

FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM  
CONTABILIDADE ECONOMIA E FINANÇAS - FUCAPE

ANÁLISE DE COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DA  
ECONOMIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO: CASO DE UM  
HOSPITAL FILANTRÓPICO

LETÍCIA BARCELLOS CARVALHO

Vitória  
2006

FUNDAÇÃO INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISAS EM  
CONTABILIDADE ECONOMIA E FINANÇAS – FUCAPE

ANÁLISE DE COORDENAÇÃO DE SERVIÇOS NA PERSPECTIVA DA  
ECONOMIA DOS CUSTOS DE TRANSAÇÃO: CASO DE UM  
HOSPITAL FILANTRÓPICO

LETÍCIA BARCELLOS CARVALHO

Dissertação apresentada à Fundação  
Instituto Capixaba de Pesquisas em  
Contabilidade Economia e Finanças,  
como requisito final para a obtenção  
do título de Mestre em Contabilidade.  
Orientador: Prof. Dr. André Carlos  
Busanelli de Aquino. Coorientador:  
Prof. Dr. Annor da Silva Junior.

Vitória  
2006

Dedico este trabalho a minha Família,  
ao Orientador André Aquino, ao  
Coorientador Annor da Silva Junior e  
aos amigos Ângela, Ieda, Lugon e  
Wagner, que me acompanharam em  
toda esta jornada e sem os quais tudo  
seria muito mais difícil.

## AGRADECIMENTOS

Muitos contribuíram na construção deste relatório de pesquisa, por isso desejo expressar os meus agradecimentos:

Ao Prof. Doutor André Carlos Busanelli de Aquino, professor e orientador, pela disponibilidade e apoio ao longo da pesquisa, tanto pessoalmente quanto nas nossas trocas de e-mail.

Ao Prof. Doutor Annor da Silva Junior, coorientador, pela tranquilidade e evolução que me proporcionou após a qualificação.

A Equipe de professores e funcionários da FUCAPE, pelo apoio logístico durante todo o curso.

Aos colegas do Mestrado, pela disponibilidade. Em especial aos amigos Ângela, Lugon e Wagner, pelo apoio e pela sua amizade.

A excelente Professora Ieda, que permitiu reunir as condições que muito me ajudaram a vencer este período de trabalho.

A todos os chefes e colegas da Prefeitura Municipal de Vitória que sempre se disponibilizaram a acertos necessários de horário para que eu pudesse cumprir com todas as minhas obrigações profissionais e acadêmicas.

A toda equipe do Hospital, foco do estudo, em especial ao Diretor Geral pela porta que me abriu.

A minha Mãe, Irmãos e amigos, pelo estímulo e apoio com que sempre me acolheram.

E por último, ao meu Thiago, pelo apoio, paciência e compreensão, apesar do 'débito' de atenção sofrido nestes nossos dois anos.

## RESUMO

O presente relatório de pesquisa descreve a coordenação de serviços em um hospital filantrópico na perspectiva da Economia dos Custos de Transação. O Hospital em estudo possui 36 anos, é caracterizado como um Hospital Geral, de médio porte de caráter filantrópico referência em oncologia. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados a análise documental de contratos e relatórios de gestão e a entrevista estruturada. Aplicou-se análise de conteúdo segundo Bardin (2004). Em relação à coordenação das transações de fornecimento de serviços, levantados os contratos formais e as relações informais, bem como identificada a opção por integração vertical de algumas áreas do serviço médico, verificou-se a existência de formas alternativas na estrutura de governança: contratos de longo prazo de serviços não hospitalares, de serviços hospitalares, relações informais de fornecimento de serviços hospitalares e vínculo empregatício. Características comuns aos serviços prestados por terceiros encontrados na estrutura do hospital são a presença de recursividade e especificidade de ativo humano. A opção por contratos de longo prazo e integração vertical explica-se pela necessidade de controle e adaptação cooperativa frente a distúrbios. Sendo o arranjo uma alternativa na redução de custos. Mintzberg (1995) classifica as organizações de saúde como uma estrutura que denomina Burocracia Profissional. Sendo esta estrutura organizada para realizar trabalho especializado em cenários relativamente estáveis. Esta configuração justifica o principal mecanismo de coordenação ser a padronização das habilidades e o fato dos serviços serem realizados por especialistas autônomos e influentes, ficando o corpo administrativo como suporte às operações, e não exercendo controle. No período de realização do estudo o hospital passava por fase de reestruturação organizacional desde sua estrutura física até os procedimentos operacionais.

Palavras-chave: Coordenação de Serviços, Economia dos Custos de Transação, Arranjo, Burocracia Profissional.

## **ABSTRACT**

The present research describes the coordination of services in a philanthropic hospital under the light of transaction costs. The hospital studied is a 36 years old institution characterized as a General Hospital of medium size, philanthropic and a reference in oncology. The documental Analysis and management reports as well as an structured interview have been used as tools for data collection. The content analysis according to Badin has been used. It has been identified the existence of alternative governance structures in relation to the coordination of the transactions for the supply of services observed in formal contracts and informal relationships as well as the identified option for vertical integration of some areas of the medical services. Long term contracts of non hospital services, hospital services, informal relations in the supply of hospital services and the employment status. Common characteristics to the services provided by third parties and found in the hospital structure are the presence of re-incidence and specificity of the human asset. The option for long term contracts and the vertical integration can be explained by the need of control and the cooperative adaptation upon disturbances, being the arrangement an alternative for cost reduction. Mintzberg (1995), classifies the health organizations as an structure that he calls Professional Bureaucracy. Being this structure organized to carry out specialized work in environment relatively stable. This configuration justifies the coordination mechanism as being the standardization of abilities and the fact the services to be carried out by independent and influent specialists where the administrative body act as a support for the operations having no control over them. The hospital was going through a period of re-organization – physical and operational – during the period of this study.

**Keywords:** coordination of services, transaction costs, arrangement, Professional Bureaucracy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: As duas perspectivas na análise institucional .....	16
Tabela 02: O hospital abstrato e material .....	18
Tabela 03: Tipos de estrutura de governança segundo Williamson .....	27
Tabela 04: Estrutura do método de análise de conteúdo.....	35
Tabela 05: Serviços oferecidos pelo hospital .....	39
Tabela 06: Enquadramento da análise documental dos contratos formais .....	45
Tabela 07: Relação de serviços médicos sem contrato formal, apenas cadastro no corpo clínico .....	47
Tabela 08: Fornecimento de serviços encontrados no hospital .....	54

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Estrutura Conceitual da Teoria dos Custos de Transação de Williamson .....</b>	<b>30</b>
<b>Figura 2: Estrutura organizacional do hospital .....</b>	<b>42</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. PERSPECTIVA DO ESTUDO ORGANIZACIONAL .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2. INSTITUIÇÕES SOCIAIS, O HOSPITAL E SEU PAPEL SOCIAL NO         CONTEXTO DA SAÚDE .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. O HOSPITAL COMO UMA BUROCRACIA PROFISSIONALIZADA .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4. A PERSPECTIVA DO INSTITUCIONALISMO ECONÔMICO .....</b>	<b>23</b>
<b>3. ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTA .....</b>	<b>33</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO DO CASO .....</b>	<b>38</b>
<b>4.1. A empresa .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2. A coordenação dos serviços .....</b>	<b>43</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
 <b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1: Roteiro entrevista estruturada .....</b>	<b>62</b>
<b>Apêndice 2: Análise dos contratos .....</b>	<b>63</b>
<b>Apêndice 3: Gráfico de discricionariedade dos contratos .....</b>	<b>73</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Pesquisas sobre a coordenação de serviços vêm sendo desenvolvidas em diversas áreas. Pode-se citar a tecnologia da informação, os serviços industriais, as franquias entre outras.

Este relatório tem como foco a análise de coordenação de serviços em um hospital filantrópico.

Pretendeu-se, com esse estudo, descrever e analisar como as transações de fornecimento de serviços médicos e hospitalares são coordenadas no contexto de um hospital filantrópico, localizado na Grande Vitória, na perspectiva econômica.

A base teórica envolve a Economia dos Custos de Transação que consiste em uma corrente teórica pertencente à perspectiva institucionalista de análise organizacional na vertente da Nova Economia Institucional. Esta perspectiva divide-se em duas correntes: a de análise sociológica e a de análise econômica.

As Instituições Sociais, na perspectiva da sociologia, representam “um sistema complexo e organizado de relações sociais relativamente permanentes, que incorpora valores e procedimentos comuns e atende a certas necessidades básicas da sociedade”, fornecendo a estrutura do funcionamento da cultura e da estrutura social. (DIAS, 2005, p.201)

Na sociedade moderna as instituições consideradas básicas são: família, religião, educação, política e economia. Porém, existem diversas outras instituições relacionadas às necessidades humanas, sendo a saúde uma delas (DIAS, 2005, p.202).

No âmbito institucional, o hospital é uma organização social de interação “destinado a cumprir cinco funções na área de saúde: preventiva, de reabilitação, restauradora, de ensino e de pesquisa” (ROCCHI, 1989, p.19).

A linha de análise econômica está dividida em duas vertentes: a “velha” que estuda a instituição de forma ampla e a “nova” que estuda a estrutura de governança com base nos direitos de propriedade e nos custos de transação.

A firma deve ser tratada como uma estrutura de governança, que tem por objetivo garantir uma coordenação que economiza os custos de transação e reduza a incerteza, compensando os agentes da racionalidade limitada e do oportunismo (WILLIAMSON, 1985).

Hospital enquanto uma estrutura burocrática profissionalizada apresenta complexidade de coordenação de serviços médicos e hospitalares, pois os gestores são responsáveis pelas atividades-meios, enquanto, os especialistas, desenvolvem as atividades-fins. Tal complexidade é ainda agregada ao fato de o hospital desempenhar mais do que funções estritamente técnicas, na medida em que se articula com diferentes sistemas de ação que o modelam e legitimizam, em sentido mais amplo, o Estado e a sociedade civil.

Em relação à coordenação, conforme estudo apresentado no Caderno de Saúde Pública, nos serviços hospitalares as áreas que apresentaram maior intensidade de terceirização foram: diagnóstico e serviços médico-assistenciais nas especialidades de maior complexidade (LEMOS, 2004). Tais áreas necessitam de investimentos em ativos específicos, o que possibilita o surgimento de *hold-up*. O conceito de especificidade do ativo envolvido nos serviços demonstra a relevância do estudo dos desenhos dos arranjos em relação à coordenação, considerando ainda a dificuldade de mensurar os custos, dado o fato dos serviços serem intangíveis.

Tendo como fundamento essa problemática de complexidade de coordenação, pergunta-se: **como as transações de fornecimento de serviços são**

### ***coordenadas no contexto de um hospital filantrópico?***

O objetivo geral da pesquisa é descrever e analisar de que forma as transações de fornecimento de serviços são coordenadas num hospital filantrópico. Para tanto, foram identificados e analisados os principais executores dos serviços médicos e hospitalares, a forma contratual que regula os serviços, a opção do hospital pela estrutura de governança (hierarquia, mercado ou por forma híbrida), bem como, as razões para essa opção e foram mapeados os serviços fornecidos pelo hospital.

Realizou-se estudo de caso com coleta de dados na análise documental de contratos, relatórios de gestão e entrevista estruturada. Aplicou-se análise de conteúdo, conforme Bardin (2004) para exame das entrevistas, relatórios de gestão e dos contratos.

A principal limitação da pesquisa está relacionada ao baixo poder de generalização dos resultados obtidos, dado que, no estudo de caso, a meta do investigador é a generalização analítica. O que se procura generalizar são proposições teóricas e não enumerar freqüências em generalização estatística (YIN, 2001).

As motivações para este estudo estão nas diferenças de complexidade e natureza dos serviços envolvidos nas transações contratadas, bem como, no fato do resultado da pesquisa possibilitar a compreensão das escolhas dos desenhos contratuais nos serviços, contribuindo com os estudos na área de controladoria, na medida em que, estuda a coordenação interfirmas.

O texto está estruturado em quatro seções além desta primeira que introduz o trabalho. É elaborado na seção 2, referencial teórico que trata dos conceitos estruturais. Nas seções 3 e 4 são apresentados respectivamente: o método e o caso

do estudo. Por último, na seção 5, são apresentadas as considerações finais, resumindo os resultados da pesquisa.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

A pesquisa partiu das perspectivas do estudo organizacional dando enfoque à perspectiva institucionalista em sua corrente de análise econômica com base na Economia dos Custos de Transação.

Em uma abordagem sociológica é apresentado o conceito de instituição social, a saúde como instituição e a contextualização do hospital e seu papel social. Por fim, a teoria da burocracia profissionalizada de Mintzberg, onde o hospital é caracterizado como uma burocracia profissionalizada. A análise da estrutura de coordenação de fornecimento de serviços do hospital filantrópico, objeto de estudo, foi realizada segundo a perspectiva do Institucionalismo Econômico, nos aportes teóricos da Economia dos Custos de Transação.

### **2.1. PERSPECTIVA DO ESTUDO ORGANIZACIONAL**

As organizações estão presentes no cotidiano de todos e dão forma ao funcionamento das sociedades, tornando-se objeto de estudo multidisciplinar. Cientificamente, os estudos deste campo são fragmentados e dispersos, não apresentando, sequer, um consenso sobre a definição de organização (Bastos, 2004 p.63). Este fato implica na existência de multiplicidade conceitual, tornando necessário que se faça uma opção conceitual para se proceder a análise organizacional.

Para o institucionalismo, a sociedade representa um “tecido de instituições, organizações, estabelecimentos, agentes e práticas”. Equivalendo as instituições a “árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas” (BASTOS, 2004 p.76).

Na linguagem corrente, os termos organização e instituição representam-se como sinônimos. Mas, para o institucionalismo, representam dois conceitos que devem ser diferenciados.

Instituições são corpos normativos de natureza jurídica e cultural integrados por idéias, valores, crenças e leis que determinam as forças de intercâmbio social (...) enquanto as instituições, assim definidas, são abstrações, as organizações são o seu suporte material (...) são mediadoras na relação entre as instituições e os sujeitos (...) As instituições condicionam e limitam a autonomia das organizações definirem suas próprias normas. As organizações, no entanto, cumprem um papel instituinte, ao modificar aquilo que é socialmente instituído (SCHVARSTEIN, apud BASTOS 2004 p.77).

O institucionalismo se divide em duas correntes: de análise sociológica, denominada Neo-institucionalismo e, de análise econômica, denominada Economia Institucional (BASTOS, 2004). A linha de análise sociológica divide-se, ainda, em duas visões: uma de um conjunto de autores franceses na vertente denominada “lógica de ação” e outra, no grupo institucionalista anglo-saxônica, subdividida ainda em duas vertentes: estruturalista macro analítico e cognitiva microestrutural. A linha de análise econômica também está dividida em duas vertentes: a “velha”, que estuda a instituição de forma ampla e a “nova”, que estuda a estrutura de governança com base nos direitos de propriedade e custos de transação (tabela 1).

Essas duas correntes polarizam a análise institucionalista e serão abordadas nesta pesquisa. A sociológica, em razão de o hospital ser um tipo de organização que dá suporte material à instituição saúde. E a econômica, na linha da Nova Economia Institucional para estudo da governança pelos custos de transação do hospital.

Na perspectiva da Nova Economia Institucional a organização é denominada como firma. Coase (1937) define a firma como um nexos de contratos, modelada para reduzir custos da transação, uma forma particular de organização econômica alternativa ao mecanismo de mercado.

Nesta pesquisa optou-se pela perspectiva conceitual do institucionalismo para

se proceder a análise organizacional. Uma das principais razões para essa escolha se deve ao tipo de organização que está sendo analisada – um hospital. O hospital é um tipo especial de organização que pode ser analisado pelas duas correntes presentes na perspectiva institucionalista: a sociológica e a econômica.

**Tabela 1: As duas perspectivas na análise institucional.**

INSTITUCIONALISMO					
Linhas	Neo-institucionalismo		Economia Institucional		
Análise	Sociológica		Econômica		
Autores	DiMaggio e Scott		Veblen e Commons	North e Williamson	
vertente	Francês	Anglo-saxônica		“Velha”	“Nova”
		estruturalista macro-analítico	cognitiva microestrutural	Estudo amplo da instituição – ênfase em aspectos históricos linha analítica descritiva	Estudo da estrutura de governança-base nos direitos de propriedade e custos de transação
Foco	Organização-sistema de competição/cooperação composto por redes de agentes heterogêneos e interdependentes.	A institucionalização se dá com base nos valores que as cercam		As instituições são vistas como hábitos de pensamento estabelecidos, comuns aos homens em geral. Um conjunto de instituições condiciona o comportamento dos indivíduos. Assim cumprem papel fundamental para a estabilidade da vida econômica, já que determinam resposta padrão da sociedade em relação as exigências materiais.	As instituições são as regras do jogo, dotadas de capacidade reguladora enquanto agências legitimadoras de papéis, normas e valores. Enquanto as organizações representam a estruturação dos times ou parte deles, cujos componentes estão ligados por algum propósito comum e devem agir segundo normas formalizadas ou não.

Fonte: Adaptado de BASTOS, 2004.

## 2.2. INSTITUIÇÕES SOCIAIS, O HOSPITAL E SEU PAPEL SOCIAL NO CONTEXTO DA SAÚDE.

As Instituições Sociais, na perspectiva da sociologia, representam “um sistema complexo e organizado de relações sociais, relativamente permanente, que incorpora valores e procedimentos comuns e atende a certas necessidades básicas da sociedade (...)” (DIAS, 2005, p.201). Estas instituições fornecem a estrutura de

funcionamento da cultura e do social, mantendo a continuidade e a previsão nas relações sociais. “É certo que sofrerão alterações, mas, em sua essência, elas continuarão a suprir aquelas mesmas necessidades para as quais foram criadas” (DIAS, 2005, p.202).

Nesta concepção, as instituições apresentam elementos comuns, segundo Lakatos (1999, p.169) devem ter função e estrutura; onde, a primeira, representa o propósito do grupo, cujo objetivo é regular suas necessidades e, a segunda, é composta de: **a) pessoal:** elementos humanos; **b) equipamentos:** aparelhamento material ou imaterial; **c) organização:** disposição do pessoal e do equipamento, observando-se uma hierarquia-autoridade e subordinação; **d) comportamento:** normas que regulam a conduta e atitude dos indivíduos.

É importante distinguir a definição de grupo social e instituição social. Enquanto o grupo representa pessoas com objetivos comuns que se encontram em interação social, a instituição representa as regras padronizadas para diversos grupos, trata-se de uma abstração. “De modo geral, ligada a cada instituição há, pelo menos, uma associação que realiza a função ou as funções daquela instituição”. Sendo a associação “um grupo organizado de indivíduos que executa uma ou mais funções” (DIAS, 2005, p.202-203).

A fase inicial da assistência médica foi marcada por misticismo e religião, onde as enfermidades eram atribuídas ao sobrenatural e o sacerdote representava o médico (ROSEN, 1958).

Na sociedade moderna, as instituições consideradas básicas são: família, religião, educação, política e economia. Existindo diversas outras instituições relacionadas às necessidades humanas, sendo a de saúde uma delas (DIAS, 2005, p.202).

Nas sociedades modernas, ocorre a emergência dos sistemas integrados de saúde em que o hospital passa a fazer parte, enquanto subsistema, de cuidados secundários (por exemplo, cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), e lugar de ensino e de investigação biomédica. (GRAÇA, 2000)

No âmbito institucional saúde, o hospital é uma organização social de interação “destinados a cumprir cinco funções na área de saúde: preventiva, reabilitação, restauradora, ensino e pesquisa” (ROCCHI, 1989, p.19).

Na realidade, o que caracteriza o hospital moderno é sobretudo a ruptura conceitual, isto é, a passagem do "social" (prestação de assistência) ao "sanitário" (produção de cuidados de saúde), a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para um outro conceito diametralmente oposto, o de prestação de serviços. O que é novo é a organização hospitalar e não propriamente a função hospitalar (GRAÇA, 2000)

**Tabela 2: O hospital abstrato e material**

<b>HOSPITAL NO CONTEXTO DA SAÚDE</b>	
<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>ORGANIZAÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise macro do hospital - desempenha mais do que funções estritamente técnicas, abstração;</li> <li>Articula-se com diferentes sistemas de ação que o modelam e legitimam: o Estado e sociedade civil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise micro do hospital enquanto organização social, materialização;</li> <li>Considera seu sistema interno de ação: seus atores internos e as relações que estabelecem entre si.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de (Graça, 2000)

No Brasil, os primeiros hospitais surgem como o modelo de Santa Casa a partir do descobrimento pelos portugueses, impregnados do “Espírito Cristão” e reconhecidos como utilidade pública (MARTINS, 1994). Com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, o Estado passa a garantir assistência hospitalar indiscriminadamente, sendo a assistência à saúde livre à iniciativa privada.

A Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 regula, em todo território nacional, o funcionamento das ações e serviços de saúde. Determinando em seu Artigo 20 que “os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por

iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Destaca-se o papel do setor hospitalar filantrópico para o SUS, como único prestador de serviços hospitalares em número importante de municípios do interior, e, também, como prestador de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte. Segundo dados do Datasus, do total de internações realizadas pelo SUS em 2000, 37,6% são em hospitais filantrópicos. (LEMOS, 2004)

O hospital filantrópico é uma organização não governamental, sem fins lucrativos. O que não significa que o hospital não possa obter resultados positivos, mas sim, que esses superávits não podem ser destinados em benefício de remuneração do capital investido.

A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objeto social inerente a todos os hospitais. Quanto as segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade (ALMEIDA, 1987, p.51).

Conforme estudo apresentado no Caderno de Saúde Pública (2004), para auferir a filantropia, o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social é requisito e várias são as condições exigidas para a sua concessão. Em particular para os hospitais destacam-se duas exigências alternativas: 1) a oferta e a efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao Sistema Único de Saúde, ou 2) a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao Sistema Único de Saúde, no caso do gestor local do Sistema Único de Saúde declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações. O Conselho Nacional de

Assistência Social, órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social, é responsável pela concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social às entidades para que estas sejam consideradas filantrópicas (LEMOS, 2004).

### **2.3. O HOSPITAL COMO UMA BUROCRACIA PROFISSIONALIZADA**

O hospital pode ser classificado na categoria das organizações especializadas, neste conceito cabem, aliás, outras organizações: universidade, laboratório de engenharia, serviço de ação social, centro de formação profissional, entre outros. Nestas organizações os gestores são responsáveis pelas atividades-meio enquanto os especialistas desenvolvem as atividades-fim, este fato pode gerar, um caso típico do conflito institucionalizado de papéis. Para entender as diferenças do hospital em relação a outras organizações que possam recorrer à colaboração de especialistas, mas são fundamentalmente organizações não-especializadas, o conceito de burocracia profissional de Mintzberg é mais apropriado (GRAÇA, 2000).

Mintzberg (1995) classifica as organizações de saúde como uma estrutura que denomina Burocracia Profissional, sendo esta estrutura organizada para realizar trabalho especializado em cenários relativamente estáveis. Esta configuração justifica o principal mecanismo da coordenação ser a padronização das habilidades e, dos serviços serem realizados por especialistas autônomos e influentes, ficando o corpo administrativo como suporte às operações, e não exercendo controle. Como afirma Mintzberg:

... a burocracia profissional para coordenar apóia-se na padronização de habilidades e em seus parâmetros associados para delinear o treinamento e a doutrinação. Ela admite especialistas grandemente treinados e doutrinados - os profissionais - para o núcleo operacional, e então fornece a eles considerável controle sobre seu trabalho (...) controle sobre o seu próprio trabalho significa que o profissional atua relativamente independente

de seus colegas, mas de perto com os clientes aos quais serve.  
(MINTZBERG, 1995, p.189-190)

Nas organizações de saúde, a padronização de habilidades e conhecimentos tem origem no trabalho médico que é altamente especializado e padronizado. O treinamento e a doutrinação, no caso do trabalho médico, inicia-se por anos de estudo em universidades especializadas, onde as habilidades e conhecimentos da profissão são programados de maneira formal de acordo com o que deve ser o profissional. Adicionando ainda, longo período de treinamento em serviço, onde conhecimento formal é aplicado e a prática de habilidades aperfeiçoada sob a supervisão próxima de membros da profissão.

A estrutura das organizações profissionais é essencialmente burocrática, mas sua coordenação é obtida pelo delineamento e padronização do que deve ser feito. Diferindo da burocracia mecanizada no fato de que seus padrões têm origem fora da estrutura, em associações que estabelecem padrões universais que devem ser ensinados pela universidade e utilizados pela profissão (MINTZBERG, 1995).

A questão de o núcleo profissional exercer controle sobre o seu trabalho, reside em que “a burocracia profissional enfatiza a autoridade de natureza profissional – o poder pela perícia” (MINTZBERG, 1995, p.191). Sendo o trabalho complexo para ser supervisionado por gerentes ou padronizado por analistas, apresentando dificuldade para medir os resultados do trabalho profissional.

... o núcleo operacional é à parte-chave da burocracia profissional. A única outra parte também completamente elaborada é a assessoria de apoio, mas esta é enfocada muito mais como servindo o núcleo operacional (MINTZBERG, 1995: 193).

O que freqüentemente surge na burocracia profissional são hierarquias paralelas, uma democracia de baixo para cima para os profissionais, e uma segunda burocraticamente mecanizada de cima para baixo para assessoria de apoio (MINTZBERG, 1995: 197).

Neste pensamento de hierarquias paralelas, as estruturas administrativas das organizações profissionais podem ser descritas, segundo Mintzberg (1995) como

pirâmides invertidas, em que os operadores profissionais situam-se no topo e os administradores encontram-se situados abaixo para servi-los.

Nas organizações de saúde podemos alocar no topo os médicos e na base os demais profissionais que garantem o suporte de funcionamento da estrutura, tais como manutenção de equipamentos, desinfecção de instrumentos, suprimento, distribuição e outros. Diante deste cenário, os administradores profissionais possuem menos poder que os chamados operadores, porém Mintzberg (1995), lhes assegura considerável poder indireto ao descrever os papéis do administrador profissional.

O poder é ganho, acima de tudo, nas posições de incerteza, e estas são exatamente onde ficam os administradores profissionais. (...) De maneira semelhante, aquele que consegue resolver conflitos a favor de sua unidade, ou que efetivamente protege os profissionais contra influências externas, torna-se um valioso - e, portanto, poderoso - membro da organização (MINTZBERG, 1995, p. 199).

Os papéis externos do administrador profissional (contatos, negociações, relações públicas) que lhe conferem relevância na administração profissional, representando para a organização um negociador político. Dessa forma, os operadores profissionais tornam-se dependentes do administrador, porém Mintzberg (1995) ressalta que o poder do administrador para influenciar a estratégia vai além de influenciar os operadores profissionais.

Todo bom gerente procura mudar a organização de sua própria maneira, alterando suas estratégias para torná-la mais eficaz. Na burocracia profissional isso é traduzido por um conjunto de iniciativas estratégicas que o administrador deseja assumir por si mesmo. No entanto, nessas estruturas, em princípio, da base para cima - o administrador não pode impor sua vontade aos profissionais do núcleo operacional. Em lugar disso ele deve apoiar-se em seu poder informal e aplicá-lo sutilmente (MINTZBERG, 1995, p. 201).

Em uma burocracia profissional, os profissionais estão agregados a uma organização democrática em que possuem autonomia para desenvolver seu trabalho, “virtualmente não há controle do trabalho além daquele da profissão em si, e nenhuma forma de controlar as deficiências que os profissionais por si mesmos

decidem omitir” (MINTZBERG, 1995, p.205).

Na Burocracia Profissionalizada, a coordenação se dá apenas por meio da padronização de habilidades de origem externa à estrutura, ensinados pela universidade e utilizados pela profissão. Outras formas de coordenação, como por exemplo, a supervisão direta e o ajustamento mútuo se mostram ineficientes, visto que, ameaçam o poder de perícia e a autonomia dos profissionais (MINTZBERG, 1995).

Em virtude da autonomia e do poder de perícia do especialista, a burocracia profissional apresenta problemas de coordenação. Dada a autonomia que o especialista possui no desenvolvimento do seu trabalho o administrador não pode facilmente tratar com profissionais incompetentes ou inescrupulosos. Permitindo ao especialista agir com oportunismo, ignorando necessidades dos clientes, ou até mesmo permitindo ignorar necessidades também da organização.

É uma estrutura inflexível adequada para produzir resultados padronizados, pois em decorrência de um problema de falta de cooperação gerado pela autonomia dos profissionais, surgem dificuldades de inovação.

#### **2.4. A PERSPECTIVA DO INSTITUCIONALISMO ECONÔMICO**

A chamada economia institucional apresenta duas vertentes, a "velha" e a "nova" economia.

A "velha" economia institucional representa um corpo teórico heterogêneo que tem como precursores economistas alemães influenciados pela biologia darwinista. O institucionalismo alemão recusa a hipótese dos economistas clássicos liberais da possibilidade de uma ordem sócio-econômica auto-regulada repousar, exclusivamente, nos atributos individuais de racionalidade e liberdade e, propunha

substituir a unidade de análise do indivíduo pelas instituições e sua evolução. Outro aspecto importante é que defendia soluções novas para a questão social, considerando o Estado uma agência positiva cuja assistência é uma das condições indispensáveis ao progresso humano. A escola institucional alemã ganhou adeptos nos EUA, que a adaptaram à tradição individualista própria de sua cultura, valorizando a dimensão histórica dos eventos sócio-econômicos. (GUEDES, 2000)

De forma sucinta, o velho institucionalismo substitui o conceito de equilíbrio pelo de processo (evolução) recusando a pretensão neoclássica de construir uma teoria "geral" para a ciência econômica e, propõe o deslocamento da centralidade analítica do indivíduo para a instituição (GUEDES, 2000).

em um artigo preocupado com as ligações da moderna vertente institucionalista com a teoria das organizações, Williamson (1993, p.3) apresenta algumas das principais críticas ao institucionalismo tradicional, considerado por ele como um enfoque meramente descritivo, historicamente específico e não cumulativo (...) Coase (1984) afirma que o institucionalismo era apenas uma massa de material descritivo (...) negando portanto, qualquer relação de antecedência teórica entre o institucionalismo tradicional e a nova economia das instituições (ZYLBERSTAJN, 1995, p.13).

A Nova Economia Institucional aparece como uma reação aos pressupostos heróicos neoclássicos (ZYLBERSTAJN, 1995) .

“Na origem da nova economia institucional está o relaxamento de alguns pressupostos da teoria neoclássica, não com o objetivo de invalidá-la, mas de incrementar sua aplicabilidade” (AQUINO, 2005).

Na perspectiva da nova economia institucional o conceito que veio revolucionar as análises econômicas foi introduzido por Coase (1937), ele considera a firma composta por várias transações que podem ser vistas como unidades básicas de análise. Os autores precursores da nova economia institucional são Oliver Williamson e Douglas North.

A nova economia institucional insere a preocupação com problemas comportamentais, importância de especificidades de ativos, análise comparativa das instituições e a forma das organizações. O conceito da firma como função de produção é substituído pelo conceito de estrutura de governança (WILLIAMSON, 1985).

Para Williamson a estrutura de governança é definida a partir dos atributos das diferentes transações. O autor busca caracterizar uma transação por meio da incerteza, da frequência e da especificidade dos ativos, para assim, estabelecer uma estrutura de governança que venha diminuir os custos de transação.

Douglas North contribui para a perspectiva da Nova Economia Institucional em um nível macro-institucional de análise, relacionando instituições e o desempenho econômico.

Em uma sociedade, as instituições são as regras do jogo, representam limites para controlar o comportamento humano e sua interação tanto política como econômica ou social, sendo a principal razão de sua existência a redução da incerteza nas transações. As normas podem ser formais (constituições, leis e direitos de propriedade) ou informais, que são regras não conscientemente desenhadas e que estão no interesse individual de cada um, passando a ter força moral quando todos em uma sociedade as seguem (NORTH, 1990).

Em complementação às instituições, para North (1994), as organizações, assim como as instituições, representam uma estrutura para promover a interação humana de grupos de indivíduos envolvidos em um objetivo comum. As regras definem como o jogo deve ser realizado (instituição) e o time dado às regras combina suas habilidades, estratégias e capacidade de coordenação para vencer

(organização).

Dentre os principais conceitos da Nova Economia Institucional, estão: 1) foco da análise no agente individual e não no mercado, 2) busca de maximização do interesse próprio do indivíduo, limitado pela estrutura organizacional, 3) existência de racionalidade individual limitada, 4) existência de comportamento oportunista, 5) existência de conjunto de regras e normas para garantir direitos de propriedade, 6) existência de mecanismos de coerção via arranjos ou ordem legítima, 7) as instituições direcionam o comportamento individual reduzindo a incerteza e 8) organizações são grupos de pessoas unidas por objetivos comuns, atuando sob uma mesma instituição que busca a maximização deste objetivo (AQUINO, 2005).

Na Nova Economia Institucional está inserida a Economia dos Custos de Transação, que segundo Williamson (1993), tem por objetivo “estudar o custo de transação como indutor dos modos alternativos de organização de produção, dentro de um arcabouço analítico institucional”.

Em seu artigo *Transaction Cost Economics and Organization Theory* Williamson (1993), define custos de transação como

custos *ex-ante* de preparar, negociar e salvaguardar um acordo, bem como os custos *ex-post* dos ajustamentos e adaptações que resultam, quando a execução de um contrato afetada, como resultado de falhas, erros, omissões e alterações inesperadas.

A firma existe devido a sua capacidade de reduzir custos de transação, como um esforço cooperativo para maior eficiência econômica de produção, do que a obtida com a soma dos produtos de esforços individuais. As instituições emergem quando existem custos de transação (COASE, 1937).

Na perspectiva da economia dos custos de transação, a economia e sociedade são regidas pelas relações contratuais. Nesta dimensão é necessário o entendimento dos conceitos de transação de estrutura de governança. (BASTOS,

2004 p.82)

Para estudar a organização econômica, a economia dos custos de transação adota uma abordagem micro-analítica de análise, a transação: quando um bem é transferível através de uma interface tecnologicamente separável. Neste contexto, surge interface entre mercado e hierarquia com os arranjos organizacionais (WILLIAMSON, 1985).

A estrutura de governança é o ambiente em que a integridade comercial e contratual da transação é preservada. Onde os agentes, com base nos custos de transação, escolhem comprar ou produzir bens / serviços em três tipos de estrutura de governança: hierarquia, arranjo híbrido, mercado (WILLIAMSON, 1979).

**Tabela 3: tipos de estrutura de governança segundo Williamson**

<b>MERCADO</b>	<b>ARRANJO</b>	<b>HIERARQUIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• transações recorrentes</li> <li>• não envolve ativos específicos</li> <li>• ausência de investimentos para manter relação</li> <li>• avaliação pela experiência das partes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• participação de terceira parte em avaliações ou resolução de litígios</li> <li>• transação envolve ativo específico</li> <li>• performance mensurável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• risco elevado por possíveis conflitos com resolução cara ou incerta</li> <li>• transação envolve ativo específico</li> <li>• vantagem na integração</li> </ul>

Fonte: Adaptado de (Bastos, 2004)

A escolha da estrutura de governança objetiva garantir uma coordenação que economiza os custos de transação e reduza a incerteza, compensando os agentes da racionalidade limitada e do oportunismo (GUEDES, 2000).

Os pressupostos comportamentais da racionalidade limitada e do oportunismo são fundamentais para a compreensão da Economia dos Custos de Transação, não apenas por associação a custos, mas também por permitir analisar características dinâmicas dos contratos (ZYLBERSTAJN, 1995).

Os agentes são intencionalmente racionais, mas por limitação cognitiva processam parte das informações, sendo necessárias previsões de adaptações e

renegociações futuras, limitando o alcance de longo prazo (WILLIAMSON, 1985).

O conceito de racionalidade limitada está relacionado aos conceitos de incompletude e oportunismo. Devido à racionalidade limitada humana, nem todas as contingências podem ser antecipadas sendo racional deixar algumas contingências abertas à discussão futura, evitando gastos excessivos em tentar cobrir um grande número de eventualidades improváveis. E em decorrência do oportunismo, sistemas de medida e controle são necessários para assegurar que os termos acordados serão cumpridos (RIBEIRO & AQUINO, 2004).

Por oportunismo eu entendo a busca do auto-interesse com astúcia. Isto inclui mas certamente não está limitado às formas mais óbvias, tais como a mentira, o roubo e a fraude. O oportunismo envolve na maioria das vezes formas sutis de engodo. Tanto na forma ativa e passiva quanto nos tipos *ex-ante* e *ex-post* (WILLIAMSON, 1985, p.47).

Nem todos os indivíduos são oportunistas, mas a incerteza torna necessária a utilização de contratos que envolvam custos. A ocorrência do oportunismo pode ser *ex-ante* em decorrência de seleção adversa ou *ex-post* por *moral hazard*, ambos em decorrência de existência de assimetria de informação (ZYLBERSTAJN, 1995).

E, ainda por Arruñada (2001), “escassez de informação explica a variedade e complexidade dos mecanismos usados na definição dos termos da troca, bem como, os compromissos entre as partes”. As instituições protegem a troca, mas podem ser usadas para finalidade de expropriação, produzindo novas formas possíveis de oportunismo, que geram novos custos na troca. Neste contexto, os mecanismos de *enforcement* devem assegurar que os termos do contrato sejam cumpridos, sendo a organização da troca devido à necessidade de coordenação e incentivos alinhados e reforçados. Problemas de *enforcement* estão associados à assimetria de informação entre as partes, fonte do comportamento oportunista.

A economia dos custos de transação para Zylberstajn (1995), tem como

pressuposto básico a existência de custos na utilização do sistema de preços, bem como na condução de contratos. Assim, para Williamson (1985), as características das transações sustentam razões econômicas racionais para explicar os diferentes tipos de arranjos, onde as principais dimensões são:

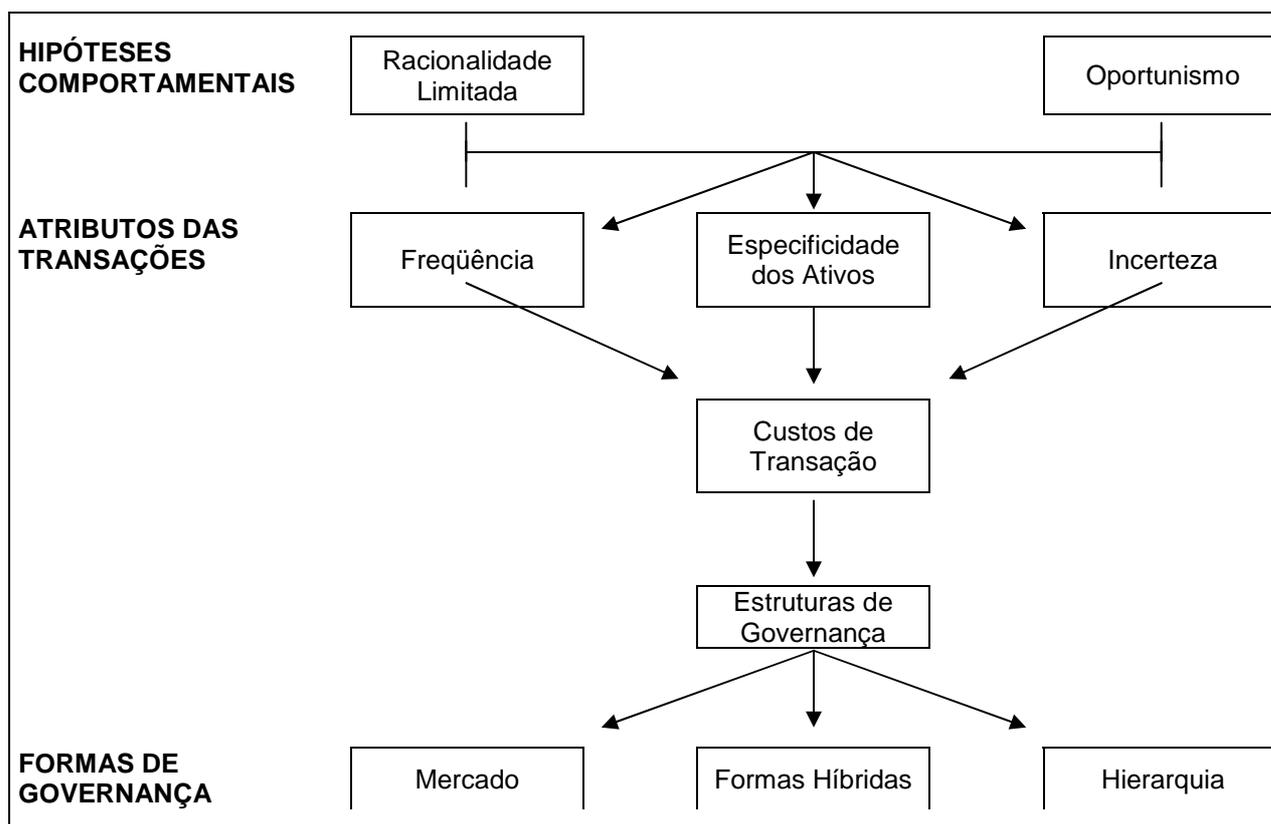
a) freqüência da transação é importante para definir o desenho do arranjo e a complexidade contratual, considerando a existência de transações fora dos padrões e as não especializadas. Quanto mais freqüentemente uma transação é realizada, mais dependente tornam-se as partes desta transação.

b) especificidade dos ativos envolvidos, o que torna um ativo específico é sua capacidade de atender um requisito predeterminado por um demandante. São investimentos arriscados, pois os contratos podem ser interrompidos e o uso alternativo desses investimentos representa perda de valor produtivo. Oliver Williamson (1996) define seis tipos de especificidade: 1) local, relacionado a imóveis e infra-estrutura, 2) física, interdependência por aquisição de máquinas e equipamentos específicos, 3) humana, relacionada aos ativos de capital humano, 4) ativos dedicados, investimentos exclusivos a determinado contrato, 5) marca, investimentos para uso e, 6) temporal, impossibilidade de separar fatores tecnológicos dos produtos envolvidos.

c) incerteza (risco), o aumento desta dimensão, associado à possibilidade de oportunismo representa custo, pois reduz a confiança dos agentes em relação aos efeitos não previstos, representa falta de informação. “O grau suficiente para colocar em posição um adaptativo problema de decisão seqüencial”. Esta dimensão motiva à estruturação de formas alternativas de governança a transações que ocorrem via mercado e envolvem ativos específicos.

As características básicas das transações na Economia dos custos de

Transação são: especificidade do ativo, incerteza e freqüência. A incerteza envolvida nas transações e os riscos associados a existência de oportunismo implica na adição de custos às transações que ocorrem via mercado, motivando formas de governança alternativas (Williamson, 1991).



Fonte: Guedes (2000)

**Figura.1 – Estrutura Conceitual da Teoria dos Custos de Transação de Williamson**

A estrutura de controle está relacionada com a freqüência das transações, pois, quanto mais freqüente uma transação, mais uma estrutura especializada pode minimizar seus custos. A presença de ativos específicos representa custo de realocação, assim essa característica representa o mais importante indutor da forma de governança, uma vez que, estão associados a dependência bilateral que sugere maiores níveis de integração vertical. O modo híbrido é uma situação intermediária comparado às formas do contínuo entre mercado e hierarquia. O modo híbrido apresenta adaptações semi-fortes e trabalha com um regime semi-legal de leis

contratuais (Williamson, 1991).

Os indivíduos precisam de informação sobre a composição e os termos dos produtos / serviços a serem trocados, sendo sua produção e transmissão caras. Em Barzel (2003), o autor associa os arranjos institucionais ao controle da perda de eficiência da transação devida à dificuldade de medir determinado atributo transacionado, adicionando a proposição do custo de medida na análise da transação. A firma é vista como um conjunto de garantias ofertadas por um agente especializado, capaz de ofertar salvaguardas, gerando direitos sobre o resíduo.

As transações podem ser decompostas em diferentes dimensões onde, cada dimensão representa uma troca de direitos de propriedade que representa um custo de mensuração para os partícipes da transação. Tal valor pode ser dissipado se os direitos de propriedade não forem devidamente definidos, o que pode ocorrer se for difícil medir os atributos a serem contratados. Já se o atributo puder ser medido a baixo custo, poderá ser contratado externamente à firma e ter o seu desempenho garantido pela justiça, no caso de quebra contratual. Por outro lado, se as dimensões forem de mensuração mais custosa, estas deverão contar com outros mecanismos de garantia que não têm a característica de um contrato. Ou seja, as partes se organizam privadamente para diminuir os riscos de perda de eficiência na transação, seja pelo desenvolvimento de mecanismos com base em reputação dos agentes, seja com base em laços sociais, seja realizando a transação internamente à firma. Para resolver este problema surgem diferentes tipos de modelos de acordo e de organizações (BARZEL, 2003).

As transações representam alterações de direitos de propriedade referentes aos bens ou serviços trocados e para Besanko (2006),

contratos definem as condições da troca... relacionam o grupo de tarefas que cada uma das partes contratantes espera que a outra execute... se necessário uma parte prejudicada pode recorrer à justiça para fazer valer o contrato.

O contrato no nível mais básico é um acordo legalmente forçado e o que o distingue da transação é a autoridade de invocar o poder coercivo do Estado na definição de disputas e reforço de promessas (MASTEN, 1999).

Três fatores impedem a formulação de contratos completos: 1) racionalidade limitada, 2) dificuldade de especificar ou mensurar o desempenho, e 3) assimetria de informação (BESANKO, 2006).

Classificando os contratos, Zylberstajn (1995) os apresenta como clássicos, neoclássicos e relacionais. Nos contratos clássicos as transações ocorrem de forma isolada, não apresentando ligações com períodos posteriores. Os contratos neoclássicos caracterizam-se pelo desejo de manutenção da relação contratual, através da negociação e, e por fim, os contratos relacionais concentram os esforços em manter uma relação contratual continuada através de corpos e normas de tomada de decisão estabelecida pelas partes, diferindo dos neoclássicos, uma vez que, o contrato original deixa de servir de base para a negociação.

### 3. ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTA

A pesquisa qualitativa, para Triviños (1987), apresenta características essenciais: 1) contextualidade, o ambiente natural é fonte direta dos dados e o pesquisador considerado instrumento-chave; 2) caráter descritivo, a interpretação dos resultados surge da especulação de um fenômeno analisado em seu contexto; 3) foco no processo, não simplesmente com resultados e o produto; 4) caráter indutivo, a análise parte de questões focais e não de hipóteses definidas a priori; e 5) significado como preocupação essencial, o fenômeno é compreendido a partir da perspectiva dos participantes.

A pesquisa qualitativa exige a definição de um problema, unidade de análise, coleta e análise de informações a serem condensados em um relatório final. E, ainda, define que a investigação baseia-se numa fundamentação teórica em torno do tópico em foco (TRIVIÑOS, 1987).

Estudos de caso são as estratégias preferidas quando as questões "como" ou "por que" estão presentes, quando o investigador tem um pequeno controle sobre os eventos, e quando o foco é no fenômeno contemporâneo entre alguns contextos na vida real (YIN, 2001).

No estudo de caso, a meta do investigador é a generalização analítica. O que se procura generalizar são proposições teóricas e não enumerar freqüências em generalização estatística. O caso não é um elemento amostral, o que se generaliza são os aspectos do 'modelo teórico encontrado'. Em essência, o Estudo de Caso, busca esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, utilizando múltiplas fontes de evidências (YIN, 2001).

Dentro da abordagem qualitativa de estudo em profundidade, com generalização dos conceitos teóricos testados, a unidade de análise selecionada de

forma intencional não tem impacto na validação do estudo, já que esta propõe à generalização teórica ao caso particular.

Princípio predominante na coleta de dados em estudos de caso conforme Yin (2001), é que seja realizada por várias fontes de evidências, "... provenientes de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas".

Nessa perspectiva foram exploradas fontes de natureza primária como unidades de observação. Foram analisados os contratos de fornecimento de serviços e também os relatórios de Gestão dos anos de 2004 e 2005, realizadas entrevistas do tipo estruturadas com administradores do hospital e observação na empresa.

A análise documental corrobora e valoriza as evidências oriundas de outras fontes (YIN, 2001). E, conforme Bardin (2004), tem por objetivo representar de forma condensada a informação para consulta e armazenagem, transformando um documento primário (bruto) em um documento secundário (representação do primeiro). "A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de uma base de dados" (Bardin, 2004 p.40), a ser utilizada na análise de conteúdo. A análise de conteúdo pode ser entendida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.37).

O autor confere ao método de análise de conteúdo os seguintes objetivos: a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura. Ou em outras palavras, é "a manipulação de mensagens para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem". (BARDIN, 2004, p.41)

O método de análise de conteúdo referindo-se a sua organização, ainda conforme Bardin (2004), a sistematização dos dados divide-se em três fases: pré-análise, exploração e tratamento dos dados.

**Tabela 4 – Estrutura do método de análise de conteúdo**

<b>ANÁLISE DE CONTEÚDO</b>	
<b>ETAPA</b>	<b>AÇÃO</b>
<b>Pré-Análise</b>	Leitura fluente para primeiro contato com os documentos e organização do material.
Exploração	Análise profunda dos documentos tendo por base o problema de estudo e referencial teórico. Tarefas de codificação: recorte-escolha das unidades, enumeração-escolha das regras de contagem, classificação-escolha de categoria
Tratamento	Tendo por base a análise documental, esforços de inferência e interpretação estabelecem relações entre o objeto de análise e seu contexto. Tornando os dados válidos e significativos.

Fonte: Adaptado de Bardin 2004

O método de análise de conteúdo proposto por Bardin possui ênfase na avaliação quantitativa dos dados, talvez pela influência positivista do autor (TRIVIÑOS, 1987, p.160).

A entrevista é uma das fontes de informação mais importantes para o estudo de caso. O autor apresenta três formas para as entrevistas: 1) espontânea, tem como objetivo a coleta de dados através de conversa sem estruturação; 2) focal, é uma conversa espontânea, porém, seguindo um tema específico de estudo; 3) levantamento estruturado, desenvolve-se através de um roteiro estruturado de perguntas.

Na entrevista estruturada o entrevistador tem uma participação ativa, apesar de observar um roteiro, ele pode fazer perguntas adicionais para esclarecer questões para melhor compreender o contexto (YIN, 2001).

Em consonância com a questão problema de “Como” as transações de fornecimento de serviços são coordenadas no contexto de um hospital filantrópico? Foi adotado o estudo de caso assumindo como unidade de análise, um hospital geral de natureza filantrópica. Nesta unidade a rede de relações internas e externas

constitui a prática institucional que permite a generalização das teorias propostas, enquanto, as unidades de observação selecionadas (administradores e contratos) representam a base empírica das ações articuladas pelos atores sociais da organização.

Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados a análise documental, a entrevista estruturada e a observação.

A análise documental foi aplicada aos contratos de fornecimento de serviço ao hospital e aos relatórios de gestão dos anos de 2004 e 2005.

A análise documental dos contratos de fornecimento de serviços hospitalares e não hospitalares contempla suas vias originais, mais termos aditivos, anexos e tabelas de preço, realizados e/ou vigentes a partir da gestão de 2003 e, em que o hospital era o contratante do serviço. A análise foi realizada em duas fases, de categorização, para identificação dos termos contratuais, segundo a razão econômica neles subjacentes e, de classificação, onde os termos foram separados em dois conjuntos de termos: a) escopo, termos que regem a relação de fornecimento e b) direitos residuais de controle, termos que procuram controlar o processo *ex- post*. A junção desses conjuntos de termos, segundo Aquino (2005), “reflete os esforços feitos pela firma na contratação e na utilização dos conjuntos contratuais”.

Na análise documental, foram abordados os contratos de fornecimento de serviços junto à área de contratos, estruturada em 2005, como parte integrante do planejamento estratégico para centralização da guarda e acompanhamento dos mesmos. O setor encontra-se em estruturação e sua ação inicial foi de resgate dos contratos, que estavam pulverizados pelas diversas áreas do hospital. Feito isso, os contratos foram arquivados em pastas suspensas identificadas pelo fornecedor do

serviço em ordem alfabética, sem qualquer classificação.

A primeira leitura foi de conhecimento dos documentos e identificação dos contratos assinados e/ou vigentes a partir de 2003. Validada a amostra de 48 transações pelas gerências responsáveis, foram desenvolvidas as fases de categorização e classificação dos termos, apresentado no apêndice 2. A partir do levantamento dos termos foi elaborado o gráfico de discricionariedade dos contratos, pelo somatório da incidência de cada termo, apresentado no apêndice 3. O gráfico indica um formato padronizado para os contratos, com adaptações para as atividades em particular.

As entrevistas contêm questões referentes à estrutura de coordenação dos serviços contratados do hospital, e foram realizadas com base no roteiro apresentado no apêndice 1. Foram entrevistados os Diretores do hospital aqui denominados como entrevistado 1 (E1), entrevistado 2 (E2) e entrevistado 3 (E3). As entrevistas foram feitas individualmente e gravadas com autorização dos participantes. E depois foram transcritas mantendo a fidedignidade do conteúdo.

Durante a realização da análise documental dos contratos junto ao setor responsável, foram realizadas observações que identificaram a existência de relações informais dentro da estrutura. E, após solicitado junto ao setor de faturamento, foi fornecida relação de pagamento destas empresas que não possuíam contrato formal com o hospital, sendo uma evidência da informalidade.

## **4. APRESENTAÇÃO DO CASO**

### **4.1. A EMPRESA**

A análise documental para estruturação deste tópico foi realizada nos relatórios de gestão dos anos de 2004 e 2005. A identidade da empresa será preservada, denominada a seguir de Hospital Filantrópico – HF.

A história do HF teve início com a fundação de uma Associação para prestar atendimento aos pacientes carentes com diagnóstico de câncer numa época em que o atendimento na região não oferecia tratamento completo e qualificado aos enfermos.

A captação de recursos para construção do hospital contou com a colaboração de autoridades, governo e comunidade. A Associação recebeu uma importante ajuda financeira de uma entidade do exterior e, posteriormente, o governo local doou o terreno onde estava sendo edificado o hospital. Assim foi inaugurado o braço executivo da Associação, um hospital geral, com referência no tratamento oncológico.

Após algumas expansões e melhorias, no final da década de 80, o hospital firmou parceria com uma empresa de iniciativa privada local. O Parceiro emprestou capital, a preço de mercado, ao hospital visando remodelação de todas as unidades e equipamentos das principais especialidades médicas, realizando a construção de nova ala com 50 apartamentos. Este fato marca o início de uma nova fase de investimentos em equipamentos e melhoria na infra-estrutura.

O HF possui 36 anos, e reúne em seu complexo os serviços ambulatoriais, de diagnóstico, hospitalares e técnicos de apoio, conforme relacionando na tabela 5.

Tabela 05: serviços oferecidos pelo hospital

SERVIÇO	DESCRIÇÃO	ESPECIALIDADES
<b>1. AMBULATORIAIS</b>		
1.1. AMBULATÓRIO ONCOLÓGICO	Atendimento destinado a pacientes oncológicos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)	Oncologia Clínica Cabeça e Pescoço em Oncologia Onco – Hematologia Cirurgia Oncológica Ginecologia Oncológica Hematologia Mastologia Cirurgia Geral Urologia Oncológica Proctologia Oncológica
1.2. PRONTO ATENDIMENTO	Serviço de atendimento em urgência e emergência, funcionamento 24 horas por dia, de Domingo a Domingo.	Clínica Médica Clínica Cirúrgica Traumato-Ortopedia Cardiologia Pediatria
1.3. CONSULTÓRIOS MÉDICOS	Atendimentos individuais com horários pré-agendados de segunda a sexta no período de funcionando de 8:00 às 20:00h	Pediatria, Reumatologia Oncologia Alergiologia e Homeopatia Ginecologia e Obstetrícia Hematologia Ortopedia Otorrino Angiologia Anestesiologia
1.4. NEFROLOGIA	Hemodiálise e transplante renal, pacientes do SUS, particular ou conveniado.	Hemodiálise Diálise Peritoneal Transplante Renal
1.5. TRATAMENTO	Equipamentos: Acelerador Linear, Bomba de Cobalto, Aparelho de Ortovoltagem, HDR, Cardiplan e Somavision para planejamento tridimensional.	Radioterapia Quimioterapia Fisioterapia e Reabilitação Fonoaudiologia
1.6. APOIO	Suporte individual ou em grupo para pacientes e familiares nas áreas de Psicologia, Assistência Social	Psicologia Serviço social
<b>2. DIAGNÓSTICO</b>		
2.1. IMAGEM	Exame diagnóstico por imagem em ressonância magnética, tomografia computadorizada, raios-X e ultra-som.	Eletrocardiografia Mamografia Medicina Nuclear Radiologia Convencional Ressonância Nuclear Magnética Tomografia Ultra-sonografia Convencional Ultra-sonografia Vascular
2.2. ESTUDO HEMODINÂMICO E INTERVENÇÕES	Exames de imagem diagnóstica e terapêutica invasivos.	Arteriografia pulmonar Cineangiogramiografia Cateterismo cardíaco Angiografia digital de membros Aortografia Angiografia digital de carótidas e sistema vertebro basilar Atrioseptostomia

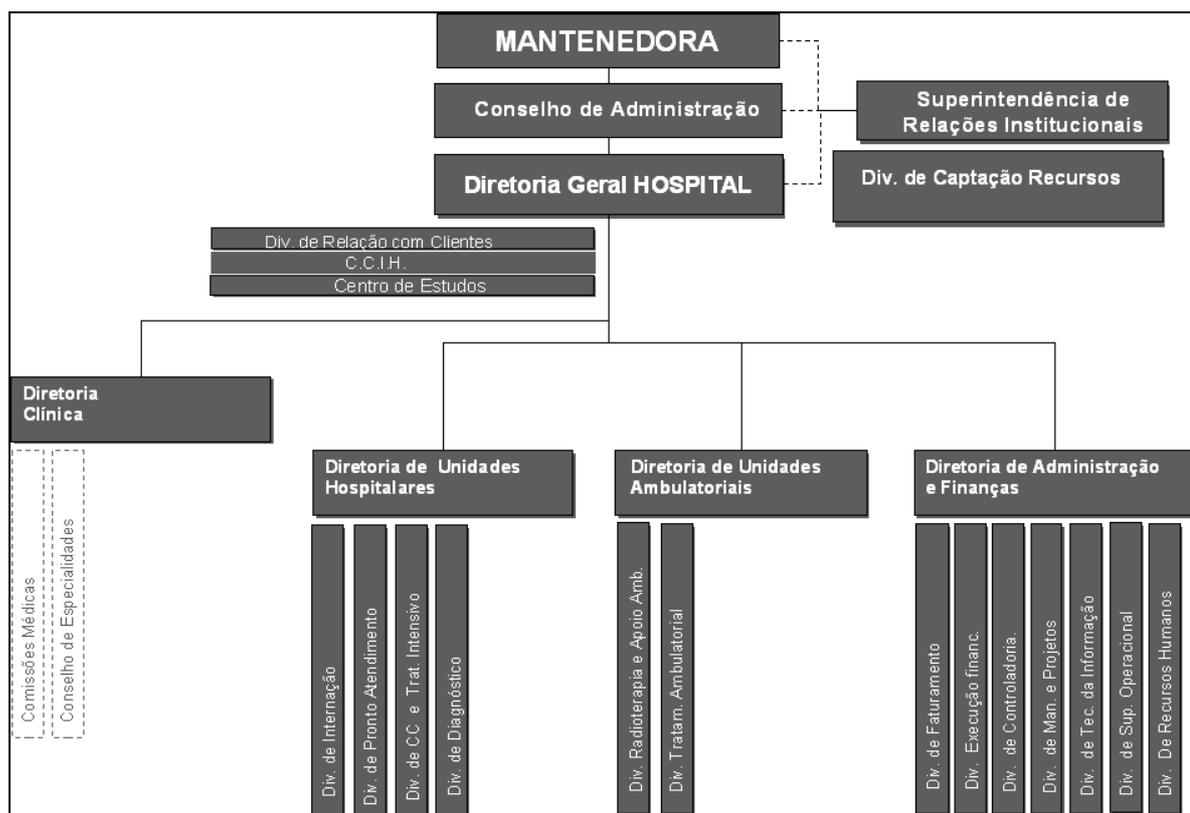
SERVIÇO	DESCRIÇÃO	ESPECIALIDADES
		Valvoplastias Angioplastias coronárias Angioplastias de carótidas Angioplastias de renais e periféricas Embolizações de miomas Fístulas arterio-venosas Implante de stent's aórticos Carótideos e ilíacos Implante de filtro de veia cava e procedimentos afins Implante de filtro de veia cava e procedimentos afins
2.3. ENDOSCOPIA	Diagnostico e tratamento de câncer	Broncoscopia Laringoscopia Endoscopia Urologia
2.4. MÉTODOS GRÁFICOS	Exame diagnóstico em pneumologia Exame de gráficos em cardiologia	Bioergonometria, Til teste, Polissonografia Ecocardiograma
2.5. PATOLOGIAS E ANATOMIAS	Análise de fezes, urinas e outros componentes do corpo humano, exame de pecas cirúrgicas.	Análises clínicas, citologias e histopatológico
<b>3. SERVIÇOS HOSPITALARES</b>		
3.1. INTERNAÇÃO	<u>Unidades de internação</u> - apartamentos para pacientes em tratamento clínico ou cirúrgico. <u>Centro Cirúrgico</u> - salas de operação, pré anestésicas, pós operatório imediato adulto e pediátrico. <u>Centro Obstétrico</u> - independente do Centro Cirúrgico, salas para partos normais e cesarianas e, também, local específico para atendimento e cuidados imediatos ao Recém Nascido sadio. <u>Sala de Pequenas Cirurgias</u> - procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. <u>Central de Material e Esterilização</u> - suporte das áreas cirúrgicas e preparo de todo material esterilizado do Hospital.	Clínica Médica Pediatria Hematologia Nefrologia Neurologia Cirurgia geral e especializada Pneumologia Urologia, Ginecologia - Obstetrícia Oncologia clínica  Ortopedia
3.2. DAY HOSPITAL	Desospitalização, internações de até 12 horas.	Cirurgias plásticas Pequenas cirurgias ortopédicas, ginecológicas, vascular, de ouvido, nariz e garganta, entre outras
3.3. TRATAMENTO INTENSIVO	A Unidade de Terapia Intensiva - UTI atendimento do paciente grave de assistência permanente.	
<b>4. SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO</b>		
CCIH	Controle de infecção hospitalar.	
SERVIÇO DE APOIO AO CLIENTE	Aperfeiçoamento do relacionamento cliente e Hospital.	
LANCHONETE	A receita é revertida para os serviços de Educação e Combate ao Câncer da Associação mantenedora do Hospital.	
VOLUNTARIADO ASSOCIAÇÃO MANTENEDORA	Atendimento ao paciente nas seguintes áreas: enfermarias, ambulatório, quimioterapia, radioterapia, albergue, bazar, campanhas de prevenção, visitas domiciliares, atividades de costura, rouparia e captação de recursos.	

SERVIÇO	DESCRIÇÃO	ESPECIALIDADES
CAPTAÇÃO DE RECURSOS	Projetos junto a Embaixadas, Consulados, Governos, Fundações, Institutos e Particulares.	
RECEPÇÕES	Recepções de Internação, Diagnóstico, Consultórios, Ambulatório, Quimioterapia, Radioterapia e Pronto Atendimento.	
CEDOC	Centro de Documentação Científica - acervo prontuários de pacientes.	
CONTABILIDADE	Executar e controlar os procedimentos contábeis.	
SETOR DE CUSTOS	Elaboração e análise da Planilha de Custos setoriais do Hospital.	
SETOR DE AUDITORIA	Vistoria do faturamento das contas hospitalares, educação continuada e acompanhando os processos geradores de glosas.	
SETOR DE CONVÊNIOS	Atualizar contratos assinados, esclarecimento de dúvidas administrativas.	
TESOURARIA	Pagamento e recebimento via caixa e bancos.	
FATURAMENTO DE CONTAS HOSPITALARES	Informar valor apurado de cada conta gerada a partir de um atendimento realizado.	
SUPRIMENTOS	Abastecimento dos insumos utilizados, de gêneros alimentícios até equipamentos médicos.	
COMUNICAÇÃO SOCIAL	Divulgação Imagem institucional do hospital e Mantenedora.	
FARMÁCIA	Central, atende aos setores de internação clínica e cirúrgica e satélites: no centro cirúrgico e na UTI.	
TELEFONIA	Áreas administrativas, operacionais e nos apartamentos para internação de pacientes de convênio, particular e SUS.	
ALMOXARIFADO GERAL	Recebimento, conferência, processamento de notas fiscais, acondicionamento e distribuição dos insumos do Hospital.	
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	A pacientes internados, pacientes em exames ou em tratamento ambulatorial prolongados como a quimioterapia, hemodiálise.	
RECRUTAMENTO E SELEÇÃO	Seleção de profissionais adequados às necessidades da instituição.	
EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO	Melhoria e crescimento pessoal e profissional.	
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - saúde e da integridade física do funcionário no seu local de trabalho.	
SEGURANÇA PATRIMONIAL / CONTROLE DE ACESSO	Controle de Acesso por micro câmeras.	
ESTACIONAMENTO	Renda revertida para a mantenedora do hospital.	
HIGIENIZAÇÃO	Funcionários próprios.	
ENGENHARIA DE MANUTENÇÃO	Manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos Instrumentos médico-hospitalares.	
JURÍDICO	Assessoria jurídica para as atividades do hospital.	

Fonte: dados coletados pelo autor

Em relação à estrutura organizacional, o hospital apresenta um desenho horizontal, conforme ilustrado na figura 2.

A diretoria geral do hospital está composta pela Diretoria Clínica, de unidades hospitalares, de unidades ambulatoriais e de administração e finanças.



Fonte: Diretoria HF

Figura 2: Estrutura organizacional do hospital

Conforme apresentado na figura 2, o desenho organizacional do hospital enquadra-se na estrutura da burocracia profissional (MINTZBERG, 1995). Onde as atividades-meio estão agregadas na diretoria de administração e finanças, para oferecer suporte às operações, enquanto, as atividades-fim estão distribuídas nas diretorias clínica, hospitalar e ambulatorial, para serem desenvolvidas por especialistas, como se operassem em hierarquias paralelas.

Na relação com a mantenedora, o hospital é patrimônio desta associação, porém, a direção do hospital possui autonomia da gestão, estando vinculada à mantenedora pelo conselho de administração, que, em sua composição, possui o presidente desta associação, conforme explicado pelos entrevistados 1 e 2:

**A mantenedora atua na captação de recursos e participa nas decisões do conselho de administração e nos casos previstos em estatuto, nas aprovações em assembléia. O hospital tem autonomia sobre sua gestão como na relação com terceiros (Entrevistado E1)**

**O hospital tem autonomia na gestão e nas tomadas de decisão**

**cotidianas, presta conta destas ações ao conselho de administração que possui membros da mantenedora. Hoje com a formalização dos contratos os terceiros se reportam apenas à administração do hospital não havendo intervenção da mantenedora** (Entrevistado E2)

No desenho organizacional do hospital, a autonomia da gestão, em relação à mantenedora, explicitada pelos entrevistados, pode ser observada pela linha pontilhada que liga a mantenedora e o conselho de administração com a diretoria geral do hospital.

## **4.2. A COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Na estrutura de governança do hospital, a identificação dos tipos de serviços disponibilizados através de arranjos organizacionais ocorreu na coleta de dados pela análise dos contratos formais de fornecimento, na observação das relações informais junto ao setor de faturamento e nas entrevistas.

A respeito da relação contratual, os relatos dos entrevistados apresentaram a preocupação da atual gestão com a formalização destas relações:

**Os contratos são desenhados pelo hospital no sentido de eliminar a pessoalidade das relações** (Entrevistado – E1)

**Por iniciativa do hospital, na atual gestão, foi contratado assessor jurídico para fazer estruturação na área de contratos. O primeiro momento foi de formalização das relações existentes e no segundo momento melhorar essas relações** (Entrevistado – E2)

Observa-se que a relação contratual do hospital está passando por um processo de reestruturação, focando a profissionalização, formalização e melhoria da qualidade das relações.

Na utilização dos conjuntos contratuais, os entrevistados apresentaram como são coordenados os serviços junto aos terceiros:

**Os contratos são a garantia do hospital nos serviços contratados. As diretorias são responsáveis pela efetiva operacionalização dos contatos e na reestruturação o novo setor de contratos estabelece a formalização. Esta gestão prioriza os acordos**

**internos mas se necessário e em alguns casos já fomos resolver conflitos por meio de ação judicial. Os responsáveis de cada área, junto ao setor de contratos acompanha se o terceiro atende ao que está estabelecido nos termos acordados (Entrevistado E1)**

**A coordenação dos contratos esta distribuída por diretoria, cada diretor responde pelas contratações de suas unidades. Basicamente nos temos uma centralização no analista de contratos que auxilia os diretores na formulação dos contratos juntamente com assessor jurídico, mas a responsabilidade de operacionalização dos contratos e de cada diretoria. Os contratos formalizam as relações com terceiros e em casos de rupturas os contratos são acionados e em alguns casos chegam ao litígio, nos temos uma área jurídica externa que nos dá suporte para isso e sempre que necessário são acionados sim. O hospital tem interesse em resolver as questões por acordos (Entrevistado E2)**

Pela fala dos entrevistados percebe-se o interesse do hospital por manter contratos relacionais com terceiros, utilizando a negociação entre as partes deixando a ação do Estado para última possibilidade de resolução de conflitos.

É evidenciada, através do gráfico, constante no apêndice 3, a existência de formato padronizado para os contratos, com adaptações para as atividades em particular.

Das principais alterações realizadas pela atual gestão está a preocupação com a formalização das relações e, fazer valer tais ajustamentos, substituindo as transações informais por um acordo legalmente forçado com autoridade para invocar o poder coercivo do Estado na definição de disputas e reforço de promessas.

Após releitura do material coletado, foi elaborada uma identificação dos serviços oferecidos pelo hospital com o objeto de cada contrato formal. Ressaltando que, dos serviços listados na tabela 6, apresentados anteriormente, apenas os relacionados na tabela 6 possuíam contrato formal com terceiros.

Através de observação, durante a análise documental dos contratos, foram identificadas relações de fornecimento de serviços médicos sem o devido contrato formal, constando apenas cadastro dos prestadores, enquanto pessoa física, no corpo clinico do hospital.

Tabela 6: Enquadramento da análise documental dos contratos formais

Nº	IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E OBJETO
1	Diagnóstico – Análises microbiológicas e Físicoquímicas.
2	Diagnóstico – Análises clínicas.
3	Diagnóstico – Painel de mama, não mama, FISH/HE-2
4	Tratamento - Nefrologia, hemodiálise e terapia renal substitutiva
5	Tratamento - Nefrologia em emergência, urgência e internação
6	Internação – Cirurgia especializada - bariátrica *exclusivo para pacientes do parceiro
7	Internação – Cirurgia especializada – eletrofisiologia e marcapasso
8	Diagnóstico – Polissonografia.
9	Diagnostico – Ultra-sonografia vascular, hemodinâmica e intervenção endovascular, ecocardiografia.
10	Diagnóstico – Imagem – medicina nuclear – cintilografia
11	Diagnostico – tomografia computadorizada e ressonância.
12	Diagnostico – ultra-sonografia geral
13	Tratamento – fisioterapia e reabilitação.
14	Tratamento – radioterapia.
15	Serviços Técnicos de Apoio – Jurídico – cobrança conta hospitalares
16	Serviços Técnicos de Apoio – Jurídico – orientação civil, trabalhista e defesa do cliente em juízo.
17	Serviços Técnicos de Apoio – Jurídico - suporte na área de RH
18	Serviços Técnicos de Apoio – Telefonia – aluguel/manutenção PABX
19	Serviços Técnicos de Apoio – Estacionamento – treinamento pessoal
20	Serviços Técnicos de Apoio – Nutrição e dietética.
21	Serviços Técnicos de Apoio – Higienização – lavanderia
22	Serviços Técnicos de Apoio – SESMT – atestado saúde ocupacional
23	Serviços Técnicos de Apoio – SESMT – consulta otorrino
24	Serviços Técnicos de Apoio – Controladoria – assessoria do corpo gerencial para preparo do processo de acreditação hospitalar.
25	Serviços Técnicos de Apoio – segurança patrimonial – monitoramento eletrônico.
26	Serviços Técnicos de Apoio – segurança patrimonial – assessoria para implantação de controle de acesso de pessoas e veículos.
27	Serviços Técnicos de Apoio – CEDOC – prontuários
28	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção elétrica predial do hospital
29	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva equipamentos medicina nuclear.
30	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva elevadores.
31	Serviços Técnicos de Apoio – licença de uso e suporte/manutenção programa computador.
32	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva equipamentos médicos hospitalares.
33	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – assessoria em arquitetura.
34	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção e suporte a produtos de hardware e software.
35	Serviços Técnicos de Apoio – Comunicação social - Manutenção e atualizações do website
36	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva equipamento RT100 – radioterapia.
37	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva equipamento vision aura.
38	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – desinsetização, desratização e limpeza reservatórios de água.
39	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – sessão programa de gerenciamento da farmácia.
40	Serviços Técnicos de Apoio – Manutenção – preventiva e corretiva equipamento GRAMMAMED PLUS braquiterapia.
41	Serviços Técnicos de Apoio – Comunicação social - produção de relatório anual do hospital.
42	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – fornecimento gases medicinais.
43	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – fornecimento água para uso higiênico sanitário conforme normas do Ministério da saúde.

44	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – reprografia
45	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – fornecimento gás liquefeito de petróleo.
46	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – gêneros alimentícios
47	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – importação equipamento
48	Serviços Técnicos de Apoio – Suprimentos – locação motocicleta.

Fonte: Dados coletados pelo autor

Nestas relações informais, todos os médicos devem estar cadastrados no corpo clínico do hospital como pessoa física, mas o recebimento é feito exclusivamente por emissão de nota fiscal de pessoa jurídica. Sendo que, o hospital somente repassa pagamentos em casos que atua como intermediário de utilização de convênio pelo terceiro, a exemplo o SUS. Os pagamentos relativos aos serviços dos profissionais não são diluídos, ficando o hospital apenas com os recebimentos relativos a procedimentos de internação, como expressa o entrevistado 3:

**Na oncologia os médicos são prestadores de serviço remunerados pelos convênios o hospital faz somente a intermediação**  
(Entrevistado E3)

Pela autonomia inerente ao trabalho do especialista e pela falta de vínculo relatada na entrevista, nestas relações informais de fornecimento de serviços, pode-se verificar a potencialidade de expropriação pelo terceiro. Pois, a remuneração do agente ocorre de forma desvinculada aos possíveis ônus que suas ações podem causar à estrutura que utiliza (hospital). A análise destas relações não foi aprofundada devido à falta do instrumento formal, segue apresentado na tabela 7 a relação das especialidades por empresa.

Em análise das tabelas 6 e 7, verifica-se um volume reduzido de transações especializadas formais, em detrimento das informais. Dada esta situação de relações informais com médicos, pode-se entender que, em grande parte, essa prática se deve ao comportamento oportunista do profissional em instituir banca de trabalho sem, com isso, ter uma contrapartida formal com o hospital. Essa prática se efetiva sem comprometimento das atividades médicas em razão do hospital ser considerado como uma Burocracia Profissional (MINTZBERG, 1995) em que

mecanismos de coordenação do tipo supervisão direta e ajustamento mútuo mostram-se ineficientes. Já os demais serviços contratados são Técnicos de Apoio garantindo ao administrador relevância na administração profissional através dos seus papéis externos, o que torna os operadores profissionais dependentes.

**Tabela 7: Relação de serviços médicos sem contrato formal, apenas cadastro no corpo clínico.**

<b>Empresa</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Empresa</b>	<b>Especialidade</b>
1	Angiologia / cirurgia vascular	32	Endoscopia
2	Angiologia / cirurgia geral	33	Oncologia
3	Ginecologia	34	Hemoterapia/cancerologia/hematologia
4	Cardiologia	35	Hemoterapia
5	Cardiologia	36	Cardiologia/hemodinâmica
6	Cardiologia / clinica geral	37	Ginecologia / mastologia
7	Oncologia	38	Ortopedia
8	Pneumologia	39	Neurologia
9	Cardiologia	40	Ortopedia
10	Endoscopia / gastroenterologia	41	Ortopedia
11	Cardiologia	42	Neurocirurgia
12	Ginecologia	43	Cirurgia geral
13	Cirurgia cabeça e pescoço	44	Urologia
14	Ginecologia	45	Oncologia
15	Proctologia / cirurgia geral	46	Ortopedia
16	Ortopedia	47	Ortopedia
17	Ortopedia	48	Ortopedia
18	Cirurgia plástica	49	Cirurgia plástica
19	Cirurgia geral	50	Pediatria
20	Proctologia / cirurgia geral	51	Cardiologia
21	Angiologia / cirurgia vascular	52	Oncologia
22	Pediatria	53	Ginecologia
23	Ortopedia	54	Neurocirurgia
24	Otorrinolaringologia	55	Mamografia
25	Urologia	56	Endoscopia
26	Oncologia / cirurgia vascular	57	Ortopedia
27	Oncologia / gastroenterologia	58	Ortopedia
28	Endoscopia / gastroenterologia / proctologia	59	Urologia / acunputura
29	Nutricionista / cirurgia geral	60	Angiologia / cirurgia vascular
30	Endoscopia / cirurgia geral	61	Cirurgia geral / toraxica
31	Anestesia	62	Fonoaudiologia

Fonte: Dados coletados pelo autor

Ainda em observação à estrutura de governança, em algumas áreas do atendimento médico, o hospital optou por integrar a atividade contratando médicos com carteira assinada. Tais áreas são consideradas estratégicas para o hospital CTI geral, CTI coronariana, pronto socorro, patologia, medicina do trabalho e

Diretor Clínico, considerando ainda o benefício fiscal de redução da quota patronal devido ao certificado de filantropia, como relata o entrevistado 1:

***Hoje o médico empregado nos da uma melhor performance porque nos temos isenção dos impostos (quota patronal) então isto nos possibilita pagar mais o medico. A contratação dos médicos como empregados é opção do hospital por entender que determinadas áreas são estratégicas para o hospital, principalmente o CTI que é um espelho muito grande para a sociedade, se você comete falhas no CTI tem a imagem desgastada*** (Entrevistado E1)

A definição das áreas estratégicas aliada à decisão gerencial de integrar estas atividades, reduz custos de transação inerentes ao próprio pagamento dos serviços, a linha de agência e também de impactos econômicos na imagem institucional.

Como a burocracia profissional enfatiza a autoridade de natureza profissional – o poder pela perícia, o núcleo profissional exerce controle sobre o seu trabalho. Sendo o trabalho complexo para ser supervisionado por gerentes ou padronizado por analistas, apresentando dificuldade para medir os resultados do trabalho profissional.

No hospital, os contratos são firmados sempre com pessoa jurídica, ou seja, um grupo de médicos que presta serviço em diversas especialidades. Por avaliação dos contratos, entende-se que a avaliação dos serviços, o serviço médico dentro de cada contrato, vai ter os pontos de avaliação e para quase todos os contratos é feito um encontro de contas todo mês. Hoje o hospital possui 15 gerentes de unidades para estarem acompanhando as operacionalizações dos serviços médicos, os médicos são subordinados a estas gerências, mesmo os terceirizados. Nos casos de baixo serviço, o SAC capta em muitos casos a reclamação do paciente, o hospital também possui regimento interno do corpo clínico, comissão de ética, comissão de padronização, e outra fonte de quebra da assimetria de informação é a reclamação

dos outros médicos, porém é raro. A avaliação do médico é complexa pela especialização da atividade e ligação direta com pacientes - autonomia.

O trabalho médico é um ativo específico humano, pois é altamente especializado. Em consequência deste fato, a identificação dos atributos do serviço é custosa, assim, as partes se organizam privadamente para reduzir os riscos de perda de eficiência das transações (WILLIAMSON, 1985).

A relação médico e organização hospitalar, apresenta dependência entre as partes devido à alta recursividade das transações e ao fato do hospital ser um ativo específico local.

Sendo o hospital qualificado como uma burocracia profissional, os problemas de coordenação surgem onde os especialistas tendem a desconsiderar. Assim, a incerteza sobre a variabilidade dos processos, associado à possibilidade de oportunismo, representa custo. Então, além da presença do ativo específico e da recursividade, esta dimensão, incerteza, motiva à estruturação de formas alternativas de governança.

Nos serviços técnicos de apoio contratados onde o hospital optou por manter uma relação contratual continuada, também estão envolvidos os conceitos de especificidade de ativos, recursividade das relações e presença de incerteza sobre a variabilidade do processo, sendo o arranjo híbrido uma alternativa às transações via mercado que tem por objetivo a redução de custos.

A partir da gestão de 2003 foram aprimoradas as estruturas físicas, os procedimentos operacionais, além da profissionalização da administração. O modelo de gestão foi reestruturado com a reformulação do planejamento estratégico

com suporte do *Balanced Scorecard* para fazer o acompanhamento das operações e estratégias. Nos relatos dos entrevistados 1 e 2 é apresentada a situação encontrada e os progressos já alcançados:

**A atual gestão assumiu em março de 2003, a situação encontrada foi de endividamento, não pagamento dos médicos, cheques pré-datados e necessidades de melhorias. A preocupação inicial foi de recuperar a credibilidade da instituição, não houve mudança do quadro de funcionários, foram renegociadas as dívidas de forma a realmente pagá-las, pagamento dos médicos em atraso, investimentos no hospital (ampliação e melhoria na área física, processos de controle e serviços), as influências foram eliminadas com fundamentação, sem atritos e houve a formalização das relações com terceiros (Entrevistado E1).**

**O BSC não gera resultados, mas ele mostra onde é possível melhorar o serviço. Todos os indicadores são avaliados pelo BSC, qual o reflexo de uma ação nas outras, o mapa estratégico é avaliado nesta metodologia de causa e efeito. Adquirimos um sistema integrado de gestão onde o módulo de custo monitora o paciente desde a internação, os resultados destes dados são apresentados em conjunto com as metas do BSC. Hoje nos conhecemos o negócio como um todo. Tivemos também a formalização de renegociações de dívidas por termos de confissão de dívida que anteriormente eram informais, de 2002 para cá nos pagamos 14 milhões de dívida só com geração de caixa e fizemos investimentos de 6 milhões. Pelo posicionamento dos indicadores gerados pelo BSC podemos conhecer a realidade e isso auxilia na tomada de decisão (Entrevistado E2).**

Em relação à filantropia, o hospital definiu o foco de atendimentos ao SUS somente na área de oncologia. Alinhando-se à missão da mantenedora, gerando retornos positivos e melhorias para a comunidade com o progresso do hospital.

Das melhorias realizadas no hospital destacam-se as instalações e serviços com o preparo para o processo de acreditação hospitalar<sup>1</sup>, no qual uma série de melhorias já foi implementada: reforma pronto socorro, reforma pronto socorro pediátrico, implantação de hotelaria hospitalar, construção de unidade coronariana, adequação do serviço de nutrição ao padrão internacional, negociação para construção de nova cozinha, implantação do programa de eco-eficiência hospitalar<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Para obtenção da certificação de qualidade expedida pela Organização Nacional de Acreditação - ONA.

<sup>2</sup> Redução de custos e riscos por meio da eliminação de materiais tóxicos, redução da geração

e, ainda, estão previstas adequações estruturais na patologia central de material esterilizado, centro cirúrgico e outros setores.

Da parceria firmada no final da década de 80 com empresa de iniciativa privada para investimentos em equipamentos e melhoria na infra-estrutura, resta uma relação comercial sem interferência direta na gestão, apenas com a parceria como nos demais contratos de venda e compra de serviços. Porém, nesta relação específica, o Parceiro constantemente contribui na melhoria da estrutura, pois possui uma franquia de atendimento no hospital decorrente das negociações do acordo inicial.

O Parceiro busca utilizar esta franquia contratada em sua totalidade, então deseja que seus empregados sejam bem atendidos. Ele possui um auditor próprio dentro do hospital que acompanha e exige que o atendimento tenha a qualidade por eles determinada.

É uma relação conveniente para as duas organizações, conforme relatos dos entrevistados 1 e 2:

**Nossa relação com o parceiro começou quando este emprestou ao hospital, a uma taxa combinada na época, capital para melhorias. Hoje nos pagamos esse empréstimo, mas temos também um contrato em que o parceiro possui algumas exclusividades no atendimento. O parceiro mantém o atendimento dos funcionários no hospital devido a uma amarração no contrato. Na época de construção da nova ala o parceiro tinha necessidade de um hospital para atender seus empregados, assim optou por investir no hospital contratando 500 diárias por mês, fez uma franquia. Mesmo não usando as diárias estas devem ser pagas, por isso centraliza os atendimentos aqui. Hoje cerca de 50% do endividamento do hospital é com este parceiro (Entrevistado E2).**

**Este parceiro não tem participação na gestão, embora agente tenha buscado trabalhar junto avaliando desempenho. Na melhoria da qualidade ele tem contribuído (ex.: eco-eficiência, planejamento estratégico, reforma ambulatório). Porém algumas mudanças tem sido**

---

de resíduos e prevenção de riscos ocupacionais. O hospital desenvolveu o programa com o apoio do parceiro citado acima e representa um benefício econômico líquido de R\$177.889,00. Além da redução dos recursos financeiros o programa possibilita economia anual de 5.470m<sup>3</sup> de água, 126 mil KWH de energia elétrica, 4.650m<sup>3</sup> de efluentes líquidos, 2,5 toneladas de resíduos sólidos, 1,3 toneladas de resíduos tóxicos e mais de 134 toneladas de óleos combustíveis.

**solicitadas e não atendidas sendo as principais: orientação aos seus funcionários de como utilizar o pronto atendimento e esclarecimento da relação do hospital com a empresa onde já faz 15 anos que o hospital paga o que deve a empresa e ainda vai pagar por 10 anos (Entrevistado E1).**

O hospital se beneficia com a proximidade do parceiro, pois este promove o hospital. Na atual gestão, por exemplo, as consultorias de planejamento estratégico e eco-eficiência foram providas pelo Parceiro. A aproximação dos gestores do hospital e do parceiro já é um benefício para o hospital, dado o nível de gestão que o mesmo possui.

Em relação às evidências de performance do hospital como um todo, nos últimos seis anos consecutivos recebeu os prêmio “Top Hospitalar” e “*Hospital Best*”, promovido pela Associação Brasileira de Marketing em saúde, como o melhor hospital regional na categoria “*Business to Consumer*”<sup>3</sup>.

Em 2005, o hospital conquistou o “Prêmio Desempenho”, sendo considerado a melhor empresa regional no setor médico hospitalar. Há 21 anos o prêmio é promovido pelo Instituto Miguel Calmon – IMIC<sup>4</sup>, fruto da avaliação anual do desempenho setorial brasileiro, levando em consideração o crescimento da receita, a rentabilidade sobre a receita e a rentabilidade sobre o patrimônio, tendo como variáveis de controle o grau de liquidez e o grau de endividamento. Este prêmio revela os resultados já obtidos pela atual gestão em superar uma tendência de crescente endividamento do hospital. Destaca-se também, a inclusão do hospital no ranking da Federação das Indústrias do Espírito Santo - FINDES, ocupando a 90ª posição.

A evolução positiva do cenário encontrado pela atual gestão em 2002 de

---

<sup>3</sup> Determina o ranking dos hospitais, clínicas centros de diagnóstico e estabelecimentos de saúde em categorias nacionais e regionais.

<sup>4</sup> Instituição técnico-científica da Bahia com foco em informações de natureza socioeconômica.

crescente endividamento e riscos de descontinuidade de prestação dos serviços, pode ser evidenciado pela redução do endividamento e superávit obtidos nos exercícios de 2004 e 2005.

Em 2003 possuía um endividamento total de R\$ 21.715.048,00. No exercício de 2004 reduziu para R\$ 21.307.686,00 sendo 81,86% a longo prazo e 18,14% a curto prazo. Já no exercício de 2005, reduziu o exigível para R\$ 16.785.306,00 sendo 85,01% a longo prazo e 14,99% a curto prazo. Os superávits obtidos nos exercícios de 2004 e 2005 foram respectivamente R\$ 2.570.490,00 e R\$ 4.306.454,00.

Oliver Williamson (1991) difere arranjo híbrido, hierarquia e mercado segundo os instrumentos típicos presentes nestas estruturas de governança, sendo os principais, adaptação e incentivo. O conceito de adaptação refere-se à capacidade da estrutura de governança em lidar com distúrbios que surgem na relação entre os agentes. A adaptação autônoma relaciona-se com situações em que o sistema de preços é eficiente, enquanto a adaptação cooperativa associa-se aos distúrbios em que é necessário maior controle da coordenação via contratos de longo prazo ou hierarquia. O incentivo busca induzir os agentes aos objetivos e, sua intensidade está relacionada ao formato do preço e ao delineamento do direito de propriedade.

Interpretando as relações acima descritas segundo as dimensões da governança de Williamson (1991, p. 281), apresenta-se as formas alternativas encontradas no hospital e os mecanismos de coordenação aplicados, relacionados na tabela 8.

As relações de contrato com terceiros enfocam instrumentos de incentivo do tipo performance dentro do preço combinado, apresentando três formas de remuneração: vinculada à produção mensal, a percentual do faturamento bruto e ao

valor mensal fixo determinado *ex- ante*. Mecanismos de incentivo via mercado não existem para os arranjos dos tipos A e B, pois ambos se aproximam da hierarquia e dependem da reputação como forma de incentivo para atenuar o comportamento oportunista dos agentes.

**Tabela 08: fornecimento de serviços encontrados no hospital**

FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS		ESTRUTURA DE GOVERNANÇA	MECANISMO DE COORDENAÇÃO
TIPO	DESCRIÇÃO		
<b>A</b>	Contratos de longo prazo de serviços não hospitalares.	Híbrido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ª parte</li> <li>• Comissão de padronização</li> <li>• Reclamação de outros profissionais.</li> <li>• Reclamação paciente via SAC</li> <li>• Termos de confissão de dívida</li> </ul>
<b>B</b>	Contratos de longo prazo de serviços hospitalares onde o terceiro possui relação com o corpo clínico do hospital.	Híbrido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ª parte</li> <li>• Padronização de Habilidades</li> <li>• Regimento interno corpo clínico</li> <li>• Comissão de ética</li> <li>• Comissão de padronização</li> <li>• Reclamação de outros médicos</li> <li>• Reclamação paciente via SAC</li> <li>• Notas emitidas pelo Faturamento</li> </ul>
<b>C</b>	Relações informais de fornecimento de serviços hospitalares, sem contrato, apenas cadastro do médico no corpo clínico, com pagamento através de emissão de nota fiscal de pessoa jurídica.	Hierarquia Informal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronização de Habilidades</li> <li>• Regimento interno corpo clínico</li> <li>• Comissão de ética</li> <li>• Comissão de padronização</li> <li>• Reclamação de outros médicos</li> <li>• Reclamação paciente via SAC</li> <li>• Notas emitidas pelo Faturamento</li> </ul>
<b>D</b>	Vínculo empregatício com médicos.	Hierarquia Formal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3ª parte</li> <li>• Padronização de Habilidades</li> <li>• Regimento interno corpo clínico</li> <li>• Comissão de ética</li> <li>• Comissão de padronização</li> <li>• Reclamação de outros médicos</li> <li>• Reclamação paciente via SAC</li> </ul>

Fonte: Dados coletados pelo autor

Os terceiros possuem controle sobre a eficiência do processo que estão sob sua responsabilidade, alinhados ao hospital pelo incentivo de preço e reputação. E o hospital também possui controle sobre este processo na medida em que os contratos estabelecem os termos da interação tais como: o cumprimento de normas internas e externas pelo terceiro; reserva-se o direito de solicitar substituição de pessoal ao terceiro.

A identificação dos arranjos dos tipos A e B evidenciam a existência de

hierarquias paralelas, uma do núcleo operacional com maior autonomia pelo poder de perícia e, outra, para assessoria de apoio com poder indireto dos administradores, dado seus papéis externos de negociação. E a existência de relações informais de fornecimento de serviços hospitalares confirma a autonomia e o poder de perícia dos profissionais, considerando ainda, o esforço do hospital em eliminar este tipo de arranjo.

Nas relações de hierarquia, apesar da fraca intensidade de incentivo, o controle administrativo é fortalecido pela autoridade, garantindo a prestação do serviço nos termos determinados pelo hospital com supervisão direta.

As estruturas de governança relacionadas na tabela 8 evidenciam a presença do ativo específico e a necessidade de coordenação das relações, em que o mecanismo de preços não é suficiente para estabelecer adaptações autônomas. A escolha da estrutura de governança alinha-se com a capacidade de adaptação por cooperação, permitindo resiliência frente às contingências não previstas, dada a racionalidade limitada dos agentes e a recursividade das transações.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou uma análise de como as transações de fornecimento de serviços são coordenadas na estrutura de um hospital filantrópico a partir da gestão de 2003, em que foram aprimoradas as estruturas físicas, os procedimentos operacionais, além de profissionalizada a administração.

O hospital é patrimônio de sua mantenedora, porém possui autonomia da gestão. E em relação à parceria firmada no final da década de 80 com uma empresa da iniciativa privada, resta uma relação comercial sem interferência direta na gestão. O Parceiro contribui na melhoria da estrutura devido à franquia de atendimento que possui no hospital.

A coordenação das transações de fornecimento de serviços encontradas no hospital apresenta estrutura de governança composta por utilização de arranjo híbrido e hierarquia organizadas sob a forma de quatro tipos de relação, aqui denominadas como “A”, “B”, “C” e “D”.

Na utilização do arranjo híbrido, os conjuntos contratuais dividem-se em dois tipos “A”: contratos de longo prazo de serviços não hospitalares e “B”: contratos de longo prazo de serviços hospitalares em que o terceiro possui relação com o corpo clínico do hospital.

O fato de o hospital ser um ativo específico local e o trabalho médico representar um ativo específico humano de custosa identificação dos atributos, torna a relação do médico com a organização hospital mutuamente dependente. Sendo necessário que as partes se organizam privadamente para reduzir os riscos de perda de eficiência das transações, considerando ainda, a presença de recursividade. Neste sentido, o arranjo representa uma alternativa na redução de custos.

Mesmo com a preocupação de garantir o *enforcement* por terceira parte na operacionalização das relações, o hospital organiza-se internamente para resolver conflitos. Sendo identificados mecanismos de ordenamento privado para detectar baixo serviço: SAC, aplicação do regimento interno do corpo clínico, comissão de ética, comissão de padronização, observação dos gerentes de unidades e reclamação de outros médicos.

A utilização da hierarquia também está dividida em dois tipos “C”: relações informais de serviços hospitalares e “D”: vínculo empregatício com médicos.

A opção do hospital pela integração, por hierarquia, de algumas áreas do atendimento médico, ocorre por considerá-las estratégicas para o hospital. Apresentando recursividade e necessidade de *enforcement*. Além de o hospital possuir o benefício fiscal de redução da quota patronal devido ao certificado de filantropia.

Nas relações informais de fornecimento de serviços hospitalares, a remuneração do agente ocorre de forma desvinculada à utilização do hospital, podendo ocorrer expropriação de valor pelo terceiro. Neste sentido, o hospital empenha-se na formalização das relações por acordos com autoridade de invocar o poder coercitivo do Estado na definição de disputas e reforço de promessas.

Características comuns aos serviços prestados por terceiros encontrados na estrutura do hospital são a presença de incerteza sobre a variabilidade do processo, recursividade das relações e especificidade de ativo. A opção da estrutura de governança composta por arranjo híbrido e integração vertical, pode ser explicada pela necessidade de controle e adaptação cooperativa.

A identificação de relações de fornecimento de serviços médicos informais em volume superior às relações formais (em razão da atividade médica ser profissional

e a coordenação dos serviços ocorrerem pela padronização das habilidades e não por meio de um controle burocrático), e a identificação das relações formais dos serviços Técnicos de Apoio em volume superior aos serviços médicos (garantindo ao administrador relevância na administração profissional), evidenciam a qualificação do hospital como uma burocracia profissional.

Por ser uma pesquisa qualitativa com coleta de dados através de entrevista observação e análise documental, apresenta o viés da percepção de cada respondente e do próprio pesquisador na captura da realidade. Outra limitação do estudo está relacionada ao baixo poder de generalização dos resultados obtidos. Acrescentando-se ainda que, no período de realização do estudo, o hospital passava por fase de reestruturação organizacional desde sua estrutura física até os procedimentos operacionais, sendo em algumas vezes, inviável o aprofundamento do estudo. Dado este fato, hoje o hospital pode apresentar novas formatações em sua estrutura de governança.

## 6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Jesus de. **Sistemas de custos em organizações hospitalares – estudo de casos**. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. ISEC/FGV.

AQUINO, André C B, **Economia dos arranjos híbridos: o caso da coordenação de serviços em uma usina siderúrgica**, São Paulo, 2005. Tese (Livre docência), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

ARRUÑADA, B. *The role of institutions in the contractual process*. In **Law and Economics in Civil Law Countries**. Edited by B. Deffains, Université de Nancy 2, Nancy, France; T. Kirat, Chargé de recherche au CNRS, IDHE – Ecole Normale, France, Elsevier, 260p., 2001.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BARZEL, Y. *Organizational Forms and Measurement Costs*. **Working paper**: in International Society for New Institution Economics ([www.isnie.org](http://www.isnie.org)), 2003. Publicação a posteriori in Journal of Institutional and Theoretical Economics, vol. 161, nº3, *september*, 357-373, 2005.

BASTOS, A. V. B. et al. Conceito e perspectivas de estudos das organizações. In: ZANELLI, J. C. et al. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 63-90.

BEZANKO, D., et. Al. **Economia da estratégia**. 3ªed. Porto Alegre: Bookman 2006. Título original: *The economics of strategy*.

COASE, R. H. *The nature of the firm*. **Econômica**. Vol.4, 386-405, 1937.

DIAS, R. **Introdução à sociologia**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

GRAÇA, L. 2000. **Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica**. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos85.html> acessado 11/10/06.

GUEDES, Sebastião Neto Ribeiro. Observações sobre a economia institucional: há possibilidade de convergência entre o velho e o novo institucionalismo? Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:6myQK7LlwsJ:>

[www.unimep.br/fgn/economia/SEP.doc](http://www.unimep.br/fgn/economia/SEP.doc) [acessado em 11/10/06].

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral**. 7ª Ed. ver. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

LEI 8080 19/09/1990. Disponível: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm) [Acessado em 20/11/2005].

LEMOS, S M L; Barbosa, P R; Portela, M C; Ugá, M A D; Vasconcellos, M M; Gerschman, S. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil**. Cad. Saúde Pública v.20 n.5 Rio de Janeiro set./out. 2004. Disponível: <http://www.cmb.org.br/informativos/caracterizacao.htm> [Acessado em 02/01/2006]

MARTINS, Carlos Estevam. **O circuito do Poder: democracia, participação, descentralização**. São Paulo: Entrelinhas, 1994 discussão nº 647. IPEA, Brasília, maio.

MASTEN, S. E. *Contractual Choice*, **Working paper, 1998**. Publicado a posteriori In **Encyclopedia of Law and Economics**, Vol. III, The Regulation of Contracts, B. Boukaert and G. De Geest (eds.), Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 25-45,1999.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

NORTH, D. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, 1990/1994.

ROCCHI, Carlos Antonio de. Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, n.41,p.19-27, 1989.

ROSEN, George. *A history of public health*. New York: M.D. Publications, 1958.

TRIVIÑOS, A N.S. **Introdução a pesquisa em Ciências Sociais - A pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Ática, 1987.

WILLIAMSON, O. E. *Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations*. **Journal of Law and Economics**, 22:233-261, 1979.

WILLIAMSON, O. E. *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracts*. The Free Press, New York, 449p., 1985.

WILLIAMSON, O. E. *Comparison Economic Organization: Analysis of Discrete Structural Alternatives*. *Administrative Science Quarterly*, vol.36, n2 (Jn., 1991), pp. 269-296.

WILLIAMSON, O. E. *Transaction Cost Economics and Organization Theory*. *Institutional and Corporate change*, 2 (2): 107-156, 1993.

WILLIAMSON, O. E. *The mechanisms of governance*. Oxford University Press, 1996.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZYLBERSZTAJN, D, **Estruturas de governança e coordenação do agrobusiness**, São Paulo, 1995. Tese (Livre docência), Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo.

## **Apêndice 1: roteiro entrevista estruturada**

- a) Como e por quem os contratos foram desenhados?
- b) Quais principais alterações na gestão que ocorreram nos últimos anos?
- c) Qual a interação entre mantenedora, e agentes externos ao Hospital na operação cotidiana, e nas decisões gerais?
- d) Como é a coordenação dos serviços contratados do hospital? Qual o papel dos contratos? São acionados? Existe caso de litígio com terceiros? Como são avaliados?
- e) Os médicos são prestadores de serviço ou são empregados? Como a qualidade do serviço medido é avaliada e quem avalia? No caso de baixo serviço qual órgão interno dá encaminhamento ao caso?
- f) Como se dá a seleção e contratação dos profissionais da área médica?
- g) Existe sistema de informação de custos no hospital? Os serviços médicos estão inclusos? Os apontamentos são validados pelos médicos? Como isso influencia na relação médico-hospital? Existe tensão no uso do recurso pela restrição orçamentária imposta ao médico?
- h) Como o Balanced Scorecard alterou a dinâmica da gestão no hospital? Quem apoiou sua implantação?
- i) Quais os principais fatores que impulsionaram o hospital para melhoria na tecnologia de gestão?
- j) O que ainda precisa ser feito para tornar a gestão um modelo dentro da ideologia do Balanced Scorecard? Os indicadores já são ligados nos esquemas de remuneração dos agentes?
- k) Quais implantações de novas tecnologias de gestão foram feitas com auxílio de consultoria externa? Quais dificuldades encontradas?
- l) Qual papel da parceria inicial para modernização do hospital na gestão? Quais as contribuições do parceiro?
- m) Quais os principais prêmios obtidos pelo hospital? Possui creditações? Quais sinais de performance podem ser inferidos como realizações nas tecnologias de gestão implantadas?

## Apêndice 2: Análise dos contratos

LEVANTAMENTO DE TERMOS ECONOMICOS DAS TRANSAÇÕES																																																		
Nº TRANSAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
A CONTRATADA DEVE INFORMAR AO HSRC SOBRE QUALQUER ALTERAÇÃO NA SUA RAZÃO SOCIAL OU DO CONTRATO ACIONÁRIO, BEM COMO MUDANÇAS NA DIRETORIA, CONTRATO OU ESTATUTO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A CONTRATADA DEVE INFORMAR OS EVENTOS NÃO ROTINEIROS OCORRIDOS NA AUSÊNCIA DA FISCALIZAÇÃO	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A CONTRATADA DEVE SUBMETTER-SE A FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS OBJETO DO CONTRATO PERMITINDO VISITAS PERIÓDICAS NA ÁREA DE PRODUÇÃO DE SUA EMPRESA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A CONTRATADA PODERÁ ALTERAR O VALOR DOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO CASO A CONTRATADA MODIFIQUE O LOCAL DE INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
A CONTRATANTE PODERÁ SOLICITAR SUBSTITUIÇÃO IMEDIATA DE PESSOAL DA CONTRATADA SE JUSTIFICADO O MOTIVO DE TAL NECESSIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O CONTRATO PODERÁ SER ALTERADO SEMPRE QUE HOUVER ACORDO ENTRE O CONTRATADO E A CONTRATANTE	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
O CONTRATO SO PODERÁ SER ALTERADO EM QUALQUER DAS CLAUSULAS MEDIANTE A CELEBRAÇÃO POR ESCRITO DE TERMO ADITIVO CONTRATUAL	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
FICA RESERVADA A CONTRATANTE O DIREITO DE AMPLIAR, REDUZIR, SUBSTITUIR PARCIALMENTE MODIFICAR OS EQUIPAMENTOS, SOB TERMO ADITIVO COM NOVAS BASES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
FICA RESERVADO A CONTRATADA OPINAR E PROPOR ALTERAÇÕES, DEFINIR PRIORIDADES OU REJEITAR ETAPAS CONFORME SEU INTERESSE. OU AINDA RECUSAR SERVIÇOS EM DESACORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NO CONTRATO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
CASO OCORRA ALGUM IMPEDIMENTO NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO POR PARTE DO CONTRATADO FICA RESERVADA A CONTRATANTE O DIREITO DE REVISAR O PRAZO DE ENTREGA DOS SERVIÇOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL DIREITO RESIDUAL	1	0	2	2	0	0	2	2	2	2	4	2	1	2	0	0	1	0	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0		









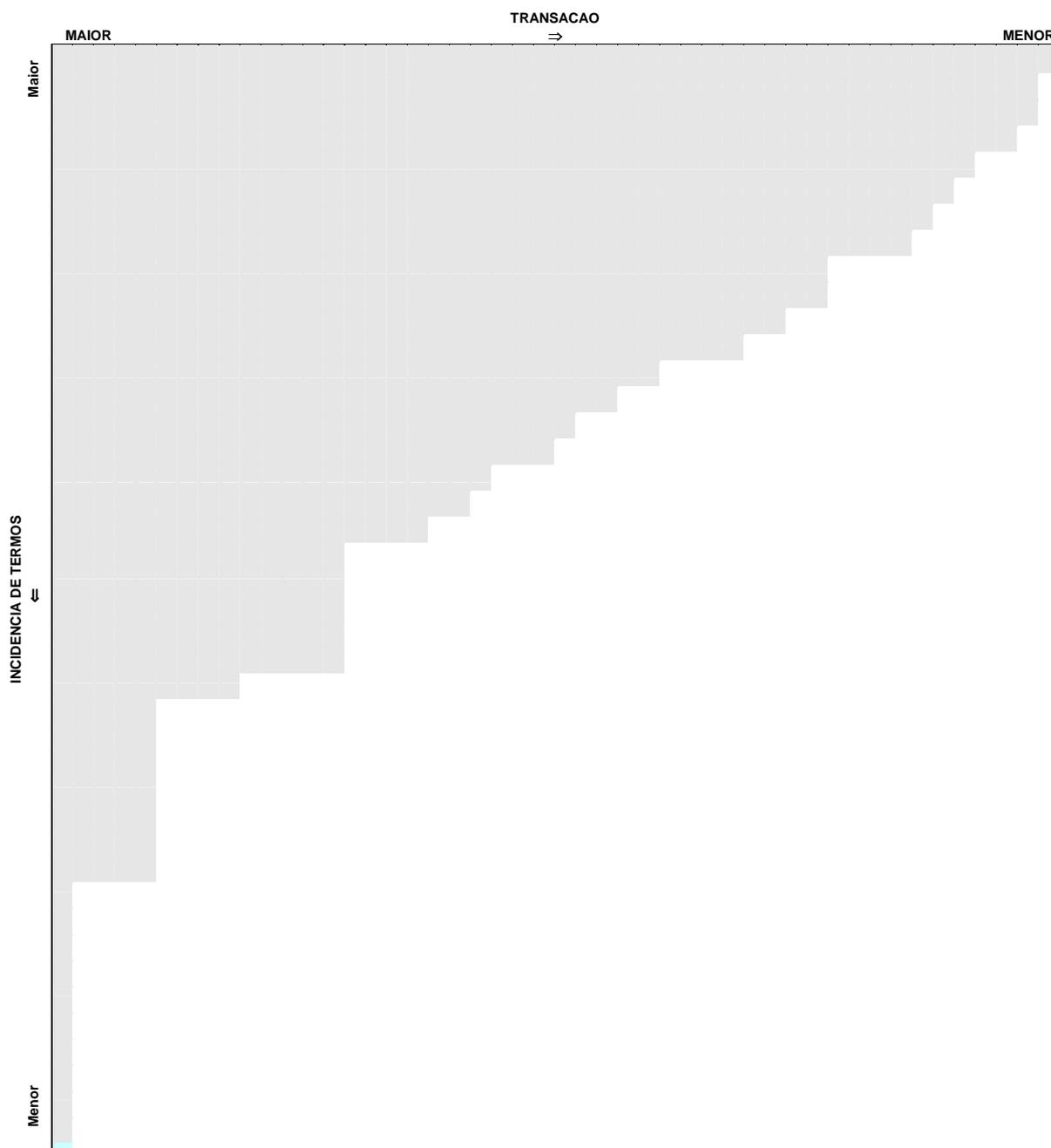






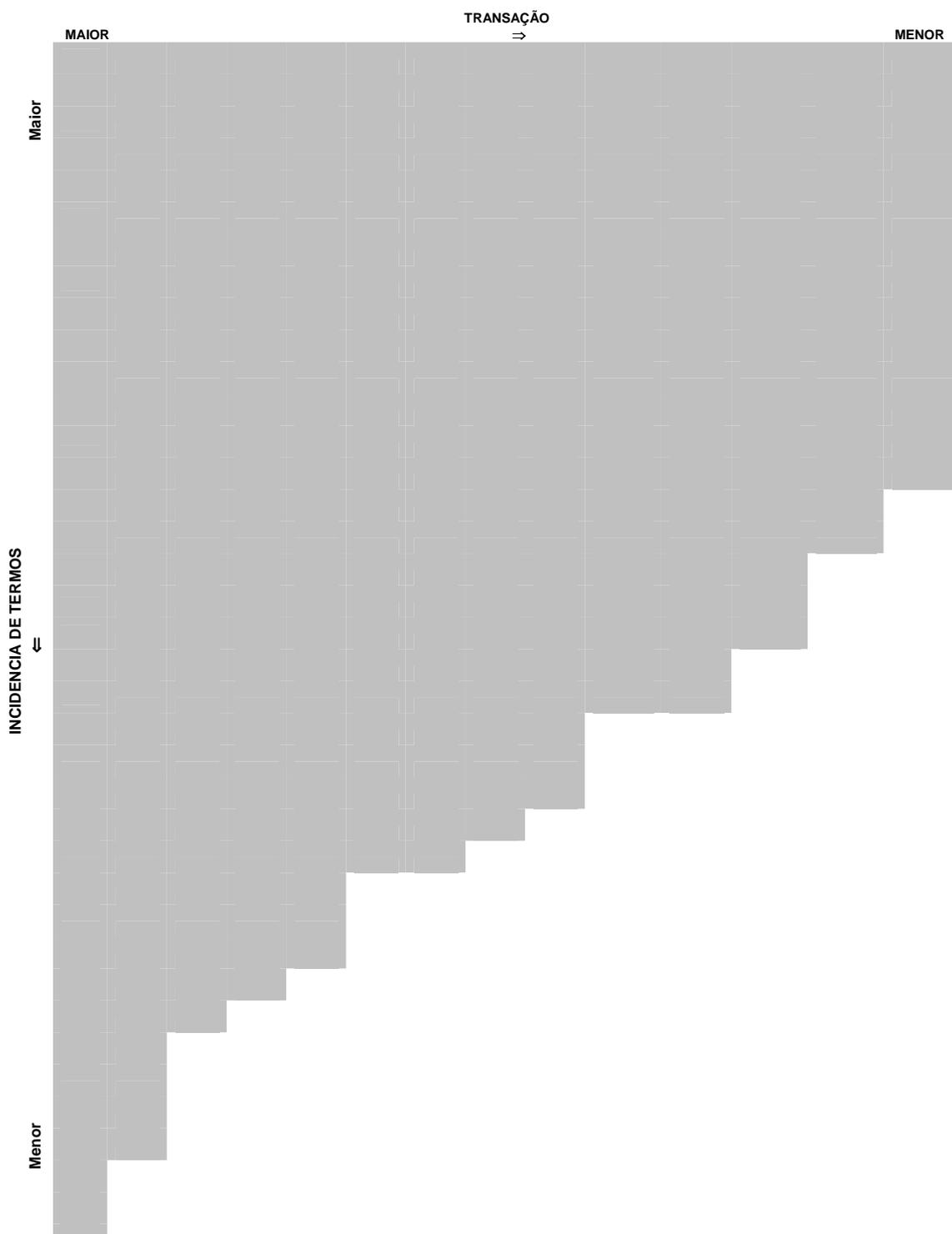
ATRASSO NO PAGAMENTO MULTA DE 3% SOBRE O PRECO DA FATURA, ACRESCIDO DE JUROS DE MORA LEGAIS, CORRIGIDO MONETARIAMENTE POR INDICE OFICIAL, ATE A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO, INDEPENDENTE DE INTERPELACAO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1		
POR QUEBRA DE CONTRATO A PARTE QUE DER ENSEJO A RESCISAO PAGARA MULTA	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
A CONTRATADA DEVE RESTITUIR EM PERFEITO ESTADO DE CONSERVACAO O IMOVEL QUE HE FOR CEDIDO PARA PRESTACAO DO SERVICO, SOB PENA DE INCORER EM MULTA DIARIA DE 1% DO SOMATORIO DAS TRES LTIMAS REMUNERACOES REPASSADAS A CONTRATADA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
<b>SUB TOTAL ESCOPO</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>8</b>				
<b>TOTAL TERMOS</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>8</b>				

### Apêndice 3: Gráfico de discricionariedade dos contratos



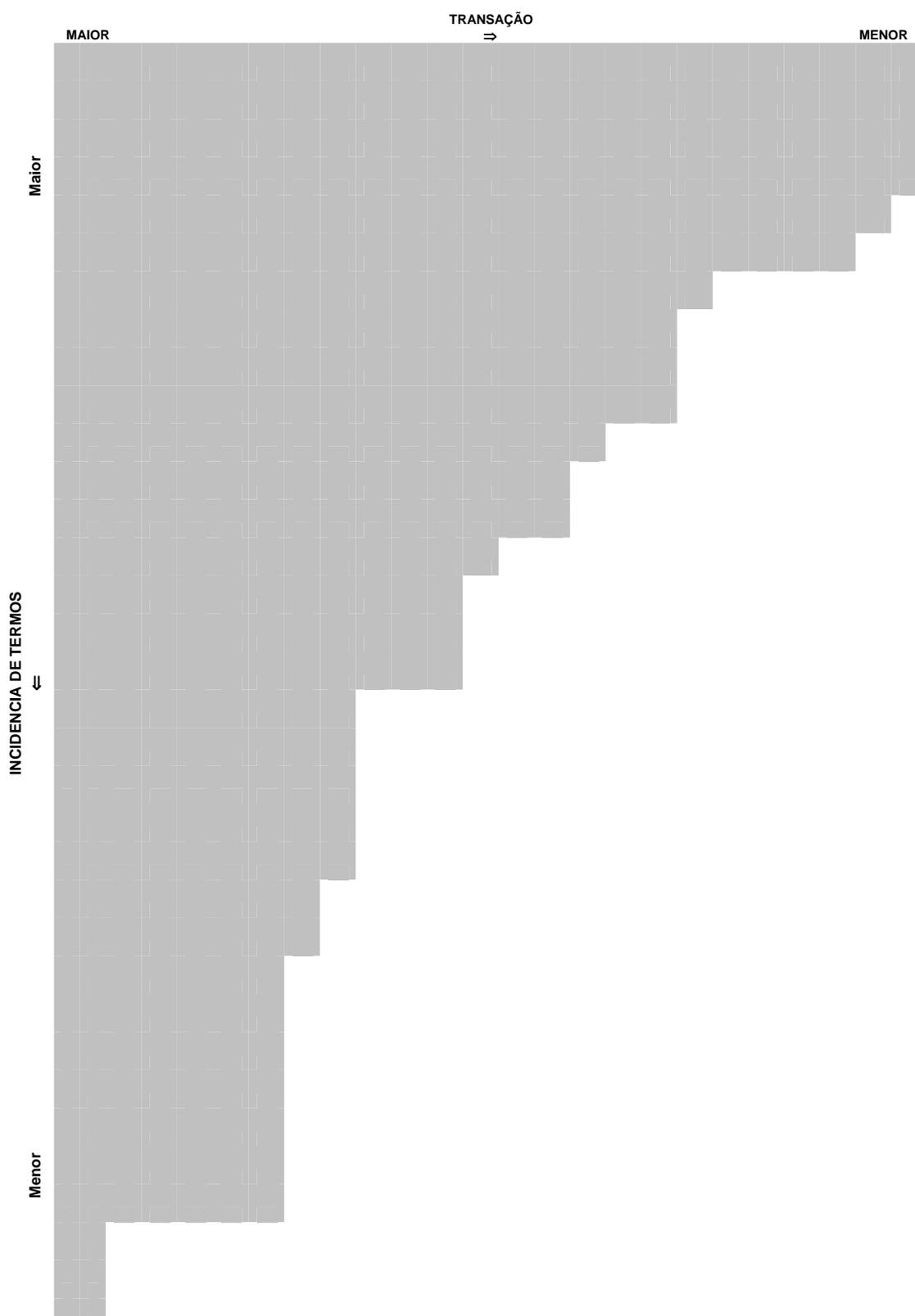
Contratos de prestação de serviços na quantidade total de 48 contratos.

O gráfico representa a incidência de termos apresentados no apêndice 2, agrupados do maior para o menor, sendo a área pintada relativa aos termos padrões dos conjuntos contratuais.



Arranjo B - Contratos de serviços médicos na quantidade total de quatorze contratos.

O gráfico representa a incidência de termos apresentados no apêndice 2, relativos apenas aos contratos de serviços médicos, agrupados do maior para o menor, sendo a área pintada relativa aos termos padrões dos conjuntos contratuais.



Arranjo A - Contratos de serviços técnicos de apoio na quantidade de trinta e quatro.

O gráfico representa a incidência de termos apresentados no apêndice 2, relativos apenas aos contratos de serviços técnicos de apoio, agrupados do maior para o menor, sendo a área pintada relativa aos termos padrões dos conjuntos contratuais.