



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

## **Cooperação Interorganizacional:**

### **O Caso do Centro Hospitalar da Cova da Beira e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior**

**Paulo António Vieira Ressurreição**

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

Orientador: Prof. Doutor Mário Franco

**Covilhã, Julho de 2013**

# Agradecimentos

Dedico este trabalho à minha namorada, pela pessoa especial e maravilhosa que é, por estar sempre presente, por se ter demonstrado paciente e generosa nos meus momentos de desânimo e falta de estímulo, e pela sua enorme ajuda, sem a qual me teria sido impossível chegar ao fim do caminho sinuoso com que me deparei. Por isso e por tudo o resto, para sempre lhe estarei agradecido.

Cabe-me também agradecer a colaboração e o contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas, sem as quais a realização desta Dissertação de Mestrado não teria sido possível e às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular: ao Prof. Doutor Mário Franco, pela disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, pela orientação científica, pela revisão crítica do texto, pela cedência e indicação de alguma bibliografia relevante para a temática em análise, pelos oportunos conselhos e pela acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas; à Prof.<sup>a</sup> Doutora Anabela Almeida - como diretora de curso no primeiro ano de Mestrado e Vogal do Órgão de Direção do Centro Hospitalar Cova da Beira - pela disponibilidade e simpatia demonstradas sempre que necessitei dos seus conselhos e ajuda; ao Prof. Doutor Miguel Castelo Branco - como diretor do Centro Hospitalar Cova da Beira - e ao Prof. Doutor Luís Taborda - como presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior - pela forma cordial como me receberam e se disponibilizaram a dedicar parte do seu precioso tempo para me concederem entrevistas muito relevantes para a conclusão desta Dissertação; à D. Marta Duarte - como secretária da FCS da UBI - pela sua extrema simpatia, disponibilidade e vontade em ajudar, que foram extremamente importantes para a realização do estudo prático; aos funcionários da Biblioteca do Pólo IV da UBI, em especial à D. Cristina Gigante pela ajuda técnica personalizada nas inúmeras pesquisas efetuadas, assim como às funcionárias dos serviços de secretariado do Centro Hospitalar Cova da Beira, pelos esclarecimentos de algumas dúvidas de cariz formal; à Dr.<sup>a</sup> Cristina Brito, pela sua inestimável contribuição através de conselhos e encorajamento, que muito me ajudaram e impulsionaram em momentos de dificuldade; e, por último mas não menos importante, aos meus pais, em particular à minha mãe, pelo apoio e compreensão inestimáveis, pelos diversos sacrifícios suportados e pelo constante encorajamento a fim de prosseguir a elaboração deste trabalho.

A todos o meu muito obrigado.

# Resumo

Perante os atuais contextos organizacionais caracterizados por mutações económicas, políticas, tecnológicas e sociais é fundamental desenvolver e fortalecer as capacidades de gestão das organizações de saúde para possibilitar o seu maior êxito. De forma a conseguir atingir esse êxito, são cada vez mais as organizações de saúde que recorrem a soluções alternativas, como a cooperação com outras organizações.

O objetivo deste estudo é dilucidar sobre diversos aspetos relativos à cooperação interorganizacional, e abordar a forma como este conceito pode ser aplicado a instituições de fins não lucrativos.

Para a concretização deste objetivo foi adoptada uma abordagem de investigação mista - qualitativa e quantitativa - que incidiu sobre um caso real entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS da UBI), com o intuito de perceber os motivos que levaram à cooperação entre as duas entidades, e a forma como a mesma é percecionada pelos alunos da FCS da UBI.

Com base nas evidências empíricas obtidas conclui-se que a cooperação estudada assenta numa relação de carácter formal, já que cada organização mantém a sua independência, bem como os seus órgãos administrativos. Os benefícios retirados da relação cooperação CHCB-FCS incidem principalmente na partilha de recursos humanos, nomeadamente elementos do corpo clínico do CHCB que passaram a exercer funções de docente na FCS, e alunos da faculdade que têm acesso a estágios profissionais no Hospital.

Com base nas evidências empíricas, constatou-se também que a cooperação entre o CHCB e a FCS trouxe alguns benefícios à região onde as duas organizações estão inseridas, nomeadamente ao nível do desenvolvimento económico, o que deriva do número de alunos que são atraídos para a região pela FCS da UBI.

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.

## Palavras-chave

Cooperação Interorganizacional, Redes, Gestão Hospitalar, Faculdade de Medicina, Motivos, Benefício

# Abstract

Taking in account the current organizational contexts, characterized by economical, political, technological and social changes, it is essential to develop and to strengthen management skills of health organizations in order to enable their utmost success. In order to achieve that success, health organizations are increasingly looking for alternative solutions, such as cooperation with other organizations.

This study's objective is to clarify several aspects related to interorganizational cooperation, and also approach how this concept may be applied to non-lucrative institutions.

So as to materialize this objective, a real a mixed investigation approach was adopted - qualitative and quantitative - which consisted on real case study between Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) and Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), with the intention of understanding the motives that lead to the cooperation between the two entities, and in which way that cooperation is perceived by the FCS-UBI students.

Based on the empirical evidences that were obtained, it was concluded that the studied cooperation is based on a formal character relationship, since each organization maintains it's independence, as well as it's administrative authorities. The cooperation's benefits, concern mainly on the share of human resources, like CHCB clinical staff, who started executing teaching duties at the FCS, and also FCS students who have access to professional internships at the Hospital.

Based on the empirical evidences that were obtained, it was also observed that the cooperation between CHCB and FCS-UBI implied some benefits to the region where the two organizations are inserted, such as economical development that derives from the number of students that are lured into the region by the FCS-UBI.

This study also permitted to observe that the student's perception relating to the interorganizational cooperation which was studied shows a satisfactory level of knowledge, which goes accordingly to what was defined by both institutions directors as being the cooperation's objectives.

## Keywords

Interorganizational Cooperation, Network, Hospital Management, Hospital, Medical University Motives, Benefits.

# Índice

<i>ADRADECIMENTOS</i> .....	II
<i>RESUMO</i> .....	III
<i>ABSTRACT</i> .....	IV
<i>LISTA DE FIGURAS</i> .....	VII
<i>LISTA DE TABELAS</i> .....	VIII
<i>LISTA DE SIGLAS</i> .....	IX
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL.....	5
2.1 CONCEITO DE COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL.....	5
2.2 CARATERÍSTICAS E TIPOS DE COOPERAÇÃO.....	6
2.3 MOTIVOS E BENEFÍCIOS DA COOPERAÇÃO.....	8
2.4 NOVAS FORMAS DE GESTÃO NO CONTEXTO DE COOPERAÇÃO.....	12
3. COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE.....	15
3.1 COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	15
3.2 PROPOSTA DE UM MODELO CONCEPTUAL.....	17
4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	19
4.1 INTRODUÇÃO.....	19
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	21
4.3.1 SELECÇÃO DO CASO (ORGANIZAÇÕES).....	21
4.3.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	22
4.3.3 ORGANIZAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	25
5. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	27
5.1 CARATERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES EM ESTUDO.....	27
5.1.1 CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA (CHCB).....	27
5.1.2 FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UBI (FCS da UBI).....	32
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA: ENTREVISTAS AOS RESPONSÁVEIS PELAS ORGANIZAÇÕES EM ESTUDO.....	33
5.2.1 MOTIVOS E BENEFÍCIOS DA COOPERAÇÃO ENTRE O CHCB E A FCS DA UBI	34
5.2.2 CONTORNOS DA COOPERAÇÃO ENTRE O CHCB E A FCS.....	37
5.3 ANÁLISE QUANTITATIVA: QUESTIONÁRIOS AOS ALUNOS DA FCS.....	39
5.3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ALUNOS.....	39
5.3.2 MOTIVOS IMPULSIONADORES DA COOPERAÇÃO ENTRE A FCS E O CHCB...	42

5.3.3 BENEFÍCIOS DA COOPERAÇÃO PERCEPCIONADAS PELOS ALUNOS DA FCS	44
5.4 ANÁLISE QUALITATIVA VS ANÁLISE QUANTITATIVA.....	46
5.4.1 RELAÇÃO ENTRE OS MOTIVOS DA COOPERAÇÃO E A PERCEPÇÃO DOS ALUNOS EM RELAÇÃO AOS MESMOS.....	46
5.4.2 RELAÇÃO ENTRE OS CONTORNOS DA COOPERAÇÃO E OS BENEFÍCIOS DA MESMA PELOS ALUNOS.....	47
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
6.1 CONCLUSÕES.....	50
6.2 IMPLICAÇÕES TEÓRICAS E PRÁTICAS.....	51
6.3 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES.....	52
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>54</b>

# Lista de Figuras

Figura 1 - Mapa de Orientação Conceitual.....	7
Figura 2 - Benefícios da Cooperação.....	11
Figura 3 - Modelo de Análise.....	18
Figura 4 - Procedimentos Metodológicos Adotados.....	19
Figura 5 - Pesquisa Qualitativa vs. Pesquisa Quantitativa.....	20
Figura 6 - População Residente por Idade e Sexo.....	27
Figura 7 - Indicadores de População.....	27
Figura 8 - Lotação CHCB.....	29
Figura 9 - Efetivos por Grupo Profissional e Tipo de Vínculo.....	30
Figura 10 - Organigrama da FCS-UBI.....	33
Figura 11 - Síntese da análise qualitativa vs. análise quantitativa I.....	47
Figura 12 - Síntese da análise qualitativa vs. análise quantitativa II.....	49

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Principais motivos para a Cooperação.....	9
Tabela 2 - Tipos de Cultura de Cooperação.....	9
Tabela 3 - Métodos de recolha de dados utilizados.....	22
Tabela 4 - Colaboradores do Centro Hospitalar Cova da Beira a exercerem Funções de Docência na Faculdade de Ciências da Saúde.....	31
Tabela 5 - Sexo dos Indivíduos.....	39
Tabela 6 - Idade dos Indivíduos.....	40
Tabela 7 - Curso Frequentado pelos Indivíduos.....	40
Tabela 8 - Ano de Frequência Universitária dos Indivíduos.....	41
Tabela 9 - Nível de Rendimento Escolar dos Indivíduos.....	41
Tabela 10 - Nível de conhecimento revelado pelos alunos da FCS acerca da cooperação entre o CHCB e a FCS .....	42
Tabela 11 - Opinião dos alunos da FCS quanto aos motivos impulsionadores da cooperação entre o CHCB e a FCS.....	43
Tabela 12 - Opinião dos alunos quanto às características do CHCB que influenciam a sua vivência .....	44
Tabela 13 - Opinião dos alunos quanto às principais vantagens da cooperação entre o CHCB e a FCS .....	45

## Lista de Siglas

UBI	Universidade da Beira Interior
CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior

# INTRODUÇÃO

Em função das condições do meio envolvente - incerteza, complexidade e globalização - e para se tornarem competitivas, as organizações deverão adotar as estratégias que resultem mais eficazes (Franco, 2001). De facto, a globalização, a inovação, o uso de novas tecnologias e a capacidade empreendedora, têm sido desenvolvidas como um modelo contemporâneo com o objetivo de melhorar produtos e serviços internos ou externos (Pires e Machado Neto, 2012).

O ambiente competitivo que existe hoje em dia exige às organizações um foco nas suas capacidades centrais (Trkman e Desouza, 2011). Neste sentido, a maioria das organizações deve participar em relações de cooperação, de forma a sustentar as suas necessidades principais (Misener e Doherty, 2012).

À medida que as organizações se tornam mais dependentes da cooperação, torna-se claro que esta estratégia é mais que apenas um veículo para adquirir recursos físicos (materiais) ou capacidades operacionais (logística) (Trkman e Desouza, 2011). A cooperação interorganizacional é vista como um mecanismo para adquirir recursos e capacidades baseados no conhecimento. A cooperação interorganizacional permite a realização de ações conjuntas e transação de recursos para atingir objetivos mútuos (Balestrin et al. 2010; Rusko, 2011).

Segundo Trkman e Desouza (2011), o papel de uma organização é integrar as peças soltas do conhecimento na sua essência e juntá-las para que ajudem na obtenção dos seus objetivos. Só equilibrando a diversidade e desequilíbrio de conhecimento encontrado nas organizações participantes, podem conseguir que os seus objetivos sejam alcançados.

A cooperação interorganizacional, ao proporcionar mecanismos para o desenvolvimento interno e externo das organizações, bem como sinergias coletivas geradas pela efetiva participação daquelas, está a ser adotada como uma estratégia para se alcançar vantagens competitivas, mas também a fortalecer as hipóteses de sobrevivência e crescimento das organizações em ambientes turbulentos. O ambiente organizacional é considerado dinâmico e complexo, e as mudanças ocorridas nas últimas décadas desafiam as estruturas tradicionais e as “[...] *pequenas empresas independentes, ou as grandes empresas integradas verticalmente, já não são capazes de se adaptar às novas características estruturais e de mercado*” (Peci, 1999, p. 3). Perante este cenário passou-se a observar um movimento representado pela eliminação das barreiras que limitavam as organizações, e pela sua reinvenção, passando a formar relacionamentos cooperativos.

A cooperação ocupa as preferências das organizações e, gradualmente, este tipo de relações passaram a constituir um veículo de escolha para competir num mundo negocial instável e complexo (McSweeney et al. 2010).

As organizações de saúde, enquanto instituições que pertencem a um mercado competitivo pelos melhores cuidados de saúde e carácter de inovação tecnológica, não são exceção e necessitam de manter a sua posição no mercado ao mesmo tempo que precisam de crescer. Para tal podem expandir-se por via interna ou externa. Em muitos países, a crescente ameaça e pressões nos sistemas de saúde, e o lento crescimento financeiro das instituições de saúde, culminaram numa situação em que estas se vêm forçadas a aumentar a sua eficiência, de forma a manterem um nível satisfatório de cuidados de saúde, sem sacrificar a satisfação do utente. A inovação, com recurso a avanços tecnológicos, novas estratégias ou novas instalações, é um aspeto importante que pode ajudar a aumentar, tanto o valor, como a eficiência (Bernardo *et al.* 2012). O caminho do crescimento interno requer investimentos em áreas estratégicas, reestruturação e reorganização interna, qualidade no atendimento, desenvolvimento de novos métodos de tratamento, modernização dos equipamentos, reforço do *know-how* interno, entre outros. Tudo isto pode tornar-se extremamente dispendioso e arriscado porque pode não gerar retorno imediato (Feitosa, 2002).

Nestas circunstâncias, apesar do reconhecimento da cooperação interorganizacional no contexto das organizações de saúde, existe a falta de literatura relevante para o tema em questão, nomeadamente no que toca a aplicações práticas do mesmo. Apesar de ser unânime que existem diversos estudos científicos efetuados no âmbito da cooperação entre organizações, as mesmas raramente abordam casos práticos, especificamente no contexto da saúde, onde a escassez de estudos se torna mais notória.

Franco e Duarte (2012) referem precisamente isto, ao mencionarem que, nas últimas décadas, vários estudos científicos foram realizados sobre o funcionamento interorganizacional como sendo um conceito ou paradigma formal e teórico. Ainda assim, quando o objetivo é o estudo das suas aplicabilidades práticas, em particular nos sectores social e da saúde, a falta de investigação é evidente.

Estes mesmos autores referem inclusivamente que as redes interorganizacionais e os seus antecedentes foram examinados intensivamente, mas a investigação sobre relações interorganizacionais entre instituições de saúde atraiu um surpreendentemente baixo nível de atenção. No contexto da saúde ainda existem diversas áreas de incerteza e um nível insuficiente de conhecimento científico comprovado. Neste âmbito, e devido à escassez de estudos sobre a cooperação na área da saúde, um dos principais propósitos deste trabalho é colmatar esse vazio literário.

Assim, o objetivo primordial deste trabalho centra-se em apurar as razões que podem levar uma Organização de Saúde a incorrer na cooperação com outras instituições, os principais benefícios retirados dessas relações de cooperação, bem como colmatar o evidente gap que existe atualmente na literatura sobre cooperação entre hospitais públicos e universidades.

Para tal, com base numa abordagem de investigação mista (qualitativa e quantitativa), foi estudado o caso entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS\_UBI), também situada na Covilhã.

Como objetivos específicos, este estudo pretende:

- 1- Perceber quais os motivos que levaram à cooperação entre o CHCB e a FCS da UBI, e os benefícios retirados da mesma, para cada uma das instituições;
- 2- Aferir a perceção dos alunos da FCS da UBI sobre a cooperação entre as duas instituições, e quais as principais vantagens alcançadas pelos mesmos da cooperação em causa.

Relativamente aos objetivos traçados, surgem algumas questões que, ao serem respondidas, contribuem para a compreensão do tipo e contornos da cooperação levada a cabo entre o CHCB e a FCS.

- 1- *Qual o(s) motivo(s) que levou à instalação do Pólo de medicina na zona envolvente do CHCB?*
- 2- *Qual o tipo e os contornos da cooperação entre o CHCB e a FCS-UBI?*
- 3- *Quais as vantagens obtidas desta cooperação pela FCS?*
- 4- *Quais as vantagens obtidas desta cooperação pelo CHCB?*
- 5- *De que forma a população local beneficiou com esta cooperação?*

Numa primeira fase, foram abordadas em termos gerais não só as organizações de saúde, com as suas características, limitações e necessidades que possam então dar lugar a uma cooperação, mas também as características da cooperação interorganizacional, bem como os motivos e benefícios da sua implementação. Após um panorama geral partiu-se para o particular com uma análise a um caso real que conta com dois intervenientes, o CHCB e a FCS-UBI, onde as questões abordadas centram-se não só no centro hospitalar em si, mas também, em parcerias e acordos com a faculdade, de onde podem surgir vantagens e benefícios, mas também podem auferir algumas desvantagens.

Em termos de estruturação, a presente dissertação está organizada da seguinte forma:

- O primeiro ponto, onde é abordado o tema em estudo, e a sua pertinência no contexto atual, os objetivos do estudo e as questões levantadas pelo mesmo, bem como a estrutura da dissertação.
- O segundo ponto, que consiste numa visão geral sobre o tema da cooperação interorganizacional, nomeadamente no que toca ao conceito e características da cooperação entre organizações, motivos e benefícios da cooperação.
- No terceiro ponto é feita uma abordagem contextualizada ao sector da Saúde, onde é também proposto um modelo conceptual de análise.

- No quarto ponto inicia-se a parte empírica do estudo e é revelada a metodologia da investigação, sendo apresentado o tipo de estudo efetuado e os procedimentos metodológicos que foram seguidos.
- No quinto ponto, a parte prática prossegue com a apresentação dos resultados, que envolvem a análise às entrevistas efetuadas aos responsáveis pelas organizações em estudo, bem como o questionário administrado aos alunos da FCS. Estes resultados são ainda comparados e discutidos à luz da fundamentação teórica.
- Finalmente, no último ponto, são apresentadas as conclusões finais do estudo, bem como as limitações encontradas no decorrer do mesmo, e sugestões para investigações futuras, nesta área de conhecimento.

# 1. COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL

## 2.1. Conceito de Cooperação Interorganizacional

Para Oliver (1990, p. 241), a cooperação interorganizacional é caracterizada como sendo “as transações relativamente constantes, fluxos e ligações que ocorrem entre uma ou mais organizações em seus ambientes”. Assim, considera-se a cooperação interorganizacional como as relações e transações (seja de informações ou recursos) constantes dentro de um grupo de organizações. Segundo Castells (2001), a intensidade e a frequência da relação entre as organizações, é maior, se elas pertencerem a uma mesma rede. Assim, o conjunto de relações e/ou transações que se realizam uma única vez ou poucas e esporádicas vezes não são tratados aqui como relações de cooperação interorganizacionais.

Os estudos em torno da cooperação no ambiente da administração têm-se vindo a desenvolver de maneira consistente, a partir dos anos 1980, sendo tratados por Nhoria e Ecles (1992), entre outros, como a ação estratégica resultante da necessidade de reação contra a ascensão da competitividade mundial. As organizações tomaram consciência que as suas operações apresentam uma melhor eficiência quando se encontram ligadas por uma relação de cooperação, criando interdependência com outros indivíduos.

Grandori e Soda (1995) fizeram importantes considerações sobre os relacionamentos de cooperação, demonstrando que é possível identificar aspetos económicos e sociais e, segundo os autores, estes são variáveis fundamentais que influenciam o seu funcionamento.

Por sua vez, Castells (1999) afirma que nas últimas duas décadas do século XX ocorreram transformações nas relações sociais entre as organizações. Este novo conjunto constitui um novo tipo de estrutura social chamada de cooperação social. O autor demonstra nos seus estudos que uma cooperação pode ser estudada segundo os seus aspetos económicos, que incluem as vantagens relacionadas à economia de escala que a cooperação pode oferecer aos seus intervenientes, ou a aspetos sociais. A visão social da cooperação é defendida por Castells (1999), pois o autor demonstra nos seus estudos que a sociedade atual caracteriza-se pela estrutura que busca uma ligação, com uma construção de um conjunto de informações sobre as características individuais e culturais a qual se repete e se reorganiza nas várias extensões das sub-ligações que se formam.

Segundo Marchi e Wittman (2007), o relacionamento entre as organizações que incorrem numa cooperação, é um fator decisivo para o sucesso da união das partes, pois é determinante para o funcionamento da cooperação. Para Marchi e Wittman (2007, p.6), um bom nível de conexões internas entre os agentes, pode melhorar o fluxo de informações e promover uma forte coesão entre os parceiros que compõem a cooperação. Essa coesão pode fazer diminuir os riscos associados às transações, facilitando a confiança e promovendo a cooperação.

Williamson (1991, 1996) reconhece que além do mercado e das estruturas hierárquicas, as organizações podem operar dentro de arranjos como cooperações interorganizacionais. Segundo o autor, a cooperação pode ser considerada como um terceiro elemento do arranjo organizacional alternativo para responder às mudanças de mercado, onde as suas forças agem como reguladoras, e nas organizações hierarquizadas, onde as autorizações administrativas regulam as atividades organizacionais.

Para Franco (1995), a cooperação surge, cada vez mais, como uma das vias estratégicas para as empresas confrontadas com a necessidade imperiosa, por razões de sobrevivência, de aumentarem a sua competitividade como reação às novas dimensões do mercado e da concorrência.

Face a esta última visão de cooperação, e após uma análise cuidada da restante teoria, a definição utilizada para o âmbito desta dissertação será a de que a cooperação interorganizacional surge como forma de colmatar uma carência percebida pelas organizações, em relação ao meio envolvente, que poderá abranger aspetos económicos, tecnológicos ou sociais.

## **2.2. Características e Tipos de Cooperação**

De acordo com Glas (1995), podem-se dividir as relações de cooperação em dois tipos distintos: vertical e horizontal. A cooperação horizontal engloba redes onde os participantes são especializados em diferentes produtos dentro da mesma categoria, assim a cooperação ocorre, sobretudo ao nível do marketing e suprimentos. Já a cooperação vertical acontece quando os vários elementos da rede trabalham de forma conjunta, mas especializam a sua produção como sendo parte integrante da cadeia.

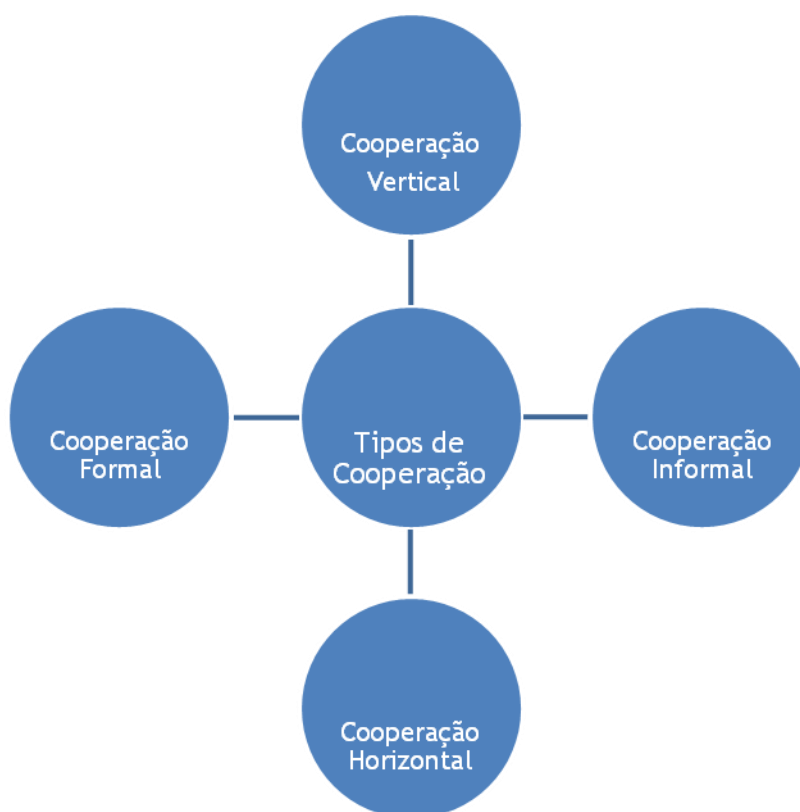
Porter (1990) afirma que a cooperação entre concorrentes (cooperação horizontal), é muitas vezes justificada como uma forma de evitar duplicação de tarefas e obter economias de escala, enfraquece as vantagens competitivas, a não ser que se adotem determinados limites. Já a cooperação vertical é considerada pelo mesmo autor benéfica para as vantagens nacionais, desde que nenhuma das organizações envolvida exclua a outra. A cooperação vertical é vantajosa para o processo de inovação, contudo, também pode ser prejudicial para a obtenção de vantagens competitivas já que limita o investimento em capital e tecnologia e pode esconder a rivalidade em outras dimensões.

Contudo, Easton (1990) refere que além das cooperações horizontais e verticais têm-se também as redes formais e informais. Easton (1990) distingue ainda, cooperação formal de cooperação informal. Segundo este autor, a cooperação formal segue um planeamento pré definido e uma gestão clara e evidente, enquanto a cooperação informal é, normalmente, pouco planeada e baseia-se em características individuais e sociais das organizações cooperantes. A cooperação informal é em geral mais aleatória, sem planeamento e baseada

em ações individuais. Podendo envolver a transferência de pessoas, informação ou partilha de normas sociais.

Para englobar essas tipologias, Marcon e Moinet, citados por Balestrin e Vargas (2002), apresentam o “mapa de orientação conceitual”, indicando, a partir de quatro quadrantes, as principais dimensões sobre a qual a cooperação é estruturada.

Figura 1 - Mapa de Orientação Conceitual



Segundo Balestrin e Vargas (2002), o eixo vertical relaciona-se com a natureza dos elos de gestão estabelecidos entre os intervenientes da cooperação. No eixo horizontal, está representado o grau de formalização estabelecido nas relações entre os intervenientes da cooperação. Esse grau de formalização pode mover-se de uma conveniência informal entre os intervenientes, no caso de relações de amizade, afinidade e parentesco tal como ocorrem nas associações, nos clubes, até relações formalmente estabelecidas por contratos entre as partes, no caso de contratos jurídicos, como ocorre na formação de *joint-ventures*. Para cada um dos quadrantes, pode-se encontrar um tipo de cooperação específico. Assim, as cooperações podem ser classificadas em:

- Cooperações verticais: Pertencem à dimensão da hierarquia e são conhecidas como cadeia de suprimentos; têm uma clara estrutura hierárquica. Essa configuração é utilizada, por exemplo, pelas grandes redes de distribuição que adotam esta estratégia para estar mais próximas do cliente, como ocorre com as grandes redes de distribuição integrada, distribuição alimentar e bancos (Balestrin, 2005).

- Cooperações horizontais: Nessas redes as organizações preservam a sua independência, mas coordenam as suas atividades de forma conjunta com o intuito de atingir certos objetivos como: criação de novos mercados, suporte de custos e riscos em pesquisas e desenvolvimento de novos produtos, definição de marcas de qualidade, entre outros. Essas redes formam-se sob a dimensão da cooperação dos seus membros, que escolhem a formalização flexível para melhor adaptar a natureza das suas relações. Neste modelo de cooperação interorganizacional, existe uma grande heterogeneidade de formas, como os consórcios, as associações profissionais, as redes de lobbying, as alianças tecnológicas (Marcon e Moinet, citados por Balestrin e Vargas, 2002). Essas relações são complexas, junto às quais os concorrentes escolhem cooperar dentro de certo domínio. Assim, as cooperações favorecem a concentração de esforços, sem privar a liberdade de ação estratégica dos seus membros.
- Cooperações formais: pertencem à dimensão contratual, e Knorringa e Meyer-Stamer (1999, citados por Balestrin e Vargas, 2002) argumentam que algumas cooperações são formalizadas por termos contratuais que estabelecem regras de conduta entre os participantes que as compõem. As alianças estratégicas, os consórcios, as *joint-ventures* e as franquias são exemplos de cooperações fortemente formalizadas.
- Cooperações informais: pertencem à dimensão da convivência. Elas permitem encontros informais entre os agentes, portadores de preocupações comuns. As cooperações são formadas sem qualquer tipo de contrato formal e agem em conformidade com interesses comuns, baseados na confiança. Segundo Balestrin e Vargas (2002), “nessa dimensão, as redes são formadas sem qualquer tipo de contrato formal que estabeleça regras e agem em conformidade com os interesses mútuos de cooperação, baseados, sobretudo, na confiança entre os intervenientes”.

### 2.3. Motivos e benefícios da cooperação

De acordo com Bernardo *et al.* (2012), as relações de cooperação são formadas para alcançar massa crítica, atingir novos mercados, equilibrar os recursos especializados de cada parceiro, e ganhar novas competências através da aprendizagem organizacional, sendo que as vantagens são conseguidas através da redução de custos da oferta de serviços e diversificando o risco.

De acordo com outras pesquisas, a cooperação também permite uma maior especialização das instituições interligadas, promovem a criação e transferência de conhecimento e o aumento da diversidade de serviços que são oferecidos (permitindo um produto ou qualidade de serviços melhorados), bem como benefícios (Bernardo *et al.* 2012).

A cooperação é mais fácil quando a estrutura organizacional, a missão e objetivos dos parceiros são similares (Bernardo *et al.* 2012). O sucesso da cooperação interorganizacional

depende de dois fatores: a relação entre os parceiros, e a performance da parceria (Bernardo *et al.* 2012).

Segundo Franco (1995), têm sido investigados vários motivos que levam as organizações a estabelecer acordos de cooperação, uma vez que estes acordos têm-se verificado muito úteis para as organizações. Refere ainda, que os motivos impulsionadores da cooperação podem ser diversos, como se demonstra na tabela seguinte:

Tabela 1 - Principais motivos para a Cooperação

Motivações para o estabelecimento de Relações de Cooperação	
Melhoria da Competitividade	Potencialidade de acesso a tecnologias
Redução do Risco	Resposta a ameaças ou pressões por parte dos governos
Busca de Economias de Escala	Necessidade de Evolução

Fonte: Adaptado de Franco (1995)

O nascimento, a sobrevivência, e o fim da cooperação também depende da discussão e equacionamento de três aspetos fundamentais: a cultura da confiança, a cultura da competência e a cultura da tecnologia da informação (Corrêa, 2000 e Casarotto Filho e Pires, 2001).

Tabela 2 - Tipos de Cultura de Cooperações

Tipo de Cultura	Descrição
Cultura da Confiança	Aspetos ligados a cooperação entre empresas, envolvendo fatores culturais e de interesse de pessoas e organizações
Cultura da Competência	Diz respeito às questões ligadas às competências essenciais de cada parceiro. Engloba aspetos materiais e imateriais como os processos
Cultura da tecnologia da informação ou transmissão de conhecimentos	A agilização do fluxo de informações é vital para a implantação e o desenvolvimento de cooperações flexíveis

Fonte: Corrêa (2000)

A cultura da confiança refere-se aos aspetos ligados à cooperação entre as organizações envolvendo aspetos culturais, de interesses pessoais e organizacionais. Nesta tipologia, a ética e o conhecimento assumem um papel crucial sobre as pessoas ou organizações que têm interesses comuns. É o primeiro passo para a criação desta cultura, de acordo com Corrêa (2000), o fortalecimento da confiança entre os parceiros, é fundamental para o desempenho de redes de cooperação. Estas crescem quando há um maior contato pessoal. A atuação dos parceiros em grupos de trabalho diversos, necessários para a definição dos diversos parâmetros de operação da cooperação, é um instrumento eficaz para o aumento do conhecimento, do respeito comum e da confiança.

Segundo Amato Neto (2000), o sentido de confiança é fundamental, já que todas as transações envolvem riscos, principalmente relacionados com a imprevisibilidade dos acontecimentos futuros. Se estes riscos não forem controlados podem impedir que os fatores que trariam benefícios para as organizações pertencentes à cooperação não se concretizem.

Para Powell (1990), a cultura da competência diz respeito às questões ligadas às competências essenciais de cada parceiro. Engloba aspetos materiais, físicos, como as instalações e equipamentos e até mesmo imateriais como os processos e o *know-how*. Os aspetos relevantes na observação da competência de cada parceiro que se deve analisar, entre outros, são:

- Se o parceiro realmente proporciona um maior valor agregado ao cliente final. Isto pode ser obtido pela análise das competências relativas à diferenciação, já que os parceiros possuem um valor diferenciado, as organizações são complementares umas às outras;
- Se a diferenciação conseguida pelo parceiro é robusta e se é forte perante a ação dos concorrentes nestes mercados;
- Se é flexível, isto é, se permite diferentes possibilidades de aplicação nestes mercados, se suporta variações de volume, de *mix* de produção ou de prazo de entrega.

Pereira (2005) chama a atenção para a cultura da troca de conhecimentos, alegando que esta permite a agilização do fluxo de informação, o que constitui uma grande importância para a implementação e o desenvolvimento da cooperação. Deste modo, analisou aspetos relacionados com os contornos da troca de conhecimentos e de informações, tais como:

- As informações transmitidas, entre quais parceiros deve haver o canal de comunicação e através de que meios;
- Onde estas informações ficarão armazenadas e quais as condições de acesso a elas por cada parceiro;
- Como vai ser gerada e distribuída a base de dados relativa à operação, quais são as condições de acesso a estes dados;
- Como estas informações podem ser utilizadas na produção de bens e serviços, como as organizações podem utilizar estas informações no futuro, tendo em consideração o

conhecimento sobre os clientes, novas perspetivas de negócios, aprendizagem em equipa para as organizações que compõem a cooperação.

Powell (1990) defendeu ainda, que na cooperação entre as organizações também era possível alcançar os seguintes benefícios:

Figura 2 - Benefícios da Cooperação



Fonte: Adaptado de Powell (1990)

Para Franco (1995), a cooperação permite que as organizações se concentrem nas suas competências distintivas, uma vez que só aproveita a eficiência das outras nas suas respetivas áreas de especialidade. O autor defende ainda que cada vez mais se torna complicado defender uma posição competitiva nos negócios baseado numa capacidade individual dominante. Esta conclusão leva a que cada vez mais as empresas procurem estabelecer relações de cooperação de forma a obter uma vantagem estratégica.

## 2.4. Novas formas de gestão no contexto de cooperação

É um facto que esta nova forma arquitetura organizacional - a organização em cooperação - é a forma predominante numa época marcada pela crise e capitalismo, isso é comprovado pelas pesquisas empíricas que têm vindo a ser realizadas.

Para que os participantes encontrem novas formas de operar e interrelacionar no volátil contexto organizacional e em resposta a novas tarefas e oportunidades, a aprendizagem deve ser feita unidade por unidade, equipa por equipa e situação por situação (Tenkasi *et al.*, 1998, citado por Mohrman *et al.*, 2003). Através das suas ações, eles criam novas abordagens e simultaneamente desenvolvem novos entendimentos ou esquemas. Uma aprendizagem bem-sucedida depende não só de atividades implementadas de forma formal e planeada na organização, mas também das capacidades das redes sociais existentes e emergentes. A ideia de capital social tem como base a noção de que as redes que servem propósitos particulares pode ser utilizadas para outros propósitos (Mohrman *et al.*, 2003). A troca e a combinação de conhecimento entre organizações que ligam participantes com perspectivas e bases de conhecimento diferentes pode facilitar a definição e implementação das novas abordagens organizacionais. A cooperação é caracterizada pela força das ligações entre os membros da mesma.

Independentemente de serem fortes ou fracos, os laços criados pelas relações de cooperação podem assumir papéis importantes na implementação da mudança, apesar de diferentes (Mohrman *et al.*, 2003). Laços fortes, caracterizados por níveis altos de quantidade, qualidade e frequência de interação facilitam uma comunicação rica e intensa entre indivíduos (Granovetter, 1982; Uzzi, 1996, citados por Mohrman *et al.*, 2003). Sustentam uma interação extensiva, importante para a assimilação, combinação e contextualização do nível complexo de conhecimento associado à mudança fundamental das organizações (Chesmore e Tenkasi, 2002, citados por Mohrman *et al.*, 2003). Laços fracos permitem trocas entre uma variedade de contatos mais extensa e podem prevenir isolamento através da comunicação entre grupos (Mohrman *et al.*, 2003).

Quanto às novas formas de gestão organizacional, pode-se observar mudanças críticas em relação aos métodos utilizados na gestão da empresa vertical e isolada do passado.

Lógicas de mudança podem não levar em conta ou ser inconsistentes com realidades emergentes. A mudança fundamental requer mudanças no esquema e comportamentos organizacionais. Como estes estão profundamente enraizados nas comunidades, a mudança é necessariamente um processo coletivo que envolve aprendizagem e sentido de criação. Teóricos estruturais (Mohrman *et al.*, 2003) apontam a natureza sistémica das relações sociais, definindo um sistema como uma “ação de interdependência” feita a partir de uma rede de relações e condições de rede já estabelecidas (Giddens, 1979, p. 78, citado por Mohrman *et al.*, 2003). Estas condições de rede moderam qualquer tentativa de mudança direcionada a um subsistema. Subsistemas têm definidos determinados padrões de interação, que caracterizam como se irão relacionar entre eles.

A partir da análise exaustiva da literatura, foi possível relacionar e refletir sobre alguns aspectos essenciais para a mudança na forma de gestão das organizações que se propõem a trabalhar em cooperação. Algumas evidências sobre esses aspectos são apresentadas a seguir. Para Peci (1999), as organizações que optam por trabalhar sob a forma de cooperação, devem-se preparar para significativas mudanças no modo de gerir os negócios. Os gestores têm que aprender a falar sobre a confiança, sendo que a parceria é a característica principal da cooperação.

Para Melo (2006), a existência da confiança entre parceiros na formação e manutenção da cooperação pode reduzir os custos de coordenação e a necessidade de controlo hierárquicos, o que tende a aumentar a flexibilidade da organização e a sua capacidade de se adequar às novas necessidades”. De acordo com Melo (2006), sem um mínimo de confiança é quase impossível estabelecer e manter relações interorganizacionais e sociais por um longo período de tempo. A confiança já era importante, e era um fator crítico na hora das decisões, dentro da cooperação, a confiança torna-se ainda mais primordial nos processos administrativos, tanto que quando um parceiro já não inspira confiança, a tendência é a sua exclusão da cooperação. A confiança traduz-se num processo de transparência nas relações entre as diferentes organizações.

Outro aspeto de mudança crucial na gestão das organizações está relacionado à autoridade e ao controlo hierárquico, que não tornam mais viável a coordenação da organização da mesma forma em que era feita na estrutura vertical e isolada. Agora a coordenação deve ser alcançada através da própria atividade da cooperação, nesse sentido, percebe-se que as organizações que fazem parte de uma rede, abdicam de parte da sua autonomia e do seu poder de coordenação à própria rede, pois a organização precisa de dar satisfações também a rede da qual ela faz parte.

A informação e a sua divulgação ao longo da cooperação torna-se cada vez mais importante, implicando diretamente uma mudança de gestão na medida em que numa relação de cooperação, as organizações têm acesso a informações de várias outras organizações que fazem parte da parceria, e em contra partida precisam também fornecer informações e estratégias, aos seus parceiros, devendo permanecer uma relação de confiança mútua.

A mudança planeada oferece aos participantes um sentido de desafio. O comportamento e conhecimento humano são guiados por esquemas interpretativos, normas e relações de poder que modulam o sentido comum (Mohrman *et al.*, 2003). Quando planeiam mudanças, os gestores organizacionais têm como intenção permitir novas estratégias e performances. Geram estratégias que podem incluir mudanças nas estruturas e nos papéis, nas formas de se relacionar com os clientes, tecnologias, processos de trabalho, sistemas remuneratórios e práticas de recursos-humanos. Estas mudanças demonstram como padrões individuais podem alterar comportamentos e performances no futuro. Falhar em compreender ou aceitar os significados intrínsecos às mudanças organizacionais, frequentemente leva a implementações defeituosas ou tardias (Mohrman *et al.*, 2003).

Pode-se assim concluir, quanto aos objetivos e metas, fatores críticos para o sucesso desse tipo de disposição organizacional, sejam eles o de constituírem efetivamente uma cooperação com objetivos e metas conjuntas em todo o planejamento estratégico das suas unidades, ou simplesmente o de compartilharem alguns elementos das suas cadeias de valor, estabelecendo relações mais superficiais, observou-se nas publicações das pesquisas empíricas, que se antes as organizações tinham objetivos individuais e autônomos, o novo contexto exige que se saiba lidar com objetivos compartilhados com outras organizações, pois não só a organização tem que trabalhar para alcançar os objetivos individuais, mas também deve esforçar-se para atingir os objetivos da cooperação à qual pertence, deve por isso, determinar objetivos individuais a partir das implicações da cooperação à qual participa.

Outro aspeto relevante na mudança das formas de gestão, diz respeito à rigidez das regras e quota mínima de compra por associados na cooperação interorganizacional, sendo o grau desses aspetos variados de acordo com o tipo de cooperação, contexto, entre outros, mas de importância capital na nova gestão, criando um impacto tanto ao nível da logística como financeiramente (Mohrman *et al.*, 2003).

Dessa forma, as organizações vêm as suas vantagens competitivas diante dos concorrentes de mesmo porte filiados à probabilidade da cooperação se extinguir. Assim, é necessário estabelecer regras claras para que uma empresa se filie, de modo que não venham a competir entre si, estabelecendo distâncias mínimas, ponto destacado por várias pesquisas empíricas analisadas. Nota-se também que uma das causas de saída das organizações da cooperação - seja por iniciativa própria, ou por expulsão - é a falta de compreensão e de ajuste entre esses processos (cooperação e competição) pelos seus membros, já que dentro de uma lógica externa à cooperação é quase inexistente e a competição predomina, e a lógica interna da rede procura uma maior cooperação, e paradoxalmente, com antigos concorrentes, requerendo formas de gestão apropriadas, onde se deixe de lado a filosofia autónoma e individualista em prol de uma nova mentalidade de gestão que privilegie o apoio irrestrito entre os pares e isso implica olhar o concorrente, o fornecedor e o mercado consumidor de forma diferenciada.

## 2. COOPERAÇÃO INTERORGANIZACIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE

### 3.1. Cooperação entre organizações de saúde

Ao longo das últimas décadas, tem-se vindo a verificar um ambiente cada vez mais saturado ao nível das organizações de saúde e da oferta de cuidados de saúde. Este facto induz a adoção de diferentes posições a adotar pelas instituições com o intuito de sobreviver, manterem um bom nível de funcionamento e procurar a satisfação dos utentes.

É comum neste período os avanços tecnológicos, a integração dos mercados, 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.

Com uma população em envelhecimento constante, a sociedade enfrenta um aumento de problemas emergentes, nomeadamente o escasseio de recursos que assegurem uma boa qualidade de vida para todas os indivíduos, tanto de um ponto de vista social como de saúde. Nesse sentido, a evolução dos formatos organizacionais levou a uma aproximação das organizações, de forma a fortalecer as suas relações. As organizações que estão interligadas por relações de cooperação trabalham em conjunto de forma continuada, e não de forma esporádica (Franco e Duarte, 2012).

A reorganização dos serviços de saúde e as novas políticas sociais (MS, 2009), vieram intensificar a necessidade de respostas inovadoras e diferenciadas. Como resultado, os gestores e criadores de políticas do ramo da saúde estão a considerar novas formas organizacionais (Franco e Duarte, 2012). Os mesmos autores sugerem que hoje em dia existem cada vez mais meios e métodos capazes de aligeirar a operação das redes interorganizacionais que têm como objetivo oferecer serviços tanto à população em geral como à população mais velha em específico. Estas formas interorganizacionais são caracterizadas como uma relação folgada entre organizações, estruturadas para atingir alguns objetivos a longo prazo que não poderiam ser obtidos por uma organização singular.

Essas tendências têm exigido das organizações de saúde, e não só, mudanças que, muitas vezes, obrigam os seus dirigentes a reconsiderar paradigmas, definindo novas estratégias e novas competências organizacionais, procurando reagir com rapidez às pressões impostas pelo ambiente. O intenso dinamismo no mercado da saúde e os constantes avanços tecnológicos e científicos, têm proporcionado a cooperação e a criação de relacionamentos interorganizacionais, entre estas organizações e outras instituições, o que é visto como uma

grande vantagem ao seu desenvolvimento. De facto, uma única organização, atuando isoladamente, dificilmente conseguirá desenvolver todos os recursos, competências e tecnologias necessárias para atingir seus objetivos. Assim sendo, a formação de acordos de cooperação constitui um importante diferencial competitivo.

A cooperação entre organizações está na agenda académica desde há muitos anos (Franco e Duarte, 2012), mas ganhou atenção redobrada devido ao facto das organizações se terem tornado mais complexas, mais internacionais e, de forma geral, mais diversificadas. Como foi apontado por Franco e Duarte, (2012), de forma a completarem as suas tarefas altamente complexas e muitas vezes interrelacionadas, os gestores de todos os níveis hierárquicos procuram parceiros que possam fornecer benefícios necessários, tais como aconselhamento, informação e suporte. Neste contexto, as relações interorganizacionais representam o padrão atual de interação direcionado ao cumprimento bem-sucedido de objetivos mútuos (Franco e Duarte, 2012).

O cenário da saúde constitui uma área que conjuga crescimento, desenvolvimento e turbulência económica tanto ou mais hostil que nos mercados tradicionais (Geazi *et al.*, 2011). Segundo os mesmos autores, se forma a colmatar o desfasamento existente entre o sector da saúde privado e o público, é necessário que o sector público aposte em constantes e consideráveis investimentos no que toca a tecnologia (nomeadamente nos procedimentos de alta complexidade como transplantes, ressonâncias, etc.), educação, conhecimento e habilidades pessoais e organizacionais, bem como políticas públicas e ações coordenadas, definindo as suas estratégias de atuação, individual e coletiva, no sector.

Segundo Geazi *et al.* (2011), muitos hospitais têm procurado inovação através da implementação de melhorias da qualidade dos produtos e serviços como forma de continuarem no mercado ou de conquistarem uma posição de vantagem competitiva. Para atingir essa vantagem, os hospitais têm procurado melhorar o padrão de qualidade mediante a aquisição de máquinas e equipamentos de última geração e através da personalização dos serviços, melhorando o atendimento ou dinamizando a forma como as informações chegam aos clientes. Não obstante, em alguns casos, o processo da inovação dá-se através da formação e da criação de uma cooperação interorganizacional (Geazi *et al.*, 2011).

Apesar da principal razão apresentada para acordos de cooperação no sector hospitalar ser um aumento da performance económica através da partilha de recursos, não foram identificadas diferenças de performance entre os membros das cooperações e os hospitais individuais (Burns, 1992, citado por Song, 1995). Assim, existe um outro tipo de opinião que olha para o principal objetivo das cooperações como sendo o asseguramento da segurança conjunta dos parceiros da aliança. Por outras palavras, a criação de cooperações interorganizacionais é claramente uma questão relacionada com a segurança coletiva e sobrevivência institucional, e não tanto uma questão de atingir melhores níveis de performance económica (Shortell, 1988, citado por Song, 1995). Esta discussão demonstra dois aspetos importantes da cooperação na indústria hospitalar, nomeadamente que a escassez de recursos e a partilha dos mesmos pode ser uma das razões principais para os

hospitais aderirem a este tipo de cooperação. Assim sendo, a mudança na distribuição e fluência de recursos no meio, e entre organizações, pode ter um impacto significativo no processo de desenvolvimento da cooperação interorganizacional (Song, 1995).

Por sua vez, Kessels e Kwaman (2006) consideram que o aparecimento de uma sociedade do conhecimento vem legitimar o estudo da interação entre diferentes áreas do conhecimento. Estes autores salientam que a aprendizagem baseada no trabalho implica o estabelecimento de relações de cooperação de informação e de formação, através da partilha do conhecimento. Este aspeto obriga a uma articulação das entidades responsáveis, quer pelo ensino quer pelo mercado de trabalho, que deverão funcionar em cooperação. Nesta articulação em rede, devem estar determinados os níveis de qualidade na aprendizagem a alcançar e serem estabelecidos em conjunto com as organizações do mercado de trabalho. Este sistema em cooperação permite a aquisição e transferência de conhecimento sendo uma mais-valia na adaptação dos estudantes e futuros profissionais ao mercado de trabalho.

Alguns autores (e.g., Franco e Barbeira, 2009; Franco e Duarte, 2012;) têm examinado, o impacto real do relacionamento entre organizações para a partilha do conhecimento, nomeadamente, em organizações hospitalares e do ensino superior, contudo, torna-se necessário um conhecimento mais aprofundado deste tipo de relacionamento entre estas organizações com características particulares.

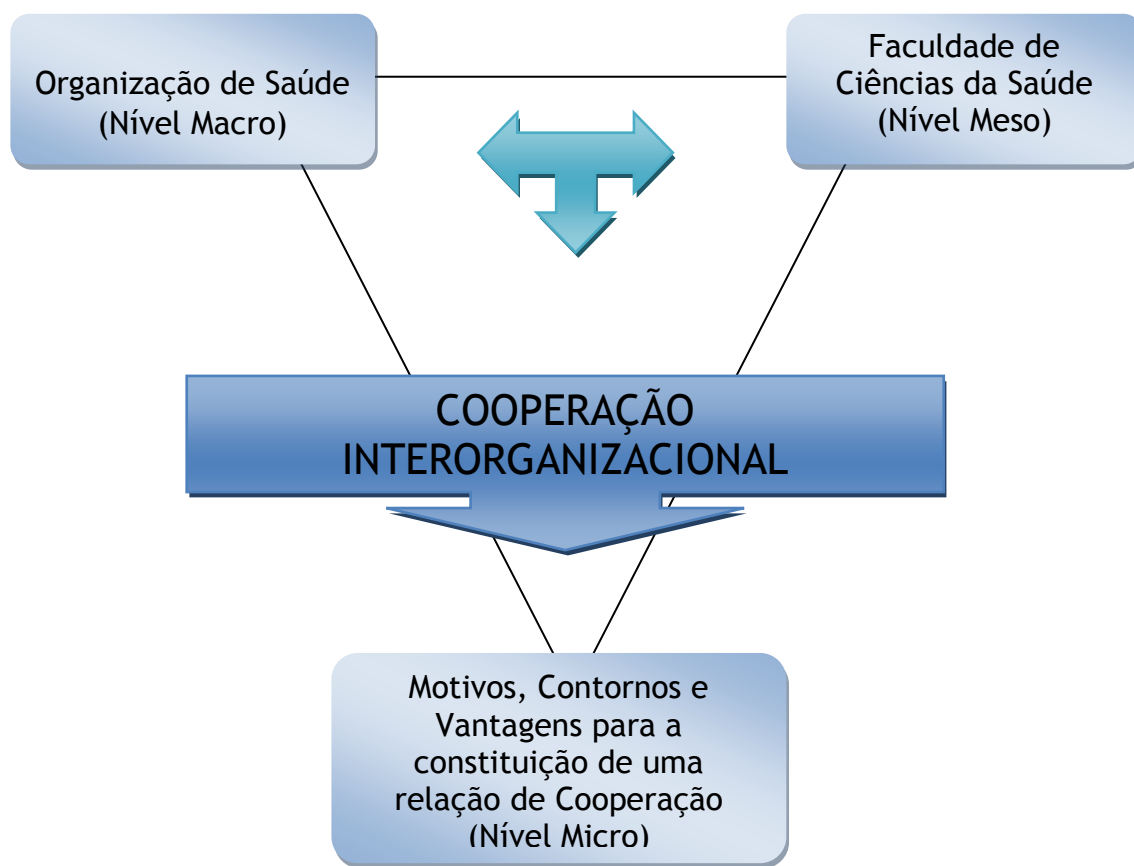
### **3.2. Proposta de um modelo Concetual**

No âmbito desta investigação, conceptualizou-se o objeto de investigação como constituído por duas lógicas de sentido inverso que se articulam de forma tensa, na procura de um ponto de equilíbrio, obrigatoriamente dinâmico: uma lógica normativa descendente (dependência decretada) e uma lógica criativa ascendente (dependência construída). É nesse ponto de equilíbrio instável que se gera o espaço de possibilidade de construção de uma cooperação interorganizacional.

Estas duas lógicas atravessam três níveis de análise: o nível macro (Organização de Saúde), instituição com maior interesse de estudo; o nível meso (instituição/Universidade), espaço de construção de ideias e qualificação de profissionais e o nível micro (estratégias e lógicas de ação para a construção da cooperação), espaço de interpretação, redefinição e de criação. O ponto de entrada no objeto de estudo far-se-á no nível micro, procurando-se, deste modo proceder a uma espécie de triangulação invertida entre os três níveis.

Assi, de acordo com a revisão da literatura exposta, propõe-se o seguinte Modelo de Análise (Figura 3).

Figura 3 - Modelo de Análise



O modelo apresentado envolve a participação de dois tipos de organizações (ligadas ao sector da saúde) se relacionam através da transferência de conhecimentos e cooperação interorganizacionais. Esta cooperação entre organizações podem ser utilizadas para implementar medidas estratégicas que estimulem e promovam a relação entre as organizações no contexto de aprendizagem e simultaneamente, funcionem como uma vantagem estratégica e competitiva entre ambas e para o desenvolvimento de uma região.

### 3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

#### 3.1 Introdução

Relativamente à metodologia, Rodrigues (2007) diz que esta se refere a um “ (...) conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”. Oliveira (2010) defende que a Metodologia inclui o estudo dos vários métodos aplicáveis ou seja, os processos de conduzir cada projeto de investigação específico. O mesmo autor, descreve o conjunto de procedimentos metodológicos, como técnicas que referem os meios, as ferramentas específicas, as abordagens que permitem a aquisição de informações relevantes, a respetiva análise (dos dados) assim como Inferências subsequentes a realizar.

Assim, entende-se a metodologia como uma ferramenta de trabalho, essencial para o sucesso da investigação, uma vez que, através da análise escolhida, permite uma orientação da pesquisa e das conclusões a retirar.

Neste ponto, irão ser referidos os principais procedimentos metodológicos que foram adotados no seguimento desta investigação (Figura 4)

Figura 4 - Procedimentos Metodológicos Adotados



## 3.2 Tipo de Estudo

A abordagem metodológica adotada neste estudo foi uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, por se entender que é a mais apropriada para a investigação da cooperação interorganizacional.

A escolha da pesquisa qualitativa deve-se ao fato de esta ter um caráter exploratório, isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Esta abordagem mostra aspectos subjetivos e atinge motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. Este tipo de pesquisa é utilizada quando se procura obter uma percepção e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. É uma pesquisa indutiva, isto é, o pesquisador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos a partir de padrões encontrados nos dados, ao invés de recolher dados para comprovar teorias, hipóteses e modelos pré-concebidos (Cavalcante e Dantas, 2006).

Por sua vez, a pesquisa quantitativa, é mais adequada para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos estruturados (questionários). Deve ser representativa de um determinado universo de modo que os seus dados possam ser generalizados e projetados para aquele universo. A figura 5 mostra alguns aspectos caracterizadores destes dois tipos de abordagem.

Figura 5 - Pesquisa Qualitativa vs. Pesquisa Quantitativa

<b>PESQUISA QUALITATIVA</b>	<b>PESQUISA QUANTITATIVA</b>
Percepção do fenômeno	Percepção do fenômeno
Isolar casos	Identificar propriedades
Observar seqüências, testemunhos, contexto	Medir, correlacionar escalas
Selecionar casos	Conceituar população e amostras
Observar, entrevistar, registrar	Selecionar situações p/ estudo
Determinar padrões, selecionar e classificar	Medir, comparar, explicar variância
Triangular, validar, interpretar	Interpretar
Fazer estudos de caso ou relatórios	Preparar tabelas, quadros, relatórios
Produto: compreensão com ênfase em generalidades	Produto: explicações enfatizando propriedades, população
Realçar valores, opiniões e atitudes	Atua em níveis de realidade

Fonte: Cavalcante e Dantas (2006)

Para Minayo (1994), as relações entre abordagens qualitativas e quantitativas demonstram que:

- As duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas numa mesma investigação;

- Que uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda a sua complexidade, através de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa;
- Que a investigação qualitativa é a que melhor se integra no reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Neste contexto, ficou perceptível que para ser efetuada uma correta aplicação da abordagem quantitativa e qualitativa se devia recorrer à análise de um estudo de caso sobre cooperação entre duas organizações.

### **3.3 Procedimentos Metodológicos**

#### **3.3.1 Seleção do caso (organizações)**

As organizações selecionadas para a presente investigação são o Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI). O CHCB encontra-se constituído por dois hospitais (Covilhã e Fundão), e pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. É caracterizado como um Hospital de feição Universitária, pois, não só foi construído em terrenos pertencentes à Faculdade de Ciências da Saúde, pela proximidade geográfica, mas também para dar início à 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. Desta forma, foi criada cooperação entre estas duas organizações em estudo.

A forma como o CHCB escolhido para análise e a instituição de ensino (FCS) criaram esta parceria, tornou-se bastante peculiar ao nível da região, uma vez que este através da sua influência e reputação tem implicações reais na vivência dos estudantes da instituição de saúde, bem como na sua formação pessoal e académica.

Essa cooperação é o objetivo precípuo deste estudo, onde se pretende apurar quais as razões, benefícios e implicações para a criação de uma cooperação interorganizacional entre o Centro Hospitalar da Cova da Beira e a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, através do modelo de análise proposto.

### 3.3.2 Instrumentos de Recolha de Dados

De acordo com Brunheira (s/d), no processo de recolha de dados, o estudo de caso recorre a várias técnicas próprias da investigação qualitativa, nomeadamente a entrevista, análise documental e a observação, e quantitativa, os questionários. A utilização destes diferentes instrumentos constitui uma forma de obtenção de dados de diferentes tipos, os quais proporcionam a possibilidade de cruzamento de informação (triangulação de dados).

Considerando os objetivos para este estudo, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, e aplicação de um questionário, como instrumentos de recolha de dados. Como refere (Yin, 2005), a adoção de várias fontes de recolha de dados é relevante, pois permite aumentar a validade do constructo e a confiabilidade de um estudo de caso.

Numa investigação o processo de recolha de dados é extremamente demorado, pois, no caso das entrevistas, o investigador depara-se com a necessidade de transcrever auscultações realizadas aos participantes, bem com transcrever integralmente as gravações áudio das entrevistas realizadas. Seguidamente os textos resultantes das transcrições são transformados em formato eletrónico tendo em vista a sua exploração. No caso dos questionários, é necessário uma amostra relevante, o que implica um maior esforço no tratamento dos dados obtidos.

Neste sentido, a tabela seguinte sumaria os métodos de recolha de dados utilizados de forma a concretizar os diferentes objetivos da investigação, bem como a identificação dos seus destinatários.

Tabela 3 - Métodos de recolha de dados utilizados

Objetivos da Investigação	Método de Recolha de dados	Destinatários
	<p style="text-align: center;">Entrevista semiestruturada</p> <p>1 - Qual a importância que assume hoje em dia, para uma faculdade, a possível cooperação com outras organizações? Acha importante, ou mesmo indispensável?</p> <p>2 - Quais são os contornos da cooperação entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI (FCS)?</p>	

<p>Contornos, Motivos e Benefícios da Cooperação do ponto de vista da FCS</p>	<p>3 - Até que ponto esta cooperação se tornou indispensável? Existe dependência de alguma das partes?</p> <p>4 - A nível financeiro, existe alguma vantagem para as instituições envolvidas?</p> <p>5 - Existem protocolos com outros hospitais, nomeadamente ao nível de estágios. Que hospitais são esses?</p> <p>6 - Quais acha que foram os principais benefícios que a população local retirou da criação da FCS, e posteriormente da sua cooperação com o CHCB?</p> <p>7 - Tenho conhecimento de uma ferramenta de natureza pedagógica, existente para os alunos da FCS, a INTRANET, que permite a comunicação entre os alunos e os docentes, e ainda torna possível o acesso dos alunos a literatura do hospital, bem como a exames. Existe uma ligação entre esta ferramenta e o CHCB?</p> <p>8 - Está neste momento em curso a implementação do Polo de Saúde da Beira Interior, que tem como objetivo a cooperação entre as 3 principais instituições de saúde da região, a Unidade Local de Saúde da Guarda, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e o CHCB. De que forma a existência da FCS na região teve algum peso na criação deste Pólo de Saúde? Qual o papel da mesma no desenvolvimento deste projeto?</p> <p>9 - Está em curso a construção da UbiMedical, que será a maior infraestrutura científica do país e uma das mais evoluídas da Europa a nível tecnológico. Na altura em que este projeto foi lançado, houve várias cidades a concorrer, nomeadamente Coimbra e Aveiro. O que terá sido determinante na escolha da Covilhã para implementação deste projeto? Qual a associação desta infraestrutura com o Polo de Saúde?</p>	<p><u>Presidente da FCS:</u></p> <p>Professor Dr. Luís Taborda Barata</p> <p>04 de Junho de 2012</p>
	<p>Entrevista semiestruturada</p> <p>1 - Qual a importância que assume hoje em dia, para uma organização de saúde, a possível</p>	

<p>Contornos, Motivos e Benefícios da Cooperação do ponto de vista do CHCB</p>	<p>cooperação com outras empresas?</p> <p>2 - Há quanto tempo se iniciou a cooperação existente entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI (FCS)? Qual o motivo da construção da FCS no mesmo perímetro do CHCB?</p> <p>3 - Até que ponto esta cooperação se tornou indispensável? Existe dependência de alguma das partes?</p> <p>4 - Existem alguns protocolos da FCS com outras entidades hospitalares, nomeadamente ao nível de estágios. Este processo foi de alguma forma desencadeado pela parceria com o CHCB?</p> <p>5 - Esta cooperação teve implicações a nível económico para a região? E de que forma a população local beneficiou, ao nível da saúde e dos seus profissionais?</p> <p>6 - Como docente da FCS, como é que acha que a mesma beneficia da ligação ao CHCB?</p> <p>7 - Tenho conhecimento de uma ferramenta de natureza pedagógica, existente para os alunos da FCS, a INTRANET, que permite a comunicação entre os alunos e os docentes, e ainda torna possível o acesso dos alunos a literatura do hospital, bem como a exames. Existe uma ligação entre esta ferramenta e o CHCB?</p> <p>8 - Para finalizar, gostaria de abordar o relatório do grupo técnico para a reforma hospitalar apresentado em Novembro de 2011 e que compreende a construção do Polo de Saúde da Beira Interior, que está neste momento em curso. Este Polo tem como objetivo a cooperação entre as 3 principais instituições de saúde da região, a Unidade Local de Saúde da Guarda, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e o CHCB. Li recentemente que já foi assinado um protocolo de cooperação entre o CHCB e a ULSCB. Na sua opinião, este era um projeto necessário? De que forma isto vem permitir reforçar ainda mais a colaboração com a UBI?</p> <p>9 - A concretização deste projeto na Covilhã passa de alguma forma pela importância da Universidade enquanto potenciadora de</p>	<p><u>Presidente do CHCB:</u></p> <p>Professor Dr. Miguel Castelo Branco</p> <p>28 de Maio de 2012</p>
--	--	--

	desenvolvimento e conhecimento?	
Contornos, Motivos e Benefícios da Cooperação do ponto de vista dos alunos da FCS	Aplicação do questionário - Índice do Nível de Perceção da Cooperação e Benefícios Retirados	Alunos da FCS da UBI
Caracterização da Amostra	Aplicação de questionário (Ver Anexo)	

Quanto ao questionário aplicado aos alunos da FCS, o objetivo foi perceber de que forma a cooperação da FCS com o CHCB veio contribuir para a vivência dos estudantes desta faculdade, nomeadamente para a sua aprendizagem e evolução no curso onde estão inseridos. Foram colocadas diversas questões relacionadas com a cooperação, de forma a aferir, entre outros, o nível de conhecimento dos estudantes sobre a dita cooperação e sobre o CHCB, e a sua opinião sobre os possíveis benefícios provenientes da mesma para a FCS. O questionário foi dirigido a alunos de ambos os sexos, sem restrições de faixa etária nem em relação ao curso frequentado, dentro daqueles que são lecionados na FCS da UBI (Medicina, Ciências Farmacêuticas, Ciências Biomédicas, Optometria, Gerontologia e Biomedicina). Foram obtidas 86 respostas, num universo de 1500 estudantes. Uma breve caracterização desta amostra será feita no ponto 5.2.

### 3.3.3 Organização, análise e interpretação dos dados

Tendo em conta os objetivos propostos e para que se possa proceder à investigação dos benefícios e motivos para a criação de uma cooperação interorganizacional, procedeu-se à descrição dos seguintes procedimentos:

- i. Recolha de informação sobre a importância do ramo de investigação a ser realizada, bem como dos objetivos e contributo que a investigação possa fornecer à Universidade, à região e a outros investigadores;
- ii. Estabelecimento de contacto pessoal com as organizações em causa (visita presencial e contactos telefónicos). Contacto com os responsáveis das organizações, e com o respetivo secretariado administrativo para a marcação das entrevistas e divulgação dos questionários aos alunos da FCS.
- iii. Realização das entrevistas com o Presidente do CHCB, Prof. Dr. Miguel Castelo Branco e com o Presidente da FCSUBI, Prof. Dr. Luís Taborda. A transcrição das entrevistas baseou-se nas gravações utilizadas. Paralelamente às entrevistas presenciais, disponibilizaram-se *online*, através de um site de inquéritos, os questionários aos

alunos da FCS. Estes foram divulgados pelo secretariados da própria faculdade e por contactos efetuados por *email*.

- iv. De seguida procedeu-se à compilação da informação recolhida e análise dos dados obtidos utilizando-se a Técnica de Análise de Conteúdos para o estudo das entrevistas.
- v. Quanto aos questionários, procedeu-se a uma análise descritiva da amostra, tendo sido utilizado para esse efeito o programa Microsoft Excel, versão 2010. De forma a efetuar uma compilação dos dados, utilizaram-se as seguintes frequências estatísticas: Frequências Absolutas (N) e Percentuais (%).

Por fim, os dados foram organizados, tabelados, explorados em paralelo com a teoria, para que de forma clara se pudessem obter as conclusões finais da investigação, bem como verificar quais as lacunas existentes ao longo de todo o processo de tirocínio.

## 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 Caracterização das organizações em estudo

#### 5.1.1 Centro Hospitalar da Cova da Beira

O CHCB é uma instituição que se encontra constituída por dois principais hospitais (Covilhã e Fundão), e pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. É principalmente caracterizado como um Hospital de feição Universitária, devido à sua proximidade da FCS da UBI e da pareceria que mantém com esta. Foi inaugurado em Janeiro de 2000 e está situado na Região da Cova da Beira, no coração do Interior Centro de Portugal, estrategicamente assestado no sopé da Serra da Estrela, ponto mais alto de Portugal Continental.

Foi construído segundo padrões de elevada qualidade, sujeito às mais rigorosas exigências tecnológicas e constitui uma valiosa resposta para uma população de cerca de 90 000 habitantes, distribuídos pelos concelhos de Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor, num raio de 1.352 Km<sup>2</sup>.

Nas seguintes figuras apresentam-se alguns indicadores de população referentes a 2011.

Figura 6 - População Residente por Idade e Sexo

Cidade	0 a 14 anos			15 a 24 anos			25-64 anos			66 e mais anos			Total		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Belmonte	913	457	456	867	437	430	4.133	2.049	2.084	1.824	757	1.067	7.737	3.700	4.037
Covilhã	6.445	3.299	3.146	5.360	2.811	2.549	28.935	14.463	14.472	10.895	4.437	6.458	51.635	25.010	26.625
Fundão	3.667	1.902	1.765	3.353	1.740	1.613	15.903	8.012	7.891	7.778	3.152	4.626	30.701	14.806	15.895
Cova da Beira	11.025	5.658	5.367	9.580	4.988	4.592	48.971	24.524	24.447	20.497	8.346	12.151	90.073	43.516	46.557
Penamacor	411	223	188	460	244	216	2.413	1.283	1.130	2.238	931	1.307	5.522	2.681	2.841

Fonte: Anuários Estatísticos Regionais - Informação estatística à escala regional e municipal - 2011 (INE)

Figura 7 - Indicadores de População

Cidade	Densidade Populacional	Taxa de Crescimento Efectivo	Taxa Bruta de Natalidade	Taxa Bruta de Mortalidade	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade
	Hab. /Km <sup>2</sup>	%	%	%	N.º	N.º	N.º
Belmonte	65,1	0,05	5,7	13,7	199,8	36,5	53,1
Covilhã	92,9	-0,90	7,2	11,9	169,0	31,8	49,3
Fundão	43,9	-0,54	6,2	13,0	212,1	40,4	55,1
Cova da Beira	65,5	-0,69	6,8	12,4	185,9	35,0	51,9
Penamacor	9,8	-1,97	4,5	20,8	544,5	77,9	62,5

Fonte: Anuários Estatísticos Regionais - Informação estatística à escala regional e municipal - 2011 (INE)

O CHCB, organiza-se em três áreas de atuação: a Área Clínica e de Apoio Clínico, Área de Investigação, Ensino e Formação e Área de Apoio Geral e Logística.

A Área Clínica e de Apoio Clínico estão organizadas através de Departamentos, Serviços e Unidades, sendo cada uma dirigida por responsável próprio.

A Área Clínica engloba as seguintes funções de prestação de cuidados:

- Internamento;
- Cirurgia do Ambulatório;
- Consulta Externa;
- Hospital de Dia;
- Urgência;
- Serviços Domiciliários;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- Outras prestações de cuidados, designadamente, de consulta de Telemedicina.

A Área de Apoio à Prestação de Cuidados organiza-se essencialmente nos seguintes serviços:

- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Gestão de Doentes e Arquivo;
- Serviço de Esterilização;
- Serviço Social;
- Gabinete do Utente;
- Serviço Religioso.

A Área de Investigação, Ensino e Formação, encontra-se organizada num Centro que engloba o Centro de Investigação, Ensino e Formação, o Núcleo de Investigação, o Núcleo de Ensino, o Núcleo de Formação e o Núcleo de Documentação. Estas áreas desenvolvem-se devido à cooperação com a FCSUBI.

Por sua vez, a Área de Apoio Geral e Logística encontra-se organizada, essencialmente, por Serviços, Divisões e Secções. São consideradas as seguintes estruturas na Área de Apoio Geral e Logística:

- Gabinete para a Qualidade;
- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Comunicação e Imagem;
- Serviço Financeiro;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho e Gestão de Risco;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete Jurídico;
- Gabinete de Planeamento, Projetos e Informação à Gestão;
- Serviço de Recursos Humanos;

- Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação

Os órgãos de Apoio Técnico são de carácter consultivo e têm por função colaborar com o órgão de Administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência. Estão constituídas as seguintes Comissões de Apoio Técnico:

- Comissão de Ética;
- Comissão de Humanização e Qualidade de Serviços;
- Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Voluntária da Gravidez;
- Comissão Mista CHCB/UBI
- Comissão de Enfermagem;
- Conselho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;
- Comissão do Internato Médico

Devido à sua vasta reputação, e excelente prestação de cuidados médicos, o CHCB recebe um elevado número de pacientes, como tal, necessita de ter as condições adequadas à prestação de serviços de saúde.

Figura 8 - Lotação CHCB

PISO	ÁREA INTERNAMENTO	SERVIÇO	LOTAÇÃO
5	GASTRO	SERV. GASTROENTEROLOGIA	12
		SERV. REUMATOLOGIA	2
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>14</b>
5	ESPECIALIDADES MÉDICAS	SERV. CARDIOLOGIA	22
		SERV. NEUROLOGIA	4
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>26</b>
4	ORTOPEDIA	SERV. ORTOPEDIA	26
4	ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	SERV. CIRURGIA PLÁSTICA, ESTÉTICA E RECONSTRUTIVA	1
		SERV. CIRURGIA MAXILO-FACIAL / ESTOMATOLOGIA	1
		SERV. OFTALMOLOGIA	4
		SERV. ORL	2
		SERV. UROLOGIA	17
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>25</b>
3	CIRURGIA GERAL	SERV. CIRURGIA GERAL I	26
		SERV. CIRURGIA GERAL II	26
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>52</b>
3	MEDICINA 2	SERV. MEDICINA 2: HOMENS + MULHERES	30
3	MEDICINA 1	SERV. MEDICINA 1: HOMENS + MULHERES	19
		SERV. PNEUMOLOGIA: HOMENS + MULHERES	11
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>30</b>
2	GINECOLOGIA/ OBSTETRÍCIA	SERV. GINECOLOGIA	6
		SERV. OBSTETRÍCIA	16
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>22</b>
2	PEDIATRIA	SERV. PEDIATRIA	14
2	NEONATOLOGIA	SERV. NEONATOLOGIA	4
2	UCI	SERV. UCI - CUIDADOS INTENSIVOS	6
2	AVC	SERV. UNIDADE DE AVC	10
Dep. S. Mental	PSIQUIATRIA	SERV. PSIQUIATRIA	18
<b>Total: Hospital Covilhã</b>			<b>277</b>
Fundão	MEDICINA	SERV. MEDICINA MULHERES	20
		SERV. MEDICINA HOMENS	20
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>40</b>
Fundão	MEDICINA PALIATIVA	SERV. MEDICINA PALIATIVA	10
Fundão	UNID. ALCOOLOGIA	UNID. TRAT. ALCOOLOGIA	6
Fundão	INFECCIOLOGIA	INFECCIOLOGIA	7
Total: Hospital Fundão			63
<b>TOTAL CHCBEIRA</b>			<b>340</b>

Fonte: Relatório e Contas CHCB 2010

Em 31 de Dezembro de 2010, o Hospital integrava 1304 efetivos (ver Figura 10), verificando-se uma diminuição de cerca de 2% na força de trabalho, relativamente ao mês homólogo do ano anterior. Os colaboradores em regime de Contrato Individual de Trabalho (50%) têm neste ano um maior peso face ao Contrato em regime de funções públicas por tempo indeterminado. Denota-se assim a viragem no que respeita aos regimes de contrato, verificando-se pela primeira vez no ano em causa a prevalência dos contratos individuais de trabalho.

Os profissionais em regime de contrato individual de trabalho sofreram um aumento de 3%, comparativamente com o período homólogo, sendo que o número de contratados em regime de funções públicas diminuiu em 1%.

Figura 9 - Efetivos por Grupo Profissional e Tipo de Vínculo

Grupo Profissional	Contrato em Regime de Funções Públicas por tempo indeterminado	Contrato em Regime de funções Públicas a Termo Resolutivo	Contrato Individual de Trabalho	Prestação Serviço	Outros (Protocolos e Mobilidade Especial)	IEFP	Total Dezembro 2010	Total Dezembro 2009	Desvio
CA	4		1				5	5	0
Dirigente	3						3	4	-1
Médico	43		58	9	5		115	124	-9
Internato Médico		34					34	34	0
Técnico Superior Saúde	6						6	7	-1
Técnico Superior	7		59		1		67	66	1
Enfermagem	252		164				416	418	-2
Informática	3		7				10	10	0
Técnico Diagnóstico Terapêutica	34		54				88	88	0
Assistente Técnico	80		108				188	191	-3
Assistente Operacional	151		208			10	369	378	-9
Docente	1						1	1	0
Outro Pessoal			2				2	2	0
<b>Total</b>	<b>584</b>	<b>34</b>	<b>661</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>1304</b>	<b>1328</b>	<b>-24</b>

Fonte: Relatório e Contas do CHCB 2010

No decurso do ano 2010, cessaram funções cerca de 79 elementos do total dos profissionais, das quais 26 foram aposentações. Registaram-se 52 admissões, essencialmente nos grupos profissionais Médico, de Enfermagem e Assistentes Operacionais.

Lamentavelmente, e em consonância com o ano anterior manteve-se a dificuldade em recrutar médicos de determinadas especialidades carenciadas. O CHCB insere-se numa zona geográfica onde os recursos humanos altamente qualificados no campo da medicina são

escassos e de difícil recrutamento. De salientar que a existência de algumas especialidades altamente carenciadas e com poucos médicos ao nível do país é um problema que se reflete no interior com impacto acrescido. No entanto, devido à existência de boas condições técnicas e de amenidades da Instituição assim como a existência da Faculdade de Ciências da Saúde, este facto tem-se feito sentir com menor intensidade no CHCB.

Nestes termos, é fundamental para este Centro Hospitalar o aumento de ativos em determinadas especialidades, no sentido de reforço da prestação de cuidados em determinadas áreas, bem como de melhor aproveitamento da capacidade instalada, de melhoria do acesso e diminuição de tempos de espera nas diferentes áreas.

Quanto aos médicos internos, o número manteve-se estável, sendo certo que continua a ser difícil reter estes elementos após a formação.

O CHCB é também Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. A ligação à Faculdade implica responsabilidade direta na formação dos alunos de medicina e licenciados em medicina e ao nível do ensino pós - graduado. O Hospital tem um número significativo de profissionais a exercer funções e docência na Faculdade mencionada, conforme o quadro seguinte, o que implica a utilização de horas de trabalho neste tipo de atividade.

Tabela 4 - Colaboradores do Centro Hospitalar Cova da Beira a exercerem Funções de Docência na Faculdade de Ciências da Saúde

Colaboradores do Centro Hospitalar Cova da Beira a exercerem Funções de Docência na Faculdade de Ciências da Saúde					
Ano Letivo	Médicos	Téc. Sup. de Saúde	Internato Médico	Técnicos Superiores	Total
2010/2011	67	7	5	1	80
2011/2012	69	7	9	1	86

Desde sempre, que esta unidade de saúde teve as portas abertas à investigação, no entanto, data de Setembro de 2005, a aprovação do regulamento Investigação do CHCB, como uma unidade de investigação vocacionada para a investigação científica no domínio da saúde e para a prestação de serviços à comunidade na divulgação e aplicação dos resulta dessa investigação.

No ano de 2010 verificou-se uma diminuição nos projetos de investigação recebidos face a 2010. Dos 94 projetos recebidos, foram realizados 75, 17 encontram-se em fase de análise e 2 não foram autorizados.

Além do ensino fora da instituição é de destacar e relevar o ensino/formação prestada no interior do hospital, em que, por ano, cerca de 2400 alunos provenientes do 1º ao 6º ano do curso de Universidade da Beira Interior, realizam estágios no CHCB. Para além destes estágios, há ainda a registar centenas de outros, distribuídos por 22 áreas profissionais. Em 2010, estes corresponderam a 603 estágios, envolvendo um total de 387 formandos/estagiários.

Dos 603 estágios realizados em 2010, 394 são estágios curriculares (pertencentes a Licenciatura, Cursos Técnico - Profissionais, Cursos de Especialização e/ou Pós-Graduação e Curso de Mestrado), 4 são estágios extra - curriculares (voluntários) e 13 inserem-se no âmbito de “programas” como o *Programa Internacional de Intercâmbios Clínicos de Medicina*, promovido pela federação Internacional de Estudantes de Medicina com a adesão do CHCB, EPE e da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI.

Relativamente às Instituições de onde provêm os formandos/estagiários, contabilizam-se 32, das quais 20 são nacionais e as restantes internacionais.

### **5.1.2 Faculdade de Ciências da Saúde da UBI**

A forte consciência da necessidade de um salto qualitativo no desenvolvimento dos recursos humanos nos domínios da saúde 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.

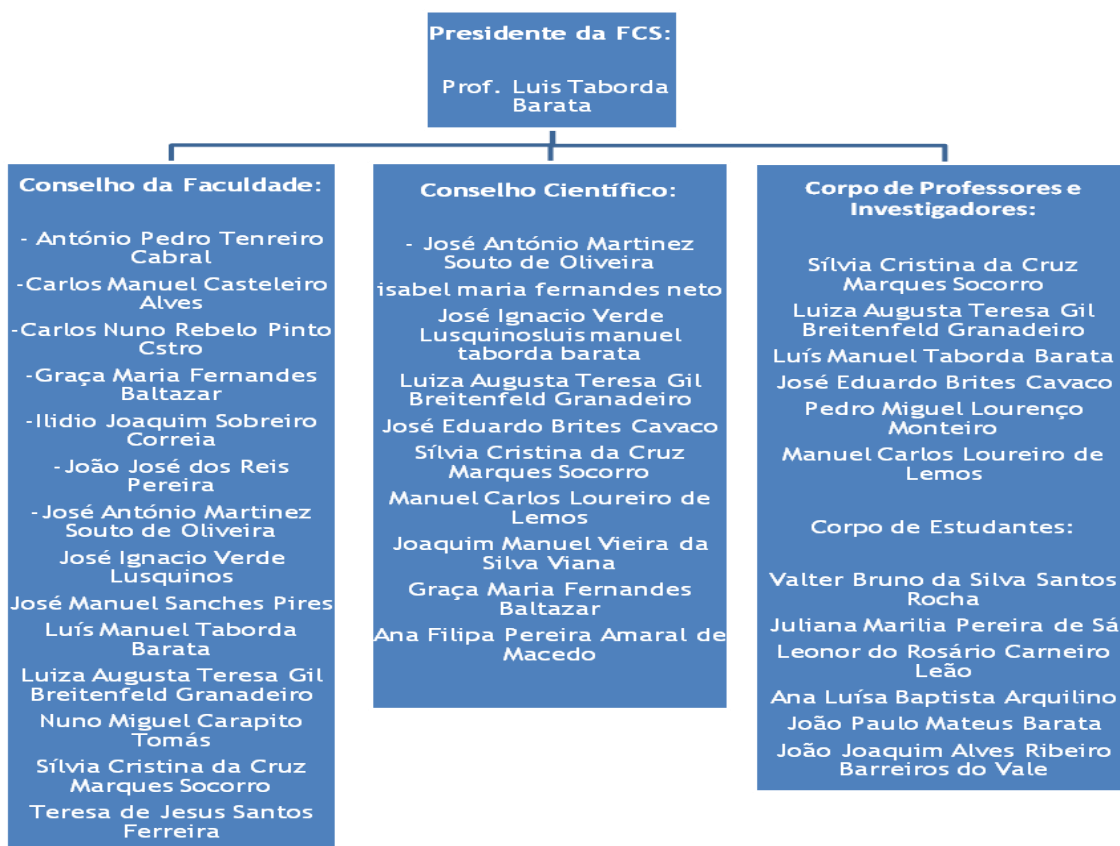
Em conformidade com essa disposição, a Universidade da Beira Interior lançou-se em mais um grande desafio e apresentou uma candidatura para um projeto inovador da licenciatura em Medicina, projeto esse que foi aprovado pela resolução do conselho de ministros nº 140/98 de 4 de dezembro. Nele propunha-se 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.

Com base nos pressupostos enunciados, foram delineadas três diretrizes para a metodologia pedagógica a praticar na Faculdade de Ciências da Saúde:

- A criação de um modelo pedagógico que substitua o sistema de ensino tradicional, de adição de cadeiras, por um sistema de ensino integrado, baseado no estabelecimento de objetivos e recorrendo, sempre que possível, a aprendizagem baseada em problemas;
- Ênfase na aprendizagem por parte do aluno, em detrimento dos processos que conduzem ao armazenamento de informação. Assim, no binómio ensino-aprendizagem é imprescindível colocar ênfase na aprendizagem, entendendo assim o ensino como um sistema para facilitar;
- Controlo continuado da metodologia pedagógica

Na figura abaixo é ilustrado o organigrama da FCS da UBI em 2013.

Figura 10 - Organigrama da FCS da UBI



Fonte: Site da FCS da UBI

## 5.2 Análise qualitativa: Entrevistas aos responsáveis pelas organizações

No caso prático deste trabalho, como já foi descrito, pretendeu-se avaliar os contornos, origem e vantagens para cada uma das instituições envolvidas, da cooperação entre a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI e o Centro Hospitalar Cova da Beira. Como tal, tornou-se essencial que fossem recolhidos dados e opiniões dos envolvidos no processo, tanto de uma organização como da outra.

Neste ponto será apresentada a análise das entrevistas realizadas ao Diretor do Centro Hospitalar Cova da Beira, Professor Doutor Miguel Castelo Branco e ao Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, Professor Doutor Luís Taborda Barata.

O nosso primeiro entrevistado, o Professor Doutor Miguel Castelo Branco, 52 anos, licenciado em Medicina pela Universidade de Lisboa e doutorado também em Medicina pela UBI, é

médico de Medicina Interna, e já foi presidente da FCS-UBI entre Novembro de 2009 e Dezembro de 2012. É presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar Cova da Beira desde 2 de Janeiro de 2012, onde também dirige o serviço da Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) e o Departamento de Urgência/Emergência, sendo que já tinha presidido ao conselho de administração do hospital entre 2002 e 2006.

O nosso segundo entrevistado, o Professor Luís Taborda Barata, 50 anos, licenciado em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e doutorado em medicina na especialidade de imunologia clínica e medicina interna pela College School of Medicine - University of London, UK, é presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI desde Fevereiro de 2012, sendo também docente na mesma faculdade.

### 5.2.1 Motivos e benefícios da cooperação entre o CHCB e a FCS-UBI

Os motivos que podem levar à formação de relações de cooperação entre organizações são diversos e de análise subjetiva, mas parece existir um consenso à volta de aspetos associados com o aumento da vantagem competitiva, partilha de conhecimentos e recursos, e redução de custos de investimento.

De acordo com Bernardo *et al.* (2012), a cooperação é uma parceria entre duas empresas que estão ligadas a atividades similares ou complementares, e decidem partilhar os seus recursos para alcançar um objetivo comum às duas. É também definida como qualquer acordo formal entre duas ou mais organizações com o objetivo de cooperação conjunta e partilha de vantagens e riscos

Relativamente à relação de cooperação aqui estudada (CHCB-FCS), o Professor Luís Taborda Barata vem de encontro a esta ideia, ao referir que *“é crucial existir esta colaboração. Cada vez menos, nós, enquanto instituições, conseguimos sobreviver viradas apenas para nós próprias. Portanto é preciso, cada vez mais, virarmo-nos para o exterior. Isto permite maximizar os recursos de cada instituição, criar novas sinergias, muitas vezes criar novas ideias, e portanto gerar novos potenciais. Sem sombra de dúvida que não é algo que possa dizer que seja apenas importante, é crucial, e penso que sem haver esse tipo de interações, as instituições acabam por estagnar.”*

Chu e Chiang (2011) sublinham também o aspeto financeiro da cooperação entre hospitais, referindo que esta pode reduzir custos e aumentar a tecnologia médica através da partilha de informação.

Neste sentido, quando entrevistado o Presidente do CHCB, o Professor Miguel Castelo Branco, este destaca que *“um hospital público não procura o lucro, uma vez que o seu acionista é o Estado”*, mas admite que o aspeto financeiro tem o seu peso na procura de relações de cooperação, ao referir que *“procuramos o equilíbrio financeiro, continuando ao mesmo tempo a investir em novas soluções”*, dando assim a entender que, apesar de não terem

constituído o motivo primordial para a criação da cooperação, os benefícios financeiros advindos da mesma existem e devem ser levados em consideração.

Entre os benefícios comumente retirados da cooperação entre instituições de saúde, destacam-se um uso efetivo de investimentos e um aumento das especializações (Bravi *et al.*, 2012), a partilha de informação médica e serviços dos profissionais de cuidados de saúde, (Bernardo *et al.* 2012), permitindo oferecer maior variedade de serviços tanto à população em geral como à população mais velha em específico (Franco e Duarte, 2012) e ainda o possível acesso a recursos adicionais, através da compra coletiva e de acordos entre pessoal (Halverson, Kaluzny, e Young, 1997, citados por Chu e Chiang, 2011).

Nestas circunstâncias, o Professor Miguel Castelo Branco confirma que alguns dos benefícios retirados da cooperação entre a FCS e o CHCB se enquadram na teoria apresentada, nomeadamente ao nível da qualidade de serviços prestados, ao referir que a cooperação *“permitiu o desenvolvimento da área de prestação de serviços, o que fez com que o Hospital pudesse ter mais áreas de atividade e maior rendimento sob o ponto de vista da produção”*. Refere ainda que *“a população beneficiou porque foi possível trazer, nos últimos anos, mais profissionais de saúde para a região, aspeto em que o facto de existir aqui a FCS teve um papel fundamental, tanto em quantidade como em qualidade, porque há mais, e porque vieram pessoas com maior diferenciação, alguns deles com títulos académicos. Isto significa que podemos prestar mais e melhor serviço à população.”*

Por outro lado, o Professor Luís Taborda defende que *“a cooperação veio permitir que o CHCB e a FCS se ajudassem mutuamente, principalmente em áreas como o ensino e investigação”* e que representa *“um incentivo à investigação científica, obriga a uma atualização permanente e constante e a um lançamento de novos desafios.”* Este entrevistado ressalva também que situação idêntica é observada em parcerias semelhantes no estrangeiro: *“isto ocorre também com hospitais no estrangeiro, e nós visitámos alguns deles, nos quais foram criadas faculdades de medicina novas, ou faculdades de ciências da saúde”*.

No contexto da partilha de pessoal e de competências, o Professor Miguel Castelo Branco refere que se trata de *“uma relação de grande proximidade e que se reflete não só no ensino, porque temos docentes que têm raízes clínicas e que vêm dar aulas, ou tutorias, ou seminários, ou participar no nosso ensino em termos de habilidades e de gestos técnicos e de atitudes cá na faculdade, mas também temos docentes nossos que vão colaborar em termos clínicos com o hospital, nas consultas, nas enfermarias, no hospital de dia, nas cirurgias, etc.”*, reafirmando que se trata de *“uma parceria extremamente próxima.”* São também destacadas as iniciativas conjuntas entre as duas instituições, *“sendo que muitas delas dizem respeito à interação entre as instituições, e muitas outras são viradas para a comunidade, porque é essencial contribuir para a comunidade. Para além disso temos parcerias que dizem respeito à internacionalização das duas instituições.”*

O Presidente do CHCB enfatiza ainda os benefícios retirados pelos docentes da FCS, dizendo que *“esta relação permite aos docentes participar numa área, neste caso a do ensino, para a*

*qual estamos sempre motivados, ter uma contínua melhoria de conhecimentos, pela necessidade de nos mantermos atualizados, poder partilhar com outras pessoas de grande diferenciação os nossos conhecimentos e assim entrar num processo de majoração pelo trabalho em grupo e ainda um ganho sentimental, pelo ambiente vivido.”*

Relativamente aos benefícios financeiros, Burns, citado por Bernardo *et. al.* (2012), refere que apesar de uma das principais razões apresentadas para a criação de cooperação na indústria hospitalar ser um aumento da performance económica através da partilha de recursos, não foram identificadas diferenças de performance entre os membros da cooperação e os hospitais individuais.

Neste sentido, o Professor Luís Taborda Barata vem de encontro a esta ideia ao dizer que *“a mais-valia retirada reside mais no campo humano e de resultados de investigação, e não tanto no financeiro, até pelo facto de serem instituições públicas cujo objetivo não é o lucro”*.

O Professor Miguel Castelo Branco concorda também que os aspetos financeiros não estão entre os principais motivos da procura de cooperação por hospitais públicos, mas refere no entanto que *“no que toca à parte financeira, também existem vantagens. Trazem mais garantias nos processos de contratação e de pagamentos, e novas perspetivas de projetos de investimento com garantias de retorno”* e que a cooperação *“permitiu o desenvolvimento da área de prestação de serviços, o que fez com que o Hospital pudesse ter mais áreas de atividade e maior rendimento sob o ponto de vista da produção.”*

O Presidente do CHCB destaca ainda a importância que a cooperação trouxe para a região a nível económico ao dizer que a mesma *“permitiu o desenvolvimento e o crescimento das instituições de saúde da região, o que traz vantagens de ordem económica.”*

Pode-se assim concluir que, apesar de ser consensual entre os dois entrevistados/parceiros que a questão financeira assume um papel de segundo plano, parecem existir algumas vantagens económico-financeiras retiradas da cooperação, nomeadamente ao nível da investigação e para a região em que as duas instituições estão inseridas, neste caso a Beira Interior.

No que toca a principais motivos e vantagens desta cooperação, os dois entrevistados vão de encontro à literatura, e sublinham aspetos como a partilha de recursos, humanos e não só, a possibilidade de novos projetos de investigação e a melhoria da qualidade dos serviços prestados e das condições oferecidas aos profissionais tanto pelo CHCB como pela FCS, como foi destacado pelo Professor Luís Barata, *“esta colaboração reverte também em benefícios para os docentes, na medida em que os colaboradores das duas instituições podem aceder a bibliotecas e outros serviços que cada uma das instituições oferece às pessoas que figuram nesta articulação entre as duas.”*

### 5.2.2 Contornos da cooperação entre o CHCB E A FCS-UBI

Segundo Song (1995), existem essencialmente dois tipos de estrutura de cooperação que foram desenvolvidos na indústria hospitalar: cooperação contratual, onde não existe uma estrutura administrativa em particular, e sociedades conjuntas com uma estrutura administrativa bem definida. A primeira é adotada em larga escala quando se trata de cooperação entre hospitais e médicos, enquanto a segunda prevalece na cooperação entre duas ou mais organizações. Mariti e Smiley, citados por Franco (1995), sublinham esta ideia e referem que os acordos de cooperação podem celebrar-se de forma verbal, sendo que, no entanto, o mais frequente é que estes sejam formulados por escrito.

O caso concreto da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI e do Centro Hospitalar Cova da Beira remete para uma cooperação contratual que, como revela o Professor Miguel Castelo Branco *“começou, formalmente, em 2000, quando foi publicado o protocolo de articulação, assinado pelas duas instituições e validado pelo governo. No entanto, já tinha começado antes, uma vez que todo o processo de desenvolvimento da FCS foi acompanhado pelo CHCB”* e faz referência ao perímetro onde está instalado o hospital, que segundo o Professor MCB *“faz parte do que foi definido há muitos anos atrás como sendo o Pólo da Saúde da Universidade da Beira Interior. Nesse sentido, a construção do edifício da FCS neste mesmo perímetro faz parte de uma lógica desenvolvida há muitos anos pela UBI e que veio a ser posteriormente comungada pela Câmara Municipal da Covilhã, e pelo próprio CHCB. O Professor Miguel Castelo Branco enaltece também a importância da ligação da FCS a organizações de saúde, que incluem não apenas o CHCB mas também os Hospitais de Guarda e Castelo Branco e ainda alguns Centros de Saúde da região ao referir que *“sendo esta uma Faculdade de Ciências da Saúde, que para além da Medicina engloba também Ciências Farmacêuticas, Optometria, Ciências Biomédicas, que são todos cursos da área das ciências da saúde, torna-se crucial que, para além das ligações que temos com outras faculdades e instituições, nos articulemos também com as instituições de saúde. Sob esse ponto de vista, as nossas ligações a Hospitais e a instituições de saúde são cruciais e isso acaba por constituir uma mais-valia tanto para as próprias instituições como para nós, para os nossos alunos e docentes.”**

Sobre o tipo de relação existente entre a FCS e o CHCB, o Professor Luís Taborda Barata refere que se trata de *“uma relação muito privilegiada, não só pela proximidade, bem como pelo facto de que as pessoas que têm estado à frente dos projetos, quer da faculdade quer do hospital, têm estado quase sempre em sintonia. Todas as pessoas que têm estado à frente têm estado ou na comissão de instalação da faculdade, ou estiveram ligados a consultorias e partilham da ideia do projeto educativo da faculdade.”*

Outro aspeto essencial desta cooperação é o intercâmbio de pessoal entre a FCS e o CHCB conforme é enfatizado pelo Professor Luís Taborda Barata, que sublinha ainda o envolvimento de alunos e clínicos advindos de outros países e que chegam ao CHCB *“através da faculdade,*

*sendo que alguns deles vão estagiar ao hospital, com docentes da casa mas não só, nós conseguimos alargar o âmbito, assim como alguns clínicos que vêm estagiar ao hospital podem certamente usufruir de parte dos estágios cá (na FCS), nomeadamente do nosso centro de investigação em ciências da saúde.”*

O Presidente da FCS abordou também o Pólo de Saúde da Beira Interior, conceito que interliga as principais unidades hospitalares e centros de saúde dos distritos de Castelo Branco e Guarda, explicando que o mesmo tem como objetivo principal *“a conceptualização de toda a área da Beira Interior, porque só assim existirá um polo de saúde, com os dois distritos (Castelo Branco e Guarda) envolvidos, bem como todas as suas instituições hospitalares e os principais centros de saúde, que já estão articulados com a faculdade”* e explicando que a região passa assim a ser dotada de *“toda uma dinâmica que irá maximizar a possibilidade de tornar a região mais atrativa para novos médicos que possam vir, e de criar idoneidades para determinadas valências hospitalares, porque isto vai implicar a redistribuição de determinadas unidades hospitalares.”* Já o Professor Miguel Castelo Branco refere que, *“sob o ponto de vista do desenho e da organização de instituições de saúde de apoio à Universidade, desde o princípio que ficou definido que esta faculdade se articularia com o CHCB, com o Hospital Amato Lusitano e com o Hospital Sousa Martins.”* Isto em termos hospitalares, sendo que no que toca à saúde *“também ficou definido que articularíamos os dois distritos, Guarda e Castelo Branco, e é assim que tem sido.”*

É sublinhado também o papel da FCS no projeto do Pólo de Saúde da Beira Interior, já que a mesma *“vê com grande interesse esta articulação global das três principais unidades hospitalares da região, e vamos tentar acertar agulhas com os três polos (CHCB, ULSCB e ULSG), de forma a obter uma rede de investigação que ultrapasse a que temos tido até agora, e que permita fazer estudos de foros mais alargados”*, refere o Professor Luís Taborda Barata.

Segundo Mohrman et al. (2003), alguns teóricos estruturais (e.g., Archer, 1995; Giddens, 1984) apontam a natureza sistémica das relações sociais, definindo um sistema como uma *“ação de interdependência”* feita a partir de uma rede de relações e condições de rede já estabelecidas.

Neste sentido, os dois entrevistados definem a relação entre o CHCB e a FCS como sendo uma de dependência mútua. O Professor Miguel Castelo Branco menciona *“uma relação de interdependência”* e suporta a sua opinião referindo aspetos como o fato de *“a FCS precisar dos profissionais de saúde do CHCB, para que o ensino clínico possa funcionar”* e, do ponto de vista do CHCB, aspetos como as diversas vantagens retiradas pelo mesmo da cooperação estão na origem da relação de dependência da FCS, nomeadamente vantagens para os funcionários de saúde, *“porque os obriga a preparem-se melhor, a estudar a matéria, e no fundo a uma atualização constante, o que leva a uma amplificação das suas capacidades científicas”*, vantagens relacionadas com a imagem do hospital, *“ pelo facto de estar ligada ao ensino, o que geralmente é levado em conta pelos utilizadores e que acaba por trazer benefícios, nomeadamente ao nível competitivo”* e ainda o aspeto da investigação *“que é feita na área*

*hospitalar, e ao mesmo tempo permite o desenvolvimento de áreas de prestação de serviço hospitalar”.*

O Professor Luís Taborda Barata menciona a dependência da FCS não só ao CHCB mas também às outras instituições de saúde a que está interligada, referindo que *“a faculdade de medicina depende das instituições de saúde. Necessitamos de um local onde colocar os nossos alunos, portanto para a faculdade é essencial. Nesse sentido posso dizer que há um grau elevado de dependência da faculdade não só em relação a este hospital, mas em relação a todos com os quais está articulada, e também aos centros de saúde. Temos colocado alguns dos nossos alunos nos hospitais da região, nomeadamente no CHCB, e isso é importante. Portanto é uma dependência assumida da nossa parte”.* Concorda também que existe dependência por parte do CHCB, referindo que *“isso já foi estudado e vê-se na prática, porque a partir do momento em que passam a ter alunos, isso dá uma dinâmica enorme ao hospital, e foi a partir desse momento que o CHCB passou a ter mais reuniões de serviço, mais reuniões globais do hospital, há um incentivo à investigação científica, obriga a uma atualização permanente e constante e a um lançamento de novos desafios.”*

Analisando a respostas dos entrevistados relativamente aos contornos da cooperação entre o CHCB e a FCS-UBI, conclui-se que a mesma assenta numa base contratual, onde cada uma das direções mantém as suas funções, obrigações e independência. O mesmo se aplica às duas organizações, que mantêm também a sua independência enquanto instituições, apesar da troca de conhecimentos e recursos humanos, logísticos e tecnológico existente entre ambas. Trata-se, assim, de uma Cooperação Formal Horizontal.

### **5.3 Análise quantitativa: Questionário aos alunos da FCS-UBI**

Neste ponto será feita a análise dos questionários levados a cabo aos alunos da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, que avaliam o nível de conhecimento dos mesmos relativamente à cooperação entre a FCS e o CHCB, nomeadamente através dos motivos que levaram à criação da cooperação, e também as principais vantagens retiradas pelos alunos da mesma.

#### **5.3.1 Caracterização da amostra de alunos**

De seguida apresenta-se de forma breve a caracterização dos alunos inquiridos (n=86) no presente estudo.

Tabela 5 - Sexo dos Indivíduos/Alunos

Sexo	N	%
Feminino	64	74%
Masculino	22	26%

Denota-se assim uma predominância do sexo feminino.

Tabela 6 - Idade dos Indivíduos/Alunos

Idades	N	%
[18 - 20]	25	29%
[21 - 23]	41	48%
[24 - 26]	13	15%
[27 - 29]	5	5%
≥ 30	2	2%

A faixa etária mais representativa neste inquérito situa-se entre os 21 e os 23 anos, tratando-se na generalidade de alunos que frequentam os últimos dois anos do curso de medicina. A faixa etária menos representativa foi, como seria de esperar, a de alunos com idade superior a 30 anos.

Tabela 7 - Curso Frequentado pelos Indivíduos/Alunos

Curso frequentado pelos inquiridos	N	%
Medicina	86	100
Ciências Farmacêuticas	-	-
Ciências Biomédicas	-	-
Optometria	-	-
Gerontologia	-	-
Biomedicina	-	-

De realçar que só os alunos de medicina responderam ao questionário. Uma das razões para este facto pode-se justificar pois os alunos do curso de Medicina são os que mantêm um contato mais próximo com o CHCB, sendo também por isso os mais influenciados pela cooperação em questão e, por último, são estes alunos que têm uma perceção mais aprofundada deste tipo de relação CHCB-FCS.

Tabela 8 - Ano de Frequência Universitária dos Indivíduos

Ano de frequência	N	%
1º Ano	13	15%
2º Ano	12	14%
3º Ano	9	10%
4º Ano	15	17%
5º Ano	20	23%
Estágio	17	20%
Mestrado	-	-
Doutoramento	-	-

Como referido anteriormente, a maioria dos alunos que responderam ao questionário, encontrava-se a frequentar os dois últimos do curso de medicina, permitindo estabelecer uma relação provável entre o facto de estudarem há um período maior de tempo na faculdade e o nível de conhecimento e interesse revelado acerca da cooperação entre o CHCB e a FCS. Os alunos de terceiro ano foram os que responderam em menor número ao questionário.

Tabela 9 - Nível de Rendimento Escolar dos Indivíduos

Nível de rendimento escolar	N	%
Muito Fraco	-	-
Fraco	2	2%
Médio	33	38%
Bom	35	41%
Muito Bom	16	19%
Excelente	-	-

Nesta tabela pretendeu-se auferir o nível de rendimento escolar dos alunos que responderam ao inquérito, através de uma autoavaliação dos mesmos. Concluiu-se que a fatia mais significativa da amostra demonstra nível escolar entre o “Médio” e o “Bom”, sendo que apenas dois alunos admitiram ter um “Fraco” rendimento escolar.

### 5.3.2 Motivos impulsionadores da cooperação entre o CHCB e a FCS-UBI

Relativamente ao nível de conhecimento sobre a cooperação entre o CHCB e a FCS, os 86 alunos da amostra apontaram as respostas constantes na tabela seguinte:

Tabela 10 - Nível de conhecimento revelado pelos alunos da FCS acerca da cooperação entre o CHCB e a FCS

Nível de Conhecimento	N	%
Muito Fraco	1	1,2
Fraco	13	15,1
Intermédio	30	34,9
Algum	33	38,4
Elevado	9	10,5
Total	86	100

Através da análise dos resultados é possível concluir que aproximadamente três quartos dos inquiridos assumem ter um conhecimento intermédio/satisfatório acerca dos contornos da cooperação, sendo que apenas um inquirido revelou nível de conhecimento muito fraco acerca da mesma.

Estamos, assim, perante uma cooperação institucional de contornos bem definidos, e amplamente divulgada através dos seus colaboradores e intervenientes.

No que diz respeito aos motivos impulsionadores para a criação da cooperação entre o CHCB e a FCS, os alunos sublinharam várias opiniões (Tabela 12).

Tabela 11 - Opinião dos alunos quanto aos motivos impulsionadores da cooperação entre o CHCB e a FCS

Motivo	N	%
Maior rentabilidade dos recursos existentes	49	57
Aumento do nível de investigação/ inovação	71	86,2
Melhoria da qualidade de ensino, com a procura de uma melhor articulação com a prática médica.	84	97,7
Troca de conhecimentos e formação qualificada	64	74,4
Aumento de prestígio para ambas as instituições	38	44,2
Intercâmbio de serviços, instalações e pessoal	40	46,5
Mais-valias monetárias	19	22,1
A necessidade de um espaço hospitalar nas imediações da Faculdade para formar alunos da área da saúde	72	83,7
Possibilidade de criação do curso de Medicina na Covilhã	60	69,8
Política regional	15	17,4

Com base nos resultados resulta de uma questão de escolha múltipla, é possível observar que a quase totalidade dos alunos inquiridos entende como principal motivo para a criação da cooperação a melhoria da qualidade de ensino, através da articulação com a prática médica.

O aumento da investigação científica foi também entendido pelos alunos da FCS como um dos principais motivos impulsionadores da cooperação entre as duas instituições, e é apontado na literatura como um dos motivos predominantes para a criação de cooperação entre organizações (Bernardo et al., 2012). Estes autores enaltecem o facto de a inovação ser um aspeto importante que pode ajudar a aumentar tanto o valor como a eficiência. Pode incluir avanços tecnológicos, assim como novas estratégias, estruturas organizacionais, instalações, processos e parcerias.

Outro ponto importante, na opinião dos alunos inquiridos é a necessidade da existência de um espaço hospitalar nas imediações da faculdade, para formar alunos da área da saúde. Isto pode ser suportado pela teoria de que “a confiança entre organizações geograficamente perto uma da outra é maior que uma entre organizações distantes (Bonte, 2008), e laços fortes levam a uma maior transferência de conhecimento (van Wijk et al. citados por Trkman e Desouza, 2011).

### 5.3.3 Benefícios da cooperação percebidos pelos alunos da FCS-UBI

No que concerne às características do CHCB impulsionadoras da vivência enquanto estudante da FCS, a tabela seguinte mostra as evidências obtidas.

Tabela 12 - Opinião dos alunos quanto às características do CHCB que influenciam a sua vivência

Características do CHCB	N	%
Proximidade à FCS da UBI	80	93
Qualidade de atendimento aos utentes	31	36
Qualidade dos profissionais de saúde	54	62,8
Número de especialidades existente	28	32,6
Qualidade das infraestruturas	56	65,1
Nível do equipamento disponível no Hospital	31	36

Através da análise aos resultados, conclui-se que a principal característica do Centro Hospitalar Cova da Beira que influencia os inquiridos, enquanto estudantes da FCS, é a proximidade física do hospital à FCS.

Os dois pontos mais relevantes, para além deste, na opinião dos alunos inquiridos, são a qualidade, tanto dos profissionais de saúde disponíveis no CHCB, como das infraestruturas do mesmo.

Ainda em relação às principais vantagens retiradas da cooperação CHCB-FCS, a tabela seguinte mostra os resultados obtidos.

Tabela 13 - Opinião dos alunos quanto às principais vantagens da cooperação entre o CHCB e a FCS

Vantagens	Grau de importância									
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Maior proximidade entre alunos e médicos</b>	1	1,2	4,0	4,7	9	10,5	25	29,1	47	54,7
<b>Acesso aos laboratórios e outras logísticas do CHCB</b>	2	2,3	6	7	28	32,6	28	32,6	22	25,6
<b>Possibilidade de estagiar no CHCB</b>	1	1,2	2	2,4	5	5,9	22	25,9	55	64,7
<b>Interação com os profissionais de saúde do CHCB</b>	0	0	2	2,3	8	9,3	29	33,7	47	54,7
<b>Possibilidade de contato direto com os pacientes do CHCB</b>	1	1,2	0	0	5	5,8	17	19,8	63	73,3
<b>Melhor formação teórica e prática</b>	1	1,2	2	2,4	9	10,6	25	29,4	48	56,5

Nota: Escala de 1 - “pouco relevante” a 5 - “muito relevante”

Pode-se verificar, através da tabela 14, que o aspeto que maior consenso reuniu nos alunos, relativamente às vantagens retiradas pelos mesmos da cooperação, enquanto estudantes da FCS, foi a possibilidade de contato direto com os pacientes do CHCB. Por outro lado, o aspeto menos representativo, na ótica dos alunos, é o acesso aos laboratórios e logísticas do CHCB, demonstrando assim que os elementos de maior interesse no CHCB são os próprios pacientes e internos, e não as instalações em si.

## **5.4 Análise Qualitativa vs. Análise Quantitativa**

### **5.4.1 Relação entre os motivos da cooperação e a perceção dos alunos em relação aos mesmos**

De acordo com Bernardo *et al.* (2012), as organizações podem cooperar com outras entidades externas, de forma a: 1) reduzir o custo e o risco do desenvolvimento tecnológico ou entrada no mercado; 2) atingir economias de escala na produção 3) reduzir o tempo necessário para desenvolver e comercializar novos produtos; e 4) promover aprendizagem partilhada.

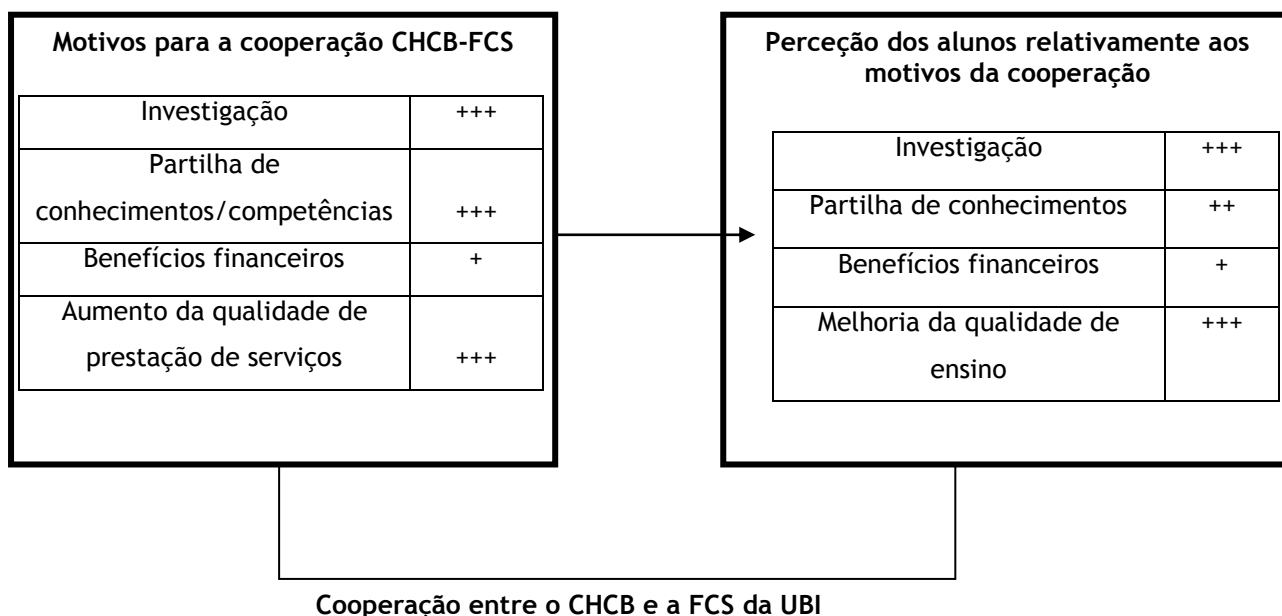
O mesmo autor refere também que uma cooperação pode ser preparada com outras instituições para promover a colaboração entre determinados departamentos ou unidades referentes a tecnologias de informação e comunicação, ou partilha de informação médica e serviços dos profissionais de cuidados de saúde.

Como foi possível retirar das entrevistas realizadas aos responsáveis pelas duas organizações em questão, aspetos como a investigação, partilha de recursos humanos, e um aumento na qualidade de prestação de serviços foram elementos cruciais para a criação da cooperação entre o CHCB e a FCS da UBI. Contudo, o aspeto financeiro foi relegado para segundo plano, no que toca aos motivos para a criação da cooperação.

Analisando as respostas dos alunos da FCS à questão “Na sua opinião, quais os principais motivos impulsionadores da criação de uma parceria entre a Faculdade de Ciências da Saúde e o Hospital da Cova da Beira”, aspetos como a investigação, partilha de conhecimentos e melhoria da qualidade de ensino foram os mais consensuais, sendo que os benefícios financeiros foram também relegados para segundo plano.

Estes e outros motivos apontados quer na perspetiva dos responsáveis das organizações envolvidas nesta relação de cooperação, quer do ponto de vista dos alunos, consta na figura seguinte.

Figura 11 - Síntese da análise qualitativa vs. análise quantitativa I



Analisando esta figura, percebe-se que a perceção dos alunos relativamente aos motivos que levaram à cooperação vai de encontro àquilo que foi definido inicialmente pelos responsáveis das instituições, constatando-se que há um nível elevado de eficiência naquele que foi o projeto inicial, culminando numa experiência melhorada para os alunos da FCS.

#### 5.4.2 Relação entre os contornos da cooperação e os benefícios retirados da mesma pelos alunos da FCS-UBI

Segundo Bernardo *et al.* (2012), “a colaboração pode assumir diversas formas, incluindo acordos licenciados, alianças estratégicas, sociedades conjuntas e trabalho em rede.” Após a análise dos dados recolhidos, constatou-se que a cooperação entre a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI e o Centro Hospitalar Cova da Beira é uma cooperação contratual, com partilha das instalações entre as duas organizações cooperantes, bem como dos seus profissionais e alunos, e que compreende uma relação de interdependência entre as duas instituições. Fazendo uma análise ao questionário levado a cabo aos alunos da FCS da UBI, percebe-se que os principais benefícios retirados pelos mesmos da cooperação são a possibilidade de contacto direto com os pacientes, e a possibilidade de estagiar no hospital. Estes dados permitem observar que existe uma ligação direta entre aqueles que são os contornos da cooperação e os benefícios retirados pelos alunos da faculdade.

Existe, de facto, um aspeto de dependência da cooperação por parte da faculdade. A faculdade de medicina depende das instituições de saúde, já que nestas há a colocação de alguns dos alunos.

Relativamente ao CHCB também existe uma dependência através de reuniões de serviço e globais do hospital, incentivo à investigação científica” e uma atualização permanente e constante por parte dos clínicos do hospital. Uma melhor formação teórica e prática foi referida como muito relevante por 56.5% dos alunos da FCS, no que toca às vantagens retiradas pelos mesmos da cooperação.

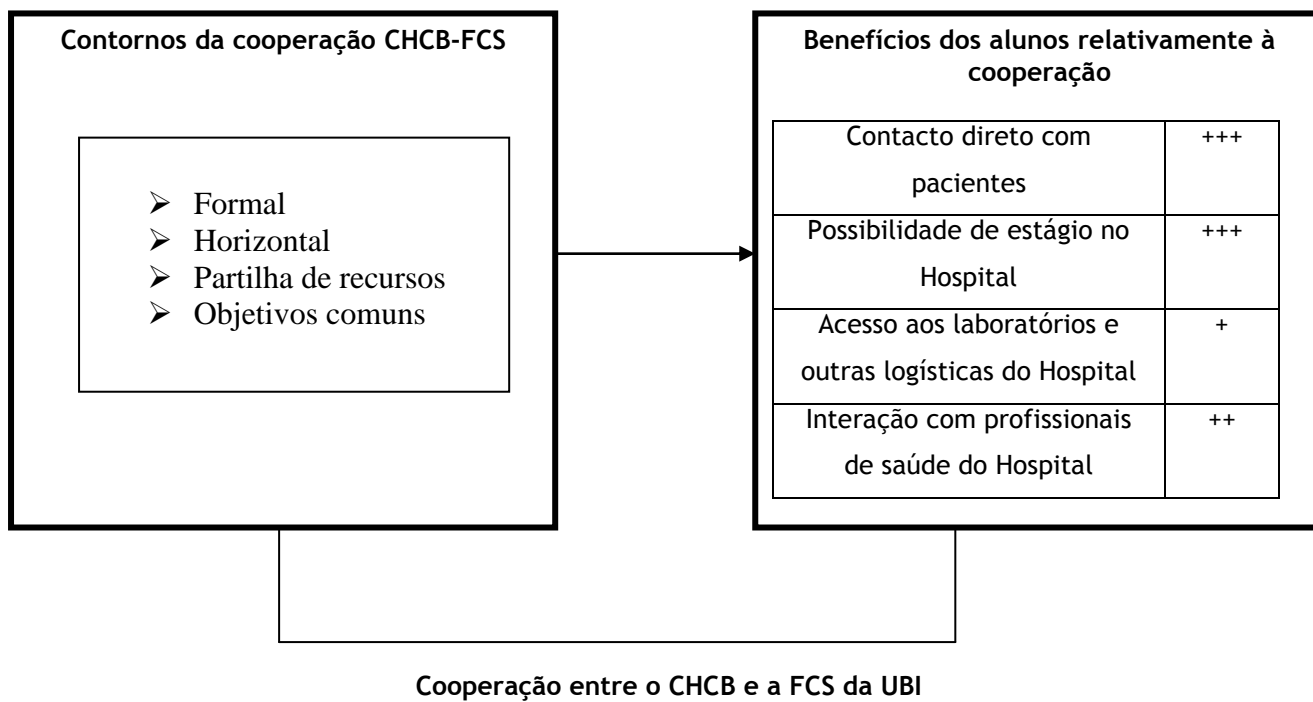
De sublinhar a existência de uma relação de interdependência, já que a FCS precisa dos profissionais de saúde do CHCB, para que o ensino clínico possa funcionar.” A interação com os profissionais de saúde do Hospital foi escolhida como uma vantagem “muito relevante” por 54,7% dos alunos inquiridos, mostrando que é um aspeto importante da Faculdade, e que os alunos têm essa perceção. Relativamente ao Hospital, essa mesma participação no ensino traz vantagens para os próprios funcionários de saúde, porque os obriga a preparem-se melhor, a estudar a matéria, e no fundo a uma atualização constante, o que leva a uma amplificação das suas capacidades científicas.

Em síntese, através das entrevistas aos responsáveis pelas duas instituições e dos questionários levados a cabo aos alunos da FCS, pode-se observar que existe um elevado nível de interação entre a FCS da UBI e o CHCB, incluindo um acesso aos pacientes por parte dos alunos, bem como uma partilha eficaz das respetivas instalações.

Segundo Bravi *et al.* (2012), uma cooperação hospitalar de elevada performance é aquela em que existam boas relações humanas envolvendo os pacientes e o pessoal, instalações de alto nível, e onde seja procurado o aumento do nível de profissionalismo do pessoal, não descuidando as suas condições e direitos de trabalho. O mesmo autor refere que, além dessas vantagens, a partilha de conhecimento e experiência entre profissionais (clínicos, profissionais de saúde e gestores), aumenta a qualidade de atendimento das organizações, divulgação da inovação, e a adoção de novas praticas clinicas e refere ainda que uma cooperação deste nível pode atingir uma elevada reputação e atratividade.

A figura 12 ilustra uma comparação entre os contornos da cooperação apontados pelos responsáveis das organizações envolvidas nesta relação de cooperação, e o ponto de vista dos alunos relativamente aos benefícios retirados da mesma.

Figura 12 - Síntese da análise qualitativa vs. análise quantitativa II



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 5.1 Conclusões Gerais

A cooperação interorganizacional é reconhecida como um mecanismo para ultrapassar a escassez de recursos sem se perder o controlo organizacional, o poder sobre os recursos e flexibilidade, e sem incorrer num montante significativo de investimento e custos. Assim, tendo em conta o atual nível de investigação e desenvolvimento tecnológico, é crucial para as organizações uma atualização constante, de forma a manterem um eficiente nível de desempenho e oferta de serviços. Deste modo, a construção de relações de cooperação interorganizacionais pode representar uma estratégia adequada para aumentar a competitividade das organizações/atores envolvidos.

Neste contexto, as organizações de saúde e de ensino superior não são exceção, e com o aumento da complexidade, internacionalização e diversidade das mesmas, a cooperação entre estas entidades atinge um elevado nível de destaque. Este tipo de relação interorganizacional pode completar tarefas cada vez mais complexas, bem como aumentar o nível de cuidados de saúde prestados à população, cada vez mais envelhecida e com necessidades bem vincadas. De facto, a cooperação é especialmente importante no setor da saúde, onde as crescentes pressões de económicas e a responsabilidade social estão presentes.

Face ao exposto, o principal objetivo deste estudo, que incidiu sobre um caso (investigação qualitativa) - cooperação entre um Hospital (Centro Hospitalar Cova da Beira - CHCB) e uma Faculdade (Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior - FCS-UBI) -, foi aferir quais os motivos que levaram a este tipo de relacionamento, os contornos do mesmo e quais os benefícios para cada uma das organizações, bem como para os seus intervenientes e para a região onde estão inseridas.

Para atingir estes objetivos, foi também examinado o nível de conhecimento e a perceção dos alunos da faculdade estudada sobre a cooperação interorganizacional (investigação quantitativa), e se existia uma relação eficaz entre aqueles que são os contornos da cooperação e a experiência dos alunos.

Como principais conclusões, constatou-se que a criação da FCS na mesma área de envolvência do CHCB foi definida no final da década de 90, constituindo assim o Pólo de Saúde da UBI. O CHCB insere-se numa zona geográfica onde os recursos humanos altamente qualificados no campo da medicina são escassos e de difícil recrutamento. De salientar que a existência de algumas especialidades altamente carenciadas e com poucos médicos ao nível do país é um problema que se reflete no interior com impacto acrescido. No entanto, devido à existência de boas condições técnicas e de amenidades da Instituição assim como a existência do

relacionamento de cooperação com a Faculdade de Ciências da Saúde, este facto tem-se feito sentir com menor intensidade no CHCB.

O CHCB é também Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. A ligação à Faculdade implica responsabilidade direta na formação dos alunos, licenciados em medicina e ao nível do ensino pós-graduado. Este Hospital tem um número significativo de profissionais a exercer funções e docência na FCS o que implica a utilização de horas de trabalho neste tipo de atividade.

Relativamente aos contornos da cooperação, esta assenta numa relação de carácter formal, já que cada organização mantém a sua independência, bem como os seus órgãos administrativos, sendo assim classificada como uma “Cooperação Formal Horizontal”.

Os benefícios retirados da relação cooperação CHCB-FCS incidem principalmente na partilha de recursos humanos, nomeadamente elementos do corpo clínico do CHCB que passaram a exercer funções de docente na FCS, e alunos da faculdade que têm acesso a estágios profissionais no Hospital.

Com base nas evidências empíricas, constatou-se também que a cooperação entre o CHCB e a FCS trouxe alguns benefícios à região onde as duas organizações estão inseridas, nomeadamente ao nível do desenvolvimento económico, o que deriva do número de alunos que são atraídos para a região pela FCS da UBI. O número de especialidades médicas existentes na região também aumentou, na sequência desta cooperação, representando assim um aumento do nível dos serviços de saúde disponíveis para a população.

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. Trata-se assim de um exemplo de sucesso de cooperação interorganizacional.

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 a procura e formação de relações de cooperação interorganizacionais por forma a ultrapassar muitos dos seus constrangimentos.

## **5.2 Implicações teóricas e práticas do estudo**

Um dos contributos teóricos deste estudo é ajudar a suprimir uma falha evidente no que toca à investigação empírica de cooperação entre organizações, especialmente no setor da saúde, onde a existência de estudos científicos é escassa ou quase nula. A nível científico, esta investigação vem ainda demonstrar como um Hospital pode cooperar com uma instituição de ensino superior ou de outra área.

Com esta investigação pretendeu-se aprofundar ainda o nível de conhecimento sobre um tipo de cooperação que existe noutros locais do país, como é o caso do Hospital de Santa Maria e o

Centro Hospitalar Lisboa Norte, mas cujos casos não foram alvo de investigação científica, permitindo este trabalho dar a conhecer a importância que a cooperação interorganizacional assume no contexto hospitalar atual, e quais os contornos da mesma.

Em termos práticos, esta investigação fornece um suporte para os gestores de organizações de saúde e responsáveis das instituições de ensino superior e outros *stakeholders* envolvidos em relações de cooperação interorganizacionais, na elaboração de estratégias e na compreensão do impacto deste tipo de cooperação interorganizacional. Acresce que os resultados obtidos podem constituir também um *benchmark* para as organizações, em geral, no que diz respeito à cooperação interorganizacional como um mecanismo para a sua competitividade.

### **5.3 Limitação do estudo e sugestões para futuras investigações**

Um das principais limitações deste estudo é o facto de se cingir a um único caso, a cooperação entre o CHCB e a FCS-UBI, e não abranger outros casos de cooperação hospitalar. Sugere-se, assim, que no futuro sejam efetuados estudos de outras relações de cooperação a nível hospitalar, para que possa existir um termo de comparação, e enriquecer o estudo científico nesta área.

Do ponto de vista metodológico, e apesar de este estudo permitir perceber de que forma a cooperação influenciou o CHCB, uma das limitações mais evidentes é o facto de apenas ter sido aplicado um questionário aos alunos da FCS da Universidade da Beira Interior, não tendo sido seguido o mesmo procedimento com funcionários do CHCB. Esta limitação deveu-se sobretudo a questões burocráticas, que de alguma forma dificultaram a possibilidade de inquirir os funcionários/colaboradores do Hospital. De referir também que se tentou perceber o ponto de vista dos clínicos do Hospital que simultaneamente exercem funções de docente na FCS, mas os mesmos não demonstraram disponibilidade para responder a um questionário que lhes foi endereçado.

Sugere-se, assim, que eventuais investigações científicas sobre o tema da cooperação no contexto hospitalar sejam mais abrangentes em termos metodológicos, com amostras mais representativas e envolvendo todos os colaboradores de todas as organizações envolvidas neste tipo de relacionamento interorganizacional.

De referir ainda que o questionário endereçado aos alunos da FCS se destinava a alunos de todos os cursos lecionados na Faculdade, todavia, apenas os alunos do curso de Medicina preencheram o mesmo, o que levou a um tamanho reduzido da amostra, tendo em conta o universo de aproximadamente 1500 estudantes. Isto foi entendido como decorrente do facto de os alunos do curso de Medicina serem os que mantêm um contato mais próximo com o CHCB, sendo também por isso os mais afetados pela cooperação em questão, tendo assim uma perceção mais aprofundada da mesma.

Apesar destas limitações, pensa-se, no entanto, que os resultados obtidos e as conclusões alcançadas com esta investigação poderão constituir-se como um contributo valioso, ao permitir aprofundar um tema pouco explorado, como é a cooperação no contexto hospitalar, e perceber os objetivos com que a mesma é concebida, bem como os principais benefícios para as organizações envolvidas.

Como sugestão final de investigação futura, propõe-se ainda o estudo da cooperação entre os três hospitais da região interior centro do país, o Centro Hospitalar Cova da Beira, a Unidade Local de Saúde da Guarda e a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, o que poderia ser relevante para aprofundar de que forma vários hospitais cooperam entre si, e o que essa cooperação representa para a região onde os mesmos se inserem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATO, J. N. (2000). *Redes De Cooperação Produtiva E Clusters Regionais: Oportunidades Para As Pequenas E Médias Empresas*. São Paulo, Atlas

ARCHER, M. S. (1995). *Realist social theory: The morphogenetic approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press

BALESTIN, A., VARGAS, L. M. (2002). Evidências Teóricas Para A compreensão Das Redes Interorganizacionais. *Encontro De Estudos Organizacionais*, 2º, Recife.

BALESTRIN, A. (2005). *A Dinâmica Da Complementaridade De Conhecimentos No Contexto Das Redes Interorganizacionais*. Tese De Doutorado - Porto Alegre

BALESTRIN, A., VERSCHOORE, J. R. E REYES JUNIOR, E. (2010). O Campo de Estudo sobre Redes de Cooperação Interorganizacional no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, Vo. 14, no. 3, pp. 458-477.

BERNARDO M., VALLS J., CASADESUS M. (2012). Strategic Alliances: An Analysis Of Catalan Hospitals. *Rev Panam Salud Publica*, 31(1):40-7.

BRASS, D.J. AND BURKHARDT, M.E., Potential Power and Power Use: An Investigation of Structure and Behavior, 1993, *Academy of Management Journal*, vol. 36, no. 3, pp. 441-470.

BRUNHEIRA, L. (S/D). O Conhecimento E As Atitudes De Três Professores Estagiários Face À Realização De Actividades De Investigação Na Aula De Matemática. Disponível em <http://ia.fc.ul.pt/textos/ibrunheira/>

CASAROTTO, F., PIRES, (2001). *Redes De Pequenas E Médias Empresas E Desenvolvimento Local: Estratégias Para A Conquista Da Competitividade Global Com Base Na Experiência Italiana*. Editora Atlas

CATELLS, M. (1997, 2ª EDIÇÃO 2000). *A Sociedade Em Rede, A Era Da Informação: Economia, Sociedade E Cultura*. Vol. Eu, Cambridge, Ma; Oxford, UK.

CAVALCANTE, V., DANTAS, M., (2006). *Pesquisa Qualitativa E Pesquisa Quantitativa*. Recife

CHATMAN VS, BUFORD JF, PLANT B. The building and sustaining of a health care partnership: the Meharry-Vanderbilt Alliance. *Acad Med.* 2003;78(11):1105-13.

CORRÊA, G. N., (1999). *Proposta De Integração De Parceiros Na Formação E Gerência De Empresas Virtuais*. Tese De Doutorado Apresentada À Escola De Engenharia De São Carlos, Universidade De São Paulo

COSTA, J.A. AND MELO, A.S., *Dicionário da língua portuguesa*, 7th edition, Porto: Porto Editora, 1995.

COWAN R, JONARD N, ZIMMERMANN JB. Bilateral collaboration and the emergence of innovation networks. *Manage Sci.* 2007;53(7):1051-67.

CUNHA, C. R., MELO, M. C., (2006). A Confiança Nos Relacionamentos Interorganizacionais No Campo Da Biotecnologia. V.5p, Art.18

EASTON, G., (1990). *Relationships Among Competitors. The Interface Of Marketing Strategy*, Jay Press

FARIAS, G. A., FONTELES, A. L., OLIVEIRA, F.C., (2011). Aliança estratégica na área da saúde. VIII Convibra Administração - Congresso Virtual Brasileiro de Administração

FEITOSA, M. M. (2002). *Acordos De Cooperação Entre Empresas e o Efeito Rede*, Universidade De Coimbra, Portugal.

FRANCO, M. (1995). *A Cooperação Entre Empresas Como Meio De Redimensionamento E Reforço Da Competitividade Faz Pme - O Caso Da Região Da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado, Universidade Da Beira Interior

FRANCO, M. (2001). *O Processo De Cooperação Nas Empresas Portuguesas: Formação, Implementação E Desenvolvimento*. Tese de Doutorado Apresentada Na Universidade Da Beira Interior

FRANCO, M. (2011), Determining Factors in the Success of Strategic Alliances: An Empirical Study Performed in Portuguese Firms, *European Journal of International Management*, Vol. 5, Nº 6, pp. 608-632.

FRANCO, M. E BARBEIRA, M. (2009). Sistema De Gestão Do Conhecimento Como Fomentador De Redes Estratégicas Interorganizacionais. *Revista Ibero-Americana De Estratégia*, Vol. 8, Nº 2, 5-25

FRANCO, M., DUARTE, P. (2012). Continuous Health Care Units As Inter-Organizational Networks: A Phenomenological Study. *Transylvanian Review Of Administrative Sciences*, No. 37 E/2012, Pp. 55-79

GIDDENS, A. (1984). *The constitution of society*. Berkeley: University of California Press

GIL, A. C. (1999). *Métodos E Técnicas De Pesquisa Social*. 5. Ed. São Paulo: Atlas.

GLAS, G. (1995). *Industrial Networks: Regional Orientation, Cultural Aspects And Policies*. Faculty Of Spatial Sciences, University Of Groningen, Netherlands

GRANDORI, A., SODA, G., (1995). Inter-Firm Network: Antecedents, Mechanisms And Forms. *Organizations Studies*, Vol.16, N°2, Pp. 183-214.

HANSEN, M. (1999). The search-transfer problem: The role of weak ties in sharing knowledge across organization subunits. *Administrative Science Quarterly*, 44(1), 82-111.

HAYTHORNTHWAITTE, C. (2000). Online personal networks. *New Media and Society*, 2(2), 195-226

HSUAN-LIEN CHU e CHIA-YU CHIANG (2011): The Effects Of Strategic Hospital Alliances On Hospital Efficiency, *The Service Industries Journal*, Doi:10.1080/02642069.2011.622367

KESSELS, J. E KWAMAN, K. (2006). Interface: Establishing Knowledge Networks Between Higher Vocational Education and Businesses. *Higher Education*, Vol. 54, N°5, 689-703.

MARCHI, J. J. e WITTMANN, M. L., (2007). *Relevância Dos Factores Sociocomportamentais De Atores Envolvidos Em Redes Estratégicas*. São Paulo

MCSWEENEY-FELD, M. E., DISCENZA, S., DE FEIS, G. L. (2010). Strategic Alliances & Customer Impact: A Case Study Of Community Hospitals. *Journal Of Business & Economics Research*, Vol. 8, N° 9.

MINAYO, M.C. (1994). *O Desafio Do Conhecimento Científico: Pesquisa Qualitativa Em Saúde*. 2ª edição, São Paulo.

MISENER, K. E DOHERTY, A.(2012). Understanding capacity through the processes and outcomes of interorganizational relationships in nonprofit community sport organizations. *Sport Management Review*, Available online 22 August 2012.

MOHRMAN, J. R. GALBRAITH, E. E. LAWLER, III, & ASSOCIATES (EDS.), Tomorrow's organization: Crafting winning capabilities in a dynamic world (pp. 330-361). San Francisco: Jossey-Bass

MOHRMAN, S., RAMKRISHNAN, T.V., MOHRMAN, A. M. JR. (2003). The Role Of Networks In Fundamental Organizational Change: A Grounded Analysis. Publication Info: *The Journal Of Applied Behavioral Science* 39. 3 (Sep 2003): 301-323.

NHORIA, N. e ECCLES, R.G. (1992). *Networks And Organizations: Structure, Form And Action*. Harvard Business School Press.

NOVOTNY JM, DONAHUE M, BHALLA BB. The clinical partnership as strategic alliance. *J Prof Nurs*. 2004;20(4):216-21.

OLIVEIRA, E., (2010). Metodologias De Investigação Científica. Faculdade De Engenharia Do Porto

OLIVER, C. (1990). Determinants Of Interorganizational Relationships: Integrations And Future Directions. *Briarcliff Manor: The Academy Of Management Review*, Vol. 15, Nº 2, P.241-265, Abr.

PECI, A. (1999). Emergência E Proliferação De Redes Organizacionais: Marcando Mudanças No Mundo Dos Negócios. 23º Encontro Nacional Da Anpad. Curso De Mestrado Em Administração Pública Da Ebp/FGV

PEREIRA, B. 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, Brasília, Df.

PIRES, E. R. E MACHADO NETO, A. J. (2012). Redes de cooperação como alternativa para o desenvolvimento local: a indústria calçadista francana. *Revista Eletrônica de Administração* Vol. 11, No. 2, pp.1-13.

PORTER, M.E. (1990). *The Competitive Advantage Of Nations*, Free Press, New York, 1990

POWELL, W. W., (1990). Neither Market Nor Hierarchy: Network Forms Of Organization. *Research In Organizational Behavior*, Vol. 12, P. 295-336

Relatório e Contas Do Centro Hospitalar Cova Da Beira (2010)

RODRIGUES, W. (2007). Metodologia Científica

RUSKO, R. (2011). Exploring the concept of coopetition: A typology for the strategic moves of the Finnish forest industry. *Industrial Marketing Management*, Vol. 40, pp. 311-320.

SALGE TO, VERA A. Hospital innovativeness and organizational performance: evidence from English public acute care. *Health Care Manage Rev.* 2009;34(1):54-67.

SONG, Y. IL, (1995). Strategic Alliances In The Hospital Industry: A Fusion Of Institutional And Resource Dependence Views. *Academy Of Management Journal*, 271

TENKASI, R. V., MOHRMAN, S. A., & MOHRMAN, A. M., JR. (1998). Accelerated learning during organizational transition. In S. A.

TRKMAN, P., DESOUZA, K. C. (2011). Knowledge Risks In Organizational Networks: Na Exploratory Framework. *Journal Of Strategic Information Systems*, 21, 1-17.

WILLIAMSON, O. E., (1985). *The Economic Institutions Of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. Free Press

WILLIAMSON, O. E., (1991). *The Nature Of The Firm: Origins, Evolution, And Development*. Oxford University Press

WILLIAMSON, O. E., (1996). *The Mechanisms Of Governance*. Oxford University Press

## **ANEXOS**

---

1. Guião da Entrevista com o Diretor do Centro Hospitalar Cova da Beira, Prof. Dr. Miguel Castelo Branco - 28/05/2012

1 - Qual a importância que assume hoje em dia, para uma organização de saúde, a possível cooperação com outras empresas?

2 - Há quanto tempo se iniciou a cooperação existente entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI (FCS)? Qual o motivo da construção da FCS no mesmo perímetro do CHCB?

3 - Até que ponto esta cooperação se tornou indispensável? Existe dependência de alguma forma?

4 - Existem alguns protocolos da FCS com outras entidades hospitalares, nomeadamente ao nível de estágios. Este processo foi de alguma forma desencadeado pela parceria com o CHCB?

5 - Esta cooperação teve implicações a nível económico para a região? E de que forma a população local beneficiou, ao nível da saúde e dos seus profissionais?

6 - Como docente da FCS, como é que acha que a mesma beneficia da ligação ao CHCB?

7 - Tenho conhecimento de uma ferramenta de natureza pedagógica, existente para os alunos da FCS, a INTRANET, que permite a comunicação entre os alunos e os docentes, e ainda torna possível o acesso dos alunos a literatura do hospital, bem como a exames. Existe uma ligação entre esta ferramenta e o CHCB?

8 - Para finalizar, gostaria de abordar o relatório do grupo técnico para a reforma hospitalar apresentado em Novembro de 2011 e que compreende a construção do Polo de Saúde da Beira Interior, que está neste momento em curso. Este Polo tem como objetivo a cooperação entre as 3 principais instituições de saúde da região, a Unidade Local de Saúde da Guarda, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e o CHCB. Li recentemente que já foi assinado um protocolo de cooperação entre o CHCB e a ULSCB. Na sua opinião, este era um projeto necessário? De que forma isto vem permitir reforçar ainda mais a colaboração com a FCS?

9 - A concretização deste projeto na Covilhã passa de alguma forma pela importância da Universidade enquanto potenciadora de desenvolvimento e conhecimento?

## 2. Guião da Entrevista com o Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, Prof. Dr. Luis Taborda Barata - 04/06/2012

1 - Qual a importância, que assume hoje em dia, para uma faculdade, a possível cooperação com outras organizações? Acha importante, ou mesmo indispensável?

2 - Quais são os contornos da cooperação entre o Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI (FCS)?

3 - Até que ponto esta cooperação se tornou indispensável? Existe dependência de alguma das partes?

4 - A nível financeiro, existe alguma vantagem para as instituições envolvidas?

5 - Existem protocolos com outros hospitais, nomeadamente ao nível de estágios. Que hospitais são esses?

6 - Quais acha que foram os principais benefícios que a população local retirou da criação da FCS, e posteriormente da sua cooperação com o CHCB?

7 - Tenho conhecimento de uma ferramenta de natureza pedagógica, existente para os alunos da FCS, a INTRANET, que permite a comunicação entre os alunos e os docentes, e ainda torna possível o acesso dos alunos a literatura do hospital, bem como a exames. Existe uma ligação entre esta ferramenta e o CHCB?

8 - Está neste momento em curso a implementação do Polo de Saúde da Beira Interior, que tem como objetivo a cooperação entre as 3 principais instituições de saúde da região, a Unidade Local de Saúde da Guarda, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB) e o CHCB. De que forma a existência da FCS na região teve algum peso na criação deste Pólo de Saúde? Qual o papel da mesma no desenvolvimento deste projeto?

9 - Está em curso a construção da UbiMedical, que será a maior infraestrutura científica do país e uma das mais evoluídas da Europa a nível tecnológico. Na altura em que este projeto foi lançado, houve várias cidades a concorrer, nomeadamente Coimbra e Aveiro. O que terá sido determinante na escolha da Covilhã para implementação deste projeto? Qual a associação desta infraestrutura com o Polo de Saúde?

### 3. Enunciado do Questionário Enviado aos Alunos da FCS da UBI

#### 1. Sexo

- Masculino  Feminino

#### 2. Idade

#### 3. Qual o curso que frequenta?

- Medicina  
 Ciências Farmacêuticas  
 Ciências Biomédicas  
 Optometria  
 Gerontologia  
 Biomedicina

#### 4. Ano de frequência Universitária

- 1º Ano  4º Ano  Mestrado  
 2º Ano  5º Ano  3º Ciclo  
 3º Ano  Estágio

#### 5. Qual o seu nível de rendimento escolar?

Muito Pobre	Pobre	Médio	Bom	Muito Bom	Excelente
<input type="radio"/> Muito Pobre	<input type="radio"/> Pobre	<input type="radio"/> Médio	<input type="radio"/> Bom	<input type="radio"/> Muito Bom	<input checked="" type="radio"/> Excelente

#### 6. Numa escala de 1 a 5, como classifica o seu nível de conhecimento relativamente à parceria entre a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI e o Hospital Cova da Beira?

Muito Fraco	Fraco	Intermédio	Algum	Elevado
<input type="radio"/> Muito Fraco	<input type="radio"/> Fraco	<input type="radio"/> Intermédio	<input type="radio"/> Algum	<input type="radio"/> Elevado

#### 7. Na sua opinião, quais os principais motivos impulsionadores da criação de uma parceria entre a Faculdade de Ciências da Saúde e o Hospital da Cova da Beira?

- Maior rentabilidade dos recursos existentes  
 Aumento do nível de investigação/ inovação  
 Melhoria da qualidade de ensino, com a procura de uma melhor articulação com a prática médica.  
 Troca de conhecimentos e formação qualificada  
 Aumento de prestígio para ambas as instituições

- Intercâmbio de serviços, instalações e pessoal
- Mais valias monetárias
- A necessidade de um espaço hospitalar para formar alunos da área da saúde
- Possibilidade de criação do curso de Medicina na Covilhã
- Política regional

Outro

(especifique)

8. Classifique de 1 a 5, em grau de importância (sendo 1 - pouco relevante e 5 - muito relevante), as principais vantagens que retira, enquanto estudante na Faculdade de Ciências da Saúde, da cooperação com o CHCB?

	1	2	3	4	5
Maior proximidade entre alunos e médicos	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Acesso aos laboratórios e outras logísticas do Hospital	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Possibilidade de estagiar no Hospital	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Interacção com os profissionais de saúde do Hospital	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Possibilidade de contacto directo com os pacientes	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Melhor formação teórica e prática	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

9. Concorda com a existência de características da organização de saúde em questão (CHCB) que se podem revelar impulsionadoras na sua vivência enquanto estudante da FCS da UBI?

- Sim
- Não

10. Se tivesse que enumerar algumas das ditas características, quais iria considerar?

- Proximidade do CHCB à FCS UBI
- Qualidade de atendimento aos utentes do CHCB
- Qualidade dos profissionais de saúde do CHCB

Número de especialidades existente no CHCB

Boas infraestruturas do CHCB

Nível do equipamento disponível no CHCB

Outro

(especifique)

--