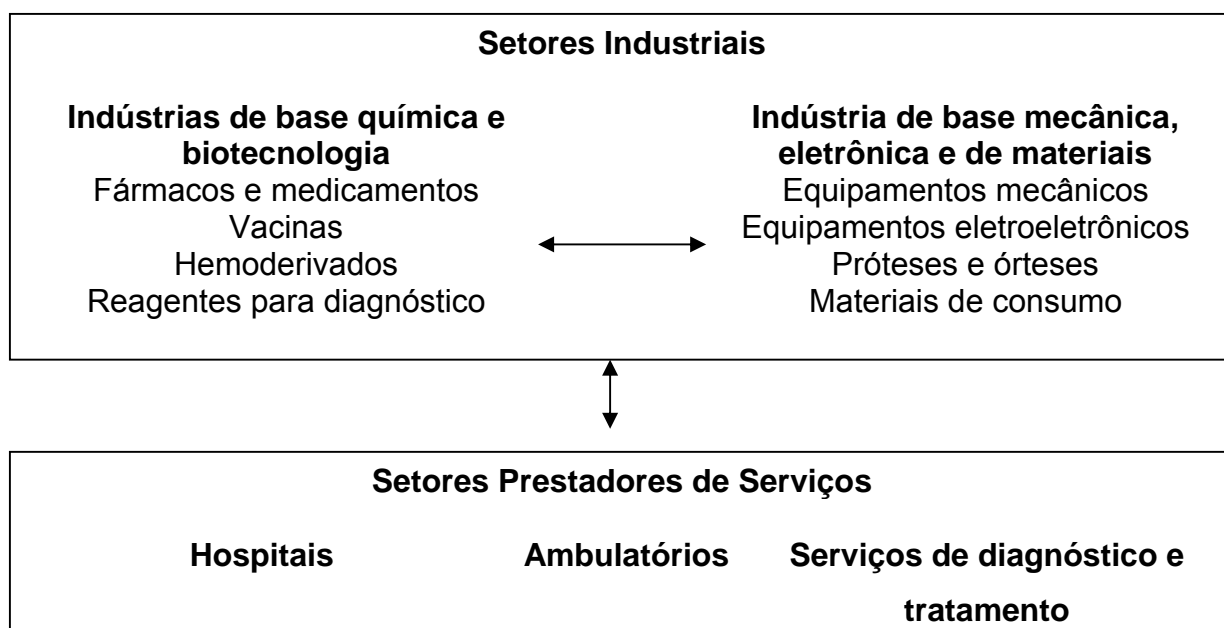


FIGURA 1 - Complexo industrial de saúde – caracterização geral.

Fonte: Gadelha (2003, p. 5).

O grupo que congrega as atividades de serviço e que interessa a este estudo engloba as unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços diagnósticos e tratamento. Esses setores organizam a cadeia de suprimento dos produtos industriais em saúde, articulando o consumo por parte dos cidadãos no espaço público e privado. De um lado, na taxonomia de organização industrial e das inovações, o setor industrial caracteriza-se por uma atividade dominada por fornecedores, considerando-se que o progresso técnico é incorporado, em grande medida, nos produtos que adquire, tais como medicamentos, equipamentos e novos materiais (PAVITT, 1984, *apud* GADELHA, 2003).

Do ponto de vista das relações intersetoriais, é o segmento de serviços que confere organicidade ao complexo, representando o mercado setorial para o qual a produção de todos os demais grupos conflui, podendo-se dizer que é o

setor motriz do complexo como um todo; sua expansão, contração ou direcionamento de suas compras exercem impacto determinante na dinâmica de acumulação e inovação dos demais segmentos (GADELHA, 2003).

A FIG. 2 evidencia o contexto político e institucional em que o complexo da saúde está imerso, condicionando e sendo condicionado pela sua dinâmica evolutiva. Para Klevorick *et al.* (1995), pela intensidade de conhecimento e tecnologia que caracteriza todas as atividades em saúde, a relação com instituições de ciência e tecnologia é chave, constituindo fonte essencial de inovações que representam um fator crítico de competitividade dos segmentos do complexo.

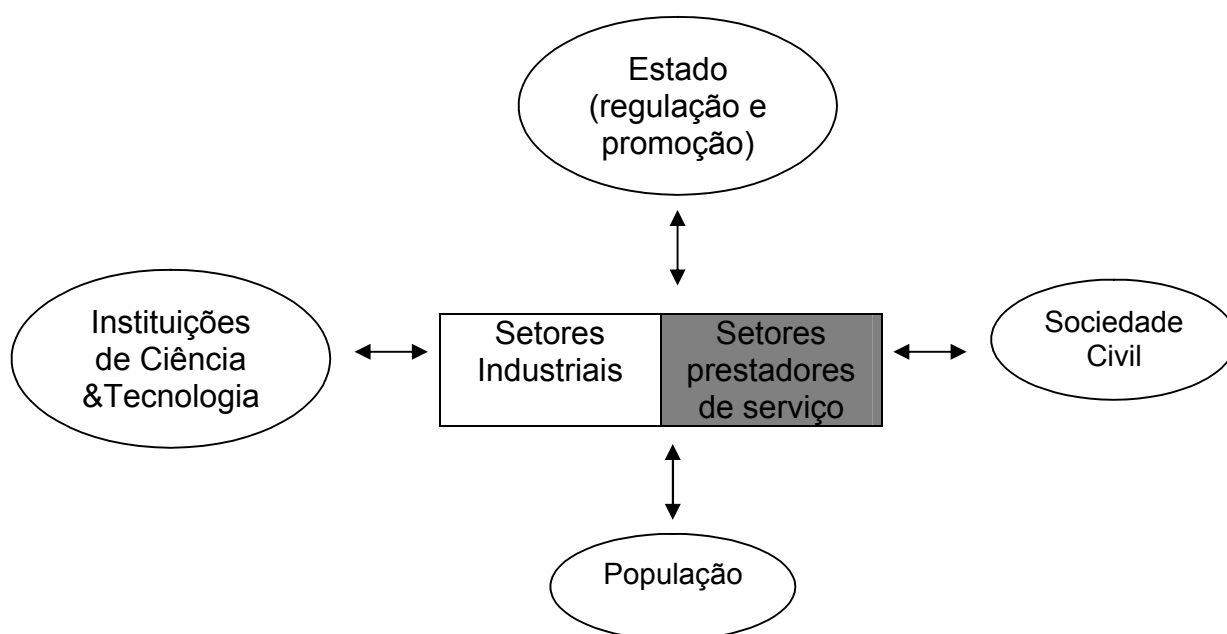


FIGURA 2 - Complexo político e institucional.

Fonte: elaborado a partir de Gadelha (2003, p.6).

Cabe destacar o papel que o Estado definido constitucionalmente cumpre na dinâmica dos setores de atividade, mediante suas ações, explícitas e implícitas, de promoção e de regulação. Essa atuação do Estado adquire, na área

da saúde, abrangência dificilmente encontrada em outro grupo ou cadeia produtiva quanto à compra de bens e serviços, repasses de recursos para os prestadores de serviços, investimentos industriais na indústria e na rede assistencial e um conjunto amplo de atividades regulatórias que delimitam as estratégias dos agentes econômicos.

2.1 Panorama da doença renal crônica

2.1.1 Função dos rins e definição de doença renal crônica

A nefrologia é uma especialidade da Medicina dedicada ao estudo das doenças renais e das vias urinárias. Muitas pessoas acreditam que as principais funções dos rins estejam restritas à remoção de substâncias não utilizáveis pelo organismo e do excesso de água corporal. Essa remoção se dá através da urina (função glomerular). A regulação crítica do balanço químico corporal de substâncias iônicas, como sódio, potássio e ácido, é também realizada pelos rins (função tubular). Além disso, eles sintetizam hormônios (função endócrina) que afetam a função de outros órgãos (por exemplo, alguns hormônios produzidos pelos rins estimulam a síntese de glóbulos vermelhos do sangue e outros auxiliam na regulação da pressão arterial e no metabolismo ósseo).

Todo indivíduo possui dois rins medindo aproximadamente 11-12cm cada, localizados ao lado da coluna vertebral, abaixo dos últimos arcos costais. Cada um deles apresenta cerca de um milhão de unidades funcionais denominadas néfrons. Um néfron consiste de uma minúscula unidade filtrante de

vasos sangüíneos, denominada glomérulo, que é ligada a um túbulo excretor. Quando o sangue entra no glomérulo, ele é filtrado e o fluido remanescente passa ao longo do túbulo, onde substâncias iônicas e água são adicionadas ou removidas desse filtrado glomerular. De acordo com as necessidades do organismo, os produtos finais são, então, excretados pela urina.

Para Romão Jr. (2004), a DRC constitui lesão renal e perda progressiva e irreversível das funções dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Para efeitos clínicos, epidemiológicos, didáticos e conceituais, é dividida em seis estágios funcionais, de acordo com o grau da função renal determinada pelo ritmo de filtração glomerular (RFG) e o grau da lesão (QUADRO 1). Em estágios mais avançados do estadiamento, incorpora-se um comprometimento tão significativo da função renal que o indivíduo necessita substituí-la. Essa fase é denominada insuficiência renal crônica (IRC).

A IRC é a expressão mais significativa e grave da DRC, quando as funções renais deterioram-se de tal forma que não são mais suficientes para manter a vida, sendo necessária a instituição da TRS.

QUADRO 1

Estadiamento e classificação da doença renal crônica

ESTÁGIOS	RITMO DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (RFG) em ml/min	GRAU DE INSUFICIÊNCIA RENAL
0	>90	Grupos de risco de DRC, ausência de lesão renal
1	>90	Lesão renal com função renal normal
2	60 – 89	IRC leve ou funcional
3	30 – 59	IRC moderada ou laboratorial
4	15 – 29	IRC grave ou clínica
5	<15	IRC terminal ou dialítico

Fonte: Romão Jr. (2004, p.12).

Sumariamente, existem hoje quatro formas de TRS para tratamento da IRC no seu estágio cinco, denominada fase terminal ou dialítica: a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), a diálise peritoneal intermitente (DPI) e o transplante renal.

Os vários tipos de diálise assumem o papel de um autêntico rim artificial, enquanto no transplante um novo rim é enxertado no paciente.

A hemodiálise (HD) - técnica mais difundida no Brasil - é aplicada três vezes por semana em sessões que duram, em média, quatro a cinco horas, realizadas em unidades ou centros especializados em tratamento de alta complexidade, inseridos ou não (unidades satélites) numa estrutura hospitalar. Particularmente, o interesse deste estudo focou o tratamento hemodialítico realizado em unidades prestadoras de serviço dentro de estrutura hospitalar.

2.1.2 Aspectos epidemiológicos

Para Romão Jr. (2004), a DRC constitui hoje um importante problema médico e de saúde pública, sendo que no Brasil a prevalência de pacientes mantidos em programa crônico de diálise mais que dobrou nos últimos oito anos (de 24.000 em 1994 para 59.153 em 2004).

Nos Estados Unidos, usando-se a definição e os estágios da DRC e a partir do *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), existem mais de 20 milhões de adultos com DRC diluídos nos cinco estágios, para uma população de 177 milhões de adultos com idade superior a 20 anos, sendo 230.000 tratados por diálise crônica (TAB. 1).

TABELA 1

Estágios e prevalência da doença renal crônica nos Estados Unidos da América
(idade ≥ 20 anos)

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	RFG (ml/min)	PREVALÊNCIA Nx1000	PREVALÊNCIA %
1	Lesão renal com TFG normal	>90	5.900	3,3
2	Lesão renal leve e ↓ RFG	60 – 89	5.300	3,0
3	↓ moderada do RFG	30 – 59	7.600	4,3
4	↓ grave do RFG	15 – 29	400	0,2
5	IRC dialítica	<25	300	0,1

Fonte: National Kidney Foundation (2002, p. 19).

A prevalência de pacientes em tratamento dialítico no Brasil, em 2002, era de 312 por milhão de habitantes, variando de 109 na Região Norte a 403 na Região Sudeste (ROMÃO JR., 2003).

A maioria dos pacientes renais crônicos realiza hemodiálise (82,7%) na faixa etária de $49,7 \pm 16,9$ anos, com predominância do sexo masculino (57,7%), cuja taxa de mortalidade atinge 14,7%⁴.

De acordo com o Anuário Estatístico de Saúde do SUS, esse perfil corresponde aos indivíduos incluídos na população economicamente ativa (PEA) e representa forte repercussão social, psicológica e restritiva, além de custo social adicional representado por encargos previdenciários e afastamento precoce do mercado de trabalho (BRASIL, 2002).

Paradoxalmente, embora o Brasil conte com taxa de mortalidade por IRC em HD menor que a de países com produto interno bruto (PIB) mais elevado e sabidamente tenha mais gasto *per capita* em saúde, a taxa de mortalidade é preocupante frente à infra-estrutura, tecnologia e recursos humanos especializados empregados no tratamento dos pacientes em programa de hemodiálise (TAB. 2).

⁴ Conforme informações disponíveis em:
<[http://www.sbn.org.br/epidemiologia2004.pps#338,17pacientes em TRS](http://www.sbn.org.br/epidemiologia2004.pps#338,17pacientes%20em%20TRS)>.

TABELA 2

Comparativo de mortalidade entre países e continentes - 2000

PAÍS	TAXA DE MORTALIDADE (%)
Japão	9,7
Chile	13,4
Europa	14,8
Uruguai	15,9
Brasil	16,1
Venezuela	21,1
América latina	21,1
Argentina	21,3
Estados Unidos	22,3
África do Sul	25,9

Fonte: Brasil (2004, p.17).

2.1.3 Financiamento da terapia renal substitutiva

O modelo atual de financiamento da TRS no país é assumido principalmente pelo SUS, conforme a Política Nacional de Atenção ao Paciente Renal Crônico (BRASIL, 2004), sendo 71,6% unidades de diálise prestadoras de serviços privadas, 18,1% filantrópicas, 10,3% públicas e 62,4% inseridas nos complexos hospitalares⁵.

A TRS depende fortemente de insumos e equipamentos importados com valor indexado pelo dólar, além da participação de duopólio - unidades de diálise associadas a multinacionais fornecedoras de insumos e equipamentos que exercem forte influência sobre os custos, pressionando as despesas com esses procedimentos (BRASIL, 2004). É a primeira vez que oficialmente um documento público do Ministério da Saúde (MS) reconhece a existência de uma intrincada

⁵ Conforme informações disponíveis em <<http://www.sbn.org.br/Censo/censo20042005.htm>>.

relação entre empresas de bandeira estrangeira atuando simbioticamente com unidades de diálise privadas no país, parcerias essas proibidas constitucionalmente.

O gasto anual com diálise no Brasil vem crescendo a cada ano, conforme demonstra a TAB. 3. Esses gastos não refletem melhor resultado nas taxas de morbimortalidade dos pacientes crônicos em programa de diálise.

TABELA 3

Gasto anual com diálise no Brasil - 1999 a 2004

ANO	No. SESSÃO	SESSÃO	No. CENTROS	GASTO TRS ANUAL
1999	42.695	R\$ 93,58	524	R\$ 574.200.339
2000	46.557	R\$ 93,58	525	R\$ 663.200,400
2001	48.806	R\$ 93,58	518	R\$ 727.957.940
2002	54.523	R\$ 102,94	560	R\$ 802.550.666
2003	61.000	R\$ 108,09	583	R\$ 964.612.431
2004	65.000	R\$ 113,49	588	R\$ 1.013.921.081

Fonte: Bregman (2004).

2.1.4 Políticas públicas relacionadas ao atendimento ao paciente com doença renal crônica

Coelho (1996) referenciou que, para entender o Sistema Brasileiro de Atendimento ao Paciente Renal Crônico, é preciso colocar o conjunto de questões éticas, políticas e econômicas sob a égide de um processo de democratização na formulação das políticas de saúde e na elaboração do orçamento público destinado ao setor. Nesse sentido, o problema só poderá ser

resolvido se existirem atores interessados na sua solução. Esses atores são os pacientes, os médicos (nefrologistas, cirurgiões e outros envolvidos), os paramédicos (enfermeiros, técnicos e auxiliares de saúde), os administradores (ligados ao sistema hospitalar e às unidades de diálise e à burocracia do sistema de saúde), os políticos e a indústria (fornecedora de insumos e, eventualmente, duopolizadas com unidades de diálise).

Uma das grandes dificuldades enfrentadas por aqueles que procuram definir uma distribuição socialmente mais adequada de recursos na área de saúde é a de conciliar justiça e eficiência. Esse dilema se repete quando se procura estabelecer prioridades na política de saúde, o que contribui decisivamente para paralisar o debate normativo associado à distribuição mais adequada de recursos no setor (COELHO, 1998).

A diálise foi regulamentada em 1976 e os centros (mais tarde unidades) de diálise passaram a ser reembolsados pela Previdência Social pelos serviços prestados aos pacientes previdenciários. Já em 1979, a Sociedade Brasileira de Nefrologia alertava para a necessidade de melhor controlar a qualidade e os custos dos tratamentos voltados para o doente renal crônico, bem como chamava a atenção para o descompasso que havia entre o acelerado crescimento das atividades dialíticas, muito bem remuneradas na época, e o tímido desenvolvimento do transplante (COELHO, 1996).

Havia aumento crescente no número de unidades de diálise. Coelho (1996) esclarece que a relativa simplicidade dos procedimentos envolvidos e a falta de fiscalização vigorosa por parte do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) possam ter contribuído para essa elevação sistemática.

Para Coelho (1998), a criação do Sistema Nacional de Previdência, em 1977, passando a responsabilidade da assistência médica ao Ministério da Saúde permitiu ao setor privado especializar-se na prestação de serviços curativos, enquanto a atenção previdenciária ficou sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, assumindo caráter de planejamento e prevenção.

Em 1980, a diálise ganhou *status* de programa do Ministério, definindo-se em âmbito federal as decisões referentes à inclusão de procedimentos na tabela e no valor desses procedimentos e, em âmbito estadual, o credenciamento e a fiscalização dos serviços. Essa forma de administração permanece até os dias atuais, permitindo ao gestor local ampla autonomia para credenciar serviços (COELHO, 1998).

O sistema brasileiro de atendimento ao paciente renal crônico é normatizado por várias Portarias publicadas em distintos cenários. Segundo Coelho (1998), tais normas são influenciadas pela percepção que os atores mais fortemente relacionados à questão renal têm da fragilidade das instituições públicas ligadas à administração da política de saúde, reforçando a sua resistência em participar de iniciativas que, além de envolverem ativamente o poder público, implicavam perda de parte da sua autonomia.

No QUADRO 2 estão apresentados alguns cenários e iniciativas de programas e ações públicas durante o período de 1981 a 2004.

QUADRO 2

Sumário dos cenários, políticas públicas e Portarias que regulamentam
as unidades de diálise no Brasil – 1981 a 2004

Data	POLÍTICA PÚBLICA			INTERESSE
Cenário	Centralismo administrativo; fiscalização precária			
1981	CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária	Plano de reorientação da saúde	Regionalização progressiva do sistema de saúde
Cenário	Descentralização; necessidade de participação popular na definição de políticas sociais e de saúde			
1984	AIS	Ações integradas de saúde (AIS)		Repasse de verbas para as secretarias estaduais e municipais mediante faturas elaboradas com base na produção de serviços
1987	SIRC – TRANS	Sistema integrado de assistência aos doentes renais crônicas		Organização dos transplantes e controle e avaliação dos centros de análises
Cenário	Constituição Federal (1988) enfatiza a saúde como direito do indivíduo e dever do Estado			
1990	DNPAC	Divisão Nacional de Procedimentos de Alta Complexidade		Desativo em 1992
1990	SIPAC-RIM			Informações sobre doença renal; desativado
Cenário	Retomar o projeto de um sistema integrado de tratamento do doente renal crônico			
1993	CPAC	Coordenação de procedimentos de alta complexidade		Cirurgia cardíaca, malformação do crânio-facial, oncologia, ortopedia e transplante de órgãos.
1994	Portaria 38			Normatiza o sistema de atenção ao doente renal crônico
Cenário	Tragédia de Caruaru-PE (1996) – morte de 54 pacientes em diálise por contaminação da água por toxina.			
1996	Portaria 2042			Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de TRS e cadastramento desses estabelecimentos.
1996	Portaria 2042			
Cenário	Resposta superdimensionadas às ocorrências; prazo irreal para substituição de equipamentos, ausência de fonte efetiva de financiamento; endividamento das unidades; redução do número de fornecedores de insumos			
2000	Portaria 82			Reforça as obrigações da Portaria anterior; atuação mais efetiva da Vigilância Sanitária
Cenário	Aquisição de unidades de diálise por multinacionais fornecedores de insumos e provedoras de serviços em outros países; endividamento acentuado das unidades; estrutura empresarial das unidades fragmentada, falta de financiamento claro e estável.			
2001	Portaria 132			Procedimentos estratégicos e de alta complexidade serão custeados pela FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
Cenário	Expressivo conhecimento crescente na área nefrológica, falta de articulação entre prestadores, sociedades representativas e Estado, forte atuação da indústria.			
2002	Portaria 1654			Programa Nacional de Assistência ao Portador de Doença Renal
Cenário	Sociedade Brasileira de Nefrologia: exige definição clara de assistência para a DRC; criação do registro brasileiro; sensibilização pública para promoção e prevenção da DRC; diretrizes para o tratamento e avaliação da qualidade; adequação pagamento e cobertura; ajustar a demanda de profissionais*.			
2004	RDC – Res. da Diretoria Colegiada	ANVISA – Agência Nacional de Vigilância sanitária		Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços em Nefrologia e TRS
2004	Portaria 1168			Política Nacional de Atenção ao Paciente Portador de DRC.

* Seminário: Complexo Industrial da Saúde no BNDES (2002). Fonte: autor a partir de Coelho (1996;1998).

A ação do Estado não pode ser entendida como simples tradução, no cenário político, de pressões externas à sua esfera; deve ser percebida também como função de diferentes graus de autonomia, centralização, burocratização e diferenciação à sua estrutura (COELHO, 1998). Assim, a atenção ao paciente renal exige a atuação conjunta dos atores envolvidos em todas as fases, desde o rastreamento e a identificação da doença ao estadiamento até o tratamento em si, na sua melhor opção para o paciente.

3 CAPÍTULO 2 - AÇÃO COLETIVA, ASSOCIATIVISMO E REDES

Apesar da elevada qualidade e segurança dos serviços ofertados pelas prestadoras de serviços, a estrutura gerencial das unidades de diálise é fragmentada e centralizada (ROMÃO JR., 2003). O médico responsável pela unidade de diálise traz para si o ônus gestor da unidade.

Esse profissional, além de ser o ícone da condução clínica de seus pacientes, necessita, como já visto, negociar com fornecedores os preços e produtos dos insumos utilizados no tratamento, gerenciar recursos humanos de diferentes ordens, negociar com gestores de saúde apazamentos para atender às obrigações impostas pelo Estado - comprador e regulador do serviço - e otimizar seus resultados a partir de alta tecnologia.

Isso propicia isolamento frente à complexidade de tamanha estrutura. Buscar interesses comuns e facilitadores de ações cooperativas pode servir como facilitador nesse crítico ambiente organizacional.

Para Olson (1999), freqüentemente é dado por certo, ao menos quando há objetivos econômicos envolvidos, que grupos de indivíduos com os mesmos interesses usualmente tentem promover esses intuitos comuns. Esse autor estabeleceu três situações teóricas (ou ideais) em que se pode estar frente à ação coletiva. A primeira é aquela em que os membros do grupo não adquiriram consciência do interesse comum ou já o fizeram, mas os custos da ação são mais altos que os benefícios que ela trará. Esse é um grupo latente, no qual a possibilidade de ação coletiva é nula. Na segunda situação, os membros já compartilham objetivos, mas os custos para sua obtenção são da mesma

intensidade dos benefícios que ela trará. São grupos semi-organizados, em que a possibilidade de ação é baixa. No terceiro caso, a ação traz mais benefícios que seus custos. Esse grupo social com alta possibilidade de ação coletiva é denominado organizado.

Nesse sentido, permeiam-se os anseios de constituição da Associação dos Centros de Diálise; os benefícios coletivos ao compartilhar problemas e soluções de interesses comuns entre os membros de cada organização possibilitam, independentemente da participação de cada um no processo, a conquista de benefícios. Se a ação coletiva atende aos objetivos de constituição da Associação, o tamanho pode interferir. Entretanto, para Olson (1999), o tamanho da organização determina a possibilidade de ação coletiva. Quando uma parceria tem muitos membros, o parceiro individual nota que o seu próprio esforço ou contribuição não afetará muito o desempenho grupal e espera obter sua parcela preestabelecida dos ganhos tanto se contribuir quanto se não contribuir com tudo o que poderia.

A AMICEN, objeto deste estudo, com 18 associados, foi formada para buscar, por meio de interesses comuns, ações coletivas ou fórum de discussão que permitam aos associados uma postura conjunta de enfrentamento dos problemas importantes para conduzir a gestão de uma doença crônica num ambiente tão complexo como o que envolve a DRC.

O aproveitamento da sinergia gerada pela interação entre os associados e a consolidação do formato organizacional a partir de uma base comum constituem uma interessante forma de arranjo entre empresas com características de formação de uma rede.

Balestrini e Vargas (2004), com base em evidências compiladas de

revisão num campo de estudos voltado para o entendimento da associação de pequenas empresas, estabeleceram as seguintes características para a formação de uma rede, como já mencionado anteriormente:

- é formada por um grupo de pequenas e médias empresas (PMEs);
- as PMEs situam-se geograficamente próximas;
- as PMEs operam em segmento específico do mercado;
- as relações entre as PMEs são cooperativas, prevalecendo a confiança mútua;
- a rede é formada por um período indeterminado de tempo;
- a coordenação da rede é exercida a partir de instrumentos mínimos contratuais (exemplo: estatuto) que garantam regras básicas de governança.

Os tópicos que se seguem aprofundam o entendimento do modelo de rede de pequenas empresas, demonstrando as conceituações teóricas que permitirão consolidar a expressão prática do objeto deste estudo como modelo passível de ser implementado em outros ambientes.

3.1 Redes

A abertura dos mercados a partir do crescimento da internacionalização da economia intensificou a necessidade de reorganização dos fatores produtivos e dos modos de gestão empresarial, na qual as manifestações estão presentes de diversas formas, no tempo e no espaço,

interferindo no cotidiano do cidadão e das empresas.

Uma das novas tendências que vêm se solidificando no processo de reestruturação industrial é a que se refere às formas de relação intra e interempresas (AMATO NETO, 2001). E, de forma similar, o processo de globalização dos negócios também está acelerando o ritmo de mudanças em termos de como a produção de bens e serviços está sendo projetada e implementada (FLEURY; FLEURY, 2003).

Como observou Brito (2002), há uma crescente convergência nas visões de diferentes escolas de pensamento de que a análise dos fatores subjacentes a um melhor desempenho competitivo deve centrar-se não apenas na empresa individual, mas principalmente na investigação das relações entre as empresas e entre estas e as demais instituições.

A idéia relacionada aos interesses do estudo é de que a configuração em rede promove ambiente favorável ao compartilhamento de informações, de conhecimentos, de habilidades e de recursos essenciais para os processos de inovação. Assim, ela consiste em uma forma eficaz para as empresas alcançarem competitividade nos mercados por meio de complexo ordenamento de relacionamento em que elas estabelecem inter-relações (BALESTRIN; VARGAS, 2004).

O alto número de fusões, aquisições, co-produções, alianças estratégicas e *joint ventures* mostra a importância da perspectiva de redes para explicar a nova estrutura de relações entre os atores econômicos (SARCOMANO NETO; TRUZZI, 2004).

Para Nohria e Eccles (1992), existem três razões principais para o aumento do interesse pelo tema sobre os estudos de redes organizacionais:

- a emergência da **nova competição**, como a que ocorre nos distritos industriais italianos e no Vale do Silício. Se o **velho** modelo de organização era a grande firma hierárquica, o modelo de organização considerada característica da **nova competição** é a rede de inter-relações laterais intra e extrafirmas;
- o surgimento de novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), que tornou possível mais capacidade de inter-relações entre firmas dispersas;
- a consolidação da análise de redes como disciplina acadêmica, não restrita somente a alguns grupos de sociólogos, mas expandida para a ampla interdisciplinaridade dos estudos organizacionais.

Para Wegner *et al.* (2004), a formação de novos arranjos e estruturas organizacionais baseados na colaboração e na cooperação entre empresas pode ser considerada uma alternativa para as organizações que se sentem isoladas e incapazes de acompanhar a dinâmica concorrencial. Grandes empresas optaram por alianças estratégicas, *joint ventures*, franquias, parcerias, fusões e incorporações, muitas vezes levando à mesa de negociação companhias rivais que não viam outra opção a não ser colaborar para competir (MINTZBERG; QUINN, 2001). Entre os pequenos empreendimentos, Wegner *et al.* (2004) ressaltam que os arranjos surgiram timidamente sob a forma de parcerias entre empresas, centrais de compras, formação de redes de cooperação e colaboração e, em alguns casos, a partir do desenvolvimento de *clusters*, onde a cooperação e a competição acontecem simultaneamente.

Segundo Humprey e Schrnritz (1995, *apud* WEGNER, 2005), o maior

problema das pequenas empresas não é o tamanho, mas o isolamento. Isso significa que colaboração e cooperação podem ser estratégias viáveis e necessárias para o sucesso.

As estruturas em rede, conforme Britto (2002), constituem um quadro de referência que pode ser aplicável à investigação de múltiplos fenômenos caracterizados pela densidade de relacionamentos cooperativos entre os agentes, o que reforça a interdependência entre suas respectivas competências e impõe a necessidade de algum tipo de coordenação coletiva das ações adotadas.

3.1.1 Conceito de rede na ciência econômica

A utilização do conceito genérico de rede pela teoria econômica, conforme Britto (2002), envolve a distinção de duas abordagens. A primeira ressalta o caráter instrumental do conceito para a compreensão da dinâmica de comportamento de diferentes mercados. Assim,

a rede de empresas pode ser referenciada a um conjunto organizado de unidades de produção parcialmente separáveis que operam com rendimentos crescentes que podem ser atribuídos tanto a economias de escala como a uma formação global de custos subaditivos que refletem a presença de externalidades significativas de natureza técnica, pecuniária e tecnológica, assim como efeitos relacionados a importantes externalidades de demanda (BRITTO, 2002, p. 350)⁶.

⁶ Para Britto (2002), externalidades técnicas são relacionadas a situações nas quais a interdependência técnica entre os agentes econômicos resulta em modificações nas características das respectivas funções de produção. Externalidades pecuniárias traduzem mudanças nos preços relativos dos fatores e modificações nas estruturas de custo das empresas. Externalidades tecnológicas relacionam-se a efeitos resultantes da mudança do ritmo de adoção e difusão de inovações em determinado mercado.

O autor salienta que essa abordagem infere os conceitos de interdependência e compatibilidade no que se refere às esferas de produção e de demanda nos mercados em que se inserem as estruturas de rede.

A segunda abordagem refere-se

à capacidade de coordenar a realização de atividades econômicas que essas constituintes têm, bem como mecanismos de operações particulares responsáveis pela geração de estímulos endógenos indutores de processos adaptativos em face da evolução do ambiente (BRITTO, 2002, p. 350).

Saindo da economia industrial há algum tempo, o termo rede não é novo e apresenta diversos significados nos mais variados contextos. Marcon e Moinet (2000, *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004) relatam que originalmente o termo aludia a uma pequena armadilha para capturar pássaros, formada por um conjunto de linhas entrelaçadas, cujos nós eram formados pelas intersecções das linhas.

Para Castells (2002), a rede é definida como um conjunto de nós interconectados. Cândido e Abreu (2000), por sua vez, definem-na como uma estrutura na qual participam empresas que, devido às limitações de tamanho ou estrutura, não podem assegurar isoladamente as devidas condições de sobrevivência e desenvolvimento, sendo formadas por uma estrutura celular não rigorosa e por atividades que introduzem novos materiais e elementos. Isto é, as redes permitem às empresas a superação do individualismo e a busca da eficiência coletiva como forma de se tornarem e se manterem competitivas.

Lopes e Baldi (2005) descreveram que redes, *joint ventures*, alianças estratégicas envolvem uma variedade de formas de **arranjos organizacionais cooperativos** que podem ser diferenciados pelo grau de interdependência de

parceiros (LORANGE; ROSS, 1996 *apud* LOPES; BALDI, 2005), pelos mecanismos de coordenação empregados (GRANDORI; SODA, 1995) e pela relação com outras estruturas de governança e mercado (POWELL, 1990; WILLIAMSON, 1992).

Quanto ao grau de interdependência, Lorange e Roos (1996, *apud* LOPES; BALDI, 2005) relataram que a opção pela aliança estratégica pode ser feita não apenas pelo que tem sentido imediato, mas também pela consideração da necessidade de se desenvolverem responsabilidade e confiança mútuas. A confiança no parceiro pode aumentar com o tempo e elevar a interdependência (FIG. 3).

	INTERDEPENDÊNCIA BAIXA
Empreendimento cooperativo informal Empreendimento cooperativo formal <i>Joint venture</i> Participação acionária Fusão e aquisição	↑ ↓
	INTERDEPENDÊNCIA ALTA

FIGURA 3 - Opções de aliança estratégica em termos de grau de interdependência entre empresas-mãe.

Fonte: Lorange e Ross (1996 *apud* LOPES; BALDI, 2005, p.84).

Redes, *joint ventures* e alianças estratégicas vêm sendo tratadas como conceitos sobrepostos ou equivalentes. No entanto, esses arranjos organizacionais apresentam características diferentes nos seus mecanismos de coordenação. As *joint ventures*, segundo Grandori e Soda (1997), empregam mecanismos clássicos, tais como autoridade hierárquica e controle formal; alianças estratégicas adotam, em maior extensão, confiança e ajustamento

mútuo. Em geral, redes usam confiança e laços sociais, aproximando-se, assim, mais de alianças do que de hierarquias clássicas, pois em rede existem centros diferenciados e plurais de controle e coordenação. Diferentemente, em uma *joint ventures*, nova entidade é criada, a qual recebe autonomia, ainda que se reporte à empresa-mãe.

Para Williamson (1986, *apud* LOPES; BALDI, 2005), tais formas - alianças estratégicas, *joint ventures* e redes - são intermediárias entre o mercado e as hierarquias e a escolha delas depende da natureza das transações, a qual é definida por elementos como especificidade dos ativos, frequência e número de negociadores. A forma escolhida será sempre aquela que envolve os mais baixos custos de transação.

Mecanismo de coordenação constitui outro elemento para diferenciar arranjos cooperativos. Coase (1996, *apud* LOPES; BALDI, 2005) foi quem primeiro iniciou o debate sobre o uso do preço e da autoridade como dois mecanismos alternativos de coordenação de trocas. Ele questionou o pressuposto dominante de que a direção de recursos seria diretamente dependente do mecanismo de preço. Mecanismos de coordenação podem não ser somente exclusivos de firmas, mas podem ser empregados em relações interorganizacionais.

Observa-se uma confusão semântica quando a terminologia rede é empregada, encontrando-se denominações como: organizações em rede, organização rede, formas organizacionais de rede, redes organizacionais, redes interempresas, *network*, *networking*, organizações sem fronteiras, teias redes, colegiado, etc. (OLIVARES, 2002).

Para Britto (2002), **empresas em rede** são conformações intra-

organizacionais que se estruturam com o desdobramento evolutivo da empresa multidivisional, a partir de novas tecnologias de informação e comunicação; **indústrias em rede** estão geralmente associadas a setores de infra-estrutura, baseando-se num padrão de interconexão e compatibilidade entre unidades produtivas, requisito básico para a operação eficaz das mesmas; e, finalmente, **redes de empresas** referem-se a arranjos interorganizacionais baseados em vínculos - muitas vezes de caráter cooperativo - entre empresas formalmente independentes, que dão origem a uma forma particular de participar de coordenação das atividades econômicas.

Olivares (2002) apresentou definição bastante consistente, abrangendo vários pressupostos discutidos anteriormente:

Rede é um arcabouço que serve de base para o funcionamento simultâneo, coordenado, equilibrado e integrado de mais de uma organização, pois apresenta as diversas relações interorganizacionais existentes entre os diferentes elementos que a conformam. Essas inter-relações abrangem aspectos técnicos e comportamentais baseados nos componentes e condicionantes que influenciam seu próprio desempenho. Definem-se os termos:

- **arcabouço** é a representação do arranjo organizacional ou esqueleto imaginário que abrange as diversas unidades ou células organizacionais (fios e nós);
- **funcionamento simultâneo** porque relaciona duas ou mais organizações de forma ativa e independente;
- **funcionamento coordenado** porque é necessária muita precisão para poder desenvolver as diversas operações e/ou processos organizacionais;
- **funcionamento equilibrado** porque o resultado será avaliado quanto à qualidade, quantidade, custo e tempo das organizações, de acordo com a sinergia das competências organizacionais;
- os **aspectos técnicos e comportamentais** relacionam os mecanismos formais e informais entre as diversas células organizacionais, levando em conta o comprometimento do pessoal das organizações da rede;
- **condicionantes e componentes** são elementos de determinado perfil característico do arranjo organizacional de rede (OLIVARES, 2002).

3.1.2 Correntes teóricas e tipologias

Segundo levantamento feito por Oliver e Ebers (1998, *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004) no período de 1980 a 1996, em quatro das principais publicações sobre estudos organizacionais (*American Sociological Review, Administrative Science Quarterly, Academy of Management Journal e Organizations Studies*) havia 158 artigos que tratavam explicitamente do tema redes interorganizacionais. Essa crescente preocupação indica que uma melhor compreensão do fenômeno exige um diálogo potencial sobre as diferentes correntes teóricas.

Pelo menos sete são citadas por Caglio (1998) e Oliver e Ebers (1998) *apud* Balestrin e Vargas (2004):

- **Economia industrial** - identificaram-se diferentes classes de custos de produção, como economias de escala, de escopo, de especialização, de experiência, com variáveis explicativas da eficiência das redes (ECCLES, 1981; TEECE, 1980; TURATI, 1990 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).
- **Estratégias organizacionais** - destacou-se a configuração em rede como fator estratégico para o alcance e a manutenção das vantagens competitivas (FAYARD, 2000; JARILLO, 1988; MARCON; MOMET, 2000 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).
- **Dependência de recursos** - salientou-se que um dos fortes condicionantes na formação das redes interorganizacionais é a necessidade da empresa buscar recursos complementares, sejam eles tangíveis (tecnologia, matéria-prima, etc.) ou intangíveis (informação, conhecimento, habilidades, etc.) - (PFEFFER; SALANCIK, 1978, *apud*

BALESTRIN; VARGAS, 2004).

- **Redes sociais** - a posição dos atores em uma rede influencia a organização de seus membros e apresenta forte influência nas inter-relações junto à rede (BURT, 1992; POWELL, 1996 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).
- **Custos de transação** – consideram-se as redes ótimas formas de reduzirem-se as incertezas, o risco e a ineficiência nas transações da empresa com seu ambiente econômico, minimizando, assim, seus custos nas transações econômicas (JARILLO, 1988; POWELL, 1987 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).
- **Teoria institucional** – constatou-se que as organizações buscam ganhar legitimidade junto ao seu ambiente institucional no momento de se estruturarem em rede (DINMAGGIO; POWELL, 1983; GRABHER, 1993 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).
- **Teorias críticas e radicais** - questionou-se o argumento da eficiência na formação de redes e destacou-se que elas são formadas porque representam poderosos instrumentos na formação de elites e classes dominantes, bem como o exercício do poder e da dominação (PERUCCI; PORTER, 1989; SALANCIK, 1995 - *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004).

O ponto que se pretende levantar neste trabalho diz respeito ao posicionamento de determinadas empresas frente a esse novo contexto caracterizado pela formação de redes interorganizacionais.

A idéia de que o fator mais importante na estruturação dessas redes são as competências organizacionais torna-se essencial para prover

produtos/serviços diferenciados na relação mercado e clientes e é fundamental para dar mais flexibilidade à exploração de diferentes mercados diante dos processos de mudança e evolução das próprias empresas. Essa linha é defendida por Prahalad e Hammel (1990), segundo os quais as competências essenciais são recursos intangíveis difíceis de serem imitados em relação aos concorrentes. Para Fleury e Fleury (2003), a posição na rede e a forma pela qual as competências são administradas vão, por sua vez, influenciar estratégias competitivas, potencializando aquilo na qual a empresa é mais forte, de forma que a constante evolução das competências das empresas permite o sistemático refinamento e reformulação da estratégia competitiva e, a partir desta, são identificadas novas orientações para a formação de competências. Para desenvolver competência essencial de longo prazo, as empresas necessitam de um processo sistemático de aprendizagem e inovação organizacional.

Conforme Balestrin e Vargas (2004), a diversidade de tipologias de redes interorganizacionais provocou certa ambigüidade no próprio entendimento do termo. Essa questão foi objeto de análise por Castells (2002), com base no argumento de que as redes interorganizacionais aparecem sob diferentes formas, em diferentes situações e a partir de expressões culturais diversas. Exemplo disso são as redes familiares nas sociedades chinesas; as redes de empresários oriundos de ricas fontes tecnológicas dos meios de inovação, como no Vale do Silício; as redes hierárquicas do tipo *keireitsu* japonês; as redes organizacionais de unidades empresariais descentralizadas de antigas empresas verticalmente integradas e forçadas a se adaptarem às realidades atuais; as redes de cooperação, como as existentes no norte da Itália; e as redes internacionais, resultantes de alianças estratégicas que operam em diversos países.

Na tentativa de oferecer mais compreensão da diversidade de tipologias de redes interorganizacionais, Marcon e Moinet (2000, *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004) criaram um gráfico denominado **Mapa de orientação conceitual**, indicando, a partir de quatro quadrantes, as principais dimensões sobre as quais as redes são estruturadas (FIG. 4).

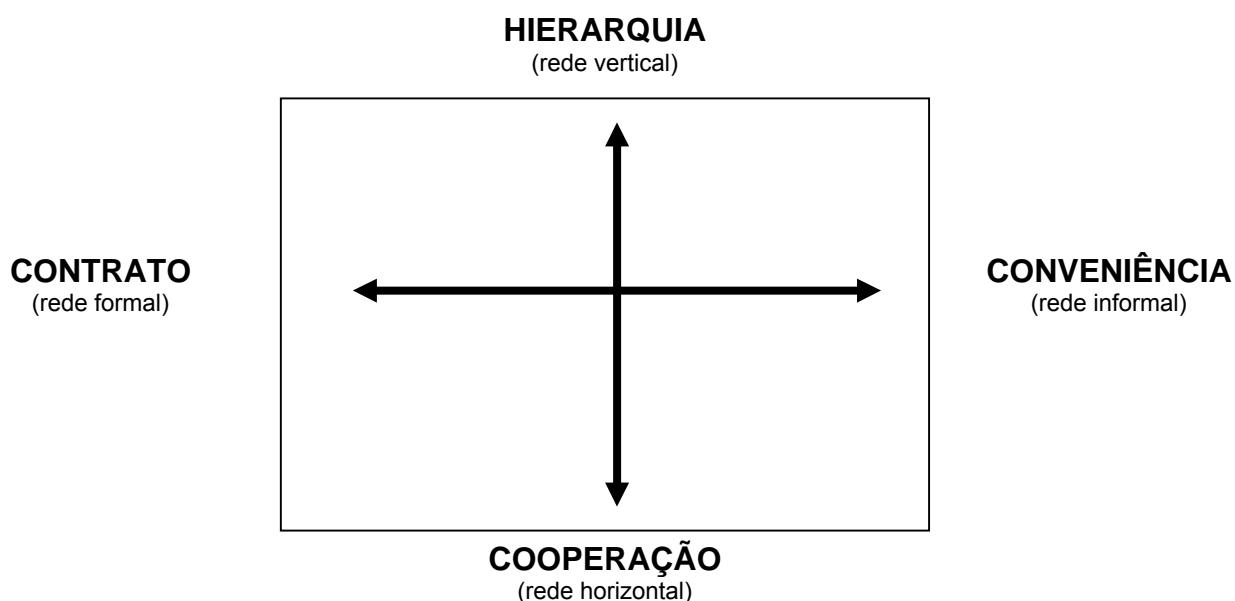


FIGURA 4 - Mapa de orientação conceitual.

Fonte: Balestrin e Vargas (2004).

Nesse mapa, o eixo vertical relaciona a natureza dos elos gerenciais estabelecidos entre os atores da rede. Tais elos podem representar uma atividade de cooperação (no caso de uma rede horizontal, como as redes de cooperação entre PMEs, objeto de investigação deste trabalho) ou o grau de ligação hierárquico, como no caso de uma rede vertical - de uma rede matriz/filial. No eixo horizontal está representado o grau de formalidade estabelecido entre as relações de atores. Pode mover-se de uma convivência informal (que representa as relações de amizade, parentesco ou afinidade, como ocorrem em associações,

clubes e redes de amigos) a relações formalmente estabelecidas por contrato entre as partes, como no caso de contrato jurídico, conforme ocorre nas formações de *joint ventures*.

Em cada um dos diversos pontos do quadrante pode ser encontrado um tipo particular de configuração em rede, elucidando, assim, a ampla variedade de tipologias de redes interorganizacionais existentes.

3.1.2.1 Redes verticais: a dimensão hierárquica

Certas redes têm clara estrutura hierárquica - grandes redes de distribuição, que adotam a estratégia de redes verticais para estarem mais próximas dos clientes, como as grandes redes de distribuição integrada, distribuição alimentar e bancos. Em geral, essas relações são semelhantes às estabelecidas entre matriz e filial, em que as filiais possuem pouca autonomia jurídica e administrativa. A dimensão hierárquica subjaz a noção de **empresa em rede**, com a qual são designadas as empresas cuja organização adota a configuração de rede em razão da dispersão espacial.

Olivares (2002), a partir da proposta de diversos autores consultados, esclareceu que rede vertical "é um tipo de rede formada por organizações que atuam de forma complementar numa cadeia de valor, oferecendo uma parte do serviço, operação ou produto final". Um conjunto de fornecedores e distribuidores dirige suas operações para atender uma organização (produtora), a qual coordena as ações das diversas organizações que formam parte da cadeia. Essa relação baseia-se na idéia que cada membro tem de suas competências

especializadas, o que significa agregação de valor e redução de custos para todos os membros da cadeia. No QUADRO 3 estão indicados os principais autores e suas bases teóricas que sustentam a idéia de rede vertical.

QUADRO 3

Rede vertical - bases teóricas de sustentação

Autor	Nome do tipo de rede	Idéia Básica
Milles e Snow (<i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Rede estável	Cadeia de valor
Cassaroto Filho e Pires (1999, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Rede <i>topdown</i>	Empresas fornecedoras de uma empresa-mãe
Ernst <i>apud</i> Castells (2002)	Rede de fornecedores Rede de clientes	Acordo no montante Acordos na jusante
Van der Vem; Kataoka (1995, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	<i>Network</i> organizacional	Relação simultânea entre conjuntos de organizações
Veereck; Van Dierdonk, Bartzagui (1999, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Cadeia produtiva controlada por produtores Cadeia produtiva controlada por compradores	Relações de poder dentro da rede
Castells (1999)	Rede vertical (<i>keiretsu</i> vertical)	Fornecedores e distribuidores baixo comando de uma organização dentro de um setor específico

Fonte: Olivares (2002, p.17).

3.1.2.2 Redes horizontais: a dimensão da cooperação

Para Balestrin e Vargas (2004), as redes de cooperação interfirmas são constituídas por empresas que guardam cada uma sua independência, mas que optam por coordenar certas atividades específicas de forma conjunta, com os seguintes objetivos: criação de novos mercados; suporte de custos e riscos em

pesquisa e desenvolvimento de novos produtos; gestão da informação e tecnologias; definição de marcas de qualidade; defesa de interesses; ações de *marketing*, entre outros. Essas redes constituem-se sob a dimensão da cooperação de seus membros, que escolhem a formalização flexível para melhor adaptar a natureza de suas relações. Nesse modelo de cooperação interorganizacional existe grande heterogeneidade de formas, como os consórcios de compra, as associações profissionais, as redes de *lobbyng* e as alianças tecnológicas.

Segundo Olivares (2002), as redes horizontais são formadas por organizações concorrentes ou não, que oferecem o mesmo serviço, operação ou produto final, seja no mesmo domínio ou em domínios diferentes, dando origem a um formato horizontal, onde as organizações parceiras podem desenvolver atividades de pesquisa, distribuição, produção, compras, etc. O QUADRO 4 reproduz os autores e suas bases teóricas de sustentação.

QUADRO 4

Rede horizontal - bases teóricas de sustentação

Autor	Nome do tipo de rede	Idéia básica
Cassaroto Filho e Pires (1999, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Rede flexível	Consórcio
Ernst <i>apud</i> Castells (2002)	Rede de produtores	Co-produção
	Rede de coalizações-padrão	Interface
	Redes de cooperação	Desenvolvimento conjuntivo
Van der Vem; Kataoka (1995, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Relação interorganizacional (modo par)	Uma organização com outra organização
	Relação conjunto interorganizacional	Uma grande organização com várias organizações
Veereck; Van Dierdonk; Bartzagui (1999, <i>apud</i> OLIVARES, 2002)	Rede de federação descentralizada	Relação com parceiros locais
Perrow (1992)	Redes de pequenas firmas (<i>clusters</i>)	<i>Co-opetition</i>
Gerard e Lincoln <i>apud</i> Nohria e Eccles (1992)	Redes horizontais japonesas (<i>kigyo shudan</i>)	Conexões intermercados de grandes empresas

Fonte: Olivares (2002, p.16).

3.1.2.3 Redes formais: a dimensão contratual

Knorringa e Meyer-Stamer (1999, *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004) defendem que algumas redes são formalizadas por meio de termos contratuais que estabelecem regras de conduta entre os atores. Redes como alianças estratégicas, consórcios de exportação, *joint ventures*, franquias são exemplos de redes fortemente formalizadas.

3.1.2.4 Redes informais: a dimensão da convivência

As redes de convivência permitem encontros informais entre os atores econômicos (empresas, organizações profissionais, instituições, universidades, associações, etc.) com preocupações semelhantes (BALESTRIN; VARGAS, 2004). Esses encontros permitem a troca de experiência e de informação sobre as bases da livre participação. As redes de convivência também permitem criar uma cultura de cooperação e de auxílio de relações interempresariais mais freqüentes e estruturadas. Nessa dimensão, as redes são formadas sem qualquer tipo de contrato formal que estabeleça regras; elas agem de conformidade com interesses mútuos de cooperação, baseados, sobretudo, na confiança entre os atores.

De acordo com os vários modelos apresentados, dificilmente existirão duas redes estruturadas de maneira idêntica. Assim, o esforço de tentar englobar todas as possibilidades de redes interorganizacionais em algumas dezenas de tipologias pré-definidas não deixa de ser uma simplificação forçada da ampla

diversidade de tipologias de redes.

Mesmo com a múltipla diversidade, conforme observado nos modelos defendidos por Marcon e Monet (2000, *apud* BALESTRINI; VARGAS, 2004) e Olivares (2002), o que mostra a literatura nesse campo de estudo científico é o fato de que a grande maioria das pesquisas, principalmente aquelas realizadas por anglo-saxões, privilegiou arranjos como *joint ventures* e alianças estratégicas entre grandes empresas. Outras configurações não menos importantes, como as redes horizontais de PMEs e, principalmente, na área de saúde, tiveram pouco espaço na reflexão sobre as redes interorganizacionais.

3.1.3 Redes de pequenas e médias empresas (PMEs)

Existem várias justificativas apresentadas para o estudo das PMEs⁷.

Souza (1995) destacou as seguintes:

- estímulo à livre iniciativa e à capacidade empreendedora;
- relações capital/trabalho mais harmoniosas;
- possível contribuição para a geração de novos empregos e absorção de mão-de-obra, seja pelo crescimento de PMEs já existentes, seja pelo surgimento de novas;
- efeito amortecedor do impacto do desemprego;
- efeito amortecedor das flutuações das atividades econômicas;
- manutenção de certo nível de atividade econômica em determinadas regiões;

⁷ Microempresas são aquelas que têm receita operacional anual bruta ou anualizada de R\$700 mil. Pequenas empresas têm receita operacional anual bruta ou anualizada acima de R\$700 mil e inferior a R\$6.125 milhões e médias empresas têm receita entre R\$6.125 milhões e R\$35 milhões (BNDES, 2002).

- contribuição para a descentralização da atividade econômica, em especial na função de complementação das grandes empresas;
- potencial de assimilação, adaptação, introdução e, algumas vezes, geração de novas tecnologias de produto e processo.

No entanto, inseridas em ambiente hipercompetitivo, as PMEs, na maioria das vezes, apresentam certas dificuldades, tais como obter melhores preços e vantagens na compra de matérias-primas e componentes, custos de participação em feiras, custos de campanhas publicitárias, custos de reciclagem e treinamento da mão-de-obra, atualização tecnológica, acesso a linhas de crédito e financiamento, custos de aluguel, custos envolvidos na importação e exportação de produtos, etc. Esses problemas dificilmente desaparecerão, contudo, podem ter seus efeitos neutralizados ou amenizados pela ação coletiva das PMEs (SOUZA, 1995).

Para Perrow (1992), o fenômeno das redes de PMEs tem sido pouco estudado. Entretanto, parece conclusivo que a forma de produção representada pela grande firma integrada tornou-se modelo declinante em face das necessidades de flexibilização.

Segundo Castells (2002), a prática de gerenciamento industrial nas décadas de 1980 e 1990 introduziu sistemas flexíveis para produção de bens e serviços geralmente ligados a uma situação de demanda crescente de determinado produto, coordenando grandes volumes de produção, permitindo economias de escala, sistema de produção personalizada reprogramável e captando economias de escopo.

As teorias marxistas lançam forte crítica ao modelo capitalista, sendo o

foco maior de preocupação a exploração dos trabalhadores nas firmas; porém, tais teorias pouco falam sobre o tamanho da firma, as redes interfirmas, o redesenho da produção, as associações de negócios, a competição, a eficiência e a infraestrutura, que tornam as redes viáveis.

Perrow (1992) afirma que as teorias clássicas sobre as firmas precisam ser questionadas, pois negligenciam o poder econômico de três fatores que ajudam a explicar o sucesso das redes de PMEs: as economias de escala por meio de redes, a confiança e cooperação que coexistem com a competição e o estado de bem-estar social causado pelo aumento da eficiência coletiva de setores industriais regionais.

A dimensão da **confiança** e da **cooperação** possivelmente representa papel central no sucesso alcançado pelas redes de PMEs, o qual dificilmente será alcançado por outras formas de redes entre grandes empresas e muito menos pelas grandes empresas integradas. Tal fato foi evidenciado por Sabel (1991), que destacou que a confiança nunca será intencionalmente criada e sim gerada a partir de uma estrutura ou de um contexto adequado.

Existem algumas características no ambiente das redes de PMEs - na avaliação de Balestin e Vargas (2004) - que formam ambiente profícuo na geração de confiança entre as firmas; como:

- as firmas compartilham e discutem informação sobre mercados, tecnologias e lucratividade;
- existe suficiente similaridade entre processo e técnicas das firmas e, assim, cada uma poderá entender e julgar o comportamento das outras;
- as relações são estabelecidas em longo prazo;
- existe pouca diferença entre tamanho, poder ou posição estratégica entre

as firmas;

- ocorre periódica rotação de liderança para representar o conjunto das firmas;
- acontece similar recompensa financeira para as firmas e seus empregados;
- há alcance de vantagem econômica pela experiência coletiva das firmas, pelo aumento das vendas e pelos ganhos marginais.

A possibilidade da confiança aumenta onde existem essas condições, sendo que as redes de PMEs maximizam a possibilidade de tais condições em relação ao modelo da firma integrada.

As redes interorganizacionais de PMEs exigem também, para sua estruturação e manutenção, a cooperação entre as empresas.

Pedrozo e Pereira (2002) inferem que existem várias razões para as empresas cooperarem em redes horizontais. Essas razões refletem as diferenças de objetivos estratégicos, posições de mercado, ações atuais e possíveis de outras empresas e o *status* corrente da própria empresa.

Grandori e Soda (1995) consideram os diferentes tipos de mecanismos de coordenação⁸ em termos da sua importância para sustentar a cooperação interfirmas. Eles desenvolveram revisão de estudos interfirmas, cobrindo ampla variedade de áreas. A partir dessa revisão, construíram uma tipologia de modos de coordenação que inclui uma variedade de importantes aspectos sociais e econômicos. Ao considerar a ampla diversificação de significados atribuídos ao

⁸ Mecanismos de coordenação, segundo Martinez e Jarillo (1998, *apud* LOPES; BALDI, 2005, pp. 86-87), é "qualquer ferramenta administrativa para alcançar interação de diferentes unidades dentro de uma administração". Neste sentido, mecanismos de coordenação não são exclusivos de firmas, mas podem ser empregados em relações interorganizacionais.

conceito de rede, Grandori e Soda (1995, p. 184) conceituaram-nas como “modos de organizar atividades econômicas por meio de coordenação e cooperação interfirmas”. Lopes e Baldi (2005) elaboraram 10 mecanismos, ente os quais o de cooperação, que podem ser utilizados em redes interfirmas (GRANDORI; SODA, 1995).

QUADRO 5

Mecanismos de cooperação e características

MECANISMOS	CARACTERÍSTICAS
Comunicação, decisão e negociação	São mecanismos mais baratos e mais ubíquos. Estão sempre presentes em <i>ex-ante</i> e <i>ex-post</i> em todos os tipos de <i>network</i> .
Coordenação social e controle	Estão sempre presentes e consistem em estáveis e normas, reputação e controle por pares.
Integração e <i>linking-pin roles</i> e uso de unidades de coordenação	São os mecanismos-chave para criar um desenho organizacional em rede (tanto interno quanto externo à firma).
<i>Staff</i> comum	Normalmente empregado quando o escopo da cooperação interfirma é amplo e o número de firmas cooperando também é elevado.
Relações hierárquicas e de autoridade	Ainda que esses mecanismos sejam típicos de firmas, são freqüentemente empregados em <i>network</i> , tais como <i>franchising</i> e consórcios.
Planejamento e sistemas de controle	São empregados para resolver problemas associados à distribuição/delegação de comportamentos cooperativos esperados.
Sistemas de incentivos	Contextos de atividades informalmente complexos, nas quais é difícil mensurar o desempenho. Direitos de propriedade são típicos dessa natureza.
Sistemas de informações	São considerados de grande importância por produzirem reduções espetaculares de custos de comunicação e porque podem ser empregados como mecanismo de coordenação <i>stand alone</i> em relacionamento interfirma.
Infra-estrutura e apoio público (estado)	São empregados normalmente no caso em que a cooperação é altamente benéfica, mas muito difícil de alcançar e manter. O papel dos agentes governamentais locais pode ser associado à criação de infra-estrutura para acelerar a criação de parques e <i>clusters</i> industriais.
Sistemas de seleção	É empregado para restringir acesso a outras firmas na <i>network</i> . São considerados bons preditores de comportamentos relevantes para cooperação.

Fonte: Lopes e Baldi (2005, p. 87).

Evidências compiladas por Balestrini e Vargas (2004) a partir da revisão do campo de estudos sobre rede horizontal sugeriram que suas características são importantes e corroboram esta pesquisa, conforme já mencionado: formada por um grupo de PMEs situadas geograficamente próximas operando em segmento específico do mercado, com relações horizontais e cooperativas entre si - prevalecendo a confiança mútua - formada por um período indeterminado de tempo e cuja coordenação é exercida a partir de instrumentos mínimos contratuais que garantam regras básicas de governança.

3.1.4 Configuração em rede horizontal de PMEs como estratégia de competitividade

Possivelmente, o registro mais remoto da palavra *estrategos* - derivado do grego *stratós*, exército, e do radical verbo grego *ágein*, "conduzir" - apareceu na Grécia, no século IV a.C., de origem militar (TAVARES; AMARAL; GONÇALVES, 2000). Naquela época, cada tribo ateniense recebia um comandante *estratego*, que eram oficiais gerais encarregados de conduzi-las. Foi também por volta de 500 a.C. que Sun Tzu escreveu, na China, o famoso livro *Ping Fa – A Arte da Guerra*.

Na década de 1960, a palavra estratégia chegou ao campo da Administração após ter passado por uma vinculação política, na Primeira Grande Guerra, e abranger, posteriormente, caráter tecnológico, econômico e social.

Como referenciam Tavares; Amaral; Gonçalves (2000), a popularização do uso da palavra deveu-se a Alfred Chandler, na obra *Strategy*

and Scrtuture, publicada em 1962. Muitas das afirmações desse autor permanecem válidas até hoje, entre elas a de que as decisões estratégicas estão preocupadas com a “saúde”, de longo prazo, das empresas. O uso de metáforas como "saúde" e de analogias permitidas pela estratégia começou a pertencer ao setor empresarial.

A competição foi vista inicialmente como um princípio natural ligado à sobrevivência, passando pelas constatações:

- de Malthus - organismos vivos produzem-se mais do que os meios para sua sobrevivência;
- de Darwin - a origem das espécies;
- de Handerson - princípio de Gause da exclusão competitiva - duas espécies idênticas não conseguem o mesmo sustento de maneira idêntica e não podem coexistir.

A adoção do conceito de estratégia para organizações é posterior ao entendimento de competitividade. Uma das principais interpretações e síntese de como os atores na cultura ocidental se comportam frente aos que interferem positiva ou negativamente na competitividade das empresas foi desenvolvida por Porter (1993). Suas abordagens procuram mostrar como as forças competitivas moldam a estratégia, não a definindo isoladamente, mas como estratégia competitiva, que diz respeito à criação da vantagem competitiva em cada um dos ramos de negócios em que o grupo compete (PORTER, 1998).

Em perspectiva estratégica, pode-se considerar a configuração em rede como meio para alcançar um fim. Desse modo, ao participar de uma rede, a empresa busca alcançar certos objetivos que dificilmente seriam alcançados de

forma individualizada. Nesse sentido, Marcon e Moinet (2000, *apud* BALESTRIN; VARGAS, 2004) apresentam alguns atributos que fazem das redes a configuração organizacional adequada para determinados objetivos organizacionais estratégicos:

- **Fluidez** - significa a capacidade de flexibilidade e adaptabilidade das redes, que se adequam melhor às novas dimensões do ambiente. Essa propriedade fundamental permite-lhes efetuar quatro tipos de inter-relações: a) no espaço, a rede permite colocar em relação subconjuntos ou unidades geograficamente dispersas; b) no tempo, ela assegura a permanência das ligações entre atores; c) do ponto de vista social, permite colocar em relação atores em condições diferentes, sem implicar a mudança dessa condição; d) do ponto de vista organizacional, ela pode tomar-se alternativa à forma rígida da organização.
- **Finalidade** - é a razão de ser da rede, seja política, religiosa, filosófica, científica, econômica, cultural e/ou social. Essa finalidade encontra-se por vezes incorporada aos seus membros da rede e orienta, habitualmente, as escolhas éticas em que ela inspira seus projetos.
- **Capacidade de realizar economias relacionais** - a aprendizagem não é exclusividade das redes, mas as condições de aprendizagem em seu contexto específico são particulares. A aprendizagem coletiva apresenta a lógica do ciclo da aprendizagem, ou seja, cada um evolui em função do outro.

No universo das PMEs, a estratégia em rede pode representar um meio eficaz para o desempenho competitivo, porquanto, organizadas em redes, essas

empresas somam esforços para competir com as grandes. A partir das pesquisas realizadas junto às redes de PMEs, Human e Provan (1997) identificaram quatro grupos de principais finalidades estratégicas alcançadas pelas empresas:

- **Trocas interfirmas** - refere-se às transações diretas entre as firmas da rede. As principais inter-relações formam negócios (compra e venda de produtos entre as empresas da rede); informação (informações tecnológicas, de mercado, de produtos, de soluções de problemas); amizade (existência de trabalho amistoso e de confiança entre os membros da rede); e competências (existência de ambiente de compartilhamento de melhores práticas entre os atores).
- **Credibilidade organizacional** - diz respeito ao ganho de legitimidade externa pelo fato de as empresas estarem associadas à rede.
- **Acesso a recursos** - refere-se ao papel das redes para facilitar a seus membros a penetração em novos mercados, tecnologias e suprimentos.
- **Desempenho financeiro** - algumas empresas descreveram benefícios econômicos que alcançaram em curto espaço de tempo logo após organizarem-se em rede.

A partir dessas evidências teóricas, é possível constatar que a configuração em rede pode facilitar o alcance de objetivos estratégicos que dificilmente seriam alcançados caso essas empresas trabalhassem individualmente.

3.1.5 Indicadores de desempenho em redes de PMEs

O potencial das PMEs nem sempre pode ser aproveitado devido a certas limitações das mesmas, tais como os apontados por Lagemann (2004): menor quantidade de recursos e menos influência sobre o ambiente externo, problemas como a pequena escala de compras e de produção, menor volume de vendas e barreiras de mercado, resultando numa taxa de mortalidade mais alta do que das grandes empresas. A taxa de mortalidade das microempresas no Brasil, em 2000, foi de 15,8% para microempresas comerciais contra 6,2% das grandes empresas no mesmo setor (IBGE, 2003).

Lorange e Ross (1996, *apud* LANGEMANN, 2004) reportaram que o sucesso da rede é definido de diversas formas pelos pesquisadores. Ele pode ser medido pelo alcance dos objetivos dados à rede pelos parceiros (DOUMA *et al.*, 2000); pela valorização das ações (SHERER, 2003) ou até mesmo pela sobrevivência (estabilidade) do acordo (PARK; UNGSON, 2001).

Para Langemann (2004), essa divergência de conceito inspirou alguns autores (DAS; TENG, 2003) a encontrarem outras medidas – tais como os ganhos subjetivos – como, por exemplo, a aprendizagem.

Um bom acordo entre os parceiros de uma aliança é crucial para conseguir-se sucesso associado a ela (DOUMA *et al.*, 2000). A sobrevivência (estabilidade) do acordo, por sua vez, é freqüentemente criticada por alguns autores, visto que nem sempre são feitos para durarem indefinidamente (LORANGE; ROSS, 1996, *apud* LANGEMANN, 2004).

Muito pouco é apresentado na literatura de redes sobre indicadores, principalmente aqueles relacionados às redes de empresas prestadoras de serviços em saúde. Procurou-se, a partir do trabalho de Langemann (2004),

postular uma abordagem já validada em seu trabalho, adaptando-a de maneira que a medida de sucesso utilizada nesta pesquisa refira-se ao grau de satisfação quanto ao alcance dos objetivos. Langemann (2004) relata que a utilização da medida de satisfação auxilia na comparação de desempenho entre diferentes empresas que compõem a rede e permitem avaliar dados não quantificáveis e verificar a percepção dos respondentes quando existem informações que não possuem controle.

Considerando-se que o conceito de sucesso utilizado neste trabalho é o alcance dos objetivos atingidos pelos parceiros, apresentou-se o estudo de caso da Associação Mineira dos Centros de Nefrologia e avaliaram-se, por meio de questionário adaptado de Langemann (2004), as principais dimensões embasadas no estatuto de constituição da Associação.

Essas dimensões apontadas a partir da revisão da literatura por Langemann (2004) são a confiança, o comprometimento (compromisso), a aprendizagem (troca de informações), a experiência, a compatibilidade (sinergia e resolução dos conflitos), o equilíbrio de direitos e deveres, a capacitação de recursos humanos, o processo de formação e estruturação (objetivos, seleção de parceiros, estrutura, avaliação, etc.), a coordenação, os mecanismos de controle e o ambiente externo.

O QUADRO 6 apresenta essas dimensões, com base em Langemann (2004), que caracterizam diferentes atitudes e comportamentos que vão originar 44 questionamentos sobre a forma de atuação dos associados.

QUADRO 6
Dimensões e suas características

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> • é o fator mais citado na literatura; • é considerada um pré-requisito para a cooperação; • sem confiança e comprometimento a aliança irá falhar, mesmo que a rede possa parecer lógica e benéfica para os parceiros; • deve ser construída ao longo do tempo; • perceber que um parceiro confia no outro passa a ser mais importante do que a existência de confiança.
Comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> • junto com a confiança é citado como forma até de aumentá-la; • quando o parceiro é comprometido com a rede, irá despender esforços para que a mesma tenha sucesso; • o parceiro que não se compromete com a relação age como oportunista, deixando que o outro parceiro se responsabilize por todo o esforço e investimento para o desenvolvimento da rede; • traduz-se em lealdade à rede e aos parceiros; • os parceiros irão se comprometer mais com a rede se, além de perceberem o comprometimento do parceiro, perceberem boa performance e retornos.
Aprendizagem (troca de informações)	<ul style="list-style-type: none"> • a habilidade de aprender é um pré-requisito para o funcionamento da aliança; • a aprendizagem gerencial de colaboração deve ser formada para ser utilizada como vantagem competitiva, investindo-se em treinamento, uso de especialistas em alianças, estudando-se outras alianças e fazendo avaliação das mesmas; • os parceiros devem aprender uns com os outros.
Experiência	<ul style="list-style-type: none"> • fator que melhor demonstra a capacidade de aprendizagem é a experiência anterior em redes, que se considera possuir influência no sucesso das redes; • quando a empresa possui mais experiência, seleciona melhor os parceiros, possui mais capacidade de negociação e consegue desenhar melhor a aliança.
Compatibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • para serem compatíveis, os parceiros devem possuir habilidade de trabalhar e planejar em conjunto, alcançando produtividade; • a incompatibilidade gerencial é uma fonte de conflito entre as empresas; • a pequena diferença de porte das empresas pode, também, facilitar a formação de compatibilidade.
Equilíbrio entre direitos e deveres	<ul style="list-style-type: none"> • o equilíbrio de contribuições refere-se ao comprometimento de recursos físicos e humanos, recursos financeiros e esforço (trabalho em atividade); • o balanceamento de contribuições evita que algum parceiro domine a aliança.
Capacitação de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • a administração de recursos humanos da rede é uma das áreas menos focadas na literatura recente; • os administradores da rede devem desenvolver habilidades específicas de gerenciamento das relações; • cabe ao administrador a resolução de conflitos, designando atenção para os aspectos humanos da aliança e não somente os aspectos financeiros; • o administrador deve demonstrar suporte à rede, participando efetivamente das atividades desta, encorajando e esclarecendo o entendimento de rede aos participantes.
Processo de formação e estruturação da rede	<ul style="list-style-type: none"> • a entrada de um novo parceiro pode prejudicar ou melhorar a posição competitiva de um deles, devendo-se considerar a posição que a rede terá após a entrada de um novo; • o novo parceiro deve ter valores e convicções que estejam de acordo com os utilizados pela rede; • o primeiro pré-requisito é que os objetivos da rede estejam de acordo com os objetivos da empresa.

Continuação	
DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS
Coordenação e mecanismo de controle	<ul style="list-style-type: none"> • a formação de redes não existe sem conflitos entre os parceiros; • a utilização de controle e monitoramento das contribuições dos parceiros e dos resultados deve-se tornar necessária; • entre os mecanismos, destacam-se: rotinas interorganizacionais, ideologias em comum, práticas comuns do setor, contrato ou acordo escrito; • o contrato ou estatuto é um dos mecanismos de controle mais citados na literatura; • deve existir esforço para que o contrato tenha o maior número de informações possíveis; • cláusulas mais citadas são: definição da duração e terminação das alianças, penas por baixa performance e arbitrariedade e definição de direitos e deveres.
Ambiente externo	<ul style="list-style-type: none"> • agentes externos como o governo, intermediários e empresas fornecedoras podem auxiliar a cooperação; • alguns fornecedores podem resistir de participar de negociações com as redes, preferindo o atendimento individual dos participantes para continuar com vantagem na negociação, entretanto, a negociação com redes pode resultar em economia de custos também para esses fornecedores e em benefício mútuo.

Fonte: elaborado a partir de Langemann (2004).

Os fatores relacionados às dimensões apresentadas aos associados são:

Confiança – questões 1, 2, 18, 19 e 20.

Comprometimento – questões 4, 35, 41 e 44.

Aprendizagem (troca de informações) – questões 6, 7, 23 e 36.

Experiência – questões 9, 10 e 14.

Compatibilidade – questões 11 e 37.

Equilíbrio entre direitos e deveres – questões 3, 5, 13, 25, 26 e 38.

Capacitação de recursos humanos – questões 12, 21, 22, 24, 39, 42 e 43.

Processo de formação e estruturação – questões 8, 16, 17, 28 e 34.

Coordenação e mecanismo de controle – questões 15, 27, 29, 30, 31, 40.

Ambiente externo – questões 32 e 33.

4 CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

A escolha do método de pesquisa depende sempre do tipo de questão que o estudo se propõe a responder. Como destaca Yin (2001), a idéia de que as estratégias de pesquisa podem ser dispostas hierarquicamente é enganosa. Não existem estratégias melhores ou piores, mas mais ou menos adequadas ao objetivo do estudo. Yin (2001) afirma, ainda, que as condições para a escolha da estratégia de pesquisa mais adequada são o tipo de questão proposta, a extensão de controle que o pesquisador tem sobre os eventos comportamentais e o grau de enfoque em acontecimentos históricos ou contemporâneos. Marconi e Lakatus (1999) também argumentam que a seleção de métodos e técnicas a serem empregados na pesquisa está relacionada com o problema a ser estudado, a natureza dos fenômenos e o objeto de pesquisa.

A pesquisa foi realizada em duas fases. A primeira é um estudo de caso da AMICEN, destacando o início da sua criação, então como Associação dos Centros de Diálise da Zona da Mata e Vertentes, e sua proposta e objetivo de constituição, bem como suas oportunidades e destaque atual no cenário em que se insere.

Uma pesquisa do tipo estudo de caso é aquela em que o pesquisador investiga um fenômeno contemporâneo, em seu contexto real, em que não se manipulam comportamentos. Como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais e políticos (YIN, 2001).

O caso aqui representa a si mesmo. Hildebrand (1987, *apud* FLICK, 2004) infere que o caso único pode ser compreendido dialeticamente como “universal individualizado” - essa condição pode ser explicada na condição na qual o indivíduo atua e na qual ele também deve representar os outros (FLICK, 2004).

Para Flick (2004), o caso único representa uma subjetividade desenvolvida como resultado da aquisição de certas reservas de conhecimento e da evolução de modos específicos de atuar e perceber.

Na segunda fase, a pesquisa foi exploratória e descritiva. Vergara (2004) propõe que, por sua natureza de sondagem, a pesquisa exploratória ocorre onde existe pouco conhecimento acumulado e sistematizado; não comporta hipóteses, que poderão surgir durante ou ao final do estudo.

Malhotra (2004) destaca que a pesquisa exploratória é usada em casos nos quais é necessário definir o problema com mais precisão, identificar cursos relevantes de ação e obter dados adicionais antes que se possa desenvolver uma abordagem. As informações necessárias são definidas ao acaso nesse estágio e o processo adotado é flexível e não estruturado.

A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo definir correlações entre variáveis e definir sua natureza, não se compromissando em explicar os fenômenos que descreve, embora possa servir de base para tal explicação (VERGARA, 2005).

4.1 População e amostra

A população-alvo da pesquisa foram os responsáveis pelas unidades de diálise que compõem a AMICEN. Em todas elas existe a figura determinada por Portaria do Ministério da Saúde do responsável clínico, que responde pelos atos que envolvem a Unidade como um todo, e o responsável técnico, que responde pelos atos médicos que envolvem os procedimentos dialíticos. Ambos acumulam conhecimento para responder administrativamente pela unidade, pois tanto eles como outros (no caso em que existam mais sócios das unidades) fazem-se representar nas reuniões da AMICEN, onde pelo menos um responsável tem o dever de freqüentar.

Em se tratando de rede única e pequena, dado o número de associados no momento (18), a população foi igual à amostra, já que foi obtido retorno de pelo menos um representante de cada unidade de diálise. Optou-se por uma média entre as unidades que retornaram mais de um questionário respondido por mais de um profissional e, assim, foi obtida uma resposta única para cada uma das variáveis estudadas.

4.2 Instrumento de coleta de dados

Para obterem-se as informações, optou-se pelo questionário e coleta estruturada de dados. Para Malhota (2004), geralmente o questionário estruturado é realizado visando a uma padronização na coleta estruturada de dados. Nesta

pesquisa elaborou-se um questionário formal e as afirmativas não foram feitas em ordem pré-especificada.

Realizou-se a coleta de dados no período de primeiro de abril de 2006 a 18 de maio de 2006. A aplicação mais tardia do questionário foi necessária para evitar um viés na pesquisa, já que a AMICEN retornou suas atividades em 11 de fevereiro de 2006, com um evento em Tiradentes-MG. chamado “*Workshop sobre Diálise Peritoneal*”, onde 16 das 18 unidades de diálise estavam representadas, além de cerca de 65 participantes. Para evitar a influência desse evento sobre os respondentes, retardou-se o envio do questionário em 45 dias, período escolhido empiricamente.

Para contar com a representação de cada unidade no universo respondente, foi mantido contato freqüente com os associados, por telefone e *e-mail*, solicitando o retorno das respostas.

O questionário enviado (APÊNDICE A) foi acompanhado de carta de apresentação (APÊNDICE B) e orientações sobre como preenchê-lo e reenviá-lo (APÊNDICE C). O envio de envelopes selados e a garantia do sigilo aos respondentes, bem como o caráter estritamente científico da pesquisa, garantiram o retorno integral de todas as unidades de diálise

Foram listadas 44 questões representando as dimensões a serem avaliadas. O critério de escolha entre as 55 questões levantadas por Langemann (2004) foram aquelas que mais representavam o universo das prestadoras de serviços de saúde em diálise. Uma escala do tipo Lickert de cinco pontos foi utilizada.

A escala do tipo Lickert tem sido empregada mais freqüentemente para a mensuração de atitudes sociais e consiste tipicamente de um conjunto de

enunciados que expressam alguma afirmação sobre o objeto atitudinal, seguido cada enunciado de alternativas que indicam o grau de concordância ou discordância de cada respondente em relação ao seu conteúdo. As alternativas são comumente sete, mas podem-se adotar cinco. Cerca de metade dos enunciados deve ser positiva e a outra metade negativa. Um enunciado é positivo quando a concordância com o seu conteúdo corresponde a atitudes favoráveis; é negativo se a concordância com seu conteúdo corresponde a atitudes desfavoráveis. Na atribuição de pontos às respostas assinaladas, a valência de cada enunciado deve ser considerada. Para itens positivos, a alternativa que expressa maior grau de concordância deve receber a maior pontuação e a que expressa o maior grau de discordância, a menor pontuação⁹.

4.3 Processamentos dos dados

Além da descrição do caso único da AMICEN, estatística descritiva para a caracterização da amostra e descrição dos resultados, utilizaram-se as freqüências considerando-se uma variável de cada vez, posteriormente agrupando-as em dimensões.

A tabulação e o processamento dos dados obtidos foram realizados através do *software* SPSS 11.0 para análise das freqüências e são apresentados na forma de gráficos e tabelas.

⁹ Conforme informações de:

<http://www.reacao.com.br/programa_sbpc57ra/sbpccontrole/textos/sadaomote.htm>.

4.4 A Associação Mineira dos Centros de Nefrologia

A Associação dos Centros de Diálise da Zona da Mata e Vertentes, primeira denominação da AMICEN - Associação Mineira dos Centros de Nefrologia, foi criada em 27/04/1997, com Estatuto lavrado no Cartório do 1º. Ofício de Notas em 09/05/1997.

Objetivava no seu artigo 3º:

- a formação de uma central de compras para reduzir os custos dos centros de diálise participantes;
- a promoção do intercâmbio de pessoal treinado e equipamentos entre os centros participantes;
- o desenvolvimento científico e tecnológico dos centros de diálise da nossa região, a partir da promoção de atividades científicas e troca de experiências;
- a defesa profissional dos médicos nefrologistas dos centros de diálise participantes e o desenvolvimento de outras atividades afins.

Além disso, o Estatuto previa, em seus artigos, a natureza jurídica de seus associados, a admissão de novos associados, os direitos e deveres, a composição dos órgãos - assembléia geral, Diretoria e Conselho Fiscal com suas atribuições - a competência da Diretoria e do Conselho Fiscal, o patrimônio social, receita e despesa, o modelo de Central de Compras, as penalidades, a dissolução. Terminava com as disposições transitórias, elegendo o Fórum de Barbacena-MG, berço da criação da Associação, para responsabilidade na solução dos problemas.

Até o momento, quatro presidentes foram eleitos, sendo o primeiro o Dr. José Muniz Pazeli Júnior, da Pró-Renal de Barbacena, no período de 1997 até 2000; depois, Dr. Marcelo Gadbens, da Santa Casa de Lavras, no período de 2000 a 2002; Dr. Pedro Paulo Rezende, da Renalclin de São João Del Rei, no período de 2002 a 2004; e atualmente Dr. André Luiz Pimentel, da Pró-Renal de Barbacena, no período de 2004 até o momento.

No início, a Associação contava com 12 participantes que se reuniam quadrimestralmente para a definição do tipo e volume de compras. Cinco insumos utilizados em diálise eram comprados conjuntamente: o capilar (rim artificial), a heparina, as linhas de sangue, a solução de diálise e a agulha de fístula artério-venosa.

Diversos eventos científicos foram realizados pela Associação ao longo do tempo e cada vez mais ela foi se firmando como representante na área de nefrologia.

Novos associados pleitearam sua entrada, perfazendo um total de 18 unidades de diálise atuantes, extrapolando a área geográfica da Zona da Mata e Vertentes.

Em dezembro de 2004, com a posse da nova Diretoria, a Assembléia achou por bem realinhar a estratégia da Associação, ampliando seu escopo de atuação e mudando inclusive sua denominação. Assim, um novo Estatuto junto com o Regimento Interno foi escrito, contemplando ações que não estavam previstas anteriormente. Criou-se, então, a Associação Mineira dos Centros de Nefrologia - AMICEN, sociedade civil sem fins lucrativos, sem limites de sócios, cujos objetivos eram, entre outros:

- assessorar os centros de diálise participantes nas compras de materiais e insumos em diálise e afins, dentro do território nacional e estrangeiro;
- formar uma central de compras com o propósito de comercializar insumos e suprimentos, comprando, importando e distribuindo, atendendo âmbito regional e nacional;
- promover o intercâmbio de pessoal treinado e equipamentos entre os centros participantes;
- promover o desenvolvimento científico e tecnológico dos centros de diálise da região, por meio de promoção de atividades científicas e troca de informações e educação continuada;
- promover a defesa profissional dos médicos nefrologistas dos centros de diálise participantes.

Esse novo Estatuto diferenciou-se do primeiro porque ampliou o leque de compras, estendeu a área geográfica de atuação, criou a estrutura executiva com Presidente, Vice, Diretor Financeiro e Diretor Científico, deu lugar à figura do administrador ou negociador, criou o Conselho Fiscal, abriu espaço para as compras serem realizadas por cotação, licitação, leilão reverso ou qualquer modalidade que privilegiasse o melhor produto, estabeleceu a pontualidade da entrega, a disponibilidade de substitutos, a embalagem e a adequação à normatização da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (Anvisa), assim como seu registro naquele órgão. Avanço significativo foi a criação de um Regimento Interno.

Em 2005 as reuniões passaram a ser quadrimestrais e adquiriram caráter administrativo-científico, tendo sido reconhecida e apoiada como ação

inovadora pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, órgão máximo de representação dos médicos nefrologistas, e pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplantes, órgão máximo nacional representativo dos centros de diálise no país.

Profissionais de renome nacional e internacional na área de nefrologia foram à cidade de Tiradentes, em Minas Gerais, local dos eventos desde a sua criação, para discorrer sobre temas científicos e administrativos. Optou-se pela criação de uma página (*site*) na Internet (que teve o domínio registrado como www.amicen.com.br) para melhorar a comunicação interna entre os sócios e a possibilidade de se realizarem solicitações à Associação. Em 2006, uma mídia impressa foi confeccionada – *NEFRONEWS* - e informes freqüentes foram divulgados com dados pertinentes à área.

Em junho de 2006, a AMICEN teve participação ativa no VII Congresso Mineiro de Nefrologia e Hipertensão Arterial, com mesa de discussão voltada para esse tipo de modelo de administração inovador, além de propor a discussão do compartilhamento da responsabilidade social na área nefrológica.

Atualmente existem no Brasil 497 centros de diálise com 54.311 pacientes em programa de diálise, sendo 48.362 em hemodiálise. Minas Gerais responde com 69 centros de diálise, sendo 7.627 pacientes em programa de diálise e 6.876 em programa de hemodiálise.

A AMICEN, com 18 centros, responde por 24,6% dos pacientes em hemodiálise em Minas Gerais, com cerca de 1.800 pacientes. Os Centros que fazem parte da AMICEN são os seguintes, por município:

- Hospital Nossa Senhora das Dores, em Ponte Nova.
- Clínica de Diálise UNIRIM, em João Monlevade.

- Clínica Santo Antônio de Doenças Renais e Hemoclear, em Conselheiro Lafaiete.
- Clínica de Tratamento de Doenças Renais, Fundação IMEPEN e Nefroclin, em Juiz de Fora.
- Hospital de Cataguases, em Cataguases.
- Clínica Nefrológica de Viçosa, em Viçosa.
- Nefroclin Circuito das Águas, em São Lourenço.
- Nefrosul, em Varginha.
- Núcleo de Medicina Especialidade do Hospital Filadélfia, em Teófilo Otoni.
- Pró-Renal, em Barbacena.
- Renalcenter, em Itaúna.
- Renalclínica, em São João Del Rei.
- Santa Casa de Misericórdia de Lavras, em Lavras.
- Serviço Carangolense de Nefrologia, em Carangola.
- Serviço Ubaense de Nefrologia, em Ubá.

A FIG. 5 apresenta a distribuição geográfica da rede formada pelos membros da Associação e que sustentam o modelo adotado no final de 2004.

5 CAPÍTULO 4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram enviados 36 questionários com as 44 afirmativas para as 18 unidades de diálise que fazem parte da AMICEN. Retornaram 30, o equivalente a 83,3%, e cada Unidade teve pelo menos um representante. A TAB. 4 apresenta a relação entre as unidades de diálise para as quais foram enviados o questionário, o retorno.

TABELA 4

Demonstração das unidades de diálise às quais foram enviados o questionário e o retorno

Unidade de diálise	Cidade de origem	Questionários enviados	Retorno
Hosp Nossa Senhora das Dores	Ponte Nova	02	01
Clín Dial UNIRIM	João Monlevade	02	01
Clín Sto Antonio	Conselheiro Lafaiete	04	03
CTDR	Juiz de Fora	03	03
Fundação IMEPEN	Juiz de Fora	03	03
Hemoclear	Conselheiro Lafaiete	02	01
Hospital de Cataguases	Cataguases	01	01
Clin Nefrológica Viçosa	Viçosa	02	02
Nefroclin	Juiz de Fora	01	01
Nefrosul	Varginha	02	02
Núcleo de Med Especializada	Teófilo Otoni	02	02
Pró-Renal	Barbacena	01	01
Renalcenter	Itaúna	02	01
Renalclín	São João Del Rei	03	03
Santa Casa de Misericórdia	Lavras	03	02
Serviço Carangolense de Nefrologia	Carangola	01	01
Serviço Ubaense de Nefrologia	Ubá	02	02
Total		36	30

Fonte: elaborado pelo autor.

Nas unidades onde houve o retorno de mais de um questionário, a média aritmética entre os respondedores constituiu a resposta final da

representação da Unidade. Desta forma, todas foram representadas nas respostas ao questionário.

Para avaliar se os objetivos da AMICEN têm sido cumpridos por seus parceiros, estabeleceu-se um questionário auto-aplicável representando 10 dimensões e originando 44 assertivas.

Estabelecendo como média as respostas 4 e 5 como grau de importância para todas as dimensões, 70,8% dos respondedores, englobando todas as dimensões, entenderam que a Associação atende aos objetivos propostos.

O GRAF. 1 demonstra a porcentagem de respostas agrupadas para as 44 perguntas por dimensão. Confiança, coordenação e mecanismo de controle e equilíbrio de direitos e deveres foram considerados “muito importantes” – nível 5 para 73,3, 58,3 e 64,8%, respectivamente, dos associados.

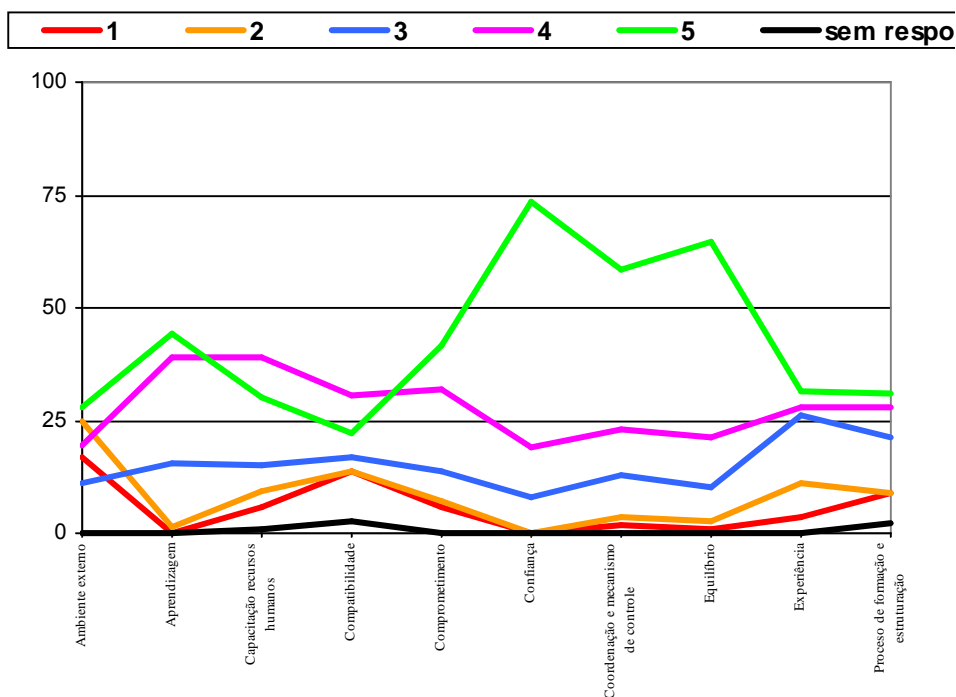


GRÁFICO 1 - Porcentagem de respostas para as 44 perguntas, por dimensões.

Fonte: elaborado pelo autor.

Se for estabelecida uma *coorte* de 25% para os itens 1 e 2 (respostas negativas pela escala) e 75% para os itens 4 e 5 de importância (respostas positivas pela escala), serão agrupadas na escala de itens 4 e 5 as dimensões **aprendizagem, confiança, coordenação; coordenação e mecanismo de controle; e equilíbrio de direitos e deveres**, que alcançaram 83,3, 92,2, 81,5 e 86,1%, respectivamente, dos respondedores.

Por outro lado, a **capacitação de recursos humanos**, o **comprometimento**, a **experiência** e o **processo de estruturação e formação** alcançaram na escala itens 1 e 2 de importância percentuais de 15,1, 11,1, 14,8 e 17,8%, respectivamente, abaixo de 25%. A dimensão **ambiente externo** apresentou equilíbrio entre os itens 1 e 2 com 41,7% e 4 e 5 com 47,2%. A TAB. 5 mostra a percentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão.

TABELA 5

Porcentagem de resposta para as perguntas agrupadas do questionário,
por dimensão

	Importância			Sem resposta
	Pouco		Muito	
Dimensão	1+2	3	4+5	
Ambiente externo	41,7	11,1	47,2	0,0
Aprendizagem	1,4	15,3	83,3	0,0
Capacitação recursos humanos	15,1	15,1	69,0	0,8
Compatibilidade	27,8	16,7	52,8	2,8
Comprometimento	11,1	13,9	75,0	0,0
Confiança	0,0	7,8	92,2	0,0
Coordenação e mecanismo de controle	5,6	13,0	81,5	0,0
Equilíbrio de direitos e deveres	3,7	10,2	86,1	0,0
Experiência	14,8	25,9	59,3	0,0
Processo de formação e estruturação	17,8	21,1	58,9	2,2

Fonte: elaborado pelo autor.

Quando agrupadas as respostas importância nos níveis 4 e 5, aprendizagem aparece associada à aprendizagem, confiança, mecanismo de controle e coordenação e equilíbrio de direito e deveres.

A dimensão aprendizagem, com importância de 83,3% dos respondedores, segundo Hamel, Doz e Prahalad (1989 *apud* LANGEMAN, 2004), pode ser utilizada para ganho de conhecimento sobre áreas de acordo formal, sendo essencial a difusão desse conhecimento nas empresas. Representada pelos itens 6, 7, 23 e 36, reflete bem a troca de informações entre os associados. Para Kanter (1994) e Hoffmann e Scholesser (2001) - *apud* Langemann (2004), se os parceiros restringem demais a troca de informações, menor será a possibilidade de sucesso em aprendizagem, demonstrada no GRAF. 2.

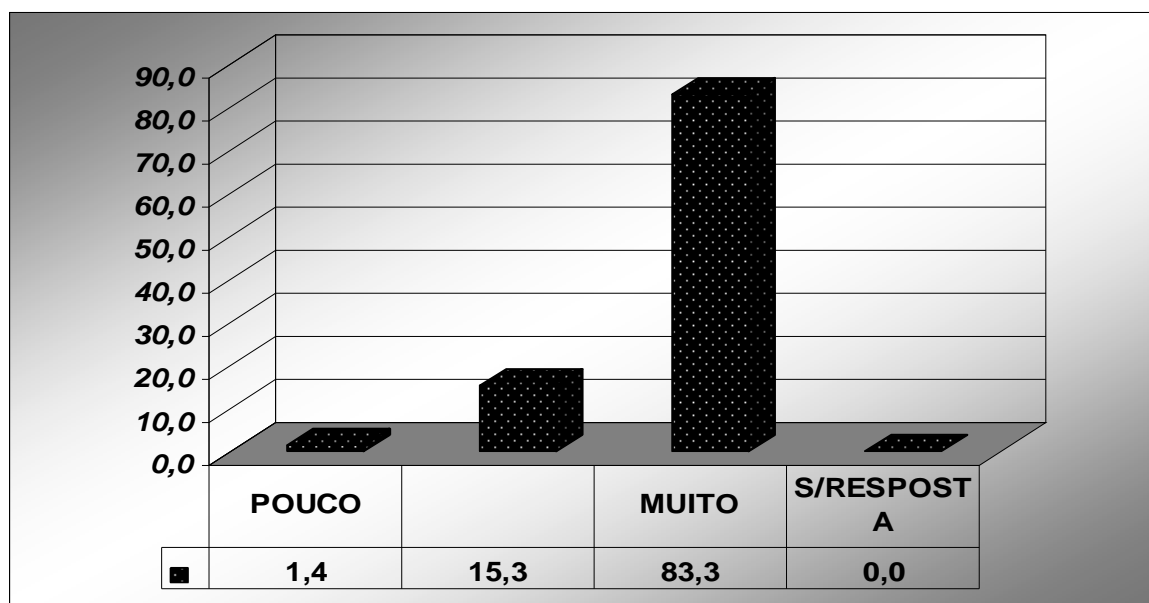


GRÁFICO 2 – Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão aprendizagem.

Fonte: elaborado pelo autor.

Para Langemann (2004), a confiança é um dos fatores mais citados na literatura no desempenho das redes, representada pelos itens 1, 2, 18, 19 e 20, sendo um pré-requisito para a cooperação. Perceber que um parceiro confia no outro passa a ser mais importante do que a existência da confiança e, desta forma, quando um parceiro percebe que o outro lhe atribui confiança, torna-se mais fácil a criação de um ciclo de construção de confiança (THOBEN; JAGDEV, 2001). Tenta-se classificá-la em dois tipos principais: confiança benevolente (ou de boa vontade) e confiança de credibilidade (ou de capacidade ou de competência) - (LANGEMANN, 2004).

Na AMICEN, a confiança prevaleceu a partir da credibilidade, pois havia um conhecimento prévio entre os fundadores para formação da rede de associados, sendo a maioria proveniente da mesma escola universitária e especialização - Universidade Federal de Juiz de Fora (GRAF. 3).

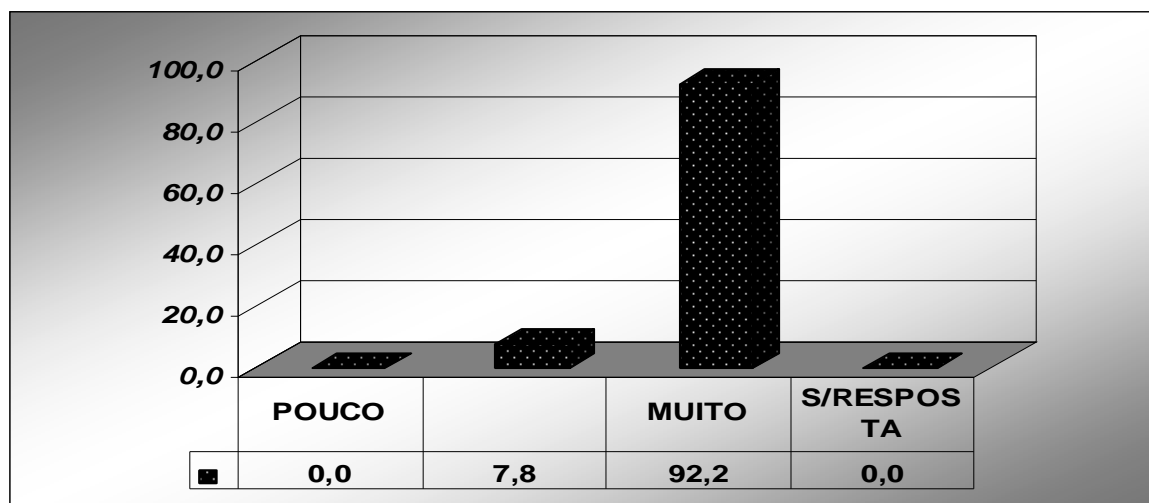


GRÁFICO 3 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão confiança.

Fonte: elaborado pelo autor.

A dimensão coordenação e mecanismo de controle, importante para 81,4% dos respondedores, passou pela pactuação dos compromissos a partir de alguma forma de formalização da parceria. Langemann (2004) infere que o contrato é um dos mecanismos de controle mais citados na literatura e vários autores tratam das cláusulas que devem ser incluídas para o caso de formação de alianças. A coordenação e a adoção de mecanismos de controle, cujo contrato, Estatuto ou Regimento Interno constitui importante instrumento, servem principalmente para estabelecer a definição da duração da rede, bem como de seu término (HOFFMANN; SCHLOSSER, 2001). Os itens 15, 27, 29, 30, 31 e 40 representam essa dimensão (Gráfico 4).

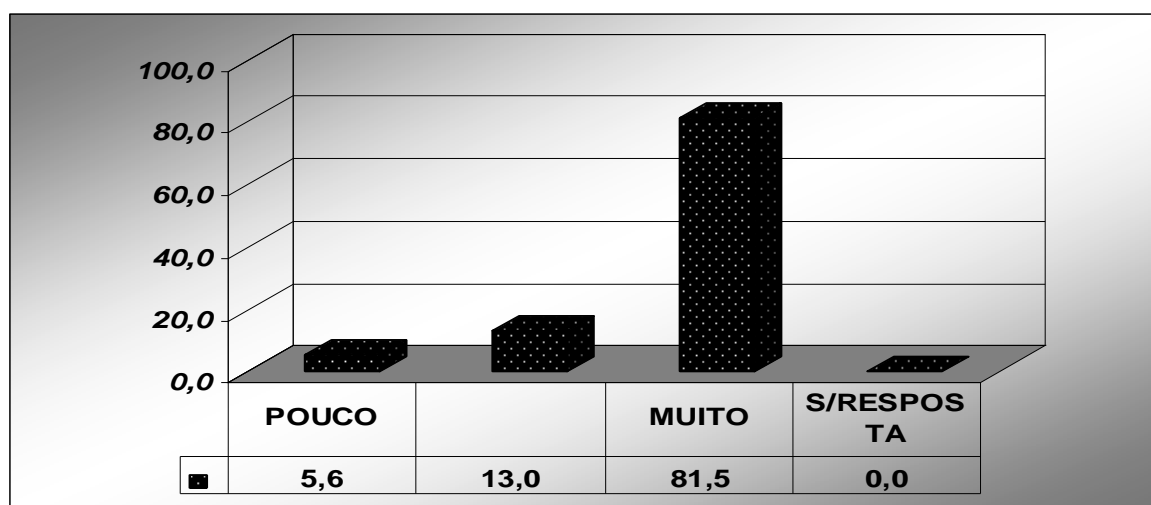


GRÁFICO 4 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão coordenação e mecanismo de controle.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O equilíbrio entre direitos e deveres reflete a harmonia entre os parceiros da rede e deve basear-se na troca justa de benefícios e contribuições, constituindo uma das principais condições para que as redes funcionem (LANGEMANN, 2004). Representada pelos itens 3, 5, 25, 26 e 38, obteve o

maior número (três) de respostas – 100% na escala 4 e 5, nas assertivas sobre a prioridade dos associados sobre os demais e no que diz respeito ao modo de decisão da Associação, com todos tendo direito a voto nas decisões em comum e todos podendo ser eleitos pela diretoria (GRAF. 5).

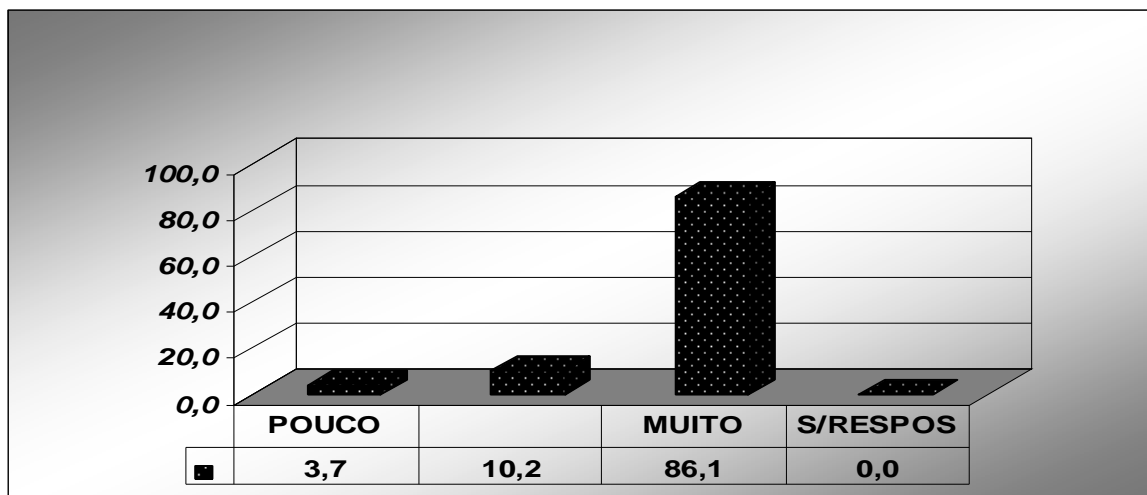


GRÁFICO 5 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão equilíbrio entre direitos e deveres.

Fonte: elaborado pelo autor.

O GRAF. 6 apresenta a porcentagem de respostas agrupadas para as 44 perguntas por dimensão. Em contrapartida, o percentual de assertivas “sem resposta” apareceu nas dimensões capacitação de recursos humanos, compatibilidade e processo de formação e estruturação em 0,8, 2,8 e 2,2%, respectivamente.

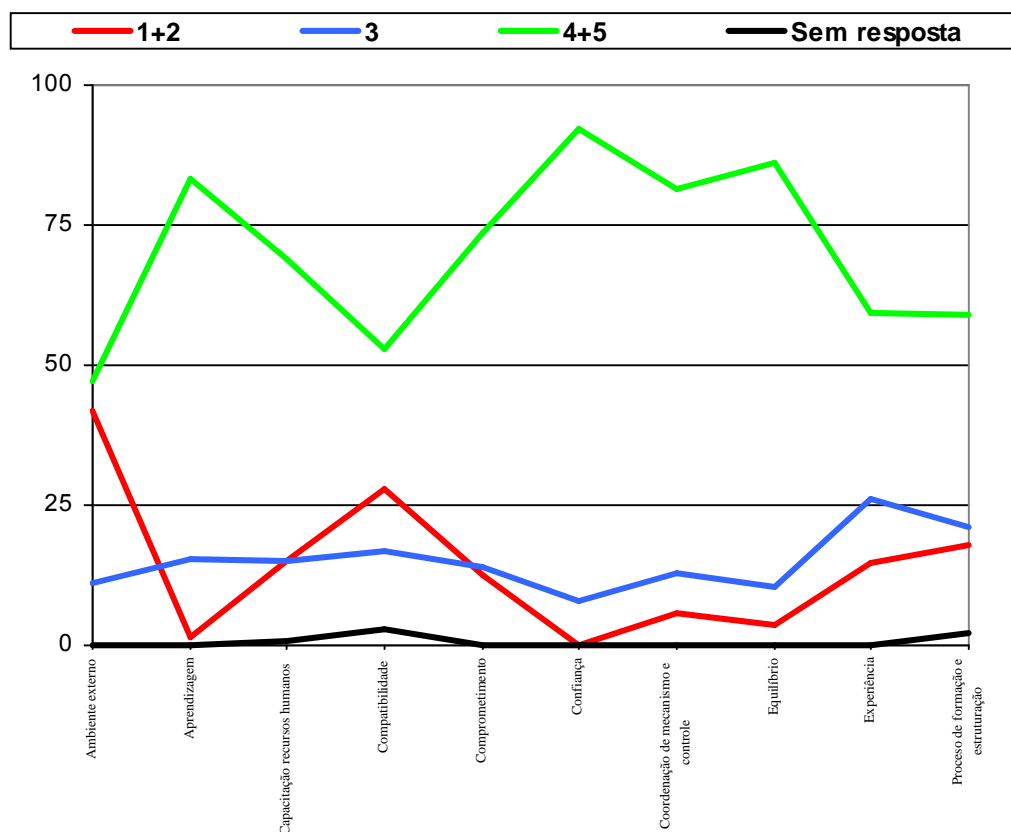


GRÁFICO 6 - Porcentagem de respostas agrupadas para as 44 perguntas, por dimensões.

Fonte: elaborado pelo autor.

Os itens 12, 21, 22, 24, 39, 42 e 43 avaliaram a capacitação de recursos humanos desde o contato entre os associados (que deve ser estimulado - 100% da escala 4 e 5 dos respondedores) até a pouca importância (que reside na idéia de que os associados devem ser donos fundadores de suas empresas). De acordo com Lukianocenko (2001, *apud* LANGEMANN, 2004), como na área de redes poucas pessoas têm experiência, a melhor opção para a rede é a realização de treinamento. A AMICEN tem procurado promover sistematicamente, ao lado de suas reuniões de associados, encontros paralelos com enfermeiros responsáveis pela Unidade, funcionários compradores, responsáveis por almoxarifado e palestras de gestão aos diretores das unidades (GRAF. 7).

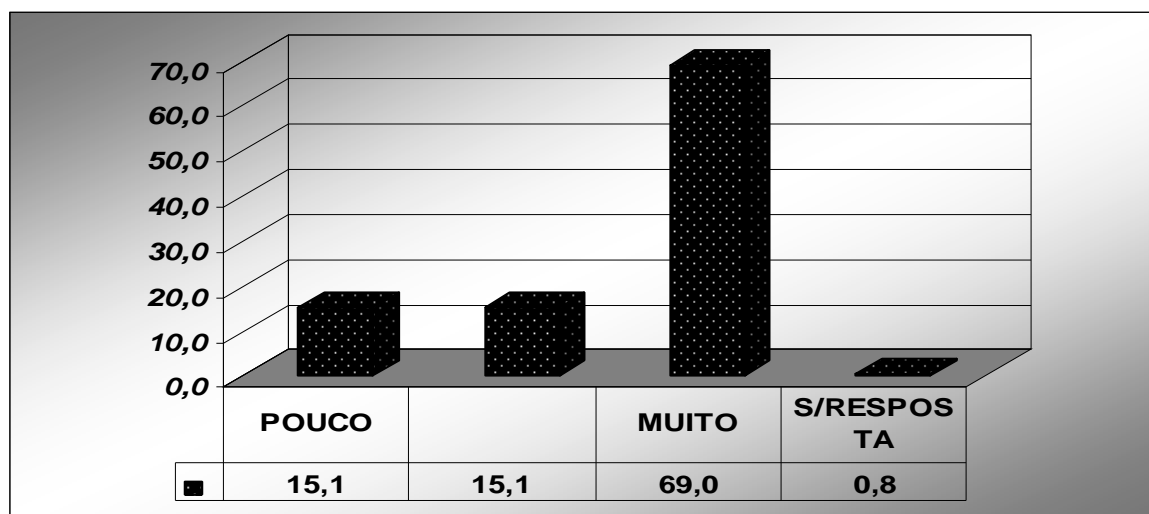


GRÁFICO 7 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por capacitação de recursos humanos.

Fonte: elaborado pelo autor.

A dimensão compatibilidade foi avaliada pelos itens 11 e 37. Nesse aspecto, a atenção deve ser explorada pela afirmação direta que indaga se os associados devem ter o mesmo objetivo, respondida por 88,9% dos respondedores, o que parece demonstrar uma percepção desencontrada na formação da Associação, já que essa condição é um dos principais atributos do estatuto de formação da Associação, além da central de compras. A percepção dessa resposta pode estar relacionada ao fato de que mesmo empresas que atuam no mesmo segmento são diferentes e independentes e, no momento em que passam a ter relacionamento mais próximo e a depender do esforço de outras empresas e da Associação, pode-se prever a existência de conflitos, conforme pode ser observado no GRAF. 8).

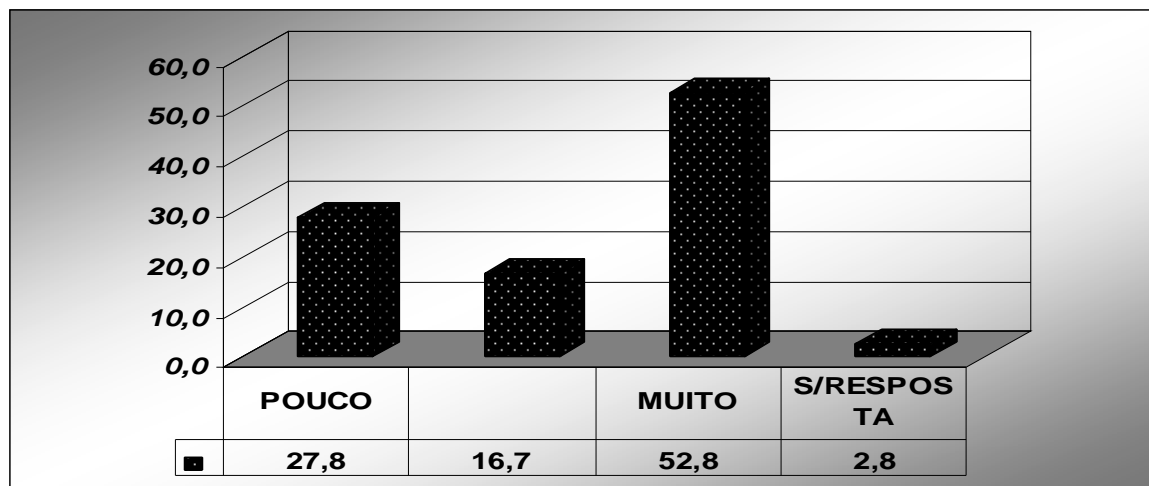


GRÁFICO 8 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por compatibilidade.

Fonte: elaborado pelo autor.

O processo de formação e estruturação foi avaliado pelos itens 8, 16, 17, 28 e 34 e aqui a análise da entrada de novos associados recebeu 100% de respostas 4 e 5 dos respondedores, porém ocorreu preferência de que os locais onde as reuniões ocorrem não devem ser preferencialmente os mesmos (55,6% das respostas, conforme indicado no GRAF. 9).

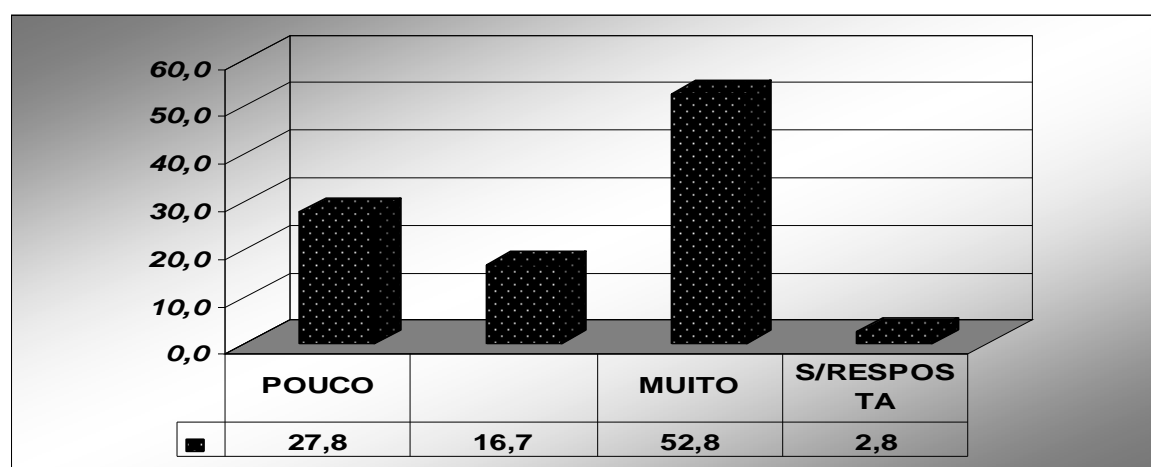


GRÁFICO 9 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão compatibilidade.

Fonte: elaborado pelo autor.

Avaliando as dimensões por resposta às afirmativas do questionário, o ambiente externo, representado pelas assertivas 32 e 33, obteve clara importância no que diz respeito à unicidade da Associação no seu ramo na região (66,7% dos respondedores), que não deve ser única no estado (55,6% dos respondedores). Isso porque, pelo seu tamanho, uma organização estadual provavelmente poderia comprometer de alguma forma seu controle e oferecer mais dificuldades nas negociações entre os fornecedores da rede (GRAF. 10).

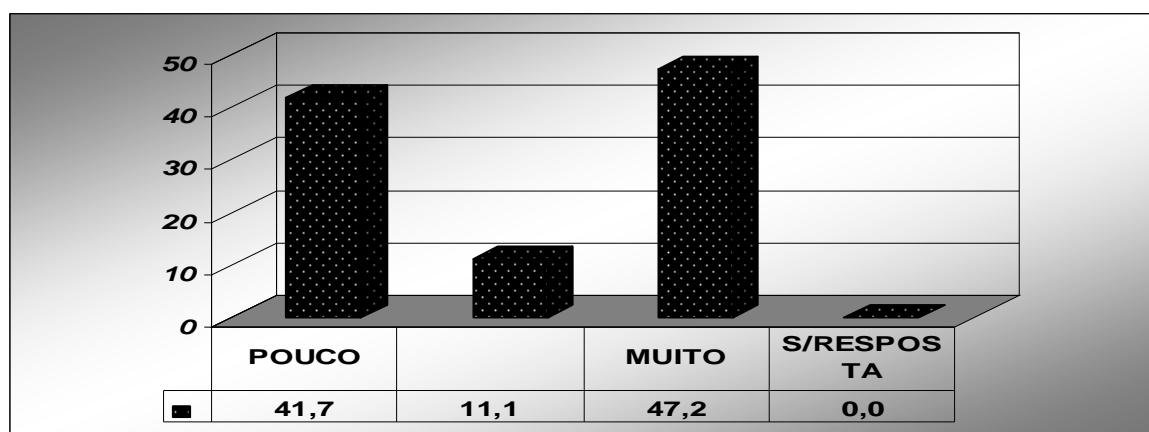


GRÁFICO 10 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão ambiente externo.

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto ao comprometimento, representado pelos itens 4, 35, 41 e 44, reflete a vontade e o esforço para que a rede funcione. Esse comprometimento deve ser estimulado permanentemente para evitar que se comprometa a imagem da rede (88,9% dos respondedores) com outras que não a Associação a que pertencem os associados (72,2% dos respondedores). Para 83,3% dos entrevistados, a rede favoreceu o crescimento da própria unidade de diálise. Porém, apenas 55,6% desejam fazer parte de uma associação única. Essa

percepção talvez esteja relacionada à idéia de outros ganhos por meio de associações diferentes (GRAF. 11).

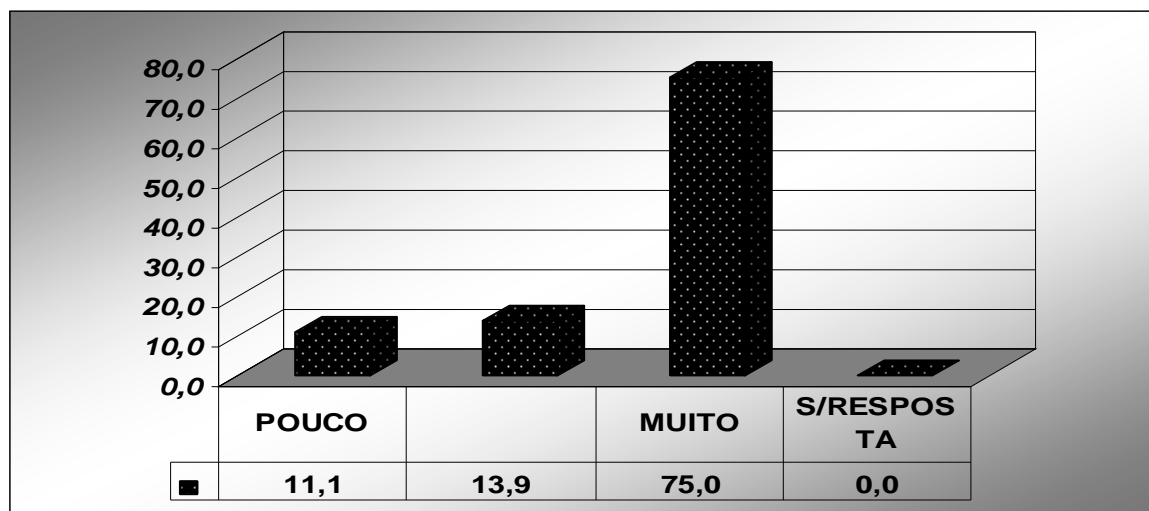


GRÁFICO 11 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão comprometimento.

Fonte: elaborado pelo autor.

A dimensão que infere se os associados e o administrador da rede devem ter experiência prévia na construção de outra Associação e se novos associados devem possuir histórico prévio de bons relacionamentos antes de pleitearem entrar na rede foi representada pelos itens 9, 10 e 14 e está representada no GRAF. 12.

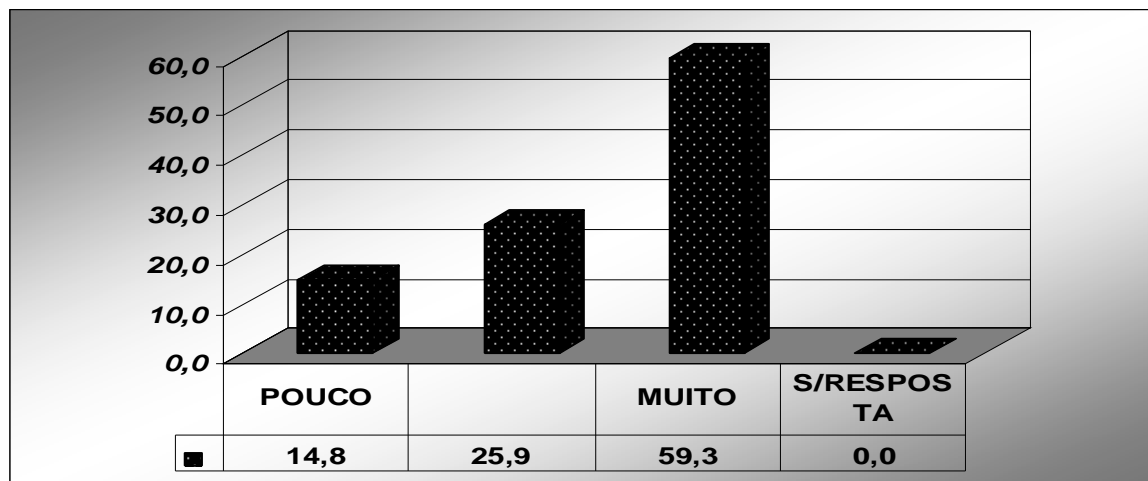


GRÁFICO 12 - Porcentagem de respostas para as perguntas agrupadas do questionário, por dimensão experiência.

Fonte: elaborado pelo autor.

Um consolidado de todas as freqüências de respostas por dimensão e afirmativas por porcentagem está apresentado nas TAB. 6 e 7.

TABELA 6

Porcentagem de resposta para as perguntas agrupadas por dimensão e por afirmativas

Dimensão	Importância			Sem resposta
	Pouco	Muito		
	1+2	3	4+5	4
Ambiente externo	41,7	11,1	47,2	0,0
32. A Associação deve ser única no seu ramo em uma mesma região	27,8	5,6	66,7	0,0
33. A Associação deve única no seu ramo no estado	55,6	16,7	27,8	0,0
Aprendizagem	1,4	15,3	83,3	0,0
6. A associação deve enviar aos associados um informativo atualizado sobre suas atividades	0,0	11,1	88,9	0,0
7. A associação deve passar informações não confidenciais aos associados sempre que solicitada	5,6	16,7	77,8	0,0
23. Os associados devem repassar informações à Associação quando solicitadas	0,0	11,1	88,9	0,0
36. Os associados devem trocar informações entre si	0,0	22,2	77,8	0,0
12. Os associados devem ser donos fundadores de suas empresas	55,6	16,7	22,2	5,6
21. Os donos da unidade devem receber formação para atividade administrativa	11,1	22,2	66,7	0,0

Continuação

Dimensão	Importância		Sem resposta	
	Pouco	Muito		
22. A diretoria da Associação deve receber formação para atividades administrativas	11,1	5,6	83,3	0,0
24. A Associação deve contratar funcionários específicos para a função de negociação	0,0	5,6	94,4	0,0
39. O contato entre os associados deve ser facilitado e estimulado	0,0	0,0	100,0	0,0
42. Deve-se consultar a opinião dos funcionários das associadas na tomada de decisões	16,7	44,4	38,9	0,0
43. A Associação deve possuir um administrador que trabalhe exclusivamente para ela	11,1	11,1	77,8	0,0
Compatibilidade	27,8	16,7	52,8	2,8
11. Os associados devem possuir um mesmo porte	55,6	27,8	16,7	0,0
37. Os associados devem ter o mesmo objetivo	0,0	5,6	88,9	5,6
Comprometimento	11,1	13,9	75,0	0,0
4. Os associados não devem possuir comportamentos que comprometam a imagem da rede	0,0	11,1	88,9	0,0
35. Os associados devem se comprometer somente com a Associação a que pertencem	16,7	11,1	72,2	0,0
41. O associado deve fazer parte apenas de uma Associação	22,2	22,2	55,6	0,0
44. Permanecer na Associação favoreceu o crescimento da sua unidade de diálise	5,6	11,1	83,3	0,0
Confiança	0,0	7,8	92,2	0,0
1. Os associados devem confiar uns nos outros	0,0	11,1	88,9	0,0
2. Os associados devem confiar na direção da Associação	0,0	0,0	100,0	0,0
18. Os funcionários devem ter consciência da importância da cooperação	0,0	22,2	77,8	0,0
19. Os donos dos centros de diálise devem ter consciência da importância da cooperação	0,0	5,6	94,4	0,0
20. A diretoria da Associação deve ter consciência da importância da cooperação	0,0	0,0	100,0	0,0
Coordenação de mecanismo e controle	5,6	13,0	81,5	0,0
15. A Associação deve fiscalizar o comportamento das empresas associadas	16,7	38,9	44,4	0,0
27. A Associação deve possuir controle do desempenho das suas participantes	16,7	22,2	61,1	0,0
29. O Estatuto da Associação deve possuir cláusulas prevendo a saída dos associados	0,0	0,0	100,0	0,0
30. O Estatuto da Associação deve possuir cláusulas sobre sua dissolução	0,0	11,1	88,9	0,0
31. O Estatuto deve possuir cláusulas para associados que se comportem com má fé	0,0	5,6	94,4	0,0
40. A Associação deve possuir um Regimento Interno (código de ética)	0,0	0,0	100,0	0,0
Equilíbrio	3,7	10,2	86,1	0,0
3. Nenhum associado deve possuir prioridade sobre os demais	0,0	0,0	100,0	0,0
5. Todos os associados devem comparecer às reuniões realizadas pela Associação	0,0	16,7	83,3	0,0
13. Todos os associados devem crescer juntos havendo equilíbrio de ganhos	22,2	38,9	38,9	0,0
25. Todos os associados devem possuir direito a voto nas decisões em comum	0,0	0,0	100,0	0,0
Equilíbrio	3,7	10,2	86,1	0,0
26. Todos os associados devem possuir direito voto na eleição da diretoria	0,0	0,0	100,0	0,0
38. Todos os associados deveriam ter direito de serem eleitos para a diretoria	0,0	5,6	94,4	0,0
Experiência	14,8	25,9	59,3	0,0
9. Os associados devem possuir experiência em cooperação	27,8	33,3	38,9	0,0
10. O administrador da Associação deve possuir experiência em administração	5,6	11,1	83,3	0,0
14. Os associados devem possuir histórico de bons relacionamentos antes de entrarem na Associação	11,1	33,3	55,6	0,0

Continuação

Dimensão	Importância			Sem resposta
	Pouco	Muito		
Processo de formação e estruturação	17,8	21,1	58,9	2,2
8. A associação deve utilizar programas de computador para facilitar suas atividades (ex: programa de compras)	5,6	16,7	66,7	11,1
16. A sede da Associação deve ser fixa e possuir espaço para negociações	27,8	22,2	50,0	0,0
17. As reuniões da Associação devem ser realizadas num mesmo local	55,6	27,8	16,7	0,0
28. A Associação deve possuir critérios claros para a seleção de novos associados	0,0	0,0	100,0	0,0
34. A Associação deve formar alianças com outras Associações ou entidades do mesmo ramo	0,0	38,9	61,1	0,0

Fonte: elaborado pelo autor.

TABELA 7

Porcentagem de resposta para as perguntas agrupadas do questionário

Assertiva	Importância		
	Pouco	Muito	
1. Os associados devem confiar uns nos outros	0,0	11,1	88,9
2. Os associados devem confiar na direção da Associação	0,0	0,0	100,0
3. Nenhum associado deve possuir prioridade sobre os demais	0,0	0,0	100,0
4. Os associados não devem possuir comportamentos que comprometam a imagem da rede	0,0	11,1	88,9
5. Todos os associados devem comparecer às reuniões realizadas pela Assoc	0,0	16,7	83,3
6. A associação deve enviar aos associados um informativo atualizado sobre suas atividades	0,0	11,1	88,9
7. A associação deve passar informações não confidenciais aos associados sempre que solicitadas	5,6	16,7	77,8
8. A associação deve utilizar programas de computador para facilitar suas atividades (ex: programa de compras)	5,6	16,7	66,7
9. Os associados devem possuir experiência em cooperação	27,8	33,3	38,9
10. O administrador da Associação deve possuir experiência em administração	5,6	11,1	83,3
11. Os associados devem possuir um mesmo porte	55,6	27,8	16,7
12. Os associados devem ser donos fundadores de suas empresas	55,6	16,7	22,2
13. Todos os associados devem crescer juntos, havendo equilíbrio de ganhos	22,2	38,9	38,9
14. Os associados devem possuir histórico de bons relacionamentos antes de entrarem p/a Associação	11,1	33,3	55,6
15. A Associação deve fiscalizar o comportamento das empresas associadas	16,7	38,9	44,4
16. A sede da Associação deve ser fixa e possuir espaço para negociações	27,8	22,2	50,0
17. As reuniões da Associação devem ser realizadas num mesmo local	55,6	27,8	16,7
18. Os funcionários devem ter consciência da importância da cooperação	0,0	22,2	77,8
19. Os donos dos centros de diálise devem ter consciência da importância da coop	0,0	5,6	94,4
20. A diretoria da Associação deve ter consciência da importância da cooperação	0,0	0,0	100,0
21. Os donos da unidade devem receber formação para atividade administrativa	11,1	22,2	66,7
22. A diretoria da Associação deve receber formação para atividades administrat.	11,1	5,6	83,3
23. Os associados devem repassar informações à Associação quando solicitadas	0,0	11,1	88,9
24. A Assoc deve contratar funcionários específicos para a função de negociação	0,0	5,6	94,4
25. Todos os associados devem possuir direito a voto nas decisões em comum	0,0	0,0	100,0
26. Todos os associados devem possuir direito a voto na eleição da diretoria	0,0	0,0	100,0
27. A Associação deve possuir controle do desempenho das suas participantes	16,7	22,2	61,1
28. A Associação deve possuir critérios claros para a seleção de novos associados	0,0	0,0	100,0
29. O Estatuto da Associação deve possuir cláusulas prevendo a saída dos assoc	0,0	0,0	100,0
30. O Estatuto da Associação deve possuir cláusulas sobre sua dissolução	0,0	11,1	88,9

Continuação

Assertiva	Importância		
	Pouco		Muito
31. O Estatuto deve possuir cláusulas para associados que se comportem c/ má fé	0,0	5,6	94,4
32. A Associação deve ser única no seu ramo em uma mesma região	27,8	5,6	66,7
33. A Associação deve única no seu ramo no estado	55,6	16,7	27,8
34. A Associação deve formar alianças com outras Associações ou entidades do mesmo ramo	0,0	38,9	61,1
35. Os associados devem se comprometer apenas com a Assoc a que pertencem	16,7	11,1	72,2
36. Os associados devem trocar informações entre si	0,0	22,2	77,8
37. Os associados devem ter o mesmo objetivo	0,0	5,6	88,9
38. Todos os associados deveriam ter direito a serem eleitos para a diretoria	0,0	5,6	94,4
39. O contato entre os associados deve ser facilitado e estimulado	0,0	0,0	100,0
40. A Associação deve possuir um Regimento Interno (código de ética)	0,0	0,0	100,0
41. O associado deve fazer parte apenas de uma Associação	22,2	22,2	55,6
42. Deve-se consultar a opinião dos funcionários das associadas na tomada de decisões	16,7	44,4	38,9
43. A Assoc deve possuir um administrador que trabalhe exclusivamente para ela	11,1	11,1	77,8
44. Permanecer na Associação favoreceu o crescimento da sua unidade de diálise	5,6	11,1	83,3

Fonte: elaborado pelo autor.

Pelo menos três dimensões não apresentaram respostas: capacitação dos recursos humanos, compatibilidade e processo de formação estruturação, com 0,8, 2,8 e 2,2%, respectivamente, dos respondedores. Essa ausência de resposta diz respeito à afirmativa se os associados devem ser donos fundadores de suas empresas, compreensível, pois a maioria das unidades agregou novos profissionais a partir do momento que se desenvolveram e cresceram.

Se os associados devem ter o mesmo objetivo (5,6% de ausência de respostas), é uma questão que precisa ser posteriormente melhor estudada em outros trabalhos. A terceira e última, em consonância com a anterior, refletem, talvez, entendimento pouco compreensível por parte dos associados, pois infere-se a utilização de *software* específica para compra facilitando as atividades da associação (TAB. 6).

O GRÁF. 13, apresentado a seguir, reflete todas as dimensões e sua significância para as respostas.

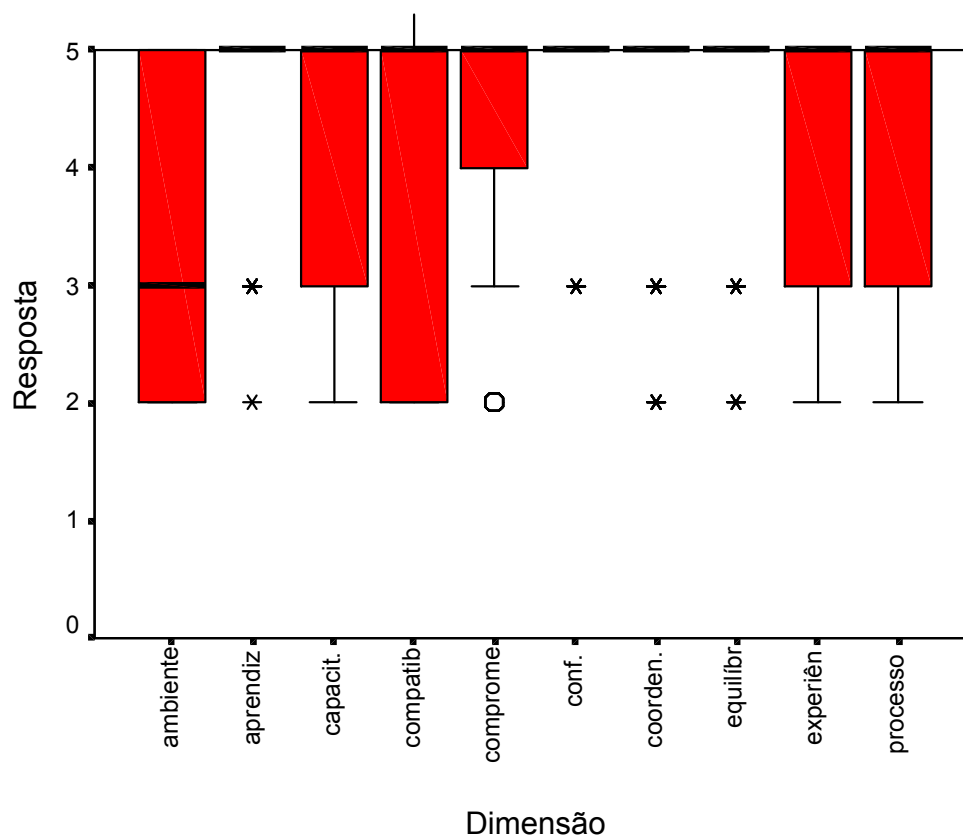


GRÁFICO 13 - *Box-plot* das respostas para as 44 perguntas, por dimensões.

Fonte: elaborado pelo autor.

Fica claro que a dimensão ambiente externo, que reflete as relações com agentes fora da Associação, precisa ser trabalhada para que outras Associações sejam criadas e fortaleçam a estrutura da rede frente e junto aos agentes com os quais as empresas lidam (governo, intermediário e fornecedores). Além disso, também a dimensão compatibilidade deve merecer atenção, já que as relações de planejamento devem ser mais valorizadas em benefício do todo, superando os interesses individuais em favor do coletivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pequenas e médias empresas prestadoras de serviço de saúde em diálise buscam transpor as suas limitações ao se associarem e promoverem a cooperação para superarem suas dificuldades.

Desta maneira, se a confiança, a coordenação e mecanismos de controle e a aprendizagem alcançam altos níveis de importância e estão relacionadas com a preservação da rede, elas devem ser cada vez mais estimuladas por ações específicas focando o alcance do objetivo da rede.

Ações pró-ativas que reforcem essas potencialidades, claramente evidenciadas pelas posições dos associados, incluem fatores de inclusão científica, já que o percentual de pacientes que fazem parte da rede não encontra similar no Brasil.

Por outro lado, outros atributos que foram considerados menos importantes devem ser reavaliados cuidadosamente, porque podem de alguma forma representar condições restritivas e impedir o alcance dos objetivos.

A dimensão ambiente externo que talvez não tenha sido bem clarificada nas assertivas propostas aos associados deve ser individualizada, porque as relações ambientais são fatores preponderantes para a sobrevivência de cada empresa individualmente. A criação de comitês setoriais para discussão com órgãos formuladores de políticas de saúde e provedores de serviço, além de comitê educativo, é forma consolidada pelas cooperativas como ações que reforçam a proposta coletiva e poderia ser adotada pela Associação.

A AMICEN, como modelo de rede prestadora de serviço, com características específicas para a área de diálise, constitui-se em importante gerador de informações para a constituição de novos projetos com modelo semelhante. Nesse aspecto, isto se torna importante para a nefrologia no país, onde o modelo de associação de pequenas e médias empresas foge do escopo de discussão gerencial, mais pelo fato da dificuldade de montagem do que pela necessidade de fazê-lo.

O perfil demonstrado neste estudo, específico para a área de saúde, não difere das características de outros modelos de redes. Porém, numa área onde há falta de padronização de gerenciamento administrativo, escassez de fornecedores, prestação de serviços para praticamente um tipo de cliente - o Sistema Único de Saúde, do qual se recebem valores abaixo dos praticados por outros países - esse modelo ganha significativo valor porque concilia as ações pró-ativas para o seu fortalecimento, valoriza a aprendizagem e exige comprometimento para o fortalecimento da cooperação e coordenação.

Assim, a ação coletiva é um diferencial importante para alcançarem-se os objetivos propostos pelos parceiros da AMICEN e deve ser estimulada para o avanço de estudos científicos nessa área que, de forma comparativa, possam avaliar o desempenho de novas redes a serem criadas no país.

Ressalta-se que a falta de modelos de estudos científicos nessa área, e principalmente na área de serviços de saúde em diálise, é o maior cerceador, impondo limitações à amostra e ao método. Constitui-se, porém, em sugestão para novos estudos sobre essa área vasta e desconhecida, que possam trazer melhorias no atendimento ao paciente em programa dialítico, bem como fortalecer as instituições e organizações que lhe prestam serviço.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J. **As especificidades dos sistemas de inovação do setor saúde**: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. São Paulo: 2000. Disponível em <www.fesbe.org.br/v2/index.php?page=geral/pagina_sim&code=estudosfesbe&tipo=estudosfesbe>. Acesso em 15 de jun, 2005.

AMATO NETO, João. Redes de cooperação produtiva: uma estratégia de competitividade e sobrevivência para pequenas e médias empresas. **Gest Prod**, v.8, n.3, São Carlos. 2001.

BALESTRIN, Alsones; VARGAS, Lilia Maria. A dimensão estratégica das redes horizontais de PMEs: teorizações e evidências. **RAC**, Campinas, Edição Especial, p. 203-227, 2004.

BANCO NACIONAL DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Porte de Empresa. Carta Circular 64**. Brasília. 2002. Disponível em <www.bndes.gov.br/espanho/porte.asp>. Acesso em 16 out. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. . **Anuário Estatístico da Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: 2002. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em 14 abro 2005.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Geral de Alta Complexidade Ambulatoria1. **Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal**. Brasília: 2004.

BREGMAN, Racuel. Efetividade e custo-efetividade do adiamento da fase final da doença renal crônica. **ENSP**. 2004. Disponível em <www.chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/Rache1_bregman.ppt>. Acesso em 01 out. 2005.

BRITTO, Jorge. Cooperação industrial e redes de empresas. *In* KUPER, David; HASENCLEVER, Lia (orgs.). **Economia industrial: fundamentos teóricos e práticas no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

CÂNDIDO, Gesinaldo Ataíde; ABREU, Aline França de. Os conceitos de redes e as relações interorganizacionais: um estudo exploratório. *In*: ENANPAD, 24, 2000. Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: ANPAD, 2000. 1 CD.

CASTELLS, M. **A era da Informação: economia, sociedade e cultura – a sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **A sociedade em rede - a era da informação**: economia, sociedade e cultura. 6ª. ed, São Paulo: Paz e Terra, 2002.

COELHO, Vera Schattan P. **Interesses e instituições na política de saúde - o**

transplante e a diálise no Brasil. 1996. Tese de Doutorado (Instituto de Filosofia e Ciências Humanas) Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. 1996.

_____. Interesses e instituições na política de saúde. **Rev Bras Cienc Soc**, São Carlos, v. 13, n.37. São Paulo. 1998.

DAS, T. K.; TENG, Bing-Sheng, Partner analysis and alliance performance. **Scandinavian Journal of Management**, Copenhagen, v. 19, 2003.

DOUMA, Marc U. *et al.* Strategic Alliances: managing the dynamics of fit. **Long Range Planning**, London, v. 33, 2000.

FLEURY, Afonso C.C.; FLEURY, Maria Tereza Leme. Estratégias competitivas e competências essenciais: perspectivas para a internacionalização da indústria no Brasil. **Gestão e Produção**, São Paulo, v.10, n. 2: p. 129-144, 2003.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANÇA, Júnia Lessa *et al.* **Manual para normalização de publicações técnico-científicas.** Belo Horizonte: ed. UFMG. 7ed., 241p., 2004.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1.8;n.2, 2003.

GRANDORI, A .G.; SODA. Interfirms networks: antecedents, mechanisms and forms. **Organizations Studies**, Berlin, v.16, n. 2: p.183-214, 1995.

_____. An organizational assessment of interfirm coordination modes. **Organization Studies**. Berlin, v. 18, n.6: p. 897 -925.1997.

HOFFMANN, W.H.; SCHLOSSER, R. Success factors of strategic alliances in small and medium-size enterprises: an empirical survey. **Long Range Planning**. London. v. 34: p.357-381, 2001.

HUMAN, Sherrie E., PROVAN, Keith G., An emergent theory of structure in small-firms strategic manufacturing networks. **Academy of Management Journal**, New York, v. 40, n. 2: p. 368-403, 1997.

IBGE - <http://www.censo.ibge.gov.br/>, 2003, acesso dia 14.04.2004.

KLEVORICK, A.K. *et al.* On the sources and significance of interindustry differences in technological opportunities. **Research Policy**, Washington, 24.(185:205), 1995.

LANGEMANN, L. **Fatores que influenciam a performance de redes de pequenas e médias empresas.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004.

LOPES, Fernando Dias; BALDI, Mariana. Laços sociais e formação de arranjos organizacionais cooperativos: proposição de um modelo de análise. **RAC**, São Paulo, v. 9, n. 2: p. 81-101, 2005.

LORANGE, P.; ROOS, J. **Alianças estratégicas: formação, implementação e evolução**. São Paulo: Atlas, 1996.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookmann, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINTZBERG, Henry; QUINN, James Brian. **O processo da estratégia**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. K/DOQI Clinical practice guidelines for chronic kidney disease. **Executive Summary**. New York, p.19, 2002.

NOHRIA, N.; ECCLES, R. Networks and organizations: structure, forms and action. Boston: **Harvard Business School Press**, c.17: p.445-470, 1992.

OLIVARES, José Enrique Louffat. Negociação para configurar o desenho da estrutura organizacional em rede. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 9, n. 3, São Paulo, 2002.

OLSON, Mancur. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo. EDUSP. 1999.

OMS. WORLD HEALTHY ORGANIZATION. **The impact of chronic disease in, Brazil**. Geneve. 2005. Disponível em <www.who.int/chp/chronic_disease/en>. Acesso em 16 de out. 2005.

PARK, Seung Ho; UNGSON, Gerardo R. Interfirm rivalry and managerial complexity: a conceptual framework of alliance failure. **Organization Science**, Bethesda, v. 12, n. 1, january/ february, 2001.

PEDROSO, A.; PEREIRA, J.M. Práticas e desafios da gestão frente à nova arquitetura organizacional: reflexões teóricas. *In: II ENEO*. Caderno de Idéias, Recife. 2002.

PERROW, C. Small-firms networks. *In: NOHRIA, N.; ECCLES, R. Networks and organizations: structure, forms and action*. Boston: Harvard Business School Press, c.17: p. 445-470, 1992.

PORTER M. E. **A vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro. Campus, 1993.

_____. **On Competition**. Boston: **Harvard School Publishing**, 1998.

POWELL, W.W. Neither market nor hierarchy: Network forms of organizations. *In*: STA W, R.M.; CUMMINGS, L.L. (eds.). **Reserch in Organizational Behavior**, New York, n.12: p. 295336, 1990.

PRAHALAD, C.K; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, Boston, v. 68, n. 3: p. 79-91, 1990.

ROMÃO JÚNIOR, João Egídio. **Hemodiálise no Brasil**. Câmara de Seguridade Social. Brasília. 2003. São Paulo. Disponível em: <www.sbn.org.br/epidemiologia2004.pps - 17>. Acesso em 07 jul. 2005.

_____. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. **JBN** - Diretrizes brasileiras para doença renal crônica, São Paulo, v. 26, n. 3, spl. 1: p. 1-3, 2004.

SABEL, C. **Moebiusstrip organizations and open labor markets: some consequences of the reintegration and execution in a volatile economy**. Social Theory for a changing society. Boulder: Westview Press, 1991.

SARCOMANO NETO, Mário; TRUZZI, Oswaldo M. Serra. **Configurações estruturais e relacionais da rede de fornecedores: uma resenha compreensiva**. Revista de Administração da USP, São Paulo, v. 39: p. 255-263, 2004.

SHERER, Susan A. Critical success factors for manufacturing networks as perceived by network coordinators. **Journal of Small Business Management**, London, v. 41, n. 4, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Epidemiologia da Doença Renal Crônica no Brasil**. 2004. São Paulo. Disponível em: <www.sbn.org.br/epidemiologia2004.pps#17>. Acesso em 07 jul. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo 2004/2005**. 2005. São Paulo. Disponível em <www.sbn.org.br/Censo/censo20042005.htm>. Acesso em 07 jun. 2005.

SOUZA, M.C.A.F de. Pequenas e médias empresas na reestruturação industrial. Brasília: **SEBRAE**, 1995.

TAVARES, M.C.; AMARAL, L.A.S.; GONÇALVES, C.A. Construção do conhecimento em estratégia e em competitividade: uma síntese. *In*: ENAMPAD, 24, 2000. Florianópolis. **Anais ...** Florianópolis: ANANPAD, 2000. I CD.

THOBEN, K.D.; JADGDEV, H.S. Typological issues in enterprises networks. **Production Planning and Control**. London. v. 12, n. 5: p.421- 436, 2001.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 5^a. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. **Métodos de pesquisa em Administração**. 1a. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

WEGNER, Douglas. **Redes horizontais de empresas no Rio Grande do Sul: um estudo dos fatores influentes na formação e desenvolvimento**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria. 2005.

_____. *et al.* Fatores críticos para a formação de *clusters* e redes de empresas: um estudo exploratório. *In: VII Semana de Administração*. Rio de Janeiro. Disponível em <www.anpad.org.br/frame_enanpad2004.html>. Acesso em 13 mar. 2005.

WILLIAMSON, Oliver. Markets, hierarchies, and the modern corporation: an unfold perspective. **Journal Economic Behavior and Organization**, London, v. 17: p. 335-352, 1992.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 1ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Sites:

www.reacao.com.br/programa_sbpc57ra/sbpccontrole/textos/sadaoomote.htm

www.sbn.org.br/epidemiologia2004.pps#338

www.who.int/chp/chronic_disease_report/en-2005

APÊNDICES

Apêndice A Questionário



NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

	Pouco import				Muito import
	1	2	3	4	5
1. Os associados devem confiar uns nos outros					
2. Os associados devem confiar na direção da Associação					
3. Nenhum associado deve possuir prioridade sobre os demais					
4. Os associados não devem possuir comportamentos que comprometam a imagem da rede					
5. Todos os associados devem comparecer às reuniões realizadas pela Associação					
6. A associação deve enviar aos associados um informativo atualizado sobre suas atividades					
7. A associação deve passar informações não confidenciais aos associados sempre que solicitadas					
8. A associação deve utilizar programas de computador para facilitar a realização de suas atividades (por exemplo: programa de compras)					
9. Os associados devem possuir experiência em cooperação					
10. O administrador da Associação deve possuir experiência em administração					
11. Os associados devem possuir um mesmo porte					
12. Os associados devem ser donos fundadores de suas empresas					
13. Todos os associados devem crescer juntos, havendo equilíbrio de ganhos					
14. Os associados devem possuir histórico de bons relacionamentos antes de entrarem para a Associação					
15. A Associação deve fiscalizar o comportamento das empresas associadas					
16. A sede da Associação deve ser fixa e possuir espaço para negociações					
17. As reuniões da Associação devem ser realizadas num mesmo local					
18. Os funcionários devem ter consciência da importância da cooperação					
19. Os donos dos centros de diálise devem ter consciência da importância da cooperação					
20. A diretoria da Associação deve ter consciência da importância da cooperação					
21. Os donos da unidade devem receber formação para atividade administrativa					



NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

	Pouco import				Muito import
	1	2	3	4	5
22. A diretoria da Associação deve receber formação para atividades administrativas					
23. Os associados devem repassar informações à Associação, quando solicitadas					
24. A Associação deve contratar funcionários específicos para a função de negociação					
25. Todos os associados devem possuir direito a voto nas decisões em comum					
26. Todos os associados devem possuir direito a voto na eleição da diretoria					
27. A Associação deve possuir controle do desempenho das suas participantes					
28. A Associação deve possuir critérios claros para a seleção de novos associados					
29. O estatuto da Associação deve possuir cláusulas prevendo a saída dos associados					
30. O estatuto da Associação deve possuir cláusulas sobre a sua dissolução					
31. O estatuto deve possuir cláusulas para associados que se comportem com má fé					
32. A Associação deve ser única no seu ramo em uma mesma região					
33. A Associação deve única no seu ramo no estado					
34. A Associação deve formar alianças com outras associações ou entidades do mesmo ramo					
35. Os associados devem se comprometer somente com a Associação a que pertencem					
36. Os associados devem trocar informações entre si					
37. Os associados devem ter o mesmo objetivo					
38. Todos os associados deveriam ter direito a serem eleitos para a diretoria					
39. O contato entre os associados deve ser facilitado e estimulado					
40. A Associação deve possuir um Regimento Interno (código de ética)					
41. O associado deve fazer parte apenas de uma Associação					
42. Deve-se consultar a opinião dos funcionários das associadas na tomada de decisões					
43. A Associação deve possuir um administrador que trabalhe exclusivamente para ela					
44. Permanecer na Associação favoreceu o crescimento da sua unidade de diálise					

Apêndice B
Carta de apresentação



Sr(a) Associado(a),

Atente para os detalhes do preenchimento correto do questionário, levando em consideração os seguintes pontos:

Estão listadas afirmações sobre atitudes e comportamentos ligados à Associação que possuem mais ou menos influência no desempenho e na sobrevivência dela e de seus associados. Cada item deve ser analisado individualmente, com as seguintes orientações:

- 1) Considere o nível de influência dos fatores para o desempenho e sobrevivência da Associação. Utilize 1 para "**pouco importante**" e 5 para "**muito importante**";
- 2) Considere um fator como muito importante apenas quando considerá-lo essencial para o desempenho da Associação.

Apêndice C
Orientação de como preencher



FACULDADE DE ENSINO ADMINISTRATIVO DE MINAS GERAIS

**CENTRO DE GESTÃO EMPREENDEDORA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

Prezado (a) Senhor(a),

Encaminho a V.S. um questionário, que se constitui na principal fonte de coleta de informações sobre o **Modelo de Rede Prestadoras de Serviços de Saúde em Diálise - O Caso da Associação Mineira dos Centros de Nefrologia (AMICEN)**, tema da dissertação de mestrado profissional na **FEAD/Minas - Faculdade de Ensino Administrativos de Minas Gerais - Centro de Gestão Empreendedora do Núcleo de Pós-Graduação**, a qual desenvolvo.

As informações coletadas vão permitir avaliar o desempenho da rede, assim como vir a orientar mecanismos que possibilitem a manutenção da sobrevivência da Associação, reforçando seu processo de coordenação e confiança.

As orientações para o preenchimento correto estão no cabeçalho do questionário. Não hesite em comunicar-se em caso de dúvidas, por *e-mail* apimentel@uai.com.br ou por telefone (32) 9938-1515 ou (32) 3332 3394.

Desde já agradeço sua valiosa colaboração e reitero que os dados de cada Centro somente estarão disponíveis para este Centro, por ser a proposta do estudo científica e ensejar a tabulação das respostas como premissa principal.

Atenciosamente,

André Luiz Pimentel
Mestrando em Administração
FEAD/Minas

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)