



Cooperação Interorganizacional no Contexto de Unidades de Saúde

**Caso do Agrupamento de Centros Saúde da Cova da
Beira e da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior**

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Carlos José Jesus Duarte Mineiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Mário José Baptista Franco

Fevereiro de 2022

Agradecimentos

Dedico este trabalho em primeiro lugar, aos meus pais (in memoriam), que apesar de inúmeras dificuldades sempre se esforçaram para me dar o melhor, com quem aprendi a profunda simplicidade da vida, pelo exemplo de amor e de luta pelos ideais, foram por isso, os responsáveis por tudo aquilo que sou e represento.

À minha esposa e filhos pelo apoio fundamental, por estarem sempre presentes, nos meus momentos de angústia e falta de estímulo, dando-me força para continuar e sem o qual não teria sido possível chegar ao fim de um caminho sinuoso por mim percorrido. Por tudo isto, para sempre lhes estarei agradecido.

Agradeço também a colaboração e o contributo, daqueles que direta ou indiretamente, tornaram possível realização desta Dissertação de Mestrado e às quais exprimo o meu agradecimento e profundo reconhecimento, em primeiro lugar, e de forma muito sentida, ao meu orientador Prof. Doutor Mário Franco, que desde o primeiro momento acreditou em mim e, com total disponibilidade, me aceitou como seu orientando. Agradeço, também, pelo apoio sempre constante e pelas reflexões motivacionais que acompanharam a construção deste processo, pela revisão crítica do texto, pela cedência e indicação de bibliografia relevante para a temática em análise, pelos oportunos conselhos e pela acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas. Os seus ensinamentos foram para além de académicos. Na nossa relação esta será sempre uma dívida eterna.

Ao Prof. Doutor Miguel Castelo Branco como presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, e ao Dr. Manuel Geraldes como Diretor Executivo do Agrupamentos de Centros de Saúde da Cova da Beira, pela forma cordial como me receberam e se disponibilizaram a prescindir do seu tempo para a realização das entrevistas fundamentais para os objetivos desta investigação.

À Dra. Marta Duarte como secretária da FCS da UBI - pela sua extrema simpatia, disponibilidade e vontade em ajudar, nomeadamente no estabelecimento de contatos com os alunos e com o Prof. Doutor Miguel Castelo Branco que foram fundamentais na realização do estudo prático.

Ao Enfermeiro Diretor Carlos Martins do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira pela ajuda técnica personalizada nas inúmeras pesquisas efetuadas, e esclarecimentos de algumas dúvidas de cariz formal, a sua inestimável contribuição muito me ajudou na realização deste trabalho.

Bem-haja a todos.

Resumo

A globalização crescente e as transformações que daqui advêm, exigem às sociedades em geral novas formas de organização social e económica, às quais as políticas de saúde, particularmente, não são alheias. Neste contexto, as organizações desenvolvem novas formas de gestão, recorrendo para isso à cooperação interorganizacional. Claramente, hoje uma organização que desenvolva a sua ação isoladamente não pode agrupar o conhecimento, recursos ou redes de confiabilidade que são imprescindíveis para enfrentar o vasto conjunto de determinantes e que constituem o foco de problemas e questões, cada vez mais complexas que se colocam hoje ao setor da saúde. Face ao exposto, o propósito desta investigação centra-se nos factos ou razões que podem levar uma organização de saúde a adotar uma estratégia de cooperação com outra organização do mesmo setor e que benefícios podem retirar dessa relação.

Para concretizar este objetivo foi adotada uma abordagem de investigação mista – qualitativa e quantitativa – que incidiu sobre um caso real entre o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS-CB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Assim, para a recolha de informação, usou-se um inquérito por questionário dirigido aos alunos de medicina da FCS e entrevistas semiestruturadas aos responsáveis máximos dos dois tipos de organização que fazem parte da relação de cooperação interorganizacional aqui estudada.

Após uma análise de conteúdo às entrevistas e análise descritiva aos questionários, neste estudo concluiu-se que a cooperação em estudo assenta numa relação de cariz formal, pois cada organização é independente uma da outra, bem como os seus órgãos administrativos e de gestão. Os benefícios retirados desta relação de cooperação recaem principalmente na partilha de recursos humanos, nomeadamente elementos do corpo clínico do ACeS-CB que passaram a exercer funções de docente na FCS-UBI, a articulação da formação teórica com a prática clínica, bem como a troca de conhecimento. Este estudo permitiu ainda concluir que a perceção dos alunos em relação à cooperação interorganizacional, aqui estudada, tem um nível satisfatório e vai de encontro àquilo que foi definido pelos responsáveis das instituições como sendo os principais objetivos da mesma.

Em termos práticos, esta investigação constitui uma ferramenta de suporte para os gestores de organizações de saúde e responsáveis das instituições de ensino superior e outros stakeholders intervenientes neste tipo de relações de cooperação

interorganizacionais, no planeamento de estratégias, e na compreensão do impacto deste tipo de cooperação interorganizacional.

Palavras-chave:

Cooperação Interorganizacional, Rede de Cooperação, Medicina, Motivos, Benefício, Cuidados Saúde Primários, Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Abstract

Growing globalization and the resulting transformations demand new forms of social and economic organization from societies in general, to which health policies, in particular, are not alien. In this context, organizations develop new forms of management, resorting to interorganizational cooperation. Clearly, today an organization that develops its action in isolation cannot group the knowledge, resources or networks of reliability that are essential to face the vast set of determinants and that constitute the focus of problems and questions, each time more complex that are posed today. to the health sector. In view of the above, the purpose of this investigation focuses on the facts or reasons that may lead a health organization to adopt a cooperation strategy with another organization in the same sector and what benefits they can derive from this relationship.

To achieve this objective, a mixed research approach was adopted - qualitative and quantitative - which focused on a real case between the Cova da Beira Health Center Group (ACeS-CB) and the Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior . Thus, for the collection of information, we used a questionnaire survey aimed at medical students at FCS and semi-structured interviews with the heads of the two types of organization that are part of the interorganizational cooperation relationship studied here.

After a content analysis of the interviews and a descriptive analysis of the questionnaires, in this study it was concluded that the cooperation under study is based on a formal relationship, as each organization is independent of each other, as are their administrative and management bodies. The benefits derived from this cooperation relationship lie mainly in the sharing of human resources, namely members of the ACeS-CB clinical staff who started to work as professors at the FCS-UBI, the articulation of theoretical training with clinical practice, as well as the exchange of knowledge. This study also allowed us to conclude that the students' perception of interorganizational cooperation, studied here, has a satisfactory level and is in line with what was defined by the heads of the institutions as the main objectives of the same.

In practical terms, this research constitutes a support tool for managers of health organizations and those responsible for higher education institutions and other stakeholders involved in this type of cooperative relationship inter-organizational cooperation, in planning strategies, and in understanding the impact of this type of inter-organizational cooperation.

Keywords

Interorganizational Cooperation, Cooperation Networks, Medicine, Reasons, Benefits, Primary Health Care, Group of Health Centers of Cova da Beira, Faculty of Health Sciences, University of Beira Interior.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>ii</i>
<i>Resumo</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Lista de Figuras</i>	<i>ix</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>x</i>
<i>Lista de Siglas</i>	<i>xii</i>
1. Introdução	1
2. Cooperação interorganizacional	7
2.1 Definição e âmbito de rede de cooperação interorganizacional	7
2.2 Particularidades e tipos de cooperação	11
2.3 Motivos para a cooperação	19
2.4 Condições para a estabilização da cooperação interorganizacional	22
2.5 Benefícios da cooperação	25
3. Cooperação interorganizacional no setor público	28
3.1 Redes de cooperação no setor da saúde	31
3.2 Modelo de análise concetual	35
4. Metodologia de Investigação	37
4.1 Abordagem da investigação e tipo de estudo	37
4.2 Seleção do caso	39
4.3 Instrumentos de recolha de dados	40
4.4 Organização, análise e interpretação de dados	45
5. Apresentação, análise e discussão de resultados	46
5.1 Caracterização das organizações em estudo	46
i) Agrupamento Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS-CB)	46
ii) Faculdade de Ciências da Saúde da UBI	49
5.2 Análise Qualitativa – Entrevistas aos responsáveis do ACeS CB e FCS-UBI	51
i) Motivos e benefícios da relação de cooperação	52
ii) Contornos da cooperação entre o ACeS-CB e a FCS-UBI	56
5.2.2 Análise Quantitativa – Questionário dirigido aos alunos	59
i) Caracterização da amostra	59
ii) Motivações para a rede de cooperação entre o ACeS-CB e a FCS-UBI	61

iii) Perceção dos alunos acerca dos benefícios da cooperação	62
5.3 Análise comparativa – Qualitativa vs quantitativa	65
i) Relação entre os motivos da cooperação a perceção dos alunos relativamente aos mesmos	65
ii) Contornos da cooperação e os benefícios que os estudantes de medicina da FCS-UBI dela retiram	66
6. Considerações Finais	68
6.1 Conclusões gerais	68
6.2 Implicações teóricas e práticas do estudo	69
6.3 Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações	70
Referências bibliográficas	72
Anexos	

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo Conceitual	13
Figura 2 – Benefícios da Cooperação	24
Figura 3 – Modelo de Análise Conceitual	33
Figura 4 – Procedimentos Metodológicos	34
Figura 5 – Efetivos por Grupo Profissional	45
Figura 6 – Organigrama FCS–UBI	47
Figura 7 – Histograma e Diagrama Idade	56

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Motivos fundamentais da cooperação	20
Tabela 2 - O bom e o mau nas organizações em rede	21
Tabela 3 - Tipos de cultura de cooperação	21
Tabela 4 - Método de recolha de dados	38
Tabela 5 - População residente por local de residência	43
Tabela 6 - Género Inquiridos	55
Tabela 7 - Idade inquiridos	55
Tabela 8 - Ano de frequência escolar	56
Tabela 9 - Rendimento escolar dos alunos	56
Tabela 10 - Principais motivos impulsionadores da cooperação	57
Tabela 11 – Vantagens que os alunos retiram da cooperação	59
Tabela 12 - Características do ACeS-CB impulsionadoras da vivência dos alunos de medicina	60
Tabela 13 – Principais características do ACeS-CB referidas pelos alunos	60
Tabela 14 – Perceção dos dirigentes e alunos	62
Tabela 15 – Comparação entre contornos e benefícios da cooperação	63

Lista de Siglas

UBI	Universidade da Beira Interior
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
ACeS-CB	Agrupamento de Centros de saúde da Cova da Beira
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CEUBI	Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior
CEARSC	Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro

Introdução

A globalização crescente e as transformações que daqui advêm, exigem às sociedades em geral novas formas de organização social, económica e política, às quais as políticas de saúde, particularmente, não são alheias. Para Parente (2006), estas transformações devem-se tanto a fatores internos como externos. Estes fatores surgem de forma dinâmica e contínua, pelo que estão quase sempre presentes. Esta envolvência propicia às organizações ambientes de incerteza, complexidade e de mudança, daí que, para se tornarem competitivas, as organizações têm de adotar estratégias eficazes para alcançarem os seus objetivos. Estes fatores produzem repercussões na ordem organizacional tradicional, levando à imposição ou à necessidade de adotarem novas estratégias organizacionais no sentido de congregar esforços em projetos diferenciadores. Os tradicionais fatores de produção já não são suficientes para responderem ao que a sociedade atual exige, caracterizada por uma economia assente na informação e conhecimento. É neste ambiente que o conhecimento surge como motor de inovação e de distinção das organizações, como uma vantagem competitiva capaz de enfrentar de forma sustentada as adversidades da sociedade moderna (Ahmadi, 2012).

Assim, no contexto de competitividade que hoje se verifica, as organizações têm de se centrar nas suas capacidades fundamentais (Trkman e Desouza, 2011). Nesta linha de pensamento, as organizações devem estabelecer relações de cooperação, de forma a otimizar os seus recursos e satisfazer as suas necessidades (Doherty e Misener, 2012). Esta estratégia não deve ser apenas um meio para obter recursos materiais ou operacionais (Trkman e Desouza, 2011), mas sim para adquirir recursos e capacidades baseados no conhecimento. Numa era marcada por mutações constantes, a competitividade das organizações depende sobretudo, do desenvolvimento de sinergias de recursos inimitáveis pelos seus concorrentes, e impulsioná-los no sentido de adquirirem capacidades distintas e inovadoras das quais resultam novos produtos/serviços, novos procedimentos e controlo do mercado. Perante estas exigências, o conhecimento, a sua partilha e gestão, surge como a solução fundamental e necessária a qualquer organização para suprimir tal objetivo (Cruz, 2016). A literatura existente, apesar de fazer alusão ao binómio entre o conhecimento partilhado e performance organizacional no sentido da obtenção e preservação de vantagens competitivas sustentadas, as condutas inerentes a este processo ainda não estão muito cimentadas e formalizadas (Ahmadi, 2012). Tais factos são transversais às organizações

de todos os setores de atividade, aos quais, as organizações de saúde não se podem alhear. As organizações de saúde são de conhecimento intensivo, cujo desempenho organizacional dependerá certamente da partilha desse conhecimento e da forma como ele é gerido. Além disso no seguimento das várias reformas do sistema de saúde feitas em defesa da redução de custos, o aumento da eficácia e eficiência dos serviços, num setor onde a competitividade é cada vez maior, a gestão e a partilha do conhecimento ganha uma importância fundamental para o seu sucesso (Brito, 2010).

Assim face à escassez de estudos empíricos, neste contexto, é fulcral compreender, no que diz respeito à partilha do conhecimento e sua gestão, a realidade das instituições de saúde portuguesas cuja gestão assenta em diferentes modelos. Apesar de poucas instituições de saúde com projetos estruturantes ao nível da gestão e partilha do conhecimento, todas terão, certamente, ações dentro deste âmbito. Neste sentido, conhecer a perceção daqueles que integram as organizações, quanto à partilha e gestão do conhecimento, pode contribuir para o desenvolvimento de políticas e ações no âmbito da saúde que encorajem os decisores a enveredarem por esta área (Cruz, 2016).

A sociedade atual caracteriza-se por uma economia assente no conhecimento e na informação. É neste contexto que o conhecimento se apresenta como uma condição de inovação e de diferenciação entre as organizações, constituindo a primordial vantagem competitiva capaz de enfrentar os obstáculos da sociedade atual (Cruz, 2016). Porém para que este recurso se constitua na principal vantagem competitiva, é necessário que seja apreendido continuamente, criado, distribuído, armazenado e partilhado pelos intervenientes na organização Brito (2010), isto é, “a mera existência de conhecimento na organização, tem pouco valor, se ele não estiver acessível e não for utilizado como um dos seus recursos mais importantes” (Rossetti, 2012: 124-129).

Da relação entre desempenho organizacional e partilha do conhecimento, no sentido do predomínio competitivo sustentável, advém o interesse pelo conhecimento, ao qual as organizações de saúde pela necessidade que têm em desenvolver vantagens competitivas, sustentáveis e duradouras no tempo, não são alheias. São várias as vantagens que advêm para as organizações de saúde, com a criação de programas de gestão do conhecimento, desde logo, melhoria da tomada de decisão, diminuição de erros clínicos, aumento da qualidade na prestação de cuidados de saúde, redução de custos que condicionam a eficiência e a sustentabilidade económica das organizações de saúde (Guptill, 2012).

As organizações de saúde operam num meio de grande complexidade vinculado pelo próprio sistema de saúde, pelo enorme crescimento do conhecimento científico que

implica avultados investimentos em tecnologia, pela repercussão do erro clínico na sociedade, pela competitividade crescente, e pelos novos modelos de gestão em favor de ganhos de eficiência, parece constituir um ambiente favorável à partilha do conhecimento e à sua gestão (Cardoso, 2003). Neste sentido, Brito (2003) realizou um empírico sobre gestão do conhecimento em Câmaras que adotaram a gestão pela qualidade e Cardoso (2003) conduziu um estudo empírico sobre a gestão do conhecimento e o seu impacto no desempenho organizacional. Apesar destes e outros estudos relacionados com o conhecimento em organizações portuguesas, verifica-se que os mesmos foram desenvolvidos em autarquias, na indústria, e na hotelaria, sendo inexistentes no setor da saúde. Todavia, para Brito (2010), tenha sido reconhecido as inúmeras vantagens que a gestão do conhecimento tem as organizações do setor da saúde.

A reboque da eficiência, da redução de custos e da competitividade, têm sido implementadas medidas reformistas no sistema de saúde, que conduziram à implementação dos novos modelos de gestão das organizações de saúde, designadamente ao nível hospitalar, com os hospitais empresa e a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). O objetivo destes novos modelos de gestão é dotar estas organizações de saúde de mais eficiência, retidão, versatilidade organizacional e de gestão, agilizar procedimentos, autonomia, compromisso com o serviço, e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Em favor do reconhecimento da importância do conhecimento, como a fundamental razão competitiva, comum a todas as organizações, conjugado com a implementação geral destes novos modelos de gestão nas organizações de saúde pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), torna-se de fulcral importância estudar a perceção da partilha do conhecimento e a forma como é feita a sua gestão, o que pressupõe que o modelo de gestão adotado pela unidade de saúde influi nas práticas e no próprio ambiente.

Nestas circunstâncias, a cooperação entre organizações leva ao estabelecimento de ações conjuntas e troca de recursos com a finalidade de atingirem os mesmos objetivos (Balestrin et al., 2010). Os objetivos da organização alcançam-se integrando e equilibrando, os desequilíbrios de conhecimento existentes nas organizações aderentes (Trkman e Desouza, 2011). Assim, a cooperação interorganizacional é vista como uma ferramenta que proporciona o desenvolvimento das organizações, quer internamente, quer externamente, bem como a conjugação de sinergias, geradas pela participação destas. Esta estratégia está a ser utilizada não só para obter proveitos competitivos, mas também como forma de sobrevivência num ambiente adverso, de grande dinamismo e complexidade, sobretudo o vivido nas últimas décadas, que põe em causa a estrutura

tradicional (Peci, 1999, Balestrin et al., 2010)

O modelo económico dominante, que vigorou durante quase todo o século XX, assente na organização hierárquica vertical, não foi suficiente para responder às mudanças, quer ao nível do conhecimento e inovação tecnológica, permitindo uma abertura a novas formas de pensar as organizações (Brito, 2010) Devido a esta mudança, os processos e as relações orientam a procura para as necessidades intangíveis, alargando o espaço, terminando com a verticalização organizacional, e conseqüentemente com as formas integradas de origem fordista, dando origem ao aparecimento de uma nova estrutura organizacional, a organização em rede. Perante estes factos, as organizações distanciaram-se deste paradigma chegando à era do conhecimento que é a realidade de hoje, onde os recursos humanos são o único recurso vivo dinâmico, detentor de conhecimento considerado um ativo estratégico da organização (Takeuchi e Nonaka, 2008).

As organizações da administração pública têm vindo a adotar cada vez mais esta forma de organização constituindo redes de cooperação. Organizações dos mais variados setores agrupam-se, na procura de estratégias de sobrevivência e desenvolvimento. As redes interorganizacionais constituem-se para compartilhar objetivos (Feldhaus, 2012)

Este cenário explica a necessidade, de surgir um movimento que questiona as barreiras inerentes às organizações e as limitavam na sua ação, e começa a dar ênfase às redes de cooperação. A cooperação interorganizacional começa paulatinamente, a constituir-se como fator fundamental para a sobrevivência das organizações, num ambiente cada vez mais competitivo, complexo e adverso (Macsweney-Feld, citado em Discenza et al., 2010).

Perante estas circunstâncias torna-se necessário que a organizações do setor da saúde adotem práticas de gestão que possibilitem o êxito, neste contexto de competitividade, exigência de qualidade, liderança estratégica e compromisso com o setor. Para Franco (2007: 169),” as organizações para se tornarem competitivas, necessitam de recorrer a procedimentos, técnicas e instrumentos de gestão que assentam num processo de aprendizagem contínua”.

A literatura sobre este tema é extensa, existem inúmeros estudos científicos sobre a cooperação interorganizacional, mas raramente se referem a estudos de cariz prático, e no caso da saúde, a falta destes estudos é ainda mais evidente. Esta ideia é corroborada por Franco e Duarte (2012: 55-79), ao afirmarem que os vários estudos sobre o tema em estudo, incidem sobretudo em aspetos conceptuais e teóricos, e quando o objetivo dos estudos é a sua aplicabilidade prática, particularmente no setor da saúde, a

investigação é quase inexistente. Estes autores referem ainda que a literatura sobre redes interorganizacionais e a sua origem foram escrutinadas exaustivamente, mas sobre relações interorganizacionais na saúde, poucos são os autores que se dedicaram a estudar o tema.

Sendo a saúde um setor onde ainda paira muita incerteza, e o conhecimento científico, apesar de ter padrões elevados de qualidade e ser altamente desenvolvido, existem áreas onde é manifestamente insuficiente e carece de comprovação científica, daí que, este trabalho, tendo em conta a falta de estudos essencialmente práticos, procure suprimir algum vazio literário existente.

Face ao anteriormente exposto, o propósito desta investigação centra-se nos factos ou razões que podem levar uma organização de saúde a adotar uma estratégia de cooperação com outra organização do mesmo setor, que benefícios podem retirar dessa relação, bem como suprimir a falta de literatura existente sobre cooperação interorganizacional neste setor, nomeadamente, entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e as Universidades.

São **objetivos específicos** deste estudo:

1. Perceber a motivação subjacente ao estabelecimento de uma rede de cooperação entre o ACeS Cova da Beira e o Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI);
2. Identificar os motivos e benefícios desta cooperação, para as duas organizações estudadas;
3. Avaliar o conhecimento que os alunos da FCS da UBI têm sobre este tipo de cooperação, e que vantagens obtêm da mesma.

Dos objetivos traçados decorrem questões de investigação, cujas respostas concorrem para a compreensão do fenómeno da cooperação, no caso, entre o ACeS da Cova da Beira e a FCS- UBI:

- 1. Qual o tipo e contornos da cooperação entre o ACeS- CB e a FCS-UBI?*
- 2. Quais os benefícios/vantagens obtidos, desta cooperação, para o ACeS-CB e para a FCS-UBI?*
- 3. Quais os benefícios/vantagens obtidos, desta cooperação, para os alunos?*

Neste estudo realizou-se uma abordagem inicial que pretendeu descrever as características da cooperação entre organizações, não só das organizações de saúde, mas também no geral, bem como a motivação subjacente à adoção, por parte das organizações, desta forma de relacionamento e, por outro lado, que benefícios daí advêm. Partindo então do geral para o particular, o estudo em questão incidiu na análise da cooperação entre duas organizações de saúde, uma ligada ao ensino da medicina (FCS-UBI), e outra o ACeS-B, ligada à prática de cuidados de saúde primários, centrando as questões nesta parceria de onde podem surgir vantagens e desvantagens.

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma:

- Ponto um – Enfoque do tema em estudo, sua relevância, objetivos e questões suscitadas pelo mesmo;
- Ponto dois – Perspetiva geral sobre a cooperação entre organizações, essência, particularidades, motivação e benefícios da cooperação;
- Ponto três – Enfoque da cooperação no setor da saúde, e proposta de um modelo de análise conceptual;
- Ponto quatro – Metodologia de investigação, apresentação do tipo de estudo, instrumentos de recolha de dados, organização, análise e interpretação de dados;
- Ponto cinco – Apresentação, análise e discussão dos resultados recolhidos, após realizadas as entrevistas aos dirigentes máximos das organizações em estudo e inquéritos dirigido aos alunos da FCS – UBI, que se encontram no ACeS – CB em formação, resultados esses que são discutidos tendo em conta a teoria apresentada;
- Ponto seis – Apresentação das considerações finais, onde são extraídas as conclusões, as limitações do estudo e propostas para futuros trabalhos de investigação nesta área.

2. Cooperação Interorganizacional

2.1 Definição e âmbito de rede de cooperação interorganizacional

Dentro da área da cooperação interorganizacional, são várias as definições que a caracterizam. Para Oliver (1990), cooperação interorganizacional corresponde às relações de transação permanentes, aos fluxos que se estabelecem entre uma ou mais organizações, podendo estas relações revestirem-se em troca de informação ou de recursos. As relações entre as organizações são tanto mais frequentes e intensas, se elas integrarem uma rede (Castells, 1999). Assim, as organizações que se relacionam ou transacionam uma única vez, ou poucas vezes, não são aqui tratadas como relações de cooperação interorganizacional. Este autor define rede, embora de forma simplista como “*um sistema de meios estruturados com o propósito de alcançar objetivos específicos*” (Castells, 1999: 232).

Considerando que as redes interorganizacionais são habitualmente relacionadas com várias formas de organização, embora ao ser estudado o significado nem sempre é claro, a própria expressão *rede* não tem uma definição única nos vários autores. Termos como parceria, aliança, relações interorganizacionais, acordos de cooperação, associações, englobando uma diversidade de atores são referidos com frequência (Provan et al., 2007; Culpan 2009; Boustani et al., 2012; Kallio et al., 2016; Spitters et al., 2017).

Considerando a existência de uma complexidade elevada no assumir uma definição de consenso, Casson e Cox (1997) afirmam que o conceito difere de pessoa para pessoa, já que uma simples definição, pode significar um grupo de ligações através das quais os indivíduos pertencentes à organização se ligam aos que pertencem a outra organização. Dentro desta linha de pensamento, já Marsahl (1997) demonstrou que a eficiência e competitividade das organizações é maior, quando se concentram em pequenos negócios idênticos localizados em zonas específicas, dando origem ao conceito de economia externa, que foi evoluindo à medida que as organizações aumentam a eficiência da sua estratégia, atuado conjuntamente.

Os estudos sobre a cooperação em organizações do Estado têm-se vindo a desenvolver consistentemente, sendo considerados por Nhoria e Eccles (1992), como uma estratégia a adotar para fazer face ao crescimento da globalização e consequente competitividade. As organizações começam a consciencializar-se de que a sua ação é mais eficiente, quando estão integradas numa rede de cooperação, daí que, este fenómeno tenha vindo a ser explorado por autores dos mais diversos cantos do mundo pela sua importância

na atualidade. Atualmente, o ambiente onde as organizações operam caracteriza-se pela influência recíproca da cooperação (Das e Teng, 2000). É notório que as organizações agindo individualmente não podem agregar os saberes, recursos ou redes de confiança fundamentais para a resolução de problemas cada vez mais complexos com que as organizações hoje se debatem (Marmot, 2001).

As variáveis económicas e sociais são fundamentais no funcionamento de uma organização, sendo possível identificar estes aspetos numa relação de cooperação, consideram Gandori e Soda (1995). As transformações sociais ocorridas nas últimas décadas do século passado, conduziu a uma nova ordem social nas relações entre as organizações e, com isso, o aparecimento de uma nova estrutura social designada de cooperação social. Nos estudos revelados por Castells (1999), para além da vertente económica estudada nas relações de cooperação, a visão social é vista por este autor como fundamental, já que a sociedade de hoje caracteriza-se na procura de estruturas de ligação, através da construção de um sistema de informações sobre as características individuais e culturais.

O estudo das redes interorganizacionais tem despertado o interesse de vários investigadores nas últimas décadas, mas o curioso é que a sua definição não é unânime, como temos demonstrado. Na procura de uma definição para o conceito de rede interorganizacional, Pesamaa (2006) apresenta um modelo de organização democrático e participativo, onde os relacionamentos entre instituições são caracterizados pela abertura ao pluralismo de ideias, e à diversidade cultural. Este modelo traduz-se no incentivo à realização de ações em rede, orientadas de acordo com lógicas, valores e condutas próprias, desejando atingir objetivos comuns. Os objetivos partilhados permitem observar de forma distinta o funcionamento da rede. Esta autora salienta a discrepância entre diferentes tipos de relações interorganizacionais, para as quais propõe papéis diferenciados para cada uma, por isso no estudo de uma rede interorganizacional deve-se ter em conta os princípios da reciprocidade, confiabilidade, colaboração, compromisso interorganizacional e fidelidade. Ainda na procura de uma definição para o conceito, apresenta-o, como o resultado de ações individuais cujo funcionamento se estabelece em simultâneo no seio do grupo de cooperação. A autora refere ainda que os elos de ligação que se estabelecem no interior de cada unidade organizacional, são formados por elos de cariz social e formal, partilhados mutuamente, como a partilha do espaço temporal, objetivos, modo de funcionamento, localização outros tipos de relacionamento.

Em seguimento, Kong (2007) identifica rede como uma unidade de análise que consiste na distinção entre organizações que, direta ou indiretamente, estão ligadas por um conjunto de interações recíprocas. Neste contexto, Long e Keng-Boon(2008) vêm demonstrar na sua investigação a existência de fatores como partilha de poder, transferência de conhecimento, confiança, e colaboração, no estabelecimento das relações interorganizacionais. Na opinião de Dawes, Cresswell e Pardo (2009), a iminência das redes interorganizacionais reside na partilha de conhecimento sendo este a base fundamental da criatividade profissional ao nível organizacional. O conhecimento deriva da informação, e resulta da interação entre esta, os indivíduos e do significado que estes lhe atribuem, isto é, a informação converte-se em conhecimento quando os indivíduos a relacionam com outras informações e características pessoais a eles inerentes. Ao dotar a informação de significado permite criar conhecimento e, desta forma, ampliar capacidades e melhorar procedimentos organizacionais (Choo, 2006). A sociedade atual promove o conhecimento como o ativo fundamental de uma organização relegando a informação para segundo plano. É reconhecido que os indivíduos precisam de inputs, que cada vez mais estão disponíveis a todos, devido ao crescimento massificado da informação. Contudo é o processamento da informação que permite criar o atributo exclusivo dos indivíduos, o conhecimento, fator fundamental para o crescimento e progressão das organizações (Choo, 2006).

Segundo Marchi e Wittman (2007), o relacionamento entre organizações que integram uma rede de cooperação, constitui um fator fundamental para o funcionamento da cooperação e para o sucesso das organizações que a integram. Para os mesmos autores, uma forte teia de conexões a nível interno entre os interessados, melhora o fluxo de informação, aumenta a coesão entre os indivíduos que integram a rede de cooperação, diminuindo, desta forma, os riscos inerentes às transações, aumenta a confiança, e promove a cooperação.

Barth et al. (2007) e Franco e Duarte (2012) consideram que a cooperação é cada vez mais uma estratégia, adotada pelas organizações, que se veem confrontadas com a necessidade imperiosa de sobrevivência, de aumentarem a sua capacidade competitiva face às necessidades do mercado e dos concorrentes que nele se instalam. Hoskisson et al. (2009) afirmam que a estratégia cooperativa ocorre quando as organizações trabalham juntas para cumprir um objetivo comum. As organizações que usam esta estratégia unem recursos e capacidades com finalidade de alcançarem vantagem competitiva. Hoskisson et al. (2009) defendem ainda que a maioria das organizações não tem recursos e capacidades suficientes para atingir objetivos individualmente,

quando estabelecem parcerias com outras organizações, a probabilidade de atingir objetivos aumenta.

Este ponto é importante ser enfatizado, pois num mundo globalizado como o atual, as organizações estão cada vez mais dependentes de parcerias. As organizações que integram o setor da saúde, inseridas que estão, num mercado onde a competição, entre si, pela prestação dos melhores cuidados de saúde, pela inovação tecnológica, para manterem a sua posição no mercado e simultaneamente crescer, não se suprimem. Contudo, vários são os constrangimentos e condicionalismos a exercer pressões sobre os sistemas de saúde, desde logo o desempenho financeiro destas instituições, algo lento, obrigando-as a aumentar a eficiência dos serviços prestados mantendo uma qualidade satisfatória para os utentes. Também os determinantes da saúde e a inovação tecnológica são fatores de pressão, pois os encargos financeiros aumentam substancialmente com o aparecimento de cada vez mais doenças crónicas, aumento da esperança de vida, cada vez mais prolongado devido aos avanços das novas tecnologias e práticas de investigação inovadoras. Contudo, também contribuem para aumentar a eficiência e o valor dos serviços prestados (Bernardo, Valls e Casadesus, 2012: 40).

O crescimento da organização a nível interno implica a realização de investimentos em áreas estratégicas tais como, reestruturar serviços, melhorar qualitativamente o atendimento, novos métodos de tratamento e diagnóstico, reforço do know-how interno, entre outros fatores. Estes investimentos apesar de fundamentais, tornam-se muito dispendiosos e avultados financeiramente, sendo por isso de considerados de risco elevado, uma vez que o seu retorno não é previsível num futuro próximo (Feitosa, 2002).

Pelas razões expostas, torna-se imperioso incluir outros elementos como a definição de objetivos estabelecidos conjuntamente, alcançáveis através de ações conjuntas, coordenadas por uma gestão que valoriza as capacidades competitivas que se alcançam conjugando esforços. O papel da gestão será determinar quais os elementos da rede necessários à definição do objetivo que se pretende alcançar (Thompson, 2003).

Pesamaa (2006) define ainda redes interorganizacionais como o resultado de entidades singulares que funcionam simultaneamente em associação cooperativa. Este autor reforça esta ideia ao afirmar ainda que entre as organizações que compõem a rede são estabelecidos elos de ligação formais e sociais, onde cada elo de ligação partilha mutuamente essas relações, uma vez que existe coincidência entre a maioria das

particularidades definidoras da ação global delas, como a partilha no que diz respeito ao conhecimento, ao espaço temporal, aos interesses, objetivos, características funcionais, posição geográfica entre outros tipos de relação.

Embora haja diferenças entre as inúmeras definições do conceito, conseguimos identificar alguns elementos comuns entre elas, nomeadamente interação social, partilha, relacionamento, cooperação, parceria, participação, ação de grupo, confiabilidade (Provan et al., 2007; Culpan 2009).

Assim tendo em conta visão das redes de cooperação anteriormente mencionada, analisando exaustivamente as várias teorias, optou-se por adotar, no presente trabalho, a de que a cooperação interorganizacional surge para colmatar carências das organizações, relativamente ao meio onde atuam, tanto a nível económico, tecnológico e mesmo social.

2.2 Particularidades e tipos de cooperação

Glas (1995) e Lundvall (2003) referem a necessidade da práxis da cooperação entre organizações como uma estratégia para assegurar os recursos necessários à sua sobrevivência e crescimento, bem como um agente causador da competitividade local e do progresso regional, mas a participação depende também da informação sobre as parcerias e prioridades a estabelecer. Neste sentido, aqueles autores referem três conexões ou vínculos de cooperação interorganizacional diferenciados, conexão vertical, horizontal e multilateral. A primeira refere-se a ligações antecedentes através das relações entre fornecedores e subcontratados e ligações subsequentes compreendendo consumidores e clientes, a cooperação surge quando os elementos que formam a rede apesar de trabalharem em conjunto, a produção é especializada e integra a rede. A segunda ocorre entre agentes do mesmo nível, e ocorre também entre organizações que apoiam e promovem o funcionamento organizacional, como as associações corporativas. A especialização dos elementos da rede faz-se em diferentes produtos incluídos na mesma categoria, ocorrendo a cooperação principalmente ao nível do marketing, fornecimentos, utilização comum não só de instalações e equipamentos e tecnologia, mas também de informação acerca do meio e desenvolvimento de novos serviços e produtos. A terceira incorpora as organizações de apoio à atividade empresarial regional e o tipo de apoio que prestam a um certo número de executores económicos específicos. Esta relação é do tipo horizontal e pretende criar, montar e gerir, estruturas locais, de comércio, de obtenção e disponibilização de informação, parcerias com centros de pesquisa e prestação de serviços. A integração numa nova aliança altera a rede até então

vigente, implica a adoção de uma nova dinâmica interna, entre a ação organizacional e a estrutura de rede que leva ao aparecimento da rede interorganizacional (Gulati, 1998). A cooperação horizontal, para Porter (1999), consiste num processo que evita a repetição de tarefas, ganha escala e conseqüentemente alcança ganhos, mas enfraquece as vantagens competitivas. Já a cooperação vertical beneficia as vantagens nacionais, desde que as organizações envolvidas não se excluam mutuamente.

A cooperação vertical é também vantajosa para a inovação, mas também pode trazer desvantagens competitivas, pois condiciona o investimento em capital e meios tecnológicos. Além destes tipos de cooperação, Easton (1990) faz distinção entre cooperação formal e cooperação informal, a cooperação formal orienta-se por uma planificação previamente definida e uma gestão clara e evidente, enquanto que a cooperação informal, não é planeada, assenta em qualidades individuais e sociais das organizações. Este tipo de cooperação é aleatório, não tem planeamento, baseia-se em ações individuais, pode implicar movimentação de efetivos, troca de conhecimento ou partilha de conduta.

Neste sentido, uma rede organizacional firme, adulta e definida detém a sua própria cultura. Esta surge como um manifesto de conceitos partilhados que as organizações vão produzindo durante o seu percurso de adaptação externa e interna promovendo a inclusão na rede (Kong, 2007). Para consolidação dessa cultura organizacional, para que os valores, rotinas e regras sejam assimiladas pelos atores, é fundamental um tempo de preparação capaz de aprofundar não só o comportamento dos atores, mas também o tipo de relacionamento entre eles no que diz respeito à qualidade e intensidade desse relacionamento. Assim a teoria das redes afirma que todas as redes podem ser classificadas como redes sociais. A rede social caracteriza-se por um conjunto de pessoas e organizações relacionadas socialmente. Considerando esta linha de pensamento, o protótipo de rede compreende uma temática fundamental ao entendimento das organizações na modernidade.

Provan et al. (2007) e Culpan (2009) acentuam o predomínio do fator social na formação das redes organizacionais. Neste sentido, no interior da rede observa-se naturalmente a consolidação de laços organizacionais baseados em parcerias ou contratos sociais (como é o caso dos serviços de saúde) mais do que contratos protocolares de vínculo jurídico. Estes autores salientam que podem coexistir contratos formais e legais, mas o alicerce básico das redes interorganizacionais escora-se na preservação dos contratos sociais. Ainda neste seguimento (Knabe et al., 2009) referem um amplo conjunto de delimitações

sociais possíveis e realçam que as redes interorganizacionais, dependendo dessas delimitações, a sua performance pode ser influenciada.

Na conceção de rede, para Pesamaa (2006), as relações interorganizacionais caracterizam-se pela não centralidade organizacional e não hierarquização do poder, conducente à horizontalidade, complementar e abertas à multiplicidade de ideias e à heterogeneidade cultural.

Este pensamento traduz o repto da gestão das organizações em rede associado à ocorrência de que as organizações operam segundo lógicas, valores e regras de conduta próprias por um lado e, por outro, têm em vista congregar ações no sentido de atingir o mesmo objetivo. A partilha dos mesmos objetivos e preferências no relacionamento em rede, permite distinguir diversos tipos de desempenho. Esta autora evidencia a discrepância entre distintas conceções de relação e sugere condutas distintas para cada uma dessas conceções estratégicas.

Esta investigadora defende ainda que a análise da rede deve assentar no princípio da reciprocidade, confiança, cooperação comprometimento interorganizacional e lealdade. Para uma melhor compreensão das diversas tipologias de redes interorganizacionais, Balestrin et al. (2002), com base em Macron e Moinet (2000), construíram um mapa de orientação conceitual concebido em quatro quadrantes (exemplificado na figura seguinte), onde se elencam as quatro dimensões, fundamentais para a estruturação das redes interorganizacionais (Figura 1).



Figura 1 Modelo Conceitual

Fonte: Adaptado de Balestrin (2002)

Analisando o mapa referido na figura 1, verifica-se que o eixo vertical está relacionado com a estrutura dos elos de coordenação estabelecidos entre os participantes na rede. No eixo horizontal, os elos podem significar o grau de formalização existente numa relação de cooperação entre os participantes, como são as redes de cooperação entre organizações de pequena e média dimensão; ou grau de ligação hierárquico, no caso de uma rede vertical, como uma rede do tipo matriz/filial.

Por outro lado, o grau de formalização entre os participantes pode sofrer modificações de uma conveniência informal entre os intervenientes, no caso de relações de amizade, afinidade e parentesco, tais como ocorrem nas associações, nos clubes, nas redes de amigos, até relações formalmente estabelecidas por contratos entre as partes, no caso de contratos jurídicos, como ocorre na formação de joint-ventures (Macron e Moinet, 2000).

Evidencia-se que em cada um dos pontos do quadrante poderá ser encontrado um tipo específico de configuração de rede, demonstrando, assim, uma ampla diversidade de tipologias de redes interorganizacionais existentes. É importante saber-se que, assim como existe uma diversidade de conceitos de rede, o mesmo ocorre com a sua tipologia. Desta forma, não existe um tipo específico de configuração, mas sim várias configurações mais adaptadas a determinados contextos do que outras. A ideia de que a construção de uma tipologia procura a identificação de semelhanças e de diferenças entre as diversas redes traz algumas limitações, como a perda de detalhes, pois trabalhamos com representações de forma macro e simplificada. As redes podem ser classificadas considerando múltiplos critérios, como os atores envolvidos, a horizontalidade/verticalidade, a formalidade/informalidade, entre outros. Desta forma, seguindo as orientações do mapa conceitual e com base em outros estudos, podemos classificar amplamente as redes como:

Redes verticais (dimensão da hierarquia): algumas redes são estruturadas hierarquicamente. Segundo Macron e Moinet (2000) e Balestrin et al. (2010,) esta configuração é representada por um modelo no qual há um organigrama vertical bem definido com diferentes níveis hierárquicos, são normalmente encontradas nos casos em que as relações de cooperação ocorrem entre uma organização e os componentes dos diferentes elos da estrutura organizacional. A cooperação vertical entre organizações ocorre com maior frequência nos casos em que o resultado final passa por vários estágios durante o processo de realização. Nesse caso, as organizações envolvidas podem estar

situadas em diferentes estágios de evolução tecnológica. Estes autores apresentam um conjunto de vantagens e desvantagens relativamente a este tipo de estrutura:

Vantagens da estrutura vertical (Balestrin et al., 2010)

- A decisão é mais rápida, tendo em conta que a tomada de decisão ocorre por uma só pessoa;
- Papéis definidos;
- Os intervenientes sabem o que fazer e quais as suas funções;
- Os intervenientes sentem-se mais seguros devido à definição de papéis e responsabilidades;
- Poder de direção e autoridade são responsabilidade de quem está em cargos de liderança.

Desvantagens da estrutura vertical:

- Falta de transparência nas decisões, uma vez que as pessoas não entendem o motivo de determinada decisão;
- Colaboradores sentem a possibilidade de carreira mais distante;
- A comunicação entre departamentos de gestão para os funcionários é mais lenta;
- A inovação é sufocada, pois há uma dificuldade em se admitir os erros.

Redes Horizontais – (dimensão da cooperação): para os mesmos autores, redes horizontais de cooperação abrangem organizações que geram e oferecem produtos/serviços similares, pertencentes ao mesmo setor ou âmbito e atuação, ou seja, entre uma organização e suas concorrentes, por envolverem concorrentes diretos. Este processo está mais sujeito a conflitos do que o das redes verticais. Nesta dimensão, a rede constitui-se entre organizações onde cada uma preserva a sua autonomia. As redes horizontais de cooperação constituem-se, na maioria das vezes, quando as organizações, isoladamente, apresentam dificuldades em adquirir e partilhar recursos, atender interna ou externamente ao ambiente em que atuam, desenvolver novos produtos, partilhar, gerir conhecimento, informação e tecnologia, neste modelo, os funcionários têm autonomia para tomar suas próprias decisões. É um sistema mais informal, onde grupos maiores de colaboradores reportam diretamente a apenas um gestor.

Vantagens da estrutura horizontal:

- Funcionários mais motivados dado que há menos burocracia a partir do momento em que se lida com problemas;
- Modelo de gestão tem um custo menor porque não há a necessidade de contratar vários gerentes;

- Equipas multifuncionais.

Desvantagens da estrutura horizontal:

- Processos mais difíceis de gerir, especialmente quando a empresa cresce;
- Muitas vezes essa estrutura é mal compreendida, gerando dessa forma, insegurança e sensação de que os projetos não acontecem, já que há uma maior abertura para mudanças no processo;
- Os funcionários podem se sentir perdidos a respeito de seus papéis e responsabilidades;
- Gerentes podem sentir-se frustrados por falta de autoridade.

Ou seja, ambas têm aspetos positivos e negativos. A resposta sobre qual modelo a rede organizacional deve adotar depende da realidade e anseios das organizações. Cada rede adota um determinado tipo de modelo de cooperação em razão de algo que tem a ver única exclusivamente com ela mesma, ou seja, com a sua estratégia e visão de futuro.

Redes informais: a dimensão da conivência/cumplicidade – A cooperação informal é ainda um fenómeno pouco estudado, mas considerado de grande interesse, quer ao nível organizacional, quer a nível académico (Gulati e Gargiulo, 1999; Mizruchi, 2000; Uzzi, 2000). Outros autores associam-na às redes sociais e ao capital social, e contribui para a redução de assimetrias de informações e consequentemente redução dos custos de transação (Gulati, Nohria, Zaheer, 2000).

Num processo de interação que dá origem às redes, as relações informais e pessoais tornam-se cada vez mais fundamentais para a competitividade das organizações. Valores como confiança, reciprocidade, lealdade, comprometimento estarão na base das relações informais duradouros, que promovem estratégias assentes na partilha, contribuindo assim para que as organizações ofereçam valor agregado e sejam mais competitivas (Brei, 2005).

Para que exista cooperação, convém existir confiança entre as partes envolvidas na relação e para haver confiança pressupõe a existência de um relacionamento estreito baseado na experiência passada acumulada e no comprometimento, orientado para objetivos mutuamente aceites (Brei, 2005).

Na cooperação informal, as organizações desenvolvem relações de confiança mútua que poderão propiciar vantagens ao nível de estabilidade e segurança, assim como ao nível de eficiência, fruto de uma melhor coordenação de atividades. Este tipo de cooperação permite um intercâmbio de informação e conhecimentos (Sammorra, 2008), proporciona maior difusão da inovação (Powell et al., 2005), maior desenvolvimento dos

valores sociais e culturais das organizações e uma gestão mais eficiente. Para Bachmann (2001), a confiança é considerada um fator fundamental nas relações dentro e entre organizações. Segundo Philips, e Lawrence (2003), é elementar que num processo de construção de confiança, as partes envolvidas comuniquem com equidade e sinceridade e tenham ampla liberdade de representação dos seus interesses desprovidos de manipulação, coerção e ocultação.

Para Jarillo (1993), a confiança é desenvolvida de forma gradual, com vista a interesses mutuamente compatíveis, diminuindo a eventual existência de comportamentos oportunistas. A existência deste tipo de comportamento assim como a falta de compromisso credível, propicia baixos níveis de confiança, desencoraja a cooperação e afeta de forma negativa a relação, contribuindo assim para a existência de riscos e ameaças. A confiança assume, desta forma, um papel essencial no mecanismo de coordenação de expectativas sociais e de interação entre as partes (Bradach e Eccles, 1989). Para o desenvolvimento deste mecanismo, deverá ser valorizada a gestão da informação, a qual favorece, segundo Morrow (1999) a partilha de informação e conhecimento, maximizando as oportunidades.

A confiança pode ser considerada uma instituição social, na medida em que cria padrões de comportamento e expectativas. Este ponto de vista reveste-se de grande importância, mediante influência das instituições nas decisões das empresas (Lam, 1997).

Desta forma, a confiança pode ser vista como uma forma de instituição informal, que consiste num conjunto de regras detalhadas e codificadas, aplicadas dentro dos limites definidos. Estas instituições são resultado de um conjunto de convenções sociais e comportamentos aceites pela sociedade.

Para que exista sustentabilidade nas relações informais, é indispensável uma gestão baseada na lealdade evitando comportamentos oportunistas e lutas pelo poder. Associado ao poder, está inerente a ideia de controlo ou influência de uma das partes envolvidas na relação, relativamente à outra.

Alguns autores enfatizam o papel da reputação dos parceiros, nas relações de colaboração. Dollinger, Golden e Saxton (1997) defendem que as características de quem toma as decisões podem-se sobrepor à reputação da própria organização e que a reputação afeta as decisões independentemente do tipo de parceria. Neste sentido, uma boa relação deriva da reputação dos parceiros, que para além de ser um fator de sucesso

das estratégias cooperativas é também um elemento chave para a formação das mesmas. Os problemas relacionados com a perda de confiança, reputação e comprometimento, entre os membros da rede poderão abalar os objetivos desejados pelos membros dessa mesma rede, a equidade, a eficiência, e a adaptação. Num cenário mais complexo, poderá propiciar a falha da aliança estratégica e conseqüentemente, o seu insucesso. As redes de cumplicidade partilham encontros informais entre os sujeitos envolvidos sejam eles empresas, organizações profissionais, instituições, universidades, associações, com interesses idênticos. Estas redes facilitam o desenvolvimento de uma cultura de cooperação e de ajuda mútua no estabelecimento das relações interempresariais. De realçar que, nesta dimensão, as redes são formadas sem qualquer tipo de contrato formal que estabeleça regras; a ação é determinada em conformidade tendo em conta os interesses mútuos de cooperação, centrada, acima de tudo, na confiança entre os intervenientes (Balestrin et al., 2002). As redes de convivência permitem o encontro informal entre vários atores que partilham a mesma preocupação, o objetivo é a troca de experiências e informações de maneira espontânea e não obrigatória, podendo muitas vezes resultar a obtenção de um clima de cooperação propício a trocas mais frequentes e estruturadas. Ebers e Jarillo (1998) alegam que pela participação numa rede interorganizacional, uma organização pode obter vantagens competitivas, pois a aprendizagem mútua conduz a uma melhoria no desenvolvimento de produtos, para além de que, a organização, pode desenvolver estratégias comuns, com as quais as organizações conseguem angariar novos mercados e com isso aumentam também os lucros, melhoram o fluxo de informação e a coordenação do fluxo de recursos entre os intervenientes da rede, obtêm economia de escala através de uma conjugação de esforços em todos os domínios (Oliveira e Lopes, 2014).

Na atualidade, ao falarmos de crescimento e desenvolvimento, os conceitos de eficácia e eficiência, são inevitáveis, pelo que têm de estar presentes quando falamos de redes interorganizacionais, já que hoje as organizações movimentam-se num ambiente cada vez mais competitivo. Neste sentido, as organizações pretendem maximizar a sua capacidade produtiva utilizando os recursos com eficácia e eficiência, conseguindo com isso competir com outras organizações, sendo para isso necessário implementar formas de gestão e administração eficiente e eficazes, capazes de reduzir custos e manter o cliente satisfeito (Long e Keng-Boon, 2008).

Uma das estratégias para elevar o desempenho das organizações e torna-las competitivas é a rede de cooperação, que proporciona vantagens que não seriam alcançadas facilmente de forma isolada. As redes de cooperação, segundo Balestrin e Verschoore (2008), são

formações por grupos de organizações que estão relacionadas entre si, com objetivos comuns, porém sem prazo de existência pré-determinado, mantendo assim, a individualidade e dividindo ganhos alcançados coletivamente. Estes vínculos de relacionamentos entre organizações têm evoluído no sentido de gerar maior proximidade através de procedimentos de cooperação, transferência de conhecimentos e complementaridade.

2.3. Motivos para a cooperação

Kapucu e Naim (2009) sublinham a importância das redes interorganizacionais ao salientarem que, quanto mais as organizações forem eficientes, menos dificuldade têm em se adaptar à mudança, resultante de ambientes em constante alteração. As organizações devem, por isso, fomentar a cooperação produtiva entre elas. Ainda dentro deste pensamento, estes autores afirmam que, para responder à mudança, torna-se necessário criar um nível máximo de otimização de coordenação entre redes.

A cooperação interorganizacional fomenta o crescimento de procedimentos mútuos em inovação, cria condições para partilha de conhecimento, em novos métodos de aprendizagem e inovação, inerente à consolidação da capacidade de inovar da organização (Seufert, 2003). As relações de cooperação formam-se para angariar massa crítica, entrar em novos mercados, aceder a recursos, adquirir competências pela aprendizagem organizacional, sendo que estas vantagens atingem-se reduzindo os custos, e diversificando o risco.

A cooperação propicia uma maior expertise das organizações integrantes, ou seja, contribui para a partilha e aumento do conhecimento, diversifica a oferta de serviços (permitindo aumentar a qualidade de um serviço prestado) (Bernardo et al., 2012). Para estes autores, o êxito de uma relação de cooperação interorganizacional reside em duas premissas: o relacionamento entre os intervenientes, e da performance destes, daí que a cooperação seja mais fácil quando a estrutura organizacional, a missão e objetivos dos parceiros são idênticos.

As organizações de forma isolada não conseguem desenvolver inovação, e quando raramente, este comportamento é observável, é visto como um método ineficaz e sustentabilidade.

Segundo Szeto (2000) e Carlsson (2003), soluções mais prometedoras assentam na persecução de procedimentos cooperativos entre organizações, com a finalidade de adquirir, gerar e partilhar, informação, conhecimento entre outros recursos.

A cooperação em rede incentiva o incremento de metodologias inovadoras interativas. Esta estratégia cria condições para a união de esforços entre organizações, gera e partilha conhecimento, e em conclusão, renova os procedimentos de aprendizagem intrínsecos à consolidação do potencial de inovação das organizações (Seufert et al., 2003).

Estrategicamente, a cooperação interorganizacional deve ser considerada como uma prática permanente e, neste contexto, a partilha de processos e de tomadas de decisão são fundamentais. São vários os autores que têm abordado os motivos ou razões relacionadas com o funcionamento das redes de cooperação interorganizacional.

A forma como as redes estão estruturadas afetam de forma significativa a capacidade de um grupo transferir e absorver conhecimento, além de afetar o desempenho dos participantes nesta linha. Vários investigadores (Akkermans, 2001; Seufert et al., 2003; Arias, 1995; Fritsch e Kauffeld-Monz, 2009; Spencer et al., 2008; Wise, 2014; Wegner et al., 2015) abordaram esta problemática.

As redes tendem a reduzir custos designadamente de transação, pela partilha sem bloqueios de informação entre organizações inseridas em redes comuns, que beneficiam de vias de comunicação partilhadas e da utilização de linguagem idêntica. Assim, a rede permite que a informação pertinente sobre os melhores parceiros seja compartilhada com facilidade.

Em paralelo com o referido, as redes formam um mecanismo de controle da incerteza. As conjugações destas particularidades estão profundamente associadas ao reforço da confiança e reciprocidade entre os intervenientes na rede (Rocha, 2009).

Por outro lado, as redes de cooperação facilitam o acesso a informação e conhecimento. Os elementos da rede selecionam a informação que recolhem e a que transmitem, simplificando os processos de trabalho com grandes fluxos de informação e maximizando a eficiência.

Assim a partilha entre organizações aumenta competências, fomenta a eficiência na obtenção e exploração de recursos e acrescenta valor e benefícios, que uma organização isoladamente atingiria (Carlsson, 2003; Dawe et al., 2009; Klein et al., 2018).

Para Franco (1995, 2007) e Duarte (2008), são vários os motivos que levam as organizações a interligarem-se e a formarem acordos de cooperação, uma vez que estes acordos são de extrema utilidade para as organizações.

Alguns destes motivos estão referidos na seguinte tabela:

Tabela 1. Motivos fundamentais para a cooperação

Aumentar a competitividade	Barth (2007) Balestrin (2008) Franco (2012)	Facilita o acesso a novas tecnologias	Glas (1993); Lundvall (2003)
Reduzir o Risco	Kapucu (2009); Naim (2009); Rocha (2009)	Responder a ameaças e pressões	Carlsson (2003); Dawe (2009); Reschke (2018)
Economia de escala	Das (2000); Barth (2007); Franco (2012)	Vontade de evoluir	Seufert (2003); Bernardo (2012); Valls (2012)
Acesso a informação	Rocha (2009); Dawe (2009); Wegner (2015)	Adquirir e partilhar conhecimento	Szeto (2000); Carlsson (2003); Wise (2014); Klein (2018)

Se analisarmos a morfologia da rede de cooperação e o compromisso que estas representam nas organizações comprometidas com o funcionamento em rede, verificamos que estas respondem à necessidade que as organizações têm em evoluir de forma interativa. Neste encadeamento, Morgan (1997) e Oliveira (2012) sublinham que as redes interorganizacionais formam um dos meios de aquisição de conhecimentos mais eficaz. Contudo, a cooperação comporta vantagens, mas também desvantagens para as organizações que nela intervêm. Desta forma, Pesama (2006) refere que o funcionamento em rede nem sempre traz resultados positivos para as organizações, e, dependendo da eficiência que fundamenta as relações organizacionais, as organizações corroboradas com este modelo podem vivenciar desvantagens. Na formação de redes, obviamente, existem vantagens e desvantagens. Segundo os autores, *“cada uma das organizações de uma rede pode aprofundar uma especialização. É no nível do conjunto de rede que se faz a perenidade de todo o know-how das atividades. As organizações de*

uma rede podem deste modo tornar-se o reflexo da atividade económica dessa rede. Esta é uma maneira de pôr em prática o modelo da cadeia de valor de Porter. As organizações escolhem-se por afinidade. Podem constituir uma rede profundamente original relativamente às concorrentes, conferindo a si próprias um grau elevado de exclusividade” (Olavo e Amato Neto, 2001: 293).

Uma desvantagem, segundo os mesmos autores, pela informalidade dos compromissos de apoio mútuo entre os atores e pela ausência de forma jurídica precisa, é a instabilidade da rede devido ao facto que a qualquer momento os compromissos assumidos podem ser desrespeitados.

Tabela 2 O bom e o mau nas organizações em rede (traduzido)

Vantagens para as organizações (On the plus side they...)	Desvantagens para as organizações (On the minus side they...)
<ul style="list-style-type: none"> • Maior agilidade e mobilidade. • Necessitam menos capital. • Despesas menores de overhead. • Maior empreendedorismo. • Custos menores de mão-de-obra. • Exploram melhor nova tecnologia. • Melhor Gestão da Informação. • Acesso ao conhecimento e inovação 	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidade à disputa (concorrência desleal). • Menor controle sobre os custos inerentes ao funcionamento da rede. • Partilha de conhecimento de projetos. • Menor segurança no fornecimento. • Subsidiar linhas de produtos deficitárias. • Ganhos voláteis.

Fonte: Business Week (traduzido)

Este raciocínio tem por base a tabela 2 publicada em 1986 na revista Business Week intitulada The good and bad about ‘network’ companies.

2.4 Condições para a estabilidade da cooperação interorganizacional

O surgimento, a subsistência, e o término da cooperação está relacionada com três fatores na perspectiva de vários autores como (Corrêa, 2000; Casarotto e Pires, 2001;

Rocha 2009): (1) Cultura da confiança; (2) Cultura da competência; e (3) Cultura da tecnologia da informação ou transmissão de conhecimentos. Conforme tabela 3.

Tabela 3 Tipos de cultura de cooperação

Cultura da confiança <ul style="list-style-type: none">•Relacionado com a cooperação entre empresas, envolvendo princípios culturais, de interesse pessoal e organizacional
Cultura da competência <ul style="list-style-type: none">•Esta tipologia diz respeito às qualificações de cada interveniente. Integra aspectos materiais e imateriais como os processos.
Cultura da tecnologia da informação ou transmissão de conhecimentos <ul style="list-style-type: none">•Está relacionada com o estímulo e a fluidez de informação que constitui um processo vital para implantação e desenvolvimento de relações de cooperação flexíveis.

Fonte: Adaptado Corrêa (2000)

A confiança é algo complicado e com perspectivas diferentes. Pode-se definir confiança como, quando, um parceiro tem confiança na honestidade do outro. A confiança é a disponibilidade para confiar num parceiro de troca (Morgan e Hunt, 1994), ou, também quando uma das partes crê que a outra parte não vai tirar partido das suas fragilidades na relação (Dyer e Chu, 2003).

Neste conceito, a noção de boa-fé é fundamental, pois a confiança não se constrói através de um contrato, mas em procedimentos não contratuais, além do mais, uma organização não se consegue confiar noutra, já que a confiança ocorre a nível micro tendo por base o indivíduo (Dyer e Chu, 2003). Assim, a confiança é estabelecida por um indivíduo noutra ou num grupo de indivíduos. A confiança numa rede interorganizacional retrata a intensidade que os membros de uma organização possuem um sentido confiável, de orientação relativamente a outra organização. A confiança pode reduzir a perceção de risco de oportunismo de outras organizações, reduzir o oportunismo em si, aumenta a confiança de resolução duradoura de inquietudes de curto prazo (Dekker, 2004; Jakobson, 2010).

Segundo Melo (2007) e Zanini et al. (2011 e 2014), entre outros, a confiança, condição para o sucesso entre os parceiros que compõem a rede de cooperação, reduz os custos de coordenação e a necessidade de controlo é diminuta, o que faz com que a flexibilidade da organização aumente e com isso aumenta também a capacidade de se

adaptar a novas situações. Ainda para o mesmo autor, a confiança é a base para se estabelecerem e manterem relações interorganizacionais e sociais duradoras. A confiança foi sempre um fator importante nas relações dentro das organizações, constituindo um fator crítico nas tomadas de decisão, a confiança torna-se ainda mais fundamental nos processos administrativos, pois quando a confiança num parceiro se quebra, esta deixa de existir o que conduz à sua exclusão da cooperação. A confiança deve ser um processo contínuo de transparência a prevalecer nas relações entre as organizações participantes no processo de cooperação. Outro fator de mudança fundamental na gestão das organizações tem a ver com a autoridade, e controlo hierárquico, a coordenação da organização alterou a forma como era feita na estrutura vertical e isolada. Agora a coordenação efetiva-se, através da própria atividade da cooperação, ou seja, as organizações que integram uma rede, abdicam do seu poder de autonomia e de coordenação a favor da rede, organização passa prestar contas à rede que integra.

Quanto à informação e circulação da mesma, na cooperação revela-se cada vez mais importante, obrigando a gestão a introduzir processos de mudança, pois, numa relação de cooperação, as organizações tem acesso a informações das várias organizações que formam a rede, e fornecem informações e estratégias, aos seus parceiros, numa relação de confiança mútua. A mudança planeada oferece aos participantes um sentido de desafio (Mohrman, 2003).

A cultura da confiança está relacionada com a cooperação entre as organizações relacionada com fatores culturais, de interesses pessoais e organizacionais. Neste campo, a ética e o conhecimento sobrepõem-se às pessoas ou organizações com objetivos comuns. Para Corrêa (2000), estabelecer fortes laços de confiança entre os elementos da organização, é crucial para o bom desempenho das redes de cooperação. As organizações desenvolvem-se quando existe uma ligação pessoal forte. O trabalho realizado pelos parceiros em grupos diversificados, é uma forma funcional e eficaz para aumentar o conhecimento, o respeito e a confiança mútua.

A confiança é essencial, tendo em conta que qualquer transação comporta riscos, relacionados com a imprevisibilidade de ocorrências possíveis, que caso não sejam controlados, podem inverter aquilo que poderia ser um benefício para as organizações, pertencentes à cooperação, não se concretize. (Amato, 2000).

Para Powell (1990 e 2005), a cultura da competência está relacionada com as competências fundamentais de cada parceiro. Este autor refere-se a aspetos materiais, físicos, tais como instalações e equipamentos, bem como aspetos imateriais como as metodologias e o know-how.

Os aspetos mais importantes que se devem observar no âmbito da competência de cada parceiro são:

- Se o parceiro na realidade garante valor ao cliente final. Podendo ser obtido pela verificação das capacidades relacionadas com a diferenciação, pois cada parceiro possui um valor diferenciado;
- Se a diferenciação obtida pelo associado tem robustez, e se perante a concorrência nos mercados se mantém forte;
- Se é versátil, ou seja, se admite outras hipóteses de aplicação nestes mercados, se resiste a alterações, de volume, de meios de produção ou de tempos de entrega.

Pereira (2005) põe ênfase na cultura da troca de conhecimentos. Este autor defende que a troca de conhecimentos agiliza o curso da comunicação, fator de importância fundamental para se implementar e desenvolver a cooperação. Para o efeito, investigou os fatores associados com as características da troca de conhecimento e de informação, tais como:

- A informação comunicada, entre os parceiros, deve ser formalizada através de um canal de comunicação próprio, utilizando os meios adequados;
- Armazenamento da informação em local próprio, onde cada parceiro tem acesso com condições de acessibilidade bem definidas;
- Gerar uma base de dados relativa aos procedimentos, defini quem a ela pode aceder;
- Como as informações podem ser úteis na fabricação de bens e serviços, como futuramente as organizações podem utilizar a informação, tendo em conta o conhecimento acerca dos clientes, novas oportunidades de estabelecer relações comerciais, aprendizagem em equipa para as organizações incluídas na cooperação.

2.5 Benefícios da cooperação

Nas relações de cooperação interorganizacional, Powell et al. (2005) afirmam que é possível para organizações que dela fazem parte, obter benefícios tais como descritos na figura seguinte:

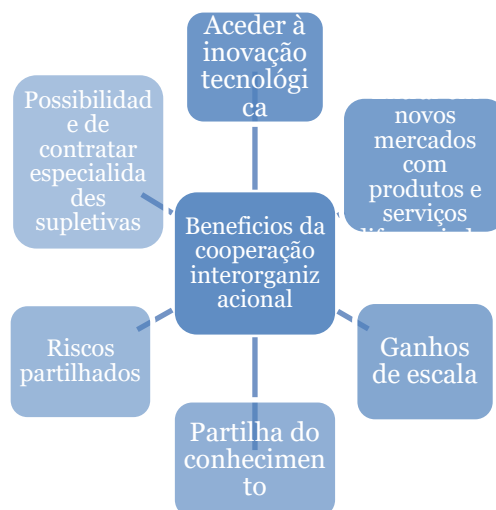


Figura 2 Benefícios da Cooperação

Fonte: Adaptado de Powell (2005)

Para Franco (2007), a cooperação permite que as organizações se foquem no seu know-how específico, pois, a competência das outras só é aproveitada nas suas áreas de especialidade. O autor afirma ainda que é cada vez mais difícil aguentar e manter um posicionamento competitivo nos mercados assente numa competência individualizada preponderante. Isto é, as empresas, cada vez mais têm necessidade de criar relações de cooperação com a finalidade de obterem alguma vantagem estratégica.

Podemos então afirmar que a cooperação funciona como um incentivo à inovação, na medida em que se espera que se obtenham benefícios futuros, designadamente a obtenção de economias de escala, a redução do risco e incerteza, o acesso a novos mercados bem como a obtenção de novo know-how para as organizações. Deste modo, a cooperação é vista pelas organizações como um meio para alcançar uma significativa presença em novos mercados, inclusive para a sua internacionalização resultado das parcerias estabelecidas, acesso a novos processos tecnológicos, recursos e produtos, aumentando a qualidade ao mesmo tempo que acrescenta valor aos produtos e/ou serviços das organizações.

Kanter (1994), Jarillo (1988) e Hoffmann et al. (2010) fazem referência a uma série de benefícios obtidos da cooperação entre organizações. Para estes autores, os mais fundamentais são a obtenção de economias de escala, a consolidação da presença no mercado, a partilha dos riscos relacionados com investimentos, o acesso a novas tecnologias, a partilha de custos de investigação e desenvolvimento, a facilitação da

aprendizagem organizacional e a redução da concorrência. Por outro lado, em conformidade com Hitt et al. (2005), as vantagens da cooperação podem-se agrupar em benefícios operacionais (curto prazo) e estratégicos (longo prazo). Os operacionais são os que influem diretamente no ambiente interno das organizações do ponto de vista da eficiência com que a sua ação é desenvolvida (ex. recursos de financiamento e diminuição de custos). Os benefícios estratégicos consistem num aumento do posicionamento competitivo e estratégico das organizações envolvidas no processo de cooperação definido (vantagens competitivas e atuação ao nível da concorrência do setor).

Em resumo verifica-se que as principais vantagens/benefícios a extrair no estabelecimento de uma relação de cooperação são:

- Acesso a novos mercados, permite a obtenção de sinergias e com isso o reforço do posicionamento no mercado;
- Processos de aprendizagem mais rápidos reduzindo assim o tempo necessário para o lançamento de novos produtos ou processos (novo know-how e tecnologias);
- Permite à organização alcançar a dimensão pretendida relativamente a uma determinada função ou área, beneficiando de economias de escala, evitando assim um crescimento injustificado do seu tamanho inicial;
- Divisão do trabalho mais eficiente tornando desnecessário que as operações sejam realizadas apenas no seio de uma só organização;
- Riscos partilhados, distribuindo custos e benefícios;
- Dividir recursos pelos diferentes tipos de projetos (melhor gestão de processos e recursos);
- Contribuir para a implementação de uma política de expansão das organizações com poucos recursos (Kanter, 1994 e Harrigan, 1988).

3. Cooperação Interorganizacional no Setor Público

A discussão sobre o que é um serviço público necessita de cuidados, pois, de acordo com Carvalho (2015), não há unanimidade quanto à sua definição. O autor chama a atenção para o facto de que a definição de serviço público está associada à função do Estado, que não representa um conceito fechado, mas em constante evolução. Por isso, quando se alteram as funções do Estado, o conjunto de serviços públicos também sofre alterações. Tais mudanças não são estanques e pontuais, mas sim contínuas e processuais, e ocorrem de forma lenta e gradativa.

De forma geral, serviço público é todo o serviço que venha a ser prestado à coletividade, diretamente pelo Estado ou por sua delegação ou, até mesmo, por particular, desde que disponibilizado para o cidadão; e, ainda, são serviços públicos os administrativos colocados à disposição coletiva, mas, eventualmente, beneficiando o cidadão isoladamente. Os serviços públicos são “oferecidos” com fundamento na necessidade coletiva. Serviço público é, assim, toda atividade material que a lei atribui ao Estado para que a exerça diretamente ou através de parceiros, com o objetivo de satisfazer concretamente as necessidades coletivas sob o regime jurídico total ou parcialmente público (Pietro, 2014).

Das definições de serviços públicos apresentadas, pode-se deduzir que um dos grandes objetivos é atingir o maior número ou a totalidade de utentes que deles necessitam, respeitando as especificidades de cada grupo constituído, a esta abrangência denominamos universalização de serviços públicos. Nesse sentido, a grande capacidade das redes interorganizacionais é um fator estratégico quando analisamos o potencial dessas redes para a universalização de serviços públicos com qualidade na prestação de serviços aos utentes, beneficiários e como qualidade de gestão dos recursos públicos (Malmegrin, 2011).

No que diz respeito ao presente estudo, tem por base o funcionamento interorganizacional da cooperação entre organizações de saúde, sendo estas organizações estruturadas em unidades e valências que integram o setor público do Estado, logo a tutela e gestão das organizações é irremediavelmente pública. Assim considera-se pertinente realizar uma abordagem ao papel do Estado e das políticas públicas, na criação de redes de cooperação interorganizacionais.

Estas redes são hoje cada vez mais objeto de investigação teórica e empírica em vários ramos da ciência que vão desde a sociologia, economia, ciências do comportamento, até à gestão pública e empresarial. Apesar de serem múltiplos os conceitos de rede e de se centrarem principalmente nas diversas formas de organização da produção, da “rede” também apareceu uma forma de caracterizar os diversos elementos que numa organização definem e permitem o procedimento de assimilar conhecimento e informação (Dawes, 2008).

A cooperação interorganizacional é hoje uma realidade cada vez mais presente, neste âmbito, a gestão das organizações sustenta-se em três pilares de suporte: resolver problemas, desempenho planificado com base numa estratégia, e na cadeia de circulação da informação interna e externa. Estes atributos são essenciais, pois permitem descrever a teia de relações que acontecem nas organizações ligadas ao setor público (Mandel, 1998). Este autor refere ainda que atos realizados por indivíduos isoladamente não são aceitáveis face à realidade atual, mais do que basear a gestão de uma organização numa instituição autónoma, os procedimentos devem estar definidos pela rede em coligação para que se consiga atingir o objetivo comum. Ainda para este autor a nova forma de pensar e gerir as organizações implica uma reformulação do conceito de gestão pública, passando a nova gestão pública em rede a desenvolver outras ferramentas mais apropriadas para gerir as instituições públicas.

Assim neste novo contexto, é urgente que o Estado mude a sua postura no que diz respeito à definição de políticas públicas de apoio às instituições (OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2005). Esta organização definiu conceitos e modelos associados ao “Sistema Nacional de Inovação” como redes organizações do estado e particulares, das quais as práticas e relacionamentos instituem, integram, alteram e divulgam, as novas tecnologias em certas circunstâncias económicas, políticas e sociais. Daqui resulta o aporte das novas tecnologias para o crescimento económico, e em simultâneo realça os pontos que se seguem:

- 1) Redefinir a função do Estado, traçando linhas de orientação estratégicas envolvendo todos os participantes na redução de esforços;
- 2) Relevância da cooperação, pela fomentação de redes formais ou informais, entre organizações sejam públicas ou privadas;
- 3) Inovação tecnológica como um processo global onde participam vários intervenientes.

Nesta linha de pensamento afirma-se que, o Estado tem como obrigação criar uma infraestrutura de cariz económico, social e político, que analise os problemas estruturais das organizações desenvolvidas, e promover a formação de redes de cooperação e partilha, sejam elas revestidas de formalidade ou informalidade. As instituições organizadas de forma interdependente, em ambientes de grande incerteza e vulnerabilidade, conseguem a sua sobrevivência de forma mais eficaz. Esta circunstância é evidente nas organizações que integram o setor público, onde os recursos são escassos, gerando ambientes de alta imprevisibilidade.

As organizações do setor do Estado debatem-se sobretudo com novos desafios que têm em vista a gestão eficiente dos serviços públicos utilizando com eficácia os recursos disponíveis. Dawes (2008), no estudo desta problemática, concentra a sua análise nas relações interorganizacionais, da gestão e do conhecimento, sendo que estes elementos concorrem simultaneamente para a obtenção da competência necessária à compreensão dos elementos que estão relacionados com o desempenho das organizações do Estado em particular as que se inserem na área da saúde.

A formação de redes de cooperação é considerada uma estratégia de sobrevivência em diferentes cenários. No entanto, a ocorrência de relações de cooperação é bastante complexa devido à dinâmica da cooperação ser formada sobre a dinâmica competitiva e, portanto, ambas devem coexistir. Estas redes de cooperação apresentam-se como o novo locus inovação, onde o conhecimento pode ser gerado de maneira rápida e eficiente. A cooperação constitui-se para atingir um objetivo comum das partes, que pode ser a cooperação entre a universidade, as empresas e o governo, responder a uma necessidade própria de desenvolvimento regional, satisfazer os objetivos estratégicos da universidade e promover o desenvolvimento local das empresas, orientando a sua sobrevivência no mercado ou o interesse dos governos em fomentar políticas para estimular o desenvolvimento nacional. (Barth 2007 citado por Marques e Franco, 2020). Neste contexto, diferentes tipos de cooperação foram criados para fazer face a situações como nos EUA, implementaram estratégias direcionadas ao aumento do rastreio do cancro, em grupos de mulheres pobres, minoritárias de origem rural, envolvendo a Universidade do Alabama e a Family Health Care of Alabama, uma agência de saúde sem fins lucrativos. O sucesso desta parceria académico-prática pode ser visto como uma estratégia, no sentido de melhorar os serviços de prevenção em meios rurais e ao mesmo tempo difundir mecanismos de controle desta patologia, com base na teoria, através de uma rede alargada, de cuidados de saúde primários (Marques e Franco, 2020).

Perante o que aqui se refere podemos afirmar que as redes de cooperação têm como objetivo estabelecer ligações recíprocas de conhecimento e experiência visando dotar as organizações do Estado de meios essenciais para responderem eficazmente, à dúvida em ambientes de grande complexidade. (Dawes, Cresswell, & Pardo, Need to Know to Need to Share: Tangled Problems, Information Boundar, 2009).

3.1 Redes de cooperação no setor da saúde

As redes de cooperação alteram a gestão e a prestação de cuidados em saúde. Cooperação, alianças, parcerias, entre vários intervenientes, são hoje atributos primordiais da investigação e intervenção na área da saúde (Marques e Franco 2020). Claramente, hoje uma organização que desenvolva a sua ação isoladamente não pode agrupar o conhecimento, recursos ou redes de confiabilidade que são imprescindíveis para enfrentar o vasto conjunto de determinantes e que constituem o foco de problemas e questões, cada vez mais complexas que se colocam hoje ao setor da saúde (Marmot, 2001). Daí que hoje cada vez mais organizações de saúde se envolvam em parcerias e alianças, na realização de investigações e ações com o objetivo de implementar projetos com a universidade, a comunidade, e setor privado (Duke, 2016). Assim, a programação das políticas de saúde para alcançarem os objetivos a que se propõem, têm de ter em conta e envolver a sociedade em geral. As redes de cooperação trazem inúmeras vantagens e benefícios ao setor da saúde, como ressalta da extensa literatura sobre o tema, onde podemos ver exemplos que refletem o impacto da cooperação na melhoria da qualidade dos serviços, na força de trabalho, e na prestação desses cuidados (Lee et al., 2018).

Para um bom desempenho dos serviços de saúde, estes devem incorporar políticas e práticas que fomentem a implementação da ação social, a criação de instituições externas que analisem e avaliem o desempenho, a qualidade dos serviços prestados, bem como a prevalência dos determinantes da saúde na sociedade e simultaneamente as ações desenvolvidas (Jansen et al., 2008).

Preferencialmente, políticas, práticas, e investigações devem estabelecer parcerias de colaboração entre si para tornar mais forte o sistema de saúde e acrescentar a sua estrutura envolvendo a comunidade em geral (Marques e Franco, 2020).

Vantagens como economia de escala, conseguidos com os benefícios obtidos como resultado do aumento de afiliados da rede, a aquisição de conhecimentos que ocorre através da interação e colaboração entre os elementos da organização, o desenvolvimento de competências coletivas por via desta interação e ainda pela permuta tecnológica, são situações que se podem ser otimizados pela colaboração entre os indivíduos, através da união e conjugação de esforços no sentido de otimização dos recursos (Hitt et al., 2005). Ainda assim existem poucos estudos e investigações que façam a comparação sobre a forma como se estabelecem, desenvolvem e evoluem as parcerias entre organizações de saúde públicas (Franco e Duarte, 2012).

Nas últimas décadas, os serviços de saúde têm proliferado a uma velocidade estonteante, o número de instituições e os serviços que oferecem quase esgotam o mercado da saúde, o que leva as instituições a assumirem diferenciadas práticas para garantirem a sua sobrevivência, prestando um serviço de qualidade com o objetivo de satisfazer os utentes. A inovação associada às novas tecnologias, a integração dos mercados, o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e a redução da tecnologia utilizada nos serviços entre concorrentes, forçam as organizações de saúde a encetar medidas no sentido de uma diferenciação dos cuidados de saúde prestados apostando na melhoria da qualidade no atendimento, investir em elevados níveis de formação dos recursos humanos e, também uma aposta na prestação de cuidados de saúde diferenciados, na investigação com recurso à inovação nos serviços e/ou nos procedimentos interiores e exteriores ao meio organizacional. Nesta linha, as novas formas organizacionais facilitam a conexão entre as organizações, fortalecendo os seus relacionamentos ou conexões. As organizações integradas em relações de cooperação funcionam conjuntamente e de maneira contínua, e não esporadicamente (Franco e Duarte, 2012; Franco e Haase 2015), por isso os serviços de saúde têm vindo a sentir a necessidade de se reestruturarem e reorganizarem, para encontrarem soluções novas e diferenciadoras. Como resultado, as políticas de saúde e os gestores implementaram novas forma de organização (Franco e Duarte, 2012). Os mesmos autores afirmam que, atualmente, há mais e melhores recursos e metodologias que simplificam e tornam mais rápidas as operações das redes interorganizacionais, cujo objetivo é prestar serviços tanto à população em geral como à população mais envelhecida especificamente. Estas formas interorganizacionais caracterizam-se por um relacionamento confortável entre organizações, pensadas para que os objetivos sejam alcançados a longo prazo, que não conseguiam ser obtidos por uma organização individualizada. Estas tendências têm obrigado as organizações de saúde, e outras, a mudanças, que levam os seus gestores a repensar modelos, a definir outras linhas estratégicas e competências organizacionais,

param rapidamente fazer face às pressões impostas pelo meio envolvente.

O alto dinamismo inerente ao mercado da saúde, os contínuos progressos tecnológicos e científicos, têm criado condições facilitadoras da cooperação e o estabelecimento de relações interorganizacionais, entre estas organizações e outras instituições, o que constitui uma enorme vantagem ao seu desenvolvimento. Pois uma organização, funcionando de forma isolada, será difícil obter e conseguir todos os recursos, competências e tecnologias para alcançar os seus objetivos. Assim sendo, os acordos de cooperação são um importante fator diferencial competitivo. A cooperação entre organizações desde há muito que está na ordem do dia, mas tem tido uma atenção especial pelo facto das organizações serem mais complexas, se terem internacionalizado e, de forma geral, mais diversificadas. Como foi referido por Franco e Haase(2015) e Marques e Franco (2020), de forma a realizarem as suas tarefas de alta complexidade e muitas vezes interrelacionadas, os gestores de todos os níveis hierárquicos estabelecem parcerias que forneçam benefícios necessários, tais como aconselhamento, informação e suporte. Neste ambiente, as relações interorganizacionais são o padrão atual de interação direcionado ao cumprimento com sucesso de objetivos comuns.

A cooperação interorganizacional está no pensamento académico, desde sempre, mas tem vindo a conseguir uma maior atenção, devido sobretudo, à complexidade, à internacionalização, e à diversificação, características cada vez mais presentes nas organizações. Os gestores para realizarem as suas funções de alta complexidade, buscam parcerias que lhes possam proporcionar proveitos, como consultoria, conhecimento e sustentação. Neste contexto, os relacionamentos interorganizacionais refletem o modelo atualizado de inter-relacionamento orientado para a obtenção de objetivos comuns. (Franco e Duarte, 2012).

A área da saúde conjuga prosperidade, progresso e instabilidade económica semelhante, ou até mais adverso que nos ambientes dos mercados tradicionais (Geazi et al., 2015). Segundo os mesmos autores, para suprimir o fosso que existe na saúde entre o setor privado e o público, é imprescindível que por parte do setor público haja um considerável volume de investimento no que diz respeito a tecnologia (principalmente em procedimentos de alta complexidade como transplantação, medicina nuclear, etc.), educação, conhecimento e competências pessoais e organizacionais, bem como na definição de políticas publicas que apostem em estratégias para o mercado publico da saúde. Ainda Geazi et al. (2015) afirmam que muitos serviços de saúde designadamente hospitais procuram inovar implementando procedimentos que melhoram a qualidade

dos produtos e serviços, e assim conseguirem vantagens competitivas. Neste sentido, os estabelecimentos de saúde procuram adquirir equipamentos e máquinas altamente sofisticadas, personalizar os serviços, ao nível do atendimento e da informação prestada aos utentes. Ainda assim em alguns serviços a inovação acontece pela implementação de uma rede de cooperação interorganizacional (Geazi et al., 2015).

Apesar do principal objetivo dos acordos de cooperação, neste setor, consistir em aumentar a performance económica pela partilha de recursos, por um lado, e por outro, caracterizam-se pela celebração de parcerias e outras formas de cooperação, emergem face às inúmeras crises que afetam os Estados contemporâneos, tais como a crise financeira, fiscal, de legitimidade e governabilidade. E, também no contexto da competitividade mundial marcada pelos processos de globalização da economia e de revolução tecnológica (Marques e Franco, 2020). Contudo, os estudos não mostram evidências de diferenças de performance económica entre os intervenientes na cooperação e os serviços de saúde individualmente considerados (Song, 1995; Varda et al., 2012). Assim, existem autores que veem o principal objetivo da cooperação nos serviços em assegurar a segurança conjunta dos parceiros, isto é, a criação de cooperações interorganizacionais está relacionada com a segurança coletiva e a sobrevivência organizacional, e não com a preocupação alcançar melhores níveis de performance económica (Song, 1995; Varda et al., 2012) ou seja, a implementação de uma cooperação interorganizacional tem a sua razão de existir, manifestamente por uma questão de estabilidade coletiva e segurança institucional.

Outros autores como Kessels et al. (2006) consideram que a eclosão da sociedade do conhecimento, veio contribuir para legitimação do estudo da interação entre áreas do conhecimento, distintas e diversas. Estes autores salientam que adquirir e apreender o conhecimento, assente num método de trabalho, pressupõe a criação de ligações de cooperação, informação e formação, por intermédio do conhecimento compartilhado. Assim, o inter-relacionamento, entre os estabelecimentos de ensino, e o mercado de trabalho, deve funcionar em cooperação. Neste processo, devem estar determinados os níveis de qualidade que pretendem atingir ao nível da aprendizagem, e serem definidos conjuntamente com as organizações do mercado de trabalho. Esta forma de cooperação permite adquirir e transferir conhecimento, constituindo um valor acrescentado, na integração para os estudantes e futuros profissionais na entrada no mercado de trabalho. Franco e Haase (2015) têm vindo a aprofundar o estudo sobre as consequências reais da cooperação interorganizacional, para a partilha do conhecimento, em estabelecimentos de saúde e de estabelecimentos de ensino superior. Nestes estudos desenvolvidos vêm

afirmando que é fundamental termos um conhecimento mais profundo acerca desta relação de cooperação, e mesmo entre estas organizações e as que pertencem ao setor privado.

3.2 Modelo de análise concetual

No contexto em que se insere esta pesquisa, e tendo em conta o objeto de investigação, o modelo de análise adotado (Figura 5) é composto por duas lógicas inversamente constituídas que se relacionam, de forma tensa, procurando uma posição concordante e de relacionamento similar, obrigatoriamente dinamizador: (1) Lógica normativa descendente (dependência decretada) e (2) Lógica criativa ascendente (dependência construída).

É entre os dois posicionamentos, algo instáveis, que ocorre o ponto de equilíbrio onde se constrói a oportunidade, de constituir uma cooperação interorganizacional.

As lógicas aqui mencionadas podem ser analisadas em três níveis:

Nível Macro (Organização de Saúde), instituição com máxima relevância de estudo;

Nível Meso (Instituição Ensino), local de conceção do conhecimento e de habilitação dos futuros profissionais;

Nível Micro (metodologias e critérios para a criação da cooperação), lugar de análise, ponderação e geração.

A entrada no objeto de estudo é feita pelo nível micro, fazendo, desta forma, entre os três níveis, uma triangulação invertida.

Este modelo engloba a participação de duas organizações do setor da saúde relacionadas, através da transferência de conhecimentos e cooperação interorganizacionais.

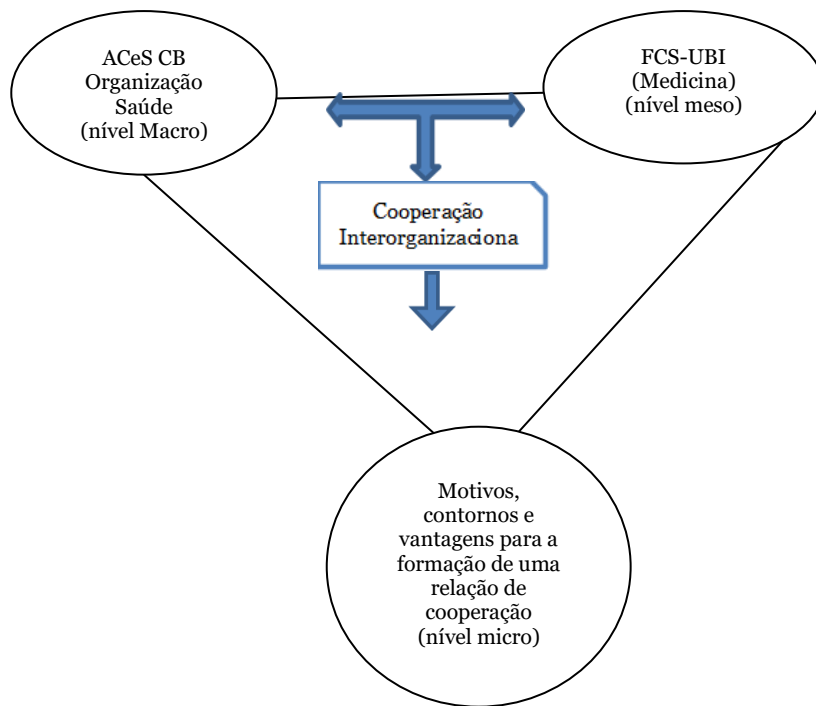


Figura 3 Modelo de Análise Concetual

O modelo indicado inclui duas organizações relacionadas com o setor público da saúde, cujo o relacionamento se estabelece pela transferência de conhecimento e cooperação interorganizacional. Este tipo de cooperação pode ser utilizado para executar mecanismos estratégicos que incentivem e contribuam para o fortalecimento desta relação no contexto de aprendizagem, ao mesmo tempo, funcionem como uma vantagem estratégica e competitiva entre elas.

4. Metodologia de Investigação

4.1 Abordem de investigação e tipo de estudo

Segundo Rodrigues (2007), metodologia é “(...) o conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”. Para Oliveira (2010), metodologia integra o estudo dos diferentes métodos aplicáveis em projetos de investigação. Este autor refere ainda que a metodologia é o conjunto de métodos e técnicas de investigação, ferramentas específicas, perspectivas, que proporcionam a obtenção de informação relevante, para analisar (os dados), bem como conclusões posteriores a implementar. Assim, a metodologia deve ser entendida como uma ferramenta de trabalho, fundamental para o êxito da investigação, uma vez que, a escolha do método de análise vai permitir o sentido de orientação da investigação e das conclusões a obter. Assim, os procedimentos metodológicos fundamentais no desenrolar desta investigação estão descritos na figura 4.

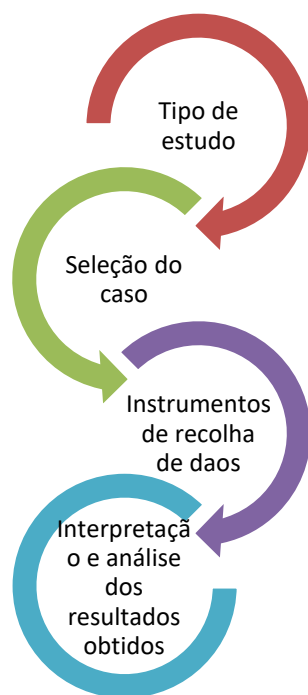


Figura 4 Procedimentos Metodológicos adotados na investigação.

Para atingir os objetivos definidos para o presente estudo, usou-se uma abordagem de investigação mista, ou seja, as pesquisas qualitativa e quantitativa podem ser utilizadas, ao longo de um estudo científico, tanto de forma isolada quanto de forma conjugada. Quando se desenvolvem esforços na procura de respostas, poder-se-ão utilizar ambos

os métodos, pois os objetivos e as necessidades metodológicas assim o exigirão para que sejam obtidos dados corretos no estudo. Uma escolha indevida do tipo de pesquisa e dos métodos, pode levar, a que na recolha dos dados, surjam dificuldades, e não se atinja uma conclusão na investigação a contento ou adequada ao estudo que se pretende desenvolver. De facto, as pesquisas qualitativas e quantitativas contribuem para o desenvolvimento da ciência e o aumento do saber do homem (Lakatos, 1995).

Neste contexto, pode-se entender uma diferença importante nas pesquisas qualitativa e quantitativa, pois, objetivamente, esta preocupa-se em mensurar fatos divisíveis. Já aquela não se preocupa em enumerar, mas, sim, entender os fatos e fenómenos para os explicar. Godoy (1995) deixa claro que a pesquisa qualitativa pode ser utilizada para estudar fenómenos ou factos que envolvem seres humanos nas suas relações sociais em diversos ambientes como, por exemplo, de trabalho profissional, académico, familiar, associações de classe, religioso, etc.

A pesquisa qualitativa é realizada normalmente no local de origem dos factos (objetos de estudo) e tem por objetivo demonstrar os resultados pelo sentido lógico/coerente que eles apresentam, ou seja, o sentido lógico que resulta do tratamento científico pelo investigador. Este tipo de pesquisa possibilita investigação dos factos e compreendê-los no contexto em que eles ocorrem, pois, o investigador vai ao terreno para fazer o levantamento e recolha de dados, analisa-os para poder entender a sua dinâmica.

De referir que dentro da abordagem qualitativa se optou pelo método de estudo de caso. No estudo de caso é fundamental adotar como técnicas de pesquisa os enfoques exploratório e descritivo, mesmo quando se inicia o trabalho de forma teórica, pois o contato com o ambiente em que o facto ocorreu ou está ocorrendo permitirá ao pesquisador manter-se em alerta aos novos elementos que podem ocorrer e que ele deverá observar para apreender dados, analisá-los, transformá-los em informações e teorizá-los. Um aspeto importante a ser observado pelo investigador é o de que se pode encontrar uma multiplicidade de dimensões específicas do facto, que devem ser registadas durante o estudo para se entender a realidade inerente ao objeto de estudo. Este é o momento que configura a pesquisa como elemento de produção de novos conhecimentos e de construção e ampliação do saber científico. Assim, é essencial que neste tipo de pesquisa sejam relatadas (documentadas) as observações dos fatos, as características, contexto social, sua forma de desenvolvimento e funcionamento e consequências para o meio envolvente de que faz parte. Há a possibilidade de o estudo de caso envolver dois ou mais sujeitos como objeto de estudo como, por exemplo, duas

organizações (Demo, 2006). Por outro lado, a pesquisa quantitativa utiliza instrumentos devidamente estruturados, como o questionário. Deve representar um universo determinado, de modo a que a interpretação dos dados possa ser generalizada e projetados para o universo em análise (Demo, 2006).

Neste contexto, a abordagem mista (qualitativa e quantitativa) pode ser utilizada de acordo com o objeto a ser estudado e fornecer informações mais confiáveis ao investigador. A abordagem qualitativa apresenta-se, como a tentativa de compreender e explicar de forma detalhada os significados e as características situacionais dos objetos estudados. As pesquisas quantitativas produzem a quantificação das características e da regularidade de ocorrência de um facto e atuam em níveis de realidade em que os dados são importantes e devem ser quantificados, pois indicam posições e ocorrências importantes para despertar a atenção dos investigadores (Cavalcante, e Dantas 2006) Em suma, a abordagem metodológica adotada neste estudo foi mista, qualitativa e quantitativa, por se entender que é a mais adequada ao processo de investigação da cooperação interorganizacional.

4.2. Seleção do caso

Neste estudo o caso estudado consistiu numa relação de cooperação entre dois tipos de organização de contexto de saúde. As organizações selecionadas para a presente investigação foram o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS-CB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI),.

O Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira é um serviço de saúde com autonomia administrativa, desconcentrado da ARS Centro, I.P. e sujeito ao seu poder de direção. A sua área geográfica de influência corresponde aos concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, sendo constituído por uma Unidade de Saúde Pública (USP), cinco Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Familiar (USF), três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como uma Equipa Coordenadora Local (ECL) e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECC). Está envolvido na formação pré e pós-graduada, bem como na investigação clínica. Este tipo de organização é caracterizado como uma unidade de saúde de índole universitária, mas também pela proximidade geográfica, com a FCS-UBI e com CHCB, são fatores fundamentais para a cooperação de que é alvo esta investigação.

Por sua vez, a FCS nasceu da forte consciência da necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos nos domínios da saúde, o que motivou a aprovação governamental da criação de mais duas faculdades de medicina no país. Ficou, no entanto, desde logo estabelecido que os projetos candidatos teriam que apresentar alterações profundas no curriculum médico, permitindo assim renovar o ensino da medicina em Portugal. Em conformidade com essa disposição, a Universidade da Beira Interior lançou-se num grande desafio e apresentou uma candidatura para um projeto inovador da licenciatura em Medicina, projeto esse que foi aprovado pela resolução do conselho de ministros nº 140/98 de 4 de dezembro. Nele propunha-se o desenvolvimento de modelos inovadores de formação, pautados por padrões científicos, pedagógicos e assistenciais de elevada qualidade, em que também a articulação com as unidades de prestação de cuidados de saúde seria assegurada por um modelo organizacional diferente e inovador. (w.w.w.fcsaude.ubi.pt).

Desta forma, a cooperação entre esta duas instituições (ACeS - CB e FCS - UBI) é o caso de estudo selecionado, onde se pretende analisar quais as razões, benefícios e implicações para a criação de uma cooperação interorganizacional, através do modelo de análise aqui proposto. Esta parceria, ímpar na região, pelo prestígio e reputação que adquiriu tem influência real na vivência nos alunos da organização de saúde, bem como na sua formação pessoal e universitária.

4.3. Instrumentos de recolha de dados

O estudo de caso, no processo de recolha de dados, recorre a diversas técnicas de investigação, qualitativa, como a entrevista, análise documental, e observação, e quantitativa, como os questionários. A utilização diversificada deste instrumento permite obter diferentes tipos de dados, proporcionando o cruzamento/triangulação de informação entre eles. Como refere Yin (2015) e Stake (2012), a utilização de várias fontes de recolha de dados é de extrema importância, pois permite aumentar a validade e a confiabilidade de um estudo de caso.

O estudo de caso orienta-se por sucessivas etapas de recolha, análise e interpretação da informação, provenientes de diversas fontes (Yin, 2015). Neste estudo usou-se um inquérito por questionário dirigido aos alunos de medicina da FCS e entrevistas semiestruturadas aos responsáveis máximos dos dois tipos de organização que fazem parte da relação de cooperação interorganizacional aqui estudada. Ao se obter informação de natureza diversa, é possível fazer comparações entre os dados,

recorrendo à triangulação (Igea, Agustín, Beltrán, e Martín, 1995; Savoie-Zajc, 2003), como estratégia de validação. Neste sentido, apresentamos a experiência vivenciada com esta metodologia, referenciando a tipologia, a recolha e análise da informação.

O estudo de caso baseia-se no encadeamento das evidências, através da relação das questões de investigação, fontes de evidência, interpretação dos resultados e discussão dos mesmos (Yin, 2015). Neste sentido, a tabela seguinte apresenta os métodos de recolha de dados que serviram de base à concretização dos objetivos do presente estudo, bem como a identificação dos seus destinatários. Mais precisamente, apresenta-se o guião de entrevista usado e o questionário (em anexo) aplicado, teve por base o modelo de questionário utilizado e validado por (Ressureição 2012)

Tabela 4 – Métodos de recolha de dados utilizados

Objetivos do estudo	Método de recolha de dados	Destinatários
<p>Contornos, Motivos, e Benefícios da Cooperação na perspectiva do da FCS – UBI.</p>	<p style="text-align: center;">Entrevista semiestruturada</p> <p>1. A FCS – UBI, designadamente o Curso de Medicina, tem estabelecido relações de cooperação com outras organizações? Como as considera?</p> <p>2. A FCS – UBI, designadamente o Curso de Medicina, tem uma relação de cooperação com Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira. Quais são os contornos desta relação de cooperação?</p> <p>3. Esta cooperação é indispensável? Verifica-se alguma dependência entre as organizações envolvidas?</p> <p>4. Há obtenção de vantagens financeiras para alguma das organizações?</p> <p>5. Foram celebrados protocolos de cooperação, com outras instituições de saúde, ao nível da formação prática (estágios)?</p> <p>6. Ao nível de infraestruturas tecnológicas, os alunos de medicina dispõem de alguma ferramenta pedagógica que lhes permita ter acesso a informação clínica, resultados de exames,</p>	<p>Presidente da FCS-UBI</p>

	<p>e troca de informação entre alunos e professores?</p> <p>7. Criado em abril de 2017 através da Portaria n.º 130/2017, o CACB – Centro Académico Clínico das Beiras é um consórcio entre diversas instituições de saúde e de ensino. Ao reunir instituições de ensino superior com cursos na área da Saúde (Medicina, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Ciências Biomédicas, Optometria/Ciências da Visão, Tecnologias da Saúde), bem como unidades de saúde dos vários tipos de cuidados (primários, secundários e paliativos). Acha que o facto de FCS-UBI estar localizada na região, foi um fator decisivo para a criação do Centro Académico Clínico das Beiras?</p> <p>8. Acha que a região e a cidade beneficiaram, com a criação desta faculdade? Passados todos estes anos, que benefícios resultaram daí para a população local e regional?</p>	
<p>Contornos, Motivos, e Benefícios da Cooperação na perspetivado da ACeS - CB</p>	<p style="text-align: center;">Entrevista semiestruturada</p> <p>1. O ACeS – CB tem estabelecido relações de cooperação com outras organizações de saúde? Como as considera?</p> <p>2. Desde quando teve início a cooperação entre o ACeS – CB e a FCS – UBI?</p> <p>3. Esta cooperação é indispensável? Verifica-se alguma dependência entre as organizações envolvidas?</p> <p>4. Há obtenção de vantagens financeiras para alguma das organizações?</p> <p>5. Foram celebrados protocolos de cooperação, com outras instituições de saúde, ao nível da formação prática (estágios)?</p> <p>6. Enquanto docente da FCS, como é que acha que a mesma beneficia com a ligação</p>	<p style="text-align: center;">Diretor Executivo Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira</p>

	<p>ao ACeS – CB?</p> <p>7. Ao nível de infraestruturas tecnológicas, os alunos de medicina dispõem de alguma ferramenta pedagógica que lhes permita ter acesso a informação clínica, resultados de exames, e troca de informação entre alunos e professores?</p> <p>8. Criado em abril de 2017 através da Portaria n.º 130/2017, o CACB – Centro Académico Clínico das Beiras é um consórcio entre diversas instituições de saúde e de ensino. Ao reunir instituições de ensino superior com cursos na área da Saúde (Medicina, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Ciências Biomédicas, Optometria/Ciências da Visão, Tecnologias da Saúde), bem como unidades de saúde dos vários tipos de cuidados (primários secundários e paliativos). Acha que o facto de FCS-UBI, enquanto potenciadora de desenvolvimento e conhecimento, estar localizada na região, foi um fator decisivo para a criação do Centro Académico Clínico das Beiras? Considera este projeto necessário? De que forma este projeto vem reforçar a cooperação entre as instituições de saúde referidas?</p> <p>9. Acha que a região e a cidade beneficiaram, com a criação desta faculdade? Passados todos estes anos, que benefícios resultaram daí para a população local e regional?</p>	
--	---	--

<p>Contornos, Motivos, e Benefícios da Cooperação na perspetiva dos Alunos do Curso de Medicina da FCS-UBI.</p>	<p style="text-align: center;">Aplicação do questionário (ver Anexo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber a motivação subjacente ao estabelecimento de uma rede de cooperação entre o ACSS- Cova da Beira e Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 2. Identificar os benefícios desta cooperação, para cada uma das organizações; 3. Avaliar o conhecimento que os alunos da FCS da UBI têm sobre este tipo de cooperação, e que vantagens obtêm da mesma. 	<p style="text-align: center;">Alunos do Curso de Medicina da FCS – UBI</p>
---	--	---

Relativamente ao questionário, para poder ser aplicado foi necessário obter autorização das tutelas que superintendem as organizações em estudo. Assim, foi submetido pedido de parecer à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (CE-ARSC), que se pronunciou no sentido de que o trabalho em causa não analisava os inquiridos enquanto utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas sim enquanto alunos da Universidade da Beira Interior e, por isso, não tinha competência para emitir parecer. Deste modo, remeteu-se novo pedido de parecer à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI), tendo esta emitido parecer favorável à realização do questionário (cf. em anexo). Este foi dirigido aos alunos de medicina da FCS-UBI, de ambos os sexos, sem restrição de idade, a sua aplicação decorreu entre 29 de junho e 30 de julho de 2021.

Inicialmente, a aplicação do questionário era para se efetuar de forma pessoal e direta, contudo, devido às restrições impostas pela pandemia provocada pelo vírus Sars-Cov2 (Covid19), não foi possível, pelo que se optou pelo preenchimento on-line, cujo envio foi realizado pelo secretariado da FCS-UBI, para todos alunos num total de 961 que frequentaram o ano letivo de 2020/2021. Contudo obtiveram-se somente 53 respostas, O baixo número de respostas obtidas prendeu-se com a situação já referida (Civis 19), e também porque a época em que decorreu a aplicação do questionário coincidiu com a época de frequências e exames por parte dos alunos.

Com este questionário pretendia-se: avaliar o conhecimento que os alunos têm sobre este tipo de cooperação, e que vantagens obtêm com esta cooperação; perceber a motivação subjacente ao estabelecimento de uma rede de cooperação entre o ACeS-Cova da Beira e Curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; e quais os benefícios para cada uma das organizações. As questões colocadas relacionam-se com a cooperação e pretendia-se aferir os objetivos propostos aqui referidos.

4.4, Organização, análise e interpretação dos dados

Considerando os objetivos propostos, e para que a investigação se oriente nesse sentido, procedeu-se à elencagem dos seguintes procedimentos:

1. Recolha de informação pertinente para a presente estudo, bem como dos objetivos e contributos que esta investigação possa aportar à Universidade da Beira Interior, a outros investigadores, e à região;
2. Encetar contato pessoal com ambas as organizações. Após esta fase estabeleceu-se contato com os secretariados das organizações afim de se marcar as entrevistas com os dirigentes máximos de cada organização, e distribuição dos questionários aos alunos (secretariado da FCS – UBI);.....
3. Realização das entrevistas ao Presidente da FCS–UBI e ao Diretor Executivo do ACeS-CB. Ambas as entrevistas foram gravadas, tendo estas sido transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo;

Nas respostas ao questionário, procedeu-se a uma análise descritiva da amostra, tendo sido utilizado para o efeito o tratamento estatístico recorrendo ao programa estatístico SPSS. Em termos de estatística descritiva apresentam-se, para as variáveis de caracterização, as tabelas de frequências das distribuições de valores verificadas. As variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas, enquanto que as variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos valores medidos, apresentando-se algumas estatísticas relevantes, abordadas por Guimarães e Cabral (2010), tais como a média (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor maior que 3 é superior ao seu ponto intermédio), o desvio padrão que representa a dispersão absoluta, o coeficiente de variação que ilustra a dispersão relativa e os valores mínimos e máximos observados.

Por último, os resultados apresentam-se organizados, tabelados, relacionados com a

teoria, para se poder chegar a uma conclusão final clara.

5. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

5.1. Caracterização das organizações em estudo

i) Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Cova da Beira, criado pela Portaria n.º 274/2009, de 18 de março, abrange os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, que pertencem à Sub-região Estatística da Cova da Beira (NUT's III) da Região Centro, Distrito de Castelo Branco, com uma área geográfica de 1.344,6 Km², tendo um total de 86.216 utentes inscritos em dezembro de 2020.

O ACeS Cova da Beira assenta numa matriz organizacional de onze Unidades Funcionais: cinco Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Familiar (USF), três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), da qual faz parte duas equipas, uma Equipa Coordenadora Local (ECL) e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), e duas Unidades de Apoio (UAG) e Gabinete de Cidadão, que se encontram distribuídas pelos Centros de Saúde e Sede do Agrupamento. Estas Unidades Funcionais são constituídas por equipas multiprofissionais que desenvolvem atividades nos diferentes níveis de prevenção, baseadas em compromissos assistenciais contratualizados e dirigidos à comunidade e população geral, visando garantir mais e melhor qualidade assistencial orientada para as necessidades dos indivíduos e dos grupos populacionais, bem como na melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

No desenvolvimento da sua atividade o ACeS Cova da Beira e os seus profissionais regem-se pelos seguintes princípios e valores: (a) Qualidade; (b) Cultura, Trabalho em Equipa e Comunicação; (c) Compromisso e Humanização; (d) Ética, Responsabilidade Social e Ambiental; e (e) Valorização, das pessoas e com as pessoas.

Está envolvido na formação pré e pós-graduada, bem como na investigação clínica, daí o estabelecimento de parcerias e protocolos de articulação com Autarquias locais, o Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB), Universidades da Beira Interior (UBI) e de Évora, Institutos Politécnicos de Castelo Branco, Guarda, Portalegre e Viseu, entre outros, potencializando sinergias interinstitucionais, e melhorando o acesso dos cuidados aos utentes. O ACeS é caracterizado por isso como uma unidade de saúde de índole universitária, mas também pela proximidade geográfica com o Centro

Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB), Universidades da Beira Interior (UBI) que são organizações fundamentais para a cooperação de que é alvo esta investigação.

O ACeS Cova da Beira serve uma população de cerca de 87 869 habitantes, distribuídos pela área geográfica correspondente aos concelhos aqui referidos.

Seguidamente apresentam-se os indicadores de população residente referente a 2021

Tabela 5. População Residente por Local de residência - Fonte: INE – Censos 2021

Local de residência (resultados preliminares Censos2021)	População residente (N.º) por Local de residência (resultados preliminares Censos2021) e Sexo; Decenal		
	Período de referência dos dados		
	2021		
	Sexo		
	HM	H	M
	N.º	N.º	N.º
Portugal	10 347 892	4 917 794	5 430 098
Continente	9 860 175	4 684 642	5 175 533
Centro	2 227 912	1 059 816	1 168 096
Belmonte	6 204	2 960	3 244
Covilhã	46 453	22 057	24 396
Fundão	26 521	12 728	13 793

População residente (N.º) por Local de residência (resultados preliminares Censos2021) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

Durante o ano de 2020, as medidas de contingência implementadas no setor da Saúde incluíram o adiamento da atividade programada (não urgente) no SNS, como forma de conter a evolução do contágio e de garantir a existência de capacidade instalada para fazer face e dar resposta às situações de doença por Covid-19 e vigilância epidemiológica, sobreativa, ativa e passiva. Essa redução da atividade programada teve forte impacto especialmente na área preventiva, nomeadamente nas Consultas de Saúde Infantil (-60,27%) e nas Consultas de Planeamento Familiar (-53,21%), quando comparadas ao ano de 2019. Contrariando essa tendência, verificou-se um crescimento com mais 640 consultas realizadas no âmbito da Saúde da Mulher – Consultas de Saúde Materna, totalizando 2.475 consultas, que passaram a representar, em 2020, um ganho de 34,87% em relação a 2019, e dessa forma a melhoria do acesso/relutividade.

Não obstante, a referida contingência, salienta-se que em 2020 onde se observou um aumento de 1,68% nas consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), tendo sido realizadas mais 3.954 consultas comparativamente com o ano de 2019, atingindo-se um total de 238.179 consultas, sobressaindo as consultas médicas não presenciais, o que alterou o paradigma do normal funcionamento do atendimento. Esta situação foi reconhecida pelos profissionais e utentes como valor acrescido de uma prática que se pretendia implementar há alguns anos, à qual existia alguma resistência. Enfatiza-se

que houve um incremento bastante significativo, de 2019 para 2020, nas Consultas de Enfermagem no domicílio, refletindo um acréscimo de 5.840 consultas, representando uma variância de 53,46%, face ao ano anterior, reflexo do esforço deste ACeS na resposta de cuidados de saúde de proximidade que fizessem face à suspensão temporária de atendimento nas Extensões de Saúde e aos constrangimentos de atendimento nos principais polos assistenciais. A tabela abaixo, baseado no relatório anual de atividades sobre o acesso a cuidados de saúde, apresenta o número de consultas e vigilâncias realizadas no ACeS Cova da Beira, em 2020, por área de cuidados.

Quadro 1 Números de consultas e vigilâncias realizadas 2020

Área de Cuidados	2018	2019	2020	Δ 2019/2020		Δ 2018/2020	
				Valor ¹	% ²	Valor ³	% ⁴
Consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF)	227.342	234.225	238.179	+ 3.954	+ 1,68%	+ 10.837	+ 4,75%
Consultas de saúde infantil	14.699	14.464	5.746	- 8.718	- 60,27%	- 8.953	- 60,90%
Consultas de saúde materna	1.836	1.835	2.475	+ 640	+ 34,87%	+ 639	+34,80%
Consultas de planeamento familiar	6.071	6.975	4.199	-4.776	- 69,21%	- 1.872	- 30,83%
Vigilâncias de doentes diabéticos	20.125	20.723	20.649	- 74	- 0,36%	+ 524	+ 2,60%
Vigilâncias de doentes hipertensos	27.420	28.777	27.136	- 1.641	- 5,70%	- 284	- 1,04%
Consultas médicas no domicílio	425	484	477	- 17	- 3,44%	+ 52	+ 12,24%
Consultas de enfermagem no domicílio	11.513	10.924	16.764	+ 5.840	+ 53,46%	+ 5.251	+45,60%

¹ Δ 2020/2019 Valor = N° consultas 2020 – N° consultas 2019

² Δ 2020/2019 % = (N° consultas 2020 – N° consultas 2019) /N° consultas 2019 x 100

³ Δ 2020/2018 Valor = N° consultas 2020 – N° consultas 2018

⁴ Δ 2020/2018 % = (N° consultas 2020 – N° consultas 2018) /N° consultas 2018 x 100

Em 31 de agosto de 2021, o ACeS Cova da Beira integrava os efetivos a seguir discriminados, de acordo com os dados fornecidos pela Unidade de Apoio à Gestão e representados na figura 5.

Figura 5 Efetivos por grupo profissional



ii) Faculdade Ciências da Saúde da UBI

A forte consciencialização sobre a necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento de recursos humanos na saúde motivou o governo a aprovar a criação de duas escolas médicas no país: Covilhã e em Braga em 1998. Um dos pontos para esta aprovação, foi de que os projetos deveriam introduzir mudanças profundas ao nível currículo médico, permitindo assim renovar o ensino da medicina em Portugal. De acordo com essa disposição, a Universidade da Beira Interior lançou um projeto inovador de estudos médicos, um projeto que foi aprovado pela resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de dezembro.

Esse projeto sugeriu o desenvolvimento de modelos inovadores de formação, orientados por padrões científicos e assistência de ensino de alta qualidade, em que a articulação com as unidades de cuidados de saúde seria assegurada por um modelo organizacional diferente e inovador. Com base nos pressupostos enumerados, foram delineadas três diretrizes para a metodologia pedagógica a serem adotadas na Faculdade de Ciências da Saúde:

- A criação de um modelo pedagógico que substitui o sistema de educação "tradicional", que consiste numa soma de disciplinas académicas, para um sistema educacional integrado, com base no estabelecimento de objetivos e no uso da aprendizagem baseada em problemas, sempre que possível;
- Ênfase na aprendizagem centrada no aluno, em vez dos processos que levam ao "armazenamento" da informação, sendo essencial para se concentrar na aprendizagem, na relação entre "o ensinar e o aprender", entender o ensino como um sistema para facilitar;
- Monitorização contínua da metodologia pedagógica.

Durante 2018 foram comemorados os 20 Anos da criação da Faculdade de Ciências da Saúde, celebrando a publicação da resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de dezembro, em que a Universidade da Beira Interior foi autorizada a lançar um projeto inovador de estudos médicos.

Todos os requisitos para a criação do ciclo de estudos em medicina foram concluídos, tendo sido criados recursos estruturais e humanos, bem como uma consolidação pedagógica para o início do curso de medicina e pós-graduação no ano letivo de 2001/2002.

Para garantir todo o componente de educação clínica, em fevereiro de 2001, foram assinados os protocolos de articulação entre a Universidade da Beira Interior, através da Faculdade de Ciências da Saúde, e as instituições de saúde envolvidas no projeto, nomeadamente da Guarda, Covilhã e Castelo Branco.

Ao nível do Ensino, a Faculdade de Ciências da Saúde oferece os seguintes diplomas: Licenciatura em Ciências Biomédicas; Licenciatura em Optometria e Ciências da Visão; Mestrados Integrado em Medicina; Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas; Mestrado em Ciências Biomédicas; Mestrado em Optometria e Ciências da Visão; Doutoramento em Medicina; Doutoramento em Biomedicina; e Doutoramento em Ciências Farmacêuticas.

A Investigação realiza-se no Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI), uma Unidade de Investigação financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), bem como através do Centro Académico Clínico das Beiras (CACB) que integra a UBI e outras Instituições de Ensino e de Saúde da Região das Beiras. Alguns setores da FCS.

A Prestação de Serviços especializados à comunidade e a responsabilidade social são setores que têm vindo a aumentar em anos recentes, sendo de destacar uma série de cursos não conferentes de grau ou a realização de diversos serviços externos para diferentes entidades públicas e privadas.

A FCS conta com um corpo docente de 36 professores com contrato por tempo indeterminado e a tempo integral, além de 310 docentes com contratos a tempo parcial e termo certo, conforme descrito em anexo ao presente plano de atividades (anexo IV). O número total de docentes é de 346.

Relativamente aos funcionários não docentes, a FCS conta com um total de 19 funcionários. Na figura abaixo representada, estrutura-se o organigrama da FCS – UBI em 2020.

por ele criado de Acidentes Vasculares Cerebrais, bem como o Serviço de Urgência e emergência. Atualmente, este entrevistado é presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI e Presidente do Centro Académico Clínico das Beiras.

O Diretor do Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira tem licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa, em 1978; especialista em Medicina Geral e Familiar; Diretor do Centro de Saúde de Belmonte, de 1994 a 2009; Autoridade de Saúde do Concelho de Belmonte, de 1994 a 2009; Professor Associado convidado do módulo de Cuidados de Saúde Primários da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior - Covilhã, desde 2002 até à presente data. Diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira, de 2009 a 2012, encontra-se atualmente a exercer estas funções desde maio de 2019.

i) Motivos e benefícios da relação de cooperação

São vários os motivos que podem levar à formação de relações de cooperação entre organizações, embora haja muita subjetividade na sua análise. Existe, contudo, um consenso em torno de alguns fatores relacionados com o aumento da vantagem competitiva, partilha de conhecimentos e recursos, e redução de custos de investimento. Uma rede de cooperação pode ser entendida como um dos instrumentos de otimização da interação dos atores intervenientes no funcionamento do mercado. Por outras palavras, uma rede de cooperação engloba o conjunto de atividades levadas a cabo por um conjunto de atores, onde determinados recursos e competências são partilhados, com vista à otimização dos resultados e com retorno para todos os intervenientes. A cooperação é uma parceria entre duas organizações com atividades similares ou complementares, onde se decide partilhar os seus recursos para alcançar um objetivo comum. A cooperação interorganizacional é também definida como qualquer acordo formal entre duas ou mais organizações com o objetivo de cooperação conjunta e partilha de vantagens e riscos (Bernardo; Valls; et Casadesus, 2012; IAPMEI, 2015; Lobato, 2019).

Na relação de cooperação aqui em análise, entre o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira e a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI (Mestrado Integrado em Medicina), o Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI corrobora desta ideia quando refere que “a cooperação entre instituições de saúde é fundamental e crucial para seu *modus operandi*; hoje as instituições não podem funcionar de forma estanque, assim é no caso desta parceria, que se estabeleceu desde a criação desta Faculdade e do Mestrado integrado em Medicina. Esta parceria permite rentabilizar

recursos, encontrar novos contributos e ideias...”. Neste sentido também o Diretor Executivo do ACeS-CB considera que “a cooperação institucional é importantíssima e essencial para prestação de cuidados de saúde. Quanto maior for a cooperação e articulação entre as instituições tanto melhor serão os cuidados de saúde prestados às populações, no que diz respeito à qualidade. Diretamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde temos a formação em ensino e aprendizagem dada aos profissionais de saúde designadamente profissionais de saúde, médicos, ao nível da FCS-UBI, mas também a formação que o ACeS-CB dá aos alunos de medicina da FCS CB, ao longo dos seis anos de curso, e ainda a especialização que o ACeS-CB põe à disposição daqueles que procuram uma especialidade nesta área”.

Autores como Chiang (2018) referem que o fator económico e financeiro da cooperação, entre organizações de saúde, contribui para uma redução de custos e aumento do investimento em tecnologia médica pela partilha de informação e conhecimento.

Nesta linha, o Presidente da FCS-UBI refere que “uma organização de saúde de cariz público, não deve ter como objetivo final somente a obtenção de lucro, embora o fator financeiro seja fundamental nesta relação. A procura de um equilíbrio financeiro deve ser um objetivo, mas tendo sempre em perspectiva o investimento em recursos, não sendo o fator financeiro o motivo principal desta cooperação, considero os benefícios financeiros que decorrem da mesma são reais”.

Nestas circunstâncias, entre os principais benefícios que as instituições de saúde colhem na formação de relações de cooperação ressaltam-se o aumento do investimento em avanços tecnológicos, o incremento na qualidade dos serviços, e a diminuição da tecnologia aplicada aos serviços entre os concorrentes. Esses fatores obrigam as organizações de saúde a concentrar esforços na especialização dos serviços prestados, melhorando a qualidade de atendimento e o nível de formação dos seus funcionários e, também apostar na diferenciação e investigação através da inovação nos serviços e/ou nos processos internos e externos ao seu ambiente organizacional (Franco e Duarte, 2012 e Marques e Franco, 2020). De facto, a partilha de informação médica e serviços dos profissionais de cuidados de saúde, (Bernardo et al., 2012) permite oferecer maior variedade de serviços à população (Franco e Duarte, 2012) e ainda o acesso a recursos comuns, através da aquisição de bens e equipamentos em conjunto e de acordos de partilha de recursos humanos (Halverson, Kaluzny, e Young, 1997, citados por Chu e Chiang, 2011, 2015).

Perante tais circunstâncias, o Diretor da FCS-UBI confirma que alguns dos benefícios referidos, enquadram-se nesta cooperação nomeadamente no que diz respeito ao

incremento da qualidade dos serviços de saúde, no atendimento e na formação dos profissionais de saúde, enquanto alunos, e posteriormente na especialização. Este entrevistado refere que a cooperação *“permitiu o desenvolvimento da área de prestação de serviços, o que fez com que as unidades de saúde locais pudessem ter mais áreas de atividade e maior rendimento sob o ponto de vista do aumento da prestação de cuidados que até então eram prestados fora com prejuízo para os utentes”*. Acrescenta ainda que *“houve benefícios para a população, pois foi possível incentivar mais profissionais de saúde a fixarem-se na região, tendo aqui a FCS um papel fundamental, havendo por isso mais quantidade e também mais qualidade, porque há mais, e porque vieram profissionais mais diferenciados, muitos desses profissionais possuidores de títulos académicos. Isto significa que podemos prestar mais e melhor serviço à população.”*

Por outro lado, para o Presedidente da FCS-UBI, *“a cooperação veio permitir que entre a FCS-UBI e o ACeS-CB exista entreaajuda mútua, principalmente, ao nível do ensino e investigação, o que representa um incentivo à investigação científica, obrigando a uma atualização permanente e constante.”*

Neste contexto da partilha, o Diretor do do Aces-CB refere que *“não de trta uma dependência intitucional, mas uma relação de grande proximidade com reflexos em várias áreas, no ensino, porque temos docentes na FCS que são clínicos do ACeS CB e que dão aulas, ou tutorias, ou seminários, ou participam no ensino em termos de habilidades e de gestos técnicos e de atitudes na faculdade etc.,. Por outro lado, se não houvesse esta relação, os alunos teriam que se deslocar a outras unidades de saúde mais distantes para obterem a sua formação, acarretando prejuízos para os próprios”*. Destacam-se também as atividades conjuntas entre as duas organizações *“a interação entre as instituições reflete-se também em ações viradas para a comunidade, no caso de sessões clínicas, palestras, rastreios etc.,”* Enquanto docente considera fundamental esta permuta, isto é, *“esta colaboração torna possível que os alunos adquiram o conhecimento teórico sobre todas as áreas dos CSP para depois iniciarem a parte prática com os seus tutores nas unidades de saúde do ACeS-CB”*.

O Presidente da FCS-UBI considera que docentes da FCS, também, retiram benefícios desta cooperação. *“A cooperação entre estas organizações permite aos docentes intervir ao nível do ensino, para o qual é necessário uma atualização permanete do conhecimento, precisamente pela necessidade de estarmos a atualizados, para que possamos partilhar o conhecimento com outros individuos de qualidade altamente*

diferenciada e, desta forma, aceder a um processo de majoração pelo trabalho em equipa desenvolvido num ambiente de partilha saudável.”

Bernardo, Valls, e Casadesus (2012), citados por Souza et al. (2020), consideram que uma das razões fundamentais para o aparecimento de uma relação de cooperação em organizações de saúde, é aumentar o desempenho financeiro, pela partilha de recursos, contudo, não se identificam diferenças de desempenho entre os afiliados da cooperação e as organizações de saúde consideradas individualmente. O diretor da FCS–UBI corrobora desta ideia quando argumenta: *“nesta parceria não há dependência económica, nem existem mai-valias financeiras, a única mais-valia que se retira desta cooperação é o conhecimento que os alunos adquirem ao nível da formação médica, teórica e prática, e da investigação em ambas as organizações.”* Refere ainda que por serem instituições de cariz público, *“o objetivo não é o lucro mas sim gerir bem os recursos financeiros para que se possam prestar cuidados de saúde de qualidade.”*

O Diretor do ACeS-CB também vai ao encontro desta corrente, ao firmar *“que os recursos financeiros não são o principal motivo na criação desta redes de cooperação, pois ambas as organizações de saúde são de cariz público, além disso o ACeS CB não tem autonomia financeira, por isso todas as decisões nesta área, são tratadas pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Como tal, o objetivo principal desta parceria assenta num modelo inovador de ensino da medicina pela troca de conhecimento, o que permitiu o aparecimento de novas áreas de prestação de cuidados de saúde.”*

O Presidente da FCS ressalta ainda a relevância que esta FaculdadeI trouxe para a região, bem como esta cooperação, *“ao permitir a evolução e expansão das organizações de saúde, levou ao aparecimento de empresas ligadas a este setor acarretando vantagens económicas para a cidade e para a região”*.

Em suma, pode-se argumentar que, no que diz respeito aos principais motivos e vantagens desta cooperação, ambos os entrevistados são consensuais com a literatura. Estes entrevistados dão ênfase à partilha de recursos, entre os quais humanos, transmissão do conhecimento e não só, a oportunidade de desenvolverem novos projetos de investigação e a melhoria da qualidade dos serviços prestados e das condições oferecidas aos profissionais e alunos, tanto pelo ACeS-CB como pela FCS-UBI. Como foi destacado pelo Diretor do ACeS, *“esta colaboração reverte também em benefícios para os docentes e alunos, na medida em que quer uns, quer outros podem aceder a bibliotecas e outros serviços que cada uma das instituições oferece aos afiliados que figuram nesta cooperação.”*

ii) Contornos da cooperação entre o ACeS-CB e a FCS-UBI

Provan et al. (2007) e Culpan (2009) acentuam o predomínio do fator social na formação das redes interorganizacionais. Neste sentido, no interior da rede observa-se naturalmente a consolidação de laços organizacionais baseados em parcerias ou contratos sociais (como é o caso dos serviços de saúde) mais do que contratos protocolares de vínculo jurídico. Estes autores salientam que podem coexistir contratos formais e legais, mas o alicerce básico das redes interorganizacionais escora-se na preservação dos contratos sociais.

Segundo Song et al. (2017), a cooperação nas organizações de saúde estrutura-se em dois tipos: cooperação contratual, onde não há uma estrutura administrativa bem definida em particular, e organizações agregadas com uma estrutura administrativa bem definida. A primeira é utilizada em grande proporcionalidade quando se trata de cooperação entre serviços de saúde e pessoal médico, a segunda predomina quando a cooperação é constituída por duas ou mais organizações. Marques e Franco (2020) acentuam esta ideia referindo que a cooperação pode ser implementada através da formalização de acordos de cooperação, podendo estes revestir a forma verbal, embora a prática nos diga que estes deveriam ser reduzidos a escrito.

Neste caso em concreto da FCS-UBI UBI e do Aces-CB está-se perante uma cooperação contratual que, como nos diz o Presidente da fCS, esta cooperação *“iniciou-se, protocolarmente, em 2000, quando foi promulgado o protocolo de cooperação, assinado pelas duas organizações e ratificado pelo governo”*. Segundo este entrevistado, *“faz parte do que foi definido há muitos anos atrás como sendo o Pólo da Saúde da Universidade da Beira Interior”*. Este esponsável pela FCS-UBI faz referência também que *“foi fundamental para a criação da FCS na cidade o facto de ficar protocolado a cooeração da FCS-UBI com outras organizações de saúde, que incluem não apenas o Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira, mas também a Unidade Local de Saúde da Guarda e Castelo Branco e Agrupamentos de Centros de Saúde da Cova da Beira e, mais recentemente, e com o Centro Hospitalar e Universitário Tondela Viseu e o ACeS Dão Lafões”*. Refere ainda que *“sendo a Faculdade de Ciências da Saúde, uma instituição de ensino e investigação que leciona outros cursos na área da saúde, além da Medicina, é fundamental que, para além da conexão que temos com outras faculdades e instituições, estabeleçamos relações de cooperação com as instituições de saúde. Desta forma, as relações que mantemos com*

as instituições de saúde são fundamentais e acabam por constituir uma mais-valia quer para as organizações quer para os alunos e docentes.”

O Diretor da ACeS-CB concorda com esta ideia, ao afirmar que se trata de uma cooperação de cariz contratual: *“desde o início da Faculdade que foi estabelecido o protocolo de colaboração com a ARSC, antes da criação do ACeS CB em 2009, que se mantém vigente, nomeadamente ,ao nível da formação dos alunos e médicos, pois há médicos do ACeS-CB que lecionam na Faculdade e os alunos recebem formação no ACeS-CB”*.

No que diz respeito à relação existente entre o ACeS-CB e a FCS-UBI, o Diretor do ACeS refere *“que não se trata de uma relação de dependência económica, até porque esta palavra é muito forte, existe uma colaboração mútua e de muita proximidade. Se não existisse esta colaboração, os alunos teriam que ser deslocados para outros locais mais distantes, daí podermos falar em dois conceitos fundamentais a saber: a proximidade e a articulação. Graças a esta articulação foi possível fixar jovens na região, quer através de novos alunos quer novos médicos. Dou como exemplo o facto de quando abrimos concursos para novos médicos nos centros de saúde, elas são todas preenchidas,o significa que a região além de obter ganhos em saúde com novos profissionais, novas especialidades, ganha também a economia local em todos os setores”*.

O Presidente da FCS-UBI falou ainda da cooperação em saúde ser crucial e fundamental para o desenvolvimento destas instituições, exemplo disso é o caso do recém criado Centro Académico Clínico das Beiras (CACB), cujo projeto é liderado pela FCS-UBI *“ao reunir instituições de ensino superior, sediados nos distritos de Castelo Branco e Viseu, com cursos na área da Saúde (Medicina, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Ciências Biomédicas, Optometria/Ciências da Visão, Tecnologias da Saúde), bem como unidades de saúde dos vários tipos de cuidados (primários, secundários e paliativos), procura ser um centro de excelência, fortemente capacitado para a formação e investigação na área da Saúde, com base em dinâmicas de inovação e competitividade, qualidade, eficiência e eficácia de processos, e que contribua para a melhoria dos indicadores de saúde das regiões envolvidas e do país este Centro assume um dever público tripartido integrado, de elevado rigor, qualidade e responsabilidade social em que se inclui: ensino pré- e pós-graduado, bem como treino e formação de profissionais de saúde; investigação na área da saúde, com impacto prático nacional e internacional; reflexo na prestação de cuidados de saúde de elevada eficiência, centrados no doente.”* No entender deste dirigente, *“a região fica dotada de uma dinâmica mais atrativa para novos médicos e profissionais*

desta a fixarem-se aqui". Segundo Vasconcellos (2015), baseado na teoria do pensamento sistémico de Archer (1995) e Giddens (1984), refere que as relações sociais assentam numa natureza sistémica, definindo um sistema como um todo onde as ações interdependem, realizando-se através de uma rede de relações previamente estabelecidas.

Para ambos os entrevistados, a relação entre o ACeS-CB e a FCS-UBI, trata-se de uma relação de interdependência mútua. O Presidente da FCS afirma que *"a FCS-UBI, necessita dos profissionais de saúde do ACeS-CB para lecionarem e tuturiarem os alunos na sua formação teórica e prática"*.

Para o Diretor do ACeS-CB também existe uma dependência não económica, mas sim vantagens para os profissionais de saúde. Este entrevistado afirma que *"os profissionais de saúde que lecionam na FCS-UBI estão obrigados a estudar, a preparar as aulas, a uma atualização constante, o que conduz a um aumento e melhoria das suas capacidades científicas"*. Outra vantagem que ACeS-CB retira, tem a ver com a imagem da instituição e reputação *"atendendo ao facto de estar ligado ao ensino clínico, os utentes valorizam acabando por ter preferência relativamente a outras unidades. Ainda outro aspeto é o facto de o ACeS-CB poder participar em projetos de investigação e desenvolver novas áreas como é a Casa de Saúde Mental"*.

Neste sentido, o Presidente da FCS-UBI considera que a Faculdade não depende só do ACeS-CB, mas também de todas as organizações de saúde da região desde Viseu a Portalegre. *"Precisamos de colocar os alunos nas organizações de saúde da região e não só no hospital. Nesta perspetiva, existe uma dependência, embora assumida."*

Segundo Macron e Moinet (2000) e Balestrin, Vershoore et al. (2010,) redes horizontais de cooperação integram organizações que produzem e oferecem produtos/serviços similares, pertencendo ao mesmo setor ou atuando no mesmo âmbito, isto é, entre uma organização e suas concorrentes, por envolverem concorrentes diretos. Nesta dimensão, a rede é formada por organizações independentes onde a autonomia de cada uma é preservada. As redes horizontais de cooperação constituem-se, na maioria das vezes, entre organizações, que por si, individualmente teriam dificuldades em adquirir e partilhar recursos, atender interna ou externamente ao ambiente em que atuam, desenvolver novos produtos, partilhar e gerir conhecimento, informação e tecnologia, neste modelo, os funcionários têm autonomia para tomar suas próprias decisões.

De acordo com as evidências empíricas obtidas, pode-se concluir que esta cooperação formou-se numa base contratual, onde cada uma das organizações mantém a sua

independência. Os seus órgãos de gestão são independentes, cada uma está organizada hierarquicamente com órgãos e direções autónomas. Esta independência verifica-se apesar de existir uma troca de conhecimentos, de recursos humanos e tecnológicos. Pode-se então afirmar que esta cooperação é formal horizontal.

5.2.2 Análise Quantitativa – Questionário aos alunos

As respostas obtidas através do questionário aplicado aos alunos do curso de Medicina da FCS-UBI, permitem avaliar o nível de conhecimento destes estudantes relativamente a esta cooperação interorganizacional, no que diz respeito aos motivos que tiveram na origem desta cooperação, e também, saber que vantagens os mesmos retiram desta relação de cooperação interorganizacional. Nesta secção são apresentados os resultados obtidos.

i) Caracterização da amostra

No presente estudo a amostra é constituída por 53 estudantes do curso de Medicina da FCS-UBI. A tabela seguinte mostra que 58,5% (N=31) dos estudantes são do género feminino e os restantes 41,5% (N=22) são do género masculino.

Tabela 6 – Género dos Inquiridos

	Frequência	Percentagem
Masculino	22	41,5
Feminino	31	58,5
Total	53	100,0

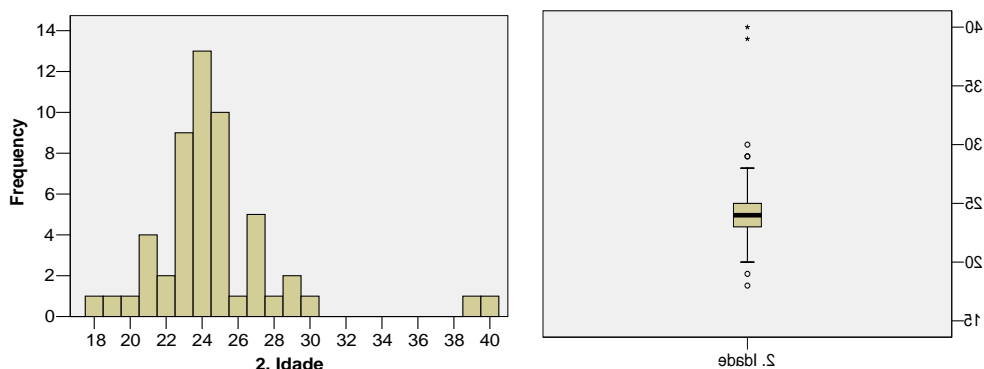
Tabela 7 - Idade dos inquiridos

Idade	Frequência	Percentagem	Idade	Frequência	Percentagem
18	1	1,9	26	1	1,9
19	1	1,9	27	5	9,4
20	1	1,9	28	1	1,9
21	4	7,5	29	2	3,8
22	2	3,8	30	1	1,9
23	9	17,0	39	1	1,9
24	13	24,5	40	1	1,9
25	10	18,9	Total	53	100,0

A tabela anterior (tabela 7), indica na amostra, as idades mais frequentes são 24 anos com 24,5% (N=13) e 25 anos com 18,9% (N=10), verificando-se ainda todas as restantes idades listadas. A idade apresenta um valor médio de M=24,7 anos com uma dispersão de valores de 15% (DP=3,78), variando entre a idade mínima de 18 anos e a máxima de

40 anos. No histograma e diagrama tipo caixa, seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade.

Figura 7 -Histograma e Diagrama tipo caixa: 2. Idade



Pode observar-se que a distribuição de valores das idades se verifica principalmente entre 21 e 29 anos e que os valores inferiores a 20 anos e superiores a 28 anos são considerados outliers nesta amostra, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.

Tabela 8 Ano de frequência escolar

	Frequência	Percentagem
1º Ano	2	3,8
2º Ano	6	11,3
3º Ano	10	18,9
4º Ano	11	20,8
5º Ano	15	28,3
Mestrado	9	17,0
Total	53	100,0

Esta tabela representa o ano de frequência escolar dos alunos distribuídos na amostra, 3,8% (N=2) frequenta o 1º Ano, 11,3% (N=6) frequenta o 2º Ano, 18,9% (N=10) frequenta o 3º Ano, 20,8% (N=11) frequenta o 4º Ano, 28,3% (N=15) frequenta o 5º Ano e 17,0% (N=9) responde que frequenta o Mestrado.

Tabela 9 Rendimento escolar dos estudantes

	Frequência	Percentagem
Excelente	3	5,7
Muito Bom	20	37,7
Bom	20	37,7
Médio	9	17,0
Medíocre	1	1,9
Total	53	100,0

A tabela 9 demonstra na amostra a percepção que os alunos têm sobre o seu rendimento escolar, 5,7% (N=3) responde ser excelente, 37,7% (N=20) responde ser Muito Bom,

37,7% (N=20) responde ser Bom, 17,0% (N=9) responde ser médio e 1,9% (N=1) responde ser medíocre.

ii) **Motivações para a rede de cooperação entre o ACeS-CB e FCS-UBI (Curso Medicina)**

A análise da questão acerca dos motivos principais impulsionadores desta parceria de cooperação aqui estudada, pode ser visualizada na **tabela** seguinte:

Tabela 10. Principais motivos impulsionadores desta cooperação

	<i>Não assinalado</i>		<i>Assinalado</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Articulação da formação teórica com a prática clínica como modelo de ensino inovador	9	17,0%	44	83,0%
Troca de conhecimento e formação qualificada	10	18,9%	43	81,1%
Necessidade de um espaço de cuidados de saúde primários para formar os alunos de medicina	12	22,6%	41	77,4%
Fator de desenvolvimento local e regional	12	22,6%	41	77,4%
Rentabilizar recursos	16	30,2%	37	69,6%
Aumento do prestígio de ambas as instituições	17	32,1%	36	67,9%
Possibilidade de utilização de serviços comuns (instalações, equipamentos pessoal)	28	52,8%	25	47,2%
Fator importante na candidatura à criação do curso de medicina na Covilhã	28	52,8%	25	47,2%
Obtenção de maiores valias económicas e financeiras	48	90,6%	5	9,4%
Outros:	53	100,0%		

Relativamente aos motivos que os alunos consideram como principais impulsionadores da parceria, 83,0% (N=44) assinalaram a “Articulação da formação teórica com a prática clínica como modelo de ensino inovador”, 81,1% (N=43) assinalaram a “Troca de conhecimento e formação qualificada, 77,4% (N=41) referiram a “Necessidade de um espaço de cuidados de saúde primários para formar os alunos de medicina”, 77,4% (N=41) assinala “Fator de desenvolvimento local e regional”, 69,8% (N=37) assinala “Rentabilizar recursos”, 67,9% (N=36) assinala “Aumento do prestígio de ambas as organizações” (cf. Tabela 10).

Portanto, relativamente à motivação subjacente ao estabelecimento de uma rede de cooperação entre o ACeS-CB e Curso de Medicina da FCS-UBI, bem como ao tipo de

contornos dessa cooperação, as motivações mais consideradas são a articulação da formação teórica com a prática clínica, a troca de conhecimento e formação qualificada, a necessidade de um espaço de CSP, ser um fator de desenvolvimento local e regional, rentabilizar recursos e aumento do prestígio de ambas as organizações, por mais de dois terços dos estudantes, estes referem também a possibilidade de utilização de serviços comuns, ser um fator importante para a criação do curso de medicina na Covilhã e o aumento do nível de investigação e inovação, assinaladas 37% dos alunos. A obtenção de mais valias económicas e financeiras é assinalada residualmente.

Bernardo et al. (2012) explicam que as relações de cooperação se formam para se adquirir massa crítica, ganhar escala, equilibrar os recursos especializados de cada parceiro, bem como adquirir novas competências através da aprendizagem organizacional, sendo que as vantagens e benefícios conseguem-se através da redução de custos, da oferta de serviços e diversificação do risco. A cooperação também permite uma maior especialização das instituições parceiras, promove a criação e transferência de conhecimento e o aumento da diversidade de serviços que são oferecidos.

Por outro lado, Franco e Barbeira (2009) e Franco e Duarte (2012) têm investigado vários motivos que levam as organizações a estabelecer acordos de cooperação para a partilha do conhecimento, nomeadamente em organizações de saúde e de ensino superior, sendo que os motivos estudados vão de encontro ao aqui referido, contudo, torna-se necessário um estudo mais aprofundado desta temática nestas organizações com características particulares.

iii) Perceção dos alunos acerca dos benefícios da cooperação

A análise das questões:

“A nível pessoal e enquanto aluno de medicina da FCS-UBI, quais as principais vantagens que retira desta cooperação?”;

“Concorda com a existência de características do ACeS CB, que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto aluno de medicina da FCS da UBI?”;

“Se tivesse que referenciar algumas características, quais as que iria referir?”

permite dar resposta a este objetivo, bem como às questões de investigação:

“2. Quais os benefícios/vantagens obtidos, desta cooperação, para o ACSS-Cova da

Beira?”;

“3. Quais os benefícios/vantagens obtidos, desta cooperação, para a FCS-UBI?”.

Tabela 11 Vantagens que os alunos retiram desta cooperação

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Contatar diretamente com os pacientes			1	1,9%	2	3,8%	7	13,2%	43	81,1%
Aquisição e partilha do conhecimento teórico com a formação prática			3	5,7%	3	5,7%	9	17,0%	38	71,7%
Proximidade entre alunos e médicos	1	1,9%	1	1,9%	5	9,4%	8	15,1%	38	71,7%
Estagiar no ACeS CB	1	1,9%	1	1,9%	4	7,5%	15	28,3%	32	60,4%
Interagir com os profissionais de saúde do ACeS CB			3	5,7%			20	37,7%	30	56,6%
Acesso à logística do ACeS CB	2	3,8	5	9,4%	17	32,1%	17	32,1%	12	22,6%

Os valores indicados reportam-se à escala Likert: 1- pouco relevante; ...; 5- muito relevante

Os valores médios observados apresentam as variações em média, a relevância é superior para “Contatar diretamente com os pacientes” (M=4,74), seguida de “Aquisição e partilha do conhecimento teórico com a formação prática” (M=4,55) e “Proximidade entre alunos e médicos” (M=4,53), depois de “Interagir com os profissionais de saúde do ACeS CB” (M=4,45) e “Estagiar no ACeS CB” (M=4,43), e finalmente de “Acesso à logística do ACeS CB” (M=3,60), tendo todos os itens uma relevância superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Portanto, relativamente aos benefícios desta cooperação e respetivas vantagens para o ACSS-Cova da Beira e para a FCS-UBI, são considerados mais relevantes o contato direto com os pacientes, seguido da aquisição e partilha do conhecimento teórico com a formação prática e proximidade entre alunos e médicos, seguidos de interagir com os profissionais de saúde e estagiar, e finalmente o acesso à logística, sendo todas consideradas como tendo relevância.

Tabela 12. Características do ACeS-CB, que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto aluno de medicina da FCS da UBI?

	Frequência	Percentagem
Não	1	1,9
Sim	52	98,1
Total	53	100,0

Gráfico de frequências (Tabela 12): Concorda com a existência de características do ACeS CB, que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto aluno de medicina da FCS da UBI?



A tabela 12 revela que na amostra, a quase totalidade de 98,1% (N=52) concorda com a existência de características do ACeS CB que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto aluno de medicina da FCS da UBI.

Tabela 13 Principais características do ACeS-CB referenciadas pelos alunos

	Frequência	Porcentagem
Profissionais de saúde qualificados	19	35,8
Proximidade do ACeS – CB ao Pólo da Saúde da UBI	12	22,9
Possibilidade de especialização em cuidados primários de saúde	11	20,8
Atendimento de qualidade aos utentes do ACeS CB	8	15,1
Qualidade das infraestruturas e equipamentos disponíveis no ACeS CB	2	3,8
Outro	1	1,9
Total	53	100,0

Na amostra, os inquiridos, conforme se demonstrou nas tabelas antecedentes, e relativamente às características do ACeS-CB que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência dos alunos enquanto estudantes de medicina da FCS da UBI, 35,8% (N=19) assinalam “Profissionais de saúde qualificados”, 22,6% (N=12) assinalam “Proximidade do ACeS-CB ao Pólo da Saúde da Universidade da Beira Interior”, 20,8% (N=11) assinalam “Possibilidade de especialização em cuidados primários de saúde”, 15,1% (N=8) assinalam “Atendimento de qualidade aos utentes do ACeS-CB”, 3,8% (N=2) assinalam “Qualidade das infraestruturas e equipamentos disponíveis no ACeS-CB” e 1,9% (N=1) assinala “Outro”.

Resumindo, relativamente aos benefícios desta cooperação e respetivas vantagens para o ACSS-Cova da Beira, e para a FCS-UBI, a principal é profissional de saúde qualificados, seguida da proximidade das organizações e especialização em CSP, depois o atendimento de qualidade aos utentes, sendo consideradas residualmente a qualidade das

infraestruturas e equipamentos e outro.

5.3 Análise Comparativa – Qualitativa vs. Quantitativa

i) Relação entre os motivos da cooperação e perceção dos alunos relativamente aos mesmos

Segundo Bernardo; Valls; et Casadesus, (2012), e Franco e Duarte (2012) o êxito, de uma relação de cooperação interorganizacional, reside em duas premissas: o relacionamento entre os intervenientes, e da performance destes, daí que a cooperação seja mais fácil quando a estrutura organizacional, a missão e objetivos dos parceiros sejam idênticos. Para os mesmos autores as organizações cooperar com outras entidades externas, de forma a aumentar a competitividade, potenciar o acesso a novas tecnologias, reduzir o risco, responder a ameaças e pressões, procura de economia de escala, vontade de evoluir, acesso a informação e aquisição e transmissão de conhecimento mesmo autor refere também que uma cooperação pode ser criada com para possibilitar a articulação entre alguns setores ou serviços relacionados com as tecnologias de informação e comunicação, ou partilha de informação clínica e serviços. Nas entrevistas realizadas aos dirigentes máximos de ambas as organizações foi possível verificar que ambos partilha de conceitos como inovação e investigação, partilha de conhecimento e de recursos humanos, e aumento da qualidade dos cuidados de saúde, foram fundamentais para a criação desta cooperação, relegando para segundo plano o fator económico.

Relativamente à resposta dada pelos alunos à questão “de entre os motivos que se seguem, quais, os que considera como principais impulsionadores desta parceria?” as motivações mais consideradas são a articulação da formação teórica com a prática clínica, a troca de conhecimento e formação qualificada, a necessidade de um espaço de CSP, ser um fator de desenvolvimento local e regional, rentabilizar recursos e aumento do prestígio de ambas as organizações, por de dois terços dos estudantes. De seguida surgem a possibilidade de utilização de serviços comuns, ser um fator importante para a criação do curso de medicina na Covilhã e o aumento do nível de investigação e inovação, assinaladas por menos de metade dos alunos. A obtenção de mais valias económicas e financeiras é assinalada residualmente.

Na tabela 14 que se segue procuramos demonstrar resumidamente as perspetivas dos dirigentes máximos de ambas as instituições envolvidas nesta relação de cooperação, bem como dos alunos. Em síntese podemos afirmar que a perceção dos alunos vai no

mesmo sentido daquilo que os responsáveis definiram, com benefício substancial para alunos.

Tabela 14 Resumo da Análise Qualitativa vs Análise Quantitativa i)

Motivos para a cooperação ACeS-FCS

Percepção dos alunos relativamente aos motivos

Investigação/Investigação	+++	Troca de conhecimentos e formação qualificada	+++
Partilha de conhecimento e recursos humanos	+++	Inovação/Investigação	++
Aumento da qualidade de prestação de serviços	++	Benefícios financeiros	+
Benefícios económicos e financeiros	+	Melhoria da qualidade de ensino	+++

ii) **Contornos da cooperação e os benefícios que os estudantes de medicina da FCS-UBI dela retiram**

Bernardo, Valls, e Casadesus, (2012), e Franco e Duarte (2012) que a cooperação pode-se revestir de diversas formas, desde acordos de cooperação, alianças estratégicas, parcerias em rede para enfrentar determinados fenómenos, até às sociedades, etc. Na análise aos dados recolhidos podemos constatar que esta cooperação é de cariz contratual, onde existe partilha de instalações, de recursos humanos ao nível dos profissionais de saúde dos quais os alunos recebem conhecimento, teórico e prático, compreendendo assim uma relação de interdependência. Ainda analisando os questionários remetidos aos alunos de Medicina, estes consideram que os principais benefícios que têm com esta cooperação mais relevantes são o contato direto com os pacientes, seguido da aquisição e partilha do conhecimento teórico com a formação prática e proximidade entre alunos e médicos. Do que foi dito podemos inferir que existe uma relação direta entre os contornos desta cooperação e os benefícios que os alunos retiram da mesma.

Verifica-se uma certa dependência da FCS UBI relativamente às instituições de saúde no que diz respeito à necessidade de colocar os alunos em formação prática e em especializações, mas também uma dependência do ACeS CB relativamente à FCS UBI, no que diz respeito à organização de simpósios, colóquios, congressos, atualização permanente dos docente e clínicos do ACeS CB e com isso melhora substancialmente a formação dos alunos. Esta interação foi evidenciada de forma muito relevante pelos alunos no que diz respeito às vantagens retiradas desta cooperação, revela um aspeto importante da FCS-UBI da qual os alunos têm essa percepção. Resumindo pela análise às entrevistas aos dirigentes de ambas as organizações e aos questionários e aos

questionários remetidos aos alunos, verifica-se uma forte ligação e interação entre as duas organizações, mesmo no que aos doentes diz respeito, isto é, à possibilidade de os alunos contatarem eles diretamente e poderem utilizar os meios e instalações de ambas as instituições.

Segundo Bernardo *et al.* (2012), uma cooperação interorganizacional no âmbito da saúde de excelente desempenho é aquela na qual existe um relacionamento saudável entre os recursos humanos em todas as suas vertentes, envolvendo os utentes, instalações modernizadas com a mais alta tecnologia, e onde o desempenho profissional seja de alta qualidade e rendimento, não relegando para segundo plano as condições e direitos dos profissionais. Estes autores referem ainda que a partilha de conhecimento e a troca experimental entre profissionais, aumenta a qualidade das organizações, pela melhoria do atendimento, acesso à inovação, e a adoção de novas práticas clínicas e referem ainda que uma cooperação assente nestes princípios pode atingir um nível reputacional elevado e um grau de atratividade ímpar.

A tabela 15 que se segue ilustra uma comparação entre os contornos da cooperação referidos pelos dirigentes das organizações envolvidas nesta relação de cooperação, e a visão dos alunos relativamente aos benefícios que dela tiram.

Tabela 15 Resumo da Análise Qualitativa vs Análise Quantitativa ii)

Contornos da cooperação ACeS-CB/FCS-UBI	Perceção dos alunos relativamente aos motivos da cooperação	
Formal	Contato direto com os pacientes	+++
Horizontal	Aquisição e partilha de conhecimento	+++
Partilha de recursos	Proximidade médico aluno	+++
Objetivos comuns	Benefícios económicos e financeiros	+

6. Considerações Finais

6.1 Conclusões gerais

A cooperação interorganizacional é uma forma de superar a escassez de recursos, controlando os custos e investimentos desnecessários. A cooperação interorganizacional constitui uma estratégia adequada para aumentar a competitividade das organizações e dos atores envolvidos. No presente estudo viu-se que as organizações de saúde e de ensino superior não se excluem desta realidade. Esta relação de cooperação pode cumprir tarefas cada vez mais complexas e aumentar a qualidade dos serviços de saúde às populações, cada vez mais afetada pelos chamados determinantes da saúde entre os quais o envelhecimento e a exposição a novos agente patogénicos. Neste setor, a cooperação assume um papel cada vez mais importante pois as pressões económicas e a responsabilidade social confrontam-se diariamente nestes organismos.

O objetivo principal deste trabalho foi um estudo de caso (investigação qualitativa) sobre cooperação entre uma organização de cuidados de saúde primários (Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira) e uma instituição de ensino superior dedicada ao ensino da Medicina (Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior), para determinar os motivos que conduziram ao seu relacionamento, contornos seus limites e benefícios para as organizações envolvidas.

Para alcançar os objetivos propostos, avaliou-se também o nível de conhecimento e a perceção dos alunos de medicina daquela faculdade, sobre esta relação de cooperação interorganizacional (investigação quantitativa), e se existia uma relação forte entre os contornos da cooperação e a vivência dos alunos enquanto estudantes de medicina da FCS –UBI.

Os resultados mostram também que os benefícios trazidos para as duas organizações são grandes. Os benefícios da relação de cooperação entre estas duas organizações são demonstrados sobretudo, ao nível dos recursos humanos, nomeadamente ao nível do corpo clínico do ACeS-CB que exercem docência na FCS-CB e dão formação prática aos alunos durante os seis anos do curso. Esta cooperação trouxe também benefícios para a região principalmente económicos devido ao elevado número de estudantes, médicos e docentes que vêm para a FCS-UBI, para o ACeS-CB, e se fixam na região. Houve também um aumento significativo de especialidades médicas, por força desta cooperação, o que trouxe ganhos em saúde para população local e regional.

O ACeS-CB é uma organização nuclear na UBI, pelo que o corpo clínico/docentes tem responsabilidade direta na formação dos alunos, implicando horas de trabalho dedicadas a esta atividade.

Relativamente aos limites/contornos da cooperação existe um relacionamento formal, pois cada organização mantém a sua estrutura diretiva e independência administrativa e financeira, sendo que o ACeS-CB sendo um serviço desconcentrado da ARSC, depende financeiramente desta. Podemos então classificar esta relação de cooperação formal horizontal.

Neste estudo foi ainda possível concluir que os alunos têm uma perceção satisfatória acerca da relação de cooperação interorganizacional e vai no sentido do que definido pelos dirigentes máximos de ambas as organizações, ou seja, o principal objetivo deste tipo de relação de cooperação

Embora os resultados deste estudo não possam determinar todos os potenciais obstáculos/dificuldades que as organizações de saúde enfrentam na atual envolvente, isso implica que as organizações de saúde e de ensino superior devem estar dispostas para procura e formar relações de cooperação interorganizacionais, por forma a ultrapassar muitos dos seus constrangimentos.

Estamos, portanto, perante uma cooperação interorganizacional bem-sucedida. Contudo, os resultados obtidos não nos permitem elencar todos os constrangimentos com que as organizações de saúde se debatem diariamente, na atualidade, sendo que uma forma de os ultrapassar passará pelo desenvolvimento de parcerias entre as instituições de ensino superior e as de prestação de cuidados saúde, na procura de estratégias para ultrapassarem essas dificuldades.

6.2. Implicações teóricas e práticas do estudo

Ao nível teórico o presente estudo veio ajudar a preencher uma lacuna relativamente à pesquisa empírica sobre cooperação entre organizações no setor da saúde, onde os estudos são escassos. Este estudo veio demonstrar como os gestores de organizações de saúde e de ensino superior podem cooperar com as equipas do ensino e da clínica.

Esta investigação permitiu também aprofundar o conhecimento sobre um tipo de cooperação que se está a incrementar cada vez mais, não só nesta região bem com noutros locais do país, como é o caso do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve e a Universidade do Algarve, o Centro Hospitalar e Universitário do Alto Minho e Universidade do Minho, entre outras, mas que ainda não foi objeto de estudos

científicos, permitindo este estudo demonstrar a importância que a cooperação interorganizacional tem no contexto organizacional da saúde.

Em termos práticos, esta investigação constitui também uma ferramenta de suporte para os gestores de organizações de saúde e responsáveis das instituições de ensino superior e outros stakeholders intervenientes neste tipo de relações de cooperação interorganizacionais, no planeamento de estratégias, e na compreensão do impacto deste tipo de cooperação interorganizacional. Além do mais, os resultados obtidos podem formar um processo de benchmarking para as organizações, em geral, no que diz respeito à cooperação interorganizacional como um mecanismo para a sua competitividade, com o objetivo de melhorar as funções e processos de uma determinada organização, além de ser um importante aliado para vencer a concorrência, uma vez que o benchmarking analisa as estratégias e possibilita à organização criar e ter ideias novas em cima do que já é realizado.

Em suma pelo que foi dito este estudo mostra como os gestores e todas as partes interessadas na cooperação interorganizacional, devem elaborar estratégias, para perceberem a repercussão que este tipo de cooperação tem para as organizações e para a sociedade em geral.

Podemos ainda referir que embora os resultados deste estudo não determinem todas as potenciais contrariedade e barreiras com que as organizações de saúde se debatem nos dias de hoje, pensamos que as organizações de saúde e as Universidades e Politécnicos devem estar disponíveis para encontrarem formas de cooperação interorganizacionais com vista à eliminação desses constrangimentos.

6.3. Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Como limitações podemos dizer que este estudo apenas foca um único caso e no futuro devem ser analisadas outras relações de cooperação entre organizações de saúde e ensino superior, para permitir fazer comparações e melhorar os estudos científicos nesta área.

Outra limitação metodológica prende-se com o facto de o questionário ter sido enviado apenas para os estudantes da Faculdade de Medicina, devia também seguir o mesmo procedimento relativamente aos funcionários do ACeS-CB, para se ter uma perceção desta partilha de uma forma geral. Este constrangimento ficou a dever-se a situações burocráticas e de funcionamento do ACeS - CB, que obstaculizaram este procedimento.

De referir que tentamos também perceber a perceção dos clínicos do ACeS-CB que ensinam em simultâneo na FCS-UBI, não quiseram ser entrevistados.

Fazer ainda referência ao questionário que foi remetido apenas aos alunos do Mestrado Integrado de Medicina da FCS-UBI, por serem estes os únicos alunos da Faculdade que mantêm uma relação e proximidade com o ACeS-CB, e por isso são aqueles que consideramos como integrantes desta cooperação e terem uma perceção mais realista da mesma. De referi também que o tamanho reduzido da amostra, tendo em conta o universo de aproximadamente 961 estudantes, pode constituir também uma certa limitação.

Contudo apesar das limitações desta investigação, considera-se que os resultados obtidos e as conclusões daí extraídas, deram uma contribuição valiosa para o estudo da temática em apreço uma vez que tem sido pouco explorada como é a cooperação no contexto organizacional do setor da saúde, e perceber os motivos que levam à conceção da mesma, e quais os benefícios a extrair bem para as organizações envolvidas.

No futuro o estudo sugere que investigações científicas sobre este tema no âmbito da saúde devem adotar uma metodologia mais abrangente, com amostras mais representativas envolvendo todos os colaboradores das organizações. Propõe-se por isso que se estudo a cooperação entre as organizações que compõem o atual Cento Académico Clínico das Beiras, para se aprofundar de que forma várias organizações de saúde e de ensino cooperam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmadi, F. (2012). *Identify factor that impact on develop of Knowledge management in automobile industry*. Obtido de <http://connection.ebscohost.com/c/articles>
- Amato, J. (2000). *Redes de Cooperação Produtiva e Clusters Regionais: Oportunidades Para as pequenas e Médias Empresas*. São Paulo: Atlas.
- Apolinário, F. (2004). *Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas.
- Axelsson, B. (1992). Corporate strategy models and networks. Em B. E. Axelsson, *Industrial Networks - a New View of Reality* (pp. pp: 184-204). Londres: Routledge.
- Bachmann, R. (2001). *Confiança, poder e controle nas relações transorganizacionais*. Sage Journals.
- Balestrin, A. e Verschoore, J. (2010). O Campo de estudo sobre redes de cooperação interorganizacional no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, Vol. 14, No. 3, pp. 458-477.
- Balestrin, A. e Vargas, L. (2002). Evidências Teóricas para a Compreensão das Redes Interorganizacionais.. *Revista de Administração Contemporânea*, pp. pp:203-227.
- Bernardo, M. Valls, J. e Casadesus, M. (2012). Strategic Alliances: An Analysis Of catalan Hospitals, *Revista Panam Salud Pública*, Vol. 3, No. 1, pp. 40-47.
- Boustani, M.A. (2012). Connectig research discovery with care delivery in dementia: the development of the Indianapolis discovery network for dementia. *Clinical Intervention in Aging*, Vol. 7, pp. 509-516.
- Brei, V. (2005). Confiança, Valor Percebido, Lealdade Em Trocas Relacionais de Serviço. *Revista de Administração*, Vol. 9, No. 2, pp. 145-168.
- Brito, E. (2010). *Gestão do Conhecimento e qualidade como vetores de compoetitividade na administração pública local (Tese)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Cardoso, L. (2003). *Gerir conhecimento e gerar competitividade: estudo empirico sobre a gestão do conhecimento e o su impacto no desempenho organizacional*. Coimbra: Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Carvalho, J. D. (2015). *Manual de Direito Administrativo*. São Paulo, Brasil.
- Casarotto, F. e Pires, B. (2001). *Rede de Pequenas e Médias Empresas e Desenvolvimento Local: Estratégias Para a Conquista da Competitividade global com Base na Experiência Italiana*. Atlas.
- Casson, M. e Cox, L. (1997). An Economic Model of Inter-Firm Networks. *The Formation Of Inter-Organizational Networks*.
- Castells, M. (1999). A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura, Vol. I, A Sociedade em Rede. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. In Castells, M. (2003). A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. Vol. II, O Poder da Identidade. Lisboa.

- Cavalcante, V. (2006). *Pesquisa Qualitativa vs Pesquisa Quantitativa*. Recife, Brasil.
- Choo, C. W. (2006). *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões 2ª edição*. São Paulo: SENAC.
- Chu, H.-L. Chiang, C. Y. (2018). The Effects of Strategic Hospital Aliances On Hospital Efficiency. *The Serevice Industries Journal*, Vol. 33, No. 6, pp. 624-635.
- Corrêa, G. N. (2000). *Proposta de Integração de parceiros na Formação e Gerência de empresas Virtuais.Tese de Doutorado*. São Paulo: Universidade de S. Paulo, Brasil.
- Cruz, F. M. (2016). *Knowledge Managemen in Portuguese Helthcare Institutions*. Obtido de Rev Bras Enfem [Internet]. 2016;69(3):461-8: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690311i>
- Das, T. K., e Teng, B. (2000). A resource - based theory of strategic alliances. *Journal of Management*, Vol. 26, pp. 31-61.
- Dawes, S. S. (2008). *Measures and condition of sucess in public sector knowledge networks*. Obtido de Center for Technology in Government, CTG Working Paper, N°3: <http://www.ctg.albany.edu/publications/working/measures/measures.pdf> (20/06/2009)
- Dawes, S. S., Cresswell, A. M. e Pardo, T. (2009). Need to Know to Need to Share: Tangled Problems, Information Boundar. *Public Administration Review*, Vol. 69, No. 3, p. 392.
- Dekker, H. C. (2004). Control of interorganizational relationships: evidence on appropriation concernus and coordination requiremen. *Accounting Organization and Society*, Vol. 29, no. 1, pp. 27-49.
- Demo, P. (2006). *Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos*. Campinas: Papirus.
- Di Pietro, M. S. (2008). *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas.
- Doherty, K. e Misener, A. (2012). Understanding capacity throug the processes and outcomes of interorganizational relationships in nonprofit cmmunity organizations. *Sport Management Review*, Vol. 16, No. 2, pp. 135-147.
- Duarte, T. (2008). *Cooperação Comercial: Uma Estratégia de Competitividade*. DT-GEPE - Gabinete de Estudos e Prospectiva Económica.
- Duke, K. (2016). Exchanging expertise and constructing boundaries: The developmment of a transnational Knowledge network around heroin-assisted treatment. *International Journal of Drug Policy*, Vol. 31, pp. 56-63.
- Dyer, J. e Chu, W. (2003). The role of trustworthiness in reducing transaction costs and improving perfomance: empirical evidence from the United States, japan, and Korea. *Organization Science*, Vol. 14, No. 1, pp. 57-68.
- Easton, G. (1990). *Relationships Among Competitors*. Oxford, Blackwell Business.
- Ebers, M. e Jarillo, J. C. (1998). The construction, forms, and consequences of industry networks. *International Studies of Management & Organization*, Vol. 27, pp. 3-21.

- Feitosa, M. M. (2002). *Acordos de Cooperação Entre empresas e o Efeito Rede*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Feldhaus, D. C. (2012). Strategic Management Network: Development And Implementation. *Revista de Gestão e Projetos - GeP, São Paulo*, pp. 136-155.
- Filho, N.C. e Pires, L.H. (1999). *Redes de Pequenas e Médias empresas e Desenvolvimento Local*. 3ª Edição, Atlas.
- Franco, M. (1995). A Cooperação Entre Empresas Como Meio De Redimensionamento e Reforço da Competitividade Nas PME. *Dissertação de Mestrado*, Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Franco, M. (2007). Um estudo de caso sobre as organizações que aprendem. *Comportamento Organizacional e Gestão, Vol. 13, nº 2*, pp. 169-189.
- Franco, M. e Haase, H (2015). Inter-organizational Cooperation in Community Health Organizations: A Competence-Based Perspective, *International Journal of HealthCare Quality Assurance*, Vol. 28, No. 2, pp. 193-210.
- Franco, M. e Duarte, P. (2012). Continuous Health Care Units As Inter-Organizational Net-Works: a Phenomenological Study. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, Vol. 37, No. 8, pp.55-79.
- Gandori, A. e Soda, G.. (1995). Inter-Firm Network: Antecedents, Mechanisms And Forms. *Organization Studies, Vol. 16, No. 2*, pp. 183-214.
- Geazi, A. et al. (2015). *Aliança estratégica em Rede Inversa: Vantagem Competitiva no Ambiente de Saúde*. Obtido de http://www2.unifor.br/tede//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=856971
- Glas, G. (1995). *Industrial Networks: Regional Orientation, Cultural Aspects and Policies*. Netherlands.
- Gouveia-Carvalho, A. (2019). Cooperação entre Serviços de Saúde. *Revista de Ciências Militares*, Vol. VII, No. 1.
- Gouveia-Carvalho, J. (2018). Psiquiatria de Catástrofe. Em L. Sales, *Planos de Preparação para Emergências Biológicas* (pp. 279-280). Coimbra: Almedina.
- Gulati, R. (1998). Where do Interorganizational Networks Come from. *American Journal of Sociology, Vol. 104, No. 5*, pp. 47-:506.
- Guptill, J. (2012). *Knowledge management in heath care*. Obtido de Health Care Finance: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Hakansson, H. e Snehota, I. (1995). *Developing Relationships in Business Networks*. Londres: Routledge.
- Hitt, M. A. et al. (2005). *Strategic Management: Concepts and Cases: Competitiveness and Globalization Concepts*, Sixth ed. South-Western: Mason, OH.
- Hoskisson, R., Hitt, M., Ireland, R. e Harrison, J. (2009). *Estratégia Competitiva*. São Paulo: Cenega.
- IAPMEI. (2015). *Cooperação Empresarial*, IAPMEI, Lisboa.
- Jakobson, M. (2010). Management accounting as the inte-organizational bousnday. *Journal of Accounting & Organizational Change*, Vol. 6, No. 1, pp. 96-122.

- Jansen, M. W. (2008). Working at the nexus between public health policy, practice and research dynamics of knowledge sharing in the Netherlands. *Health Research Policy*, Vol. 86, Nos. 2-3, pp. 295-307.
- Kallio, S. (2016). Towards interprofessional networking. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 34, No. 4, pp. 368-376.
- Kapucu, N. (2009). *Interorganizational Coordination in Dynamic*. Obtido de Department of Public Administration, University of Central Florida: <http://www.insna.org/Connections-Web/Volume26-2/4.Kapucu.pdf>
- Kessels, J. (2006). Intewrface: Establishing Knowlwdge Between Higer Vocational education And Businesses. *Higer Education*, Vol. 54, No. 5, pp. 689-703.
- Knabe, T. et al. (2009). *Inter-organizational Networks as Patterns for Self-organizing Multiagent Systems*. Obtido de International Workshop for Multiagent Interoperability at the German Conference: <http://www.virtosphere.de/data/publications/conferences/2003/KnabeSchilloFischer>
- Lakatos, E. M. (1995). *Metodologia Científica*. 2ª Edição. S. Paulo:: Atlas.
- Lee, M. (2018). Cooperative and competitive contextual effects on social cognitive and empathic neural responses. *Frontiers in Human Neuroscience*, Vol. 12.
- Lobato, L. (2019). *Colaboração vs Cooperação*. São Paulo, Brasil.
- Loong, C. e Ooi, K. (2008), "Adoption of interorganizational system standards in supply chains: An empirical analysis of RosettaNet standards",
- Lundvall, B.-A. (2003). *Innovation, competence building and social cohesion on Europe: toward a learning society*. Cheltenham: Edward Elgar. ISBN 1-84064-980-1.
- Macron, M., & Moinet, N. (2000). *La stratégie-réseau*. Paris: Éditions Zéro Heure.
- Macsweeney-Feld; Discenza e Defeis. (2010). A Case Study of Community Hospitals. *Journal Of Business Economics Research*, Vol. 8, No. 9.
- Malmegrin, M. L. (2011). *Gestão de redes de cooperação na esfera pública*. Programa Nacional de Formação em Administração Pública .
- Mandell, M. P. (1988). Intergovernmental management in interorganizational networks: a revised perspective. *International Journal of Public Administration*, Vol.11, n° 4.
- Marchi, J. e Wittman, M. (2007). *Relevância dos fatores Sociocompotamentais de Atores Envolvidos em Redes Estraégicas*. São Paulo, Brasil.
- Marmot, M. (2001). Income inequality, social environment, and inequalities in health. *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 2, No. 1, pp. 156-159.
- Marmot, M. (2001). Income inequality, social environment, and inequalities in helth. *Journal of Policy Analisys and Managements*, Vol. 20, No. 1, pp. 156-159.
- Marques, I e Franco, M. (2020). Cooperation networks in the area of health: systematic literature review. *Scientometrics*, Vol. 122, pp. 1727–1750.

- Marsahl, A. (1977). *Principles of Economics*. Nova York: 1ª Edição: ISBN 1-57392-140-8.
- Melo, P. (2007). Uma abordagem adaptativa de intervenção para mudança Organizacional. *Gestão da Produção, Vpl.14, No. 1*, pp. 125-138.
- Mizruchi., G. (2000). *Networks of interorganizational*. Sociological methods.
- Morgan, R. M. e Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing, Vol. 58*, pp. 20-38.
- Nhoria, N. e Eccles, R. G. (1992). *Networks And Organization: Structure, Form And Action*. Harvard Business School Press.
- OCDE, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2005). *Compreender o Crescimento Económico: nível macro, nível industrial, nível empresarial*. Cascais: Principia. ISBN 972-8818-55-6.
- Oliveira, C. C. e Lopes, H.E. (2014). Competição em redes interpessoais: redes são redes. *Revista de Administração Contemporânea, Vol. 18, No. 4*, pp. 508-522.
- Oliveira, E. (2010). *Metodologias de Investigação Científica*. Porto: Faculdade de Engenharia .
- Oliver, C. (1990). Determinants Of Interorganizational Relationships: Integrations And Future Directions. *Briarcliff Manor: The Academy Of Management Review, Vol. 15, No. 2*, pp. 241-265.
- OWH (2017). *Regulamento de Saúde Internacional, OWH*.
- Parente, A. (2006). Conceitos de mudança e aprendizagem organizacional: contributos para a análise da produção de saberes. *Sociologia, Problemas e Práticas, No. 50*, pp. 89-108.
- Peci, A. (1999). A Emergência e Proliferação de Redes Organizacionais: Marcando Mudanças no Mundo de Negócios. *Revista de Administração Pública Vol. 33*, p p. 3.
- Pereira, A. (2005). Identificação dos Fatores Determinantes do desempenho das Empresas Inseridas em Redes Horizontais. Anais do Encontro Anual da Associação Nacional de Programas de Pós- Graduação em Administração.
- Pesamaa, O. (2006). *Development of Relationships in Interorganizational Networks*. Lulea: University of Technology: Tese de Doutorado. ISSN 1402-1544.
- Pietro, D. M. (2014). *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas.
- Porter, M. (1999). *The Competitive Advantage of Nations*. Free Press.
- Powel, W., White, D.R. e Smith, J.O. (2005). Networks Dynamics and Field Evolution: The Grow of Inter-Organization Collaboration in The Life Sciences. *American Journal of Sociology, Vol. 110, No. 4*, pp. 1132–1205.
- Powell, W. W. (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Networks Forms Organization. *Research in Organizational Bwhavior, Vol. 12*, pp. pp:295-336.
- Rocha, S. M. (2009). *O Franchising numa perspectiva de Articulação de Competências*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10216/7446>.

- Rossetti, A. (2012). *O Papel da Tecnologia da Informação na Gestão do Conhecimento*. Obtido de Scielo: <http://www.scielo.br>
- Sammarra, B. (2008). Heterogeneidade e especificidade dos fluxos de conhecimento entre empresas em redes de inovação. *Jornal de Estudos de Gestão*.
- Seufert, A. (2003). *Knowledge management and networked environments: leveraging intellectual capital in virtual business communities*. New York: Amazon.
- Snehota, B. (2003). Markets as networks and the nature of the market process. Em D. Sharma, *Advances in International Marketing*. Greenwich: JAI Press.
- Song, H. et al. (2017). Team dynamics, clinical work satisfaction. *Health Care Management Review*, Vol. 42, No. 1, pp. 28-41.
- Song, Y. (1995). Strategic Alliances In The Hospital Industry: A Fusion Of Institutional And. *Academy Of Management Journal*, Vol. 1995, No. 1.
- Sousa, F. E. (2020). *Small Towns Hospitals: insertion and agremment in the unfield health system*. Medicina(Ribeirão Preto).
- Spitters, H. P. (2017). Developing a policy game intervention to enhance collaboration in public health polcymaking in the european countries. *BMC Public Health*, Vol. 17, No. 1, pp. 961.
- Stake, R. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso (3ªed.)*. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Takeuchi e Nonaka. (2008). *Teoria da Criação do Conhecimento Organizacional*. Porto Alegre: Bookman.
- Thompson, G. (2003). Between Hirarchies and Markets: The logics and limits of network forms organization. Oxford University Press.
- Trkman, P. e Desouza, K. (2011). Knowledge Risks In Organizational Networks: An Exploratory framework. *The Journal of Strategic Information Systems*, Vol. 21, No. 1, pp. 1-17.
- Uzzi., B. (2000). Social structure in interfirm networks : The paradox ob embeddedness. *Administrative Science Quarterly*. Ed 42.
- Vasconcellos, M. (2015). *Pensamento sistémico: O novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.
- Williamson, O. E. (1991; 1996). *The Nature Of The Firm: Origins, volution And Development and The mechanisms of Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- WHO (2017). Managing Future Global Public Health RisKs
- Yin, K. R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª Ed*. Porto Alegre: Bookman.
- Zanini, M. T. (2007). Trust within organizations of new economy – a cross-industrial study. Wiesbaden, Germany: DUV.
- Zanini, M. T. (2014). O papel mediador entre confiança e desempenho organizacional. *Revista Administração*, Vol. 49, No. 1, pp.45-58.

Anexos



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2019-064-ID1717

Na sua reunião de 21 de janeiro de 2020 a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "O papel das redes interorganizacionais em contexto de saúde: caso da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira", do proponente Carlos José Jesus Duarte Mineiro, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2019-064.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado. Covilhã e UBI, 22 de janeiro de 2020

O Presidente da Comissão de Ética

Professor Doutor José António Martinez Souto de Oliveira
Professor Catedrático

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA DA FCS-UBI

INFORMAÇÃO

Carlos José Jesus Duarte Mineiro, finalista do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior, encontrando-se a elaborar a dissertação final, vem solicitar a sua participação no referido estudo através do preenchimento do questionário anexo a esta informação, pelo que desde já lhe peço a sua atenção para a informação que a seguir se presta.

O presente questionário faz parte integrante da tese de mestrado subordinada ao tema “O papel das redes interorganizacionais em contexto de saúde: Caso da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI) e o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira (ACeS CB)”, **orientado pelo Professor Doutor Mário José Baptista Franco**, docente do departamento de Economia e Gestão da Universidade da Beira Interior.

Trata-se de um trabalho académico sem fins comerciais, o objetivo geral deste estudo é identificar a importância das redes interorganizacionais em contexto de saúde, nomeadamente entre o Departamento de Medicina da FCS da UBI e o ACeS CB, como um meio inovador para a partilha do conhecimento.

A participação no presente estudo é feita de livre e espontânea vontade, não havendo benefício algum para os participantes, informo também, que pode recusar participar no estudo, ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e, por isso, não sofre qualquer prejuízo.

A entrega e recolha dos questionários é realizada pelo secretariado do Curso de Medicina da FCS – UBI, estes instrumentos apresentam-se com carácter confidencial, não comprometendo a identidade dos participantes, já que os dados são totalmente anónimos, pois em nenhum campo é solicitado a identidade do participante, a informação solicitada apenas serve o propósito de interpretação, os resultados são apresentados como um todo e nunca individualmente.

Ao preencher o questionário autoriza a utilização dos dados no presente estudo e em futuras publicações científicas caso venham a ocorrer.

Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Por favor, responda com sinceridade, pois não existem respostas corretas ou incorretas.

A sua opinião é fundamental para esta investigação.

Questionário aos Alunos do Curso de Medicina da FCS – UBI

1. Género:

Masculino

Feminino

2. Idade:

3. Qual o ano que frequenta?

1º Ano 2º Ano 3º Ano 4º Ano 5º Ano Estágio

Mestrado 3º Ciclo

4. Nos níveis que se seguem onde enquadra o seu rendimento escolar?

Excelente Muito Bom Bom Médio Medíocre Mau

5. Considerando uma escala de 1 a 5, em que o nível 1 é muito fraco e o nível 5 é elevado, qual o nível que atribui ao conhecimento que tem acerca da cooperação entre o Curso de Medicina da FCS – UBI e o ACeSS – Cova da Beira?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Muito Fraco Fraco Razoável Muito Elevado

6. De entre os motivos que se seguem, quais, considera ser, os que mais impulsionaram a criação desta parceria?

Troca de recursos no sentido de aumentar a rentabilidade e eficiência das organizações;

Articulação da formação teórica com a prática clínica como modelo de ensino inovador;

Troca de conhecimento ao nível da formação;

Nível de investigação sustentado num modelo inovador;

- Possibilidade de utilização de serviços comuns (instalações, equipamentos, pessoal);
- Obter vantagens económicas e financeiras para ambas as instituições;
- Obter um espaço de cuidados de saúde para formar alunos de medicina;
- Fator importante na candidatura à criação do curso de medicina na Covilhã:
- Fomentar o prestígio de ambas as organizações;
- Fator de desenvolvimento local e regional;
- Outro:

Especifique

7. Considerando o grau de importância, numa escala de 1 a 5, (em que o nível 1 pouco relevante e o nível 5 muito relevante), a nível pessoal e enquanto aluno do Curso de Medicina da FCS – UBI, que vantagens retira desta cooperação?

Proximidade entre alunos e médicos 1 2 3 4 5

Acesso à logística do ACeSS 1 2 3 4 5

Estagiar no ACeSS 1 2 3 4 5

Possibilidade de interagir com os profissionais de saúde do ACeSS 1 2 3 4 5

Contatar diretamente com os pacientes 1 2 3 4 5

Aquisição e partilha do conhecimento teórico com a formação prática 1 2 3 4 5

8. Das seguintes características do ACeSS quais as que considera impulsionadoras da vivência enquanto estudante?

Proximidade do ACeSS ao CHUCB e à FCS – IBI

Atendimento de qualidade aos utentes do ACeSS

Profissionais de saúde qualificados

Especialidades existentes no ACeSS vocacionadas para os Cuidados de Saúde Primários

Qualidade das infraestruturas e equipamentos disponibilizados pelo ACeSS

Outro

Especifique:

9. Concorda com a existência de características do AceS Cb, que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto aluno de medicina da FCS UBI?

Sim

Não

