

**ASSIMETRIA DE PODER EM DÍADE DE ENTE PRIVADO E PÚBLICO –
O FENÔMENO DO *HOLD-UP***Sérgio Almeida Migowski¹, Cláudia de Souza Libânio²

1 Instituto Federal do Rio Grande do Sul; 2 Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

RESUMO

Este trabalho objetivou analisar uma relação interorganizacional de uma díade da área da saúde, sendo uma pública e outra privada. Foi verificado, à luz da Teoria dos Custos de Transação e das relações interorganizacionais, que o estabelecimento da relação de cooperação se fazia necessário para otimizar os recursos públicos, além da especificidade do ativo transacionado que era a assistência à saúde em situações de urgência/emergência. A transparência nas negociações para o estabelecimento de um contrato formal, entretanto, mostrou-se insuficiente para a resolução dos conflitos não previstos, bem como pela suspensão do pagamento pelo agente público, devido à incapacidade orçamentária.

Palavras-chave: Hospital; Díade; Cooperação; Oportunismo.

1. INTRODUÇÃO

Quando o assunto abordado trata de políticas públicas, é comum a noção de que as burocracias públicas são incapazes de um gerenciamento eficiente (Misoczky, 2001). No caso brasileiro, uma das reformas destinadas a aumentar a capacidade de governar (transformar políticas em realidade) surgiu ainda nos anos 1980, envolvendo dois temas distintos: saúde e autonomia financeira. Sendo os recursos econômicos escassos, uma maneira de provocar sua melhor utilização se dá por meio da sua alocação eficiente, no que Bresser-Pereira et Spink (1998) denominam como uma administração pública gerencial voltada para o cidadão.

Para atender essa demanda, os estados modernos foram divididos em quatro setores (Bresser-Pereira et Spink, 1998): núcleo estratégico, atividades exclusivas, atividades não exclusivas e setor de produção de bens e serviços. Em relação às atividades não exclusivas, elas incluem a educação, a saúde e as atividades culturais e de pesquisa como obrigações do estado. Elas permanecem sob seu controle, mas são financiadas ou subsidiadas por ele, podendo ser fornecidas por entes privados. As demais atividades serão detalhadas na seção 2.1.

Em função dessa necessidade de modernizar o estado brasileiro, foi elaborado, em 1995, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado. Ele possibilitou a redefinição do papel do ente público, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, fortalecendo sua posição de promotor e regulador desse desenvolvimento (Souza et al., 2010).

É desse novo papel do Estado que surge o processo da contratualização, que se trata de uma estratégia de saúde, cujo instrumento contratual estabelece metas e indicadores e tipos de serviços a serem prestados à sociedade. Dessa forma, obtém-se maior controle e mais qualidade do serviço de saúde, sendo definidas as responsabilidades do contratante e do contratado (Abrúcio, 2006). Mecanismos como esse se fazem necessários quando o Estado não consegue mais resolver os problemas de forma unilateral, o que demanda soluções em conjunto (Geddes, 2014).

Trata-se, portanto, de uma governança compartilhada que possibilita maior flexibilidade diante de mudanças no contexto e a estabilidade necessária para projetos de longo prazo. A exigência de requerimentos legais (contrato) possibilita a necessária estabilidade dos serviços ofertados, além



de legitimizar a relação das organizações envolvidas (Sandfort et Milward, 2014).

Sendo assim, este estudo busca analisar as relações existentes em uma díade entre um ente público e um privado, os quais, contratualizados desde setembro de 2008, tiveram um rompimento das relações em julho de 2014, resultando no fechamento do Pronto Atendimento Municipal (PA), que funcionava nas dependências do hospital, e uma das partes acabou se tornando refém (*hold-up*) da outra.

O presente artigo se estrutura em cinco sessões. A partir desta primeira sessão introdutória, a segunda sessão apresenta a fundamentação teórica, construída sobre três eixos temáticos: a contratualização, a Teoria dos Custos de Transação e as relações interorganizacionais. Já na terceira sessão, é exposta a metodologia utilizada para a realização do estudo, com a apresentação da unidade de estudo. Na quarta sessão, são apresentadas as principais análises sobre as relações entre essas organizações. Por fim, na quinta sessão, são feitas as considerações finais, seguidas pelas referências utilizadas no estudo e na elaboração deste trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta sessão se concentra em criar as bases teóricas para a discussão que se faz na próxima sessão. Para isso, são apresentados os três eixos temáticos já mencionados: a contratualização, a Teoria dos Custos de Transação e as relações interorganizacionais.

2.1 Contratualização

Trata-se de um processo, legitimado por um contrato com o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS), representado pelo estado ou município e o representante legal de um hospital. Nesse contexto, a prestação de serviços assistenciais é regulada por metas, indicadores e serviços que recebem controle mensal por parte tanto do contratante público quanto dos representantes do Conselho Municipal de Saúde. Tal processo é formado por indivíduos representativos da sociedade e não prevê remuneração para os seus membros (Sediyama, 2013).

A contratualização surgiu como resultado da modernização do Estado, quando da sua divisão em 4 setores (Bresser-Pereira et Spink, 1998):

- a) Núcleo estratégico – formado pelo parlamento, pelos tribunais, pelo presidente (ou primeiro-ministro), além dos ministros e dos principais servidores;
- b) Atividades exclusivas – são aquelas que garantem, diretamente, que as leis e as políticas públicas se-

jam cumpridas e, por essa razão, são incluídas nela as forças armadas, a polícia, as agências reguladoras, de financiamento, de fomento, de seguridade social, entre outras;

- c) Atividades não exclusivas são todos os serviços que o estado provê à sociedade, o que pode dar-se pelo setor privado ou pelo público não estatal. Como já mencionado, é aqui que se encontra o setor de saúde;
- d) Setor de produção de bens e serviços – composto pelas empresas estatais.

O processo de contratualização atende às demandas das atividades não exclusivas e pode ser dividido em três etapas: negociação, construção do instrumento e gerenciamento. Na fase da negociação, o ente público divulga quais os serviços deseja contratar e qual o volume, o que possibilita a atração de organizações privadas prestadoras do serviço. Em se tratando de serviço hospitalar, as opções de escolha acabam sendo reduzidas em virtude de dois fatores: proximidade daqueles que utilizarão o serviço e capacidade de atendimento (Alcoforado, 2005; Carr-Hill et al., 1997).

Escolhida a organização que comporá essa díade – relação que se estabelece entre dois atores (Wasserman et Faust, 1994), inicia-se a identificação dos indicadores de desempenho que constarão no instrumento contratual, também denominado convênio. Nele, há a definição de tudo o que foi contratado, os encargos e os recursos financeiros, as formas de controle e as penalidades para as partes, além do plano operativo que descreve as metas qualitativas e quantitativas contratadas (Sediyama, 2013). O gerenciamento é a etapa de coordenação que ocorre após a assinatura do contrato, em que são analisados, mensalmente, os indicadores acordados na fase anterior, avaliando-se, por consequência, o desempenho do prestador (Alcoforado, 2005).

Compreendidos os processos envolvidos na contratualização, é importante conhecer as razões de o ente público buscar, mediante a cooperação interorganizacional, a prestação dos serviços hospitalares à sociedade. Para tal, é interessante abordar a Teoria dos Custos de Transação.

2.2 A Teoria dos Custos de Transação (TCT)

Para Williamson (1985), qualquer transação que possa ser formulada como um problema de contratação pode ser examinada sob a ótica da TCT. O autor propõe como unidade básica de análise qualquer transação que implique a passagem de um bem ou de serviços em elaboração de um agente para outro.



Como origem dos custos de transação, estariam: a racionalidade limitada dos agentes, a incerteza associada ao ambiente e o risco de comportamento oportunista pelas partes envolvidas, além da especificidade do ativo transacionado (Fiani, 2013). O oportunismo, para Williamson (1993), não viria somente dos riscos não revelados antes ou depois da transação, uma vez que os indivíduos envolvidos poderiam mentir, omitir a verdade, trapacear ou até mesmo roubar em algum momento.

Nesse caso, uma governança ótima seria apenas o reflexo da minimização dos custos de transação (Williamson, 1985). Sendo assim, a pergunta que a TCT faz é se não é melhor produzir um serviço ou um bem dentro da própria firma do que buscar em outras firmas. Por essa razão, Williamson (1975) defende que o nível de especialização de uma empresa é o que possibilita a redução dos custos de produção. Portanto, o mais lógico seria buscar a aquisição de alguns componentes de um produto, por exemplo, em relacionamentos com outras organizações que sejam especialistas naquele componente desejado. Nesses casos, uma governança comum para o atingimento dos objetivos passa a ser de interesse comum para os agentes envolvidos em tal relação interorganizacional.

2.3 Relações Interorganizacionais (RIOS)

Diversos são os exemplos de relações interorganizacionais cujo foco seja a cooperação para a obtenção de desempenho superior ao que teria caso atuasse individualmente (Mandell et Keast, 2014). Como defende Castells (2000), diante de um contexto repleto de mudanças tecnológicas, econômicas, sociais e ambientais, as organizações tendem a buscar mais flexibilidade, o que inclui novas formas de relações interorganizacionais.

As redes de cooperação podem ser compreendidas como um modelo de organização de empresas independentes, constituída de estrutura formal própria, na qual a cooperação busca a realização de ações conjuntas (Balestrin et Verschoore, 2008). Naturalmente, diante da complexidade de tais relacionamentos, faz-se necessário o exercício da coordenação, com a interação das organizações independentes (Grandori et Soda, 1995).

É da eficiência dessa gestão de relacionamentos que emergirá o equilíbrio entre os diversos atores, além dos benefícios percebidos por eles (Zawislak, 2000). O objetivo da governança acaba sendo, portanto, o de reduzir o grau de incerteza nos relacionamentos, além de tornar possível prever não só demandas e atitudes das partes como também as variações dos ambientes econômicos (Demsetz, 1990).

Ao estudar as causas que levam as organizações a participar de uma relação interorganizacional, Oliver (1990) apontou seis contingências:

1. Necessidade – pode ser resultante de exigências legais ou regulamentadoras;
2. Assimetria – em uma situação de escassez de recursos, pode haver organizações que utilizem a cooperação para dominar recursos e atividades de outras organizações;
3. Reciprocidade – busca de cooperação, colaboração e coordenação em busca de objetivos comuns;
4. Eficiência – melhor utilização dos recursos internos;
5. Estabilidade – facilita a adaptação organizacional a um ambiente de constante incerteza; e
6. Legitimidade – ao atuar em colaboração, reforça ou melhora a imagem.

Ainda que tais contingências, individualmente, já sejam suficientes para o estabelecimento de RIOS, Oliver (1990) defende que elas também podem ocorrer de forma concomitante.

Como o presente estudo envolve uma díade, é importante, também, trazer os conceitos de Provan et Kennis (2007) em relação à assimetria de poder. Os autores destacam que a legitimidade de uma organização pode levá-la a uma posição de liderança nessa relação. Geddes (2014) destaca que a maioria das parcerias é caracterizada por graves desigualdades de poder e de capacidade entre elas. Outro conceito importante é aquele trazido por D'Aveni et al. (2010), quando tratam das consequências éticas das vantagens competitivas de posições monopolísticas ou de comportamentos oligopolistas. Mas, provavelmente, quem melhor apresenta as características que mais podem afetar uma relação interorganizacional é Fiani (2013).

O autor destaca que um número limitado de agentes habilitados a participarem de uma transação e a especificidade dos ativos transacionados podem fazer com que haja, simultaneamente, poucos produtores capazes de ofertá-los e poucos demandantes capazes de adquiri-los. Isso pode gerar o problema de refém (*hold-up*), quando uma das partes se torna vulnerável, pois, ao ter feito investimentos em um ativo específico, pode sofrer o rompimento da relação pela outra parte ou a pressão pelo aumento do poder de barganha da parte não refém. A especificidade dos ativos é uma condição necessária para a elevação dos riscos associados a atitudes oportunistas (Fiani, 2013). No caso da assistência hospitalar, a especificidade se dá, também, pela localização geográfica (acessibilidade), o que determinará o tempo de atendimento.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (Carr-Hill et al., 1997): a utilização



da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto para rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; e há evidência de uma associação negativa também para serviços de urgência e emergência.

Além disso, como cada organização busca maximizar a sua eficiência, os custos de transação acabam se elevando pela necessidade de se monitorar e controlar o comportamento um do outro (Williams, 2005). A elevação dos custos de uma parceria também foi tema de Geddes (2014). O autor destaca que a falta potencial de transparência e de responsabilidade eleva os custos e que a falta de confiança se torna uma variável capaz de criar uma importante barreira nas parcerias.

No caso da administração pública, a utilização de redes organizacionais está diretamente relacionada à de recursos humanos e financeiros, além de combater a ineficiência de algumas políticas públicas (Souza et Maçaneiro, 2014). Foi por essa razão que a Constituição Federal de 1988 buscou transferir o poder do centro para os locais onde a assistência é diretamente praticada, o que significa, no caso hospitalar, transferir recursos do ente federado diretamente para o município, que, conhecedor das peculiaridades do seu contexto, deve aplicar os recursos recebidos, sempre com o conhecimento e a anuência da sociedade (Junqueira, 2000).

3. METODOLOGIA

A estratégia de pesquisa utilizada neste trabalho é o estudo de caso do tipo descritivo. Segundo Yin (2001, p. 23), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos”. Para o autor, a investigação de um estudo de caso enfrenta uma situação, tecnicamente única, em que haverá mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências. Dessa forma, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

O uso de estudo de casos se justifica, também, na medida em que este trabalho se constitui em uma pesquisa exploratória, pois, segundo Zaltman et Burger (1975), esse tipo de pesquisa se aplica quando as evidências disponíveis são contraditórias ou insuficientes para permitir o estabelecimento de hipóteses formais ou a detecção de novos conceitos.

Para este caso, serão utilizadas a análise documental, a observação participante, já que o autor do presente estudo era parte integrante do processo de negociação e controle, enquanto representante do ente privado, até fevereiro de 2012, além das notícias veiculadas na mídia e no ofício formal do ente privado, emitido em julho de 2014, quando do anúncio da suspensão das atividades do PA.

Yin (2001) destaca que a observação participante é uma forma especial de pesquisa, na qual o pesquisador pode realizar uma infinidade de funções dentro do estudo de caso, podendo, de fato, participar dos eventos que estão sendo estudados, beneficiando-se de oportunidades únicas para coletar dados, evitando, assim, que os fenômenos observados fiquem restritos ao universo que o compõem. A oportunidade mais interessante, neste caso específico, relaciona-se com a sua habilidade de obter permissão para participar de eventos ou de grupos que são, de outro modo, inacessíveis à investigação científica

Foi, também, elaborado um questionário semiestruturado para a aplicação nas entrevistas realizadas com dois profissionais da área da saúde. A amostra é não probabilística, escolhida por conveniência. Os dados foram obtidos por intermédio de fontes primárias, sendo utilizada uma abordagem direta nas entrevistas. Na etapa da análise dos dados, foi desenvolvida uma análise de conteúdo (Bardin, 2005), almejando atingir os objetivos desta pesquisa.

Para garantir o anonimato dos dois entrevistados, eles estão identificados como Entrevistado 1 (E1) e Entrevistado 2 (E2). O E1 fez parte da diretoria da organização hospitalar responsável pela negociação e elaboração do contrato do PA e do hospital e atua nesse segmento há 15 anos, sendo que, atualmente, é responsável pela direção de outro hospital filantrópico, também contratualizado. O E2 ocupava a função de negociador, por parte do ente público, na época da elaboração da contratualização, e hoje ocupa a função diretiva na Secretaria Municipal de Saúde do mesmo município.

A organização que serve de unidade de análise para este estudo está instalada na Região Central do Estado do Rio Grande do Sul e foi adquirida por uma Universidade Privada, de caráter comunitário, em 2003, em função da criação do curso de Medicina em 2006. Ela possui, em 2014, 234 leitos, 900 funcionários e realizava: 934 internações média/mês; 1.671 procedimentos ambulatoriais média/mês; e 950 cirurgias/mês, com o índice de permanência de 4,93 dias por paciente. É referência para 37 municípios da região nas especialidades de alta complexidade de traumatologia e cardiovascular.



4. ANÁLISES DOS DADOS

4.1 Um breve histórico da relação entre o ente privado e o público obtido por análise documental e observação participante

O hospital está contratualizado com o município, no qual tem sua sede, desde setembro de 2008. Outro contrato, específico para o PA, foi elaborado, vigorando a partir de agosto de 2009, quando passou a funcionar nas dependências do hospital.

A elaboração do contrato iniciou-se em junho de 2008, sendo assinado somente em julho de 2009, para vigorar a partir de 1º de agosto daquele ano. A demora nas negociações envolveu desde a discussão sobre verbas de custeio até a definição de qual era o volume real de serviços a serem prestados, uma vez que os números expostos no PA, já existente na estrutura municipal, não encontravam respaldo nas declarações dos próprios funcionários encarregados da assistência naquele local. Dessas negociações, fez parte o autor deste trabalho. Além disso, houve forte pressão política para que o PA passasse a funcionar somente após a saída do partido que, até 2008, governava o município, possibilitando que a inauguração só ocorresse com o novo governo.

A discussão sobre o real volume de atendimentos adquiriu dimensão especial, pois era a base do planejamento da nova estrutura. Era dele que saíam as quantidades de leitos, macas, demais equipamentos e pessoal para o atendimento, o que determinaria o custo fixo e, conseqüentemente, o valor do contrato. Não se pretendia, com o PA, auferir lucros para o hospital, pois serviria de campo de estágio para os cursos ligados à saúde, mas havia a necessidade de se buscar o ponto de equilíbrio da atividade, sob pena de desequilibrar ainda mais as contas do hospital. A supervisão das metas quantitativas e qualitativas era feita tanto pelos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde quanto pelos membros do Conselho Municipal de Saúde por meio de reuniões mensais de prestação de contas.

O controle do volume de entradas era realizado por representantes da secretaria municipal, que também eram responsáveis pela liberação ou recusa de atendimentos de municípios de outras cidades. Para utilizar o atendimento do PA, o usuário apresentava seu cartão do SUS. Quando este não era do município, o funcionário da recepção do PA o encaminhava para o pessoal da Secretaria da Saúde, existente no PA. Não raro, eles tornavam a aparecer, dessa vez, com um novo cartão, o que talvez explique a relação de 200 mil cartões do SUS para uma população estimada em 120 mil pessoas, conforme foi constatado durante a observação participante.

Como o teto inicial era de 270 atendimentos pelo valor fixado, sempre que se ultrapasse essa meta, nos anos de 2009 e 2010, o excedente deveria ser pago no mês subseqüente ao atendimento. Nos anos de 2011 e 2012, um novo teto foi reestabelecido para 230 atendimentos/dia, uma vez que o município passou a recusar atendimentos com mais frequência sempre que se tratavam de casos que pudessem ser resolvidos nos postos de atendimento municipal.

Havia, entretanto, um importante fator que, sem receber a devida atenção do ente público, dificultava a gestão do serviço. O hospital, com o qual o ente público também tinha convênio, excedia o volume de atendimentos desde o seu início, pois era quem mais recebia pacientes do PA instalado nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde e, assim, como o PA localizado no hospital, tinha o direito de receber os valores excedentes no mês subseqüente à sua realização. Além do hospital no qual estava localizado o PA, outros dois hospitais sediados na cidade também eram contratualizados para receber pacientes oriundos do PA. Sua capacidade, entretanto, era cerca de 50% menor do que a do hospital onde estava localizado o PA, e, especificamente, um deles não contava com o apoio de especialidades diversas, o que limitava a possibilidade de encaminhamentos a casos clínicos de baixa complexidade.

Quando houve a instalação do PA na estrutura do hospital, o volume de internações hospitalares aumentou em cerca de 20%, provavelmente, precipitado pela presença de especialistas das mais diversas áreas médicas e disponíveis, no regime de sobreaviso remunerado, para acionamento pelos médicos plantonistas que atuavam no PA. Isso acelerava o diagnóstico e a conduta médica, notadamente, no caso das cirurgias de urgência e emergência. Esse serviço não estava disponível no PA anterior, instalado na Secretaria que solicitava a internação em um dos três hospitais da rede municipal, o que poderia demorar vários dias, levando a um grave retardamento do diagnóstico de um especialista, podendo gerar conseqüências indesejáveis na recuperação do paciente.

Como resultado, houve expressiva melhoria no atendimento dos pacientes, que passaram a ter acesso a um diagnóstico médico mais rápido, além da resolutividade de suas patologias. Além disso, o PA possuía todos os equipamentos necessários para a manutenção da vida em sua sala de observação, uma vez que, não raro, eram necessários leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sem que houvesse disponibilidade na Central Estadual de Leitos.

Houve, entretanto, um descompasso importante entre os valores quantitativos contratados junto ao hospital e a capacidade financeira da prefeitura local, uma vez que os valores excedentes não estavam estimados no orçamento municipal. Todos os excedentes existentes até março de 2010



foram repactuados, com o pagamento mensal dos valores devidos somado àquele já previsto na contratualização. Em 2012, os valores correspondentes aos atrasos de 2011 foram novamente repactuados em parcelas mensais.

Em 2013, uma nova mudança no governo municipal provocou novo atraso nos repasses das mensalidades, dessa vez do contrato referente ao PA. O impasse quanto aos pagamentos das dívidas retroativas impediu a elaboração de um novo contrato em dezembro de 2013, sendo prorrogado até julho de 2014, quando a direção da Mantenedora (Universidade) e a do Hospital realizaram uma entrevista coletiva, informando que as negociações estavam encerradas e que não seria possível tornar a prorrogar o contrato não só por impedimento legal, mas pela falta de sustentabilidade econômico-financeira do PA.

Essa entrevista ocorreu no dia 28 de julho de 2014, provocando, por parte da prefeitura, a decretação de intervenção naquelas instalações. Como o ente público não tinha pessoal em quantidade e capacidade para o volume de atendimentos, o Ministério Público interveio nas negociações entre as partes, estabelecendo um novo contrato em 7 de agosto de 2014. Entre as suas ações, a mais decisiva foi a pressão sobre o gestor municipal para que buscasse novas fontes de verbas junto ao ente federado, já que estava comprovado que os serviços foram prestados, mas não foram reembolsados.

Para auxiliar na compreensão do problema de pesquisa, um questionário semiestruturado foi apresentado a dois profissionais distintos (um representando o contratante e outro representando o contratado), conforme indicado na metodologia. Foram feitos apenas dois questionamentos, pois buscava-se compreender os momentos anteriores à assinatura do contrato para o estabelecimento do PA no hospital. O primeiro questionamento foi em relação às dificuldades do estabelecimento do número real de atendimentos existentes na antiga estrutura do PA e do previsto para a nova estrutura a ser contratada.

E1, que representava o hospital nas negociações, indicou forte preocupação com o volume de atendimentos previsto para o PA, pois, enquanto os representantes da gestão pública declaravam um número de 220 atendimentos/dia no PA já existente, os funcionários daquele setor que fizeram parte da primeira reunião indicavam até 300 atendimentos/dia, lembrando que, por vezes, tiveram de buscar auxílio nas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), que faziam sua base no mesmo local. Isso impactaria não só no dimensionamento das equipes como também na estrutura física, e poderia se refletir em danos à imagem do hospital perante a sociedade, além das dificuldades que teria em prestar um atendimento de qualidade. O entrevistado acrescentou que, nas reuniões seguintes, os funcioná-

rios do PA já existente não mais compareceram às reuniões, o que também gerou desconfiância em relação aos negociadores remanescentes do gestor público.

E2, representante do ente público, declarou que era entendimento da gestão pública da época que deveria haver maior contrapartida por parte do hospital, já que a Universidade, sua mantenedora, utilizaria o PA como campo de estágio para os cursos ligados à saúde, então, seria justo que também auxiliasse no pagamento das despesas. Em relação aos funcionários do PA e que declararam volumes superiores de atendimento, ele lembrou que eram concursados e não temiam represálias por suas declarações, mas foram impedidos de comparecer às reuniões posteriores.

O segundo questionamento buscava compreender se as partes envolvidas já tinham realizado simulações no caso de um volume maior de atendimentos a serem realizados, o que significaria, para o ente público, uma incapacidade orçamentária e um volume maior de atendimentos do que a capacidade do PA e do hospital permitiria, o que poderia ensejar insatisfação por parte dos usuários e da comunidade.

E1 acreditava que haveria maior fiscalização dos outros dois hospitais para recebimento de pacientes oriundos do PA, evitando sua superlotação, mas temia que os municípios do entorno comesçassem a encaminhar pacientes na porta de emergência, o que levaria a uma situação perigosa, diante dos recursos físicos e humanos previstos para a demanda contratada. Apesar disso, nenhuma simulação foi feita.

E2 já previa que as verbas não seriam suficientes, uma vez que, politicamente, não seria interessante recusar todos os pacientes dos demais municípios. Ele destacou que os principais gestores eram pessoas ligadas a partidos políticos, e que os interesses regionais se sobreporiam aos locais em diversos momentos, a exemplo do que já acontecera na própria estrutura do PA já existente. Havia a certeza de que o orçamento não seria suficiente para o custeio das atividades contratadas, mas acreditavam que, por se tratar de um hospital comunitário, a parte contratada não deixaria de atender, ainda que não recebesse o que era devido. Lembrou, ainda, que parte dos membros diretivos da Universidade também era ligada a partidos políticos e que deveriam ter, igualmente, outros interesses no atendimento de pacientes oriundos de outros municípios.

4.2 Análise baseada no referencial teórico

A contratação, pelo ente público, de um ente privado para o atendimento hospitalar vem ao encontro do estabelecido por Williamson (1975, 1985, 1993), porque busca-se uma organização especialista, quando não há na organização contratante a capacidade para fazê-lo.



Esse caso pode ser analisado, também, sob a ótica de Oliver (1990) em relação às seis contingências que levam organizações a participarem de uma rede:

1. Necessidade – a saúde é um dever do Estado, mas, por tratar-se de atividade não exclusiva, pode ser repassada a entes privados. Para a mantenedora que adquiriu o hospital, a existência de um PA específico do convênio SUS possibilitava a qualificação dos cursos ligados à área da saúde;
2. Assimetria – os recursos escassos e a cooperação possibilitam sua melhor utilização. Além disso, no ente público, a equipe assistencial deve ser contratada por concurso, o que significa pouca capacidade de gestão sobre seu desempenho. Já nas instituições privadas, há maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos. Há, todavia, uma assimetria de conhecimento, pois se, por um lado, o ente público sabia da sua incapacidade financeira em honrar os contratos estabelecidos, havia, por parte do hospital, o domínio do conhecimento necessário para realizar atividades mais complexas, além do seu relacionamento com o corpo clínico, o que lhe dava maior margem de negociação;
3. Reciprocidade – havia, nitidamente, a existência de cooperação, colaboração e coordenação, já que, mensalmente, as planilhas com as metas quantitativas e qualitativas eram apresentadas, além das várias repactuações dos valores em atraso;
4. Eficiência – a melhor utilização dos recursos públicos significou um atendimento mais rápido das patologias apresentadas, resultando em uma maior chance de recuperação dos pacientes;
5. Estabilidade – emergências e urgências geram uma elevada necessidade de adaptação organizacional, e isso pôde ser percebido enquanto funcionava regularmente o serviço. A interrupção de sua oferta e a decretação da intervenção indicam um sério rompimento dessa estabilidade, o que também se reflete no próximo item;
6. Legitimidade – houve uma marcante piora na imagem do gestor público, que apareceu para a comunidade como responsável pela interrupção do atendimento devido à falta dos pagamentos devidos. Do lado do prestador, houve um reforço na legitimidade da organização perante a sociedade, uma vez que, realizada a entrevista pública sobre o encerramento das atividades do PA e o motivo que a levou a tomar essa decisão, não houve, por parte do gestor público, qualquer esclarecimento contrário às informações fornecidas pelo prestador.

A assimetria e a legitimidade, nesse caso, foram os principais fatores que levaram a um rompimento temporário das atividades. É preciso lembrar que, diante da posse de ativos intangíveis (conhecimento) e tangíveis (equipamentos), o hospital acaba reforçando os conceitos de Provan et Kennis (2007) em relação à assimetria de poder. Tais recursos acabam levando o hospital a exercer uma função de liderança nessa relação, o que lhe dá mais legitimidade diante da sociedade.

Todavia, ao exercer uma atividade única e que possui características que o distingue de outras atividades de serviço (localização e velocidade de atendimento), o hospital assume um comportamento monopolista, passível de trazer consequências éticas para essa relação (D'aveni et al., 2010), inclusive em função da acessibilidade (Carr-Hill et al., 1997).

O ente público aparece, nesses casos, como refém da assistência realizada por organizações privadas, obrigando-se a aceitar imposições contratuais que podem reduzir a eficiência na gestão dos recursos, e a sua recusa impactará na eficácia dos serviços oferecidos. Trata-se, então, do oportunismo abordado por Williamson (1993) e da especificidade do ativo (Fiani, 2013), uma vez que o tempo de atendimento interfere diretamente na capacidade de escolha daquele que demanda o serviço.

Os dois entrevistados, por seu turno, reforçam os conceitos de Geddes (2014). A falta de transparência e de responsabilidade das partes elevou os custos da transação, inclusive no tempo que se levou para estabelecer o contrato, e a falta de confiança foi, provavelmente, a mais importante razão para a criação de barreiras nessa parceria, culminando no encerramento do serviço e na decretação de intervenção por parte do ente público. Aparentemente, houve de parte a parte uma atitude oportunista, pois enquanto o ente público já sabia de sua incapacidade orçamentária antecipadamente (*moral hazard*), da parte do hospital e da universidade, a utilização da estrutura do PA como campo de estágio de fato gerava vantagem para o ente privado, pois qualificava os cursos ligados à saúde, inclusive como forma de atrair novos alunos.

Em relação à situação de refém, a especificidade do ativo gerava problemas para as duas partes (Fianni, 2013). Se, de um lado, não havia outros agentes capazes de fornecer o serviço solicitado pelo ente público, dando ao hospital uma posição de liderança na relação, de outro, o hospital realizou investimentos e contratou pessoal para um serviço que só poderia ser destinado ao gestor público. Ao não ser pago pelos serviços prestados, restar-lhe-ia encerrar as atividades daquele setor e arcar com os custos de desligamento de todo o pessoal envolvido.



A figura 1 busca apresentar os processos envolvidos na construção dessa relação interorganizacional entre os entes público e privado:

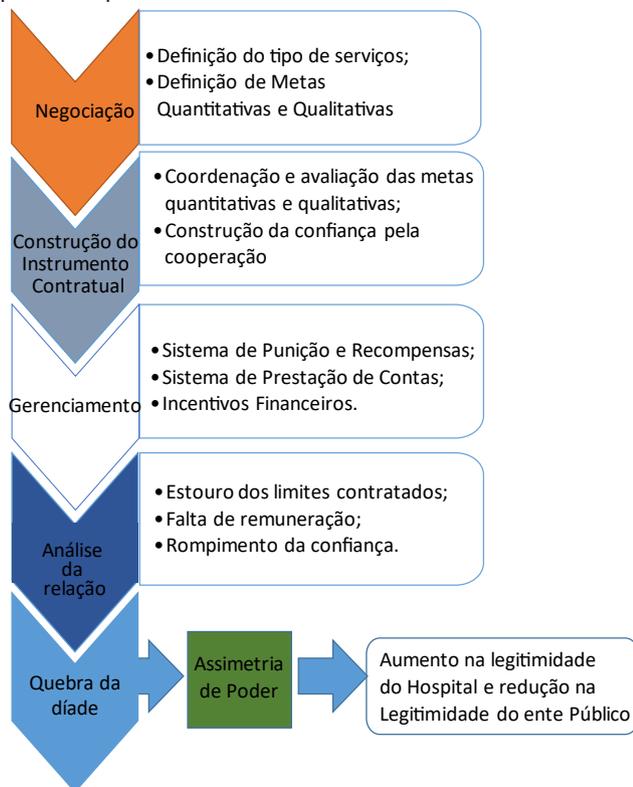


Figura 1. Fluxo de uma Díade de Ente Público e Privado

Fonte: O Autor

5. 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estabelecimento de cooperação entre a gestão pública e a privada é fundamental para proporcionar a melhor utilização de recursos escassos. Além disso, por tratar-se de um serviço altamente dependente do conhecimento especializado dos recursos humanos, da necessidade de constante atualização tecnológica e com um elevado investimento inicial, os hospitais privados prestam um serviço à sociedade em diversas regiões onde o poder público não oferece outra alternativa.

Entretanto, reside exatamente nessa capacidade de atendimento e na detenção dos ativos tangíveis e intangíveis a assimetria de poder que pode levar à ruptura de um relacionamento interorganizacional. No caso do atendimento hospitalar, o interessante para o poder público é sempre buscar mais de um parceiro, como forma de equilibrar as forças existentes, minimizando possíveis comportamentos oportunistas.

Além disso, ao contrário do que acredita a crença popular, juízes podem conceder liminares ordenando a imediata internação de um paciente em determinada UTI – tanto faz se na rede pública ou na privada. A questão não é não querer atender, mas sim sua capacidade. Se não é possível internar um paciente é porque não há lugar. Pela natureza do atendimento, hospitais privados ou públicos não se confundem com os prontos-socorros públicos que atendem ao SUS, nos quais, na falta de lugar, improvisa-se, colocando o paciente em maca no corredor. Neles, não há como aumentar a capacidade além daquela para a qual foram construídos. Por essa razão, é importante a transparência do agente público quando da definição das metas quantitativas de atendimento, com a melhoria na capacidade de governança e maior transparência nas relações entre os parceiros.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. (2006). *Contratualização e Organizações Sociais: reflexões teóricas e lições de experiência internacional*. Debates GV Saúde, Vol. 1, pp. 24-27.
- Alcoforado, F.C. (2005). *Contratualização e eficiência no Setor Público: as organizações sociais*. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del estado y de la Admistración Pública, Santiago, Chile.
- Balestrin, A.; Verschoore, J. (2008). *Redes de Cooperação Empresarial: Estratégias de Gestão na Nova Economia*. Porto Alegre: Bookman.
- Bardin, L. (2005). *Análise de conteúdo*. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70.
- Bresser-Pereira, L.C.; Spink, P. (1998). *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Carr-Hill, R. Place, M., Posnett, J. (1997). *Access and the utilization of healthcare services*. In: Ferguson, B., Sheldon, T.A, Posnett, J. – *Concentration and choice in health care*. London, Financial Times Healthcare.
- Castells, M. (2000). *A Sociedade em Rede*. São Paulo: Paz e Terra.
- Demsetz, H. (1990). *Ownership Control and the Firm: the organization of economic activity*. Cambridge, Basil Blackwell.
- D’aveni, R.A.; Dagnino, G.B; Smith, K.G. (2010). *The Age of Temporary Advantage*. *Strategic Management Journal*, 31:1371-1385.
- Fiani, R. (2013) *Teoria dos Custos de Transação (Capítulo 13)*. In: Kupfer, D., Hasenclever, L. (orgs.). *Economia Industrial: Fundamentos teóricos e práticas no Brasil*. 2 Edição. Rio de Janeiro: Campus.
- Geddes, M. (2014). *Inter-Organizational Relationships in Local and Regional Development Partnerships*. In: *Handbook de Re-*



- lações Interorganizacionais da Oxford, Cap. VIII, Porto Alegre: Bookman.
- Grandori, A.; Soda, G. (1995). Interfirm Networks: antecedentes, mechanisms and forms. *Organization Studies*, Vol. 16, No. 2, 1995.
- Junqueira, L.A.P. (2000). Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais na Saúde. *Revista de Administração Pública e Gestão Social*, Rio de Janeiro, Vol. 34, No. 6, pp 35-45.
- Mandell, M.P.; Keast, R. (2014). Parcerias no Setor Voluntário e Comunitário: as atuais relações interorganizacionais e os desafios futuros. In: *Handbook de Relações Interorganizacionais da Oxford*, Cap. VII, Porto Alegre: Bookman.
- Misoczky, M.C. (2001). Dilemas da Burocracia no Campo das Políticas Públicas: neutralidade, competição ou engajamento? *Organização & Sociedade*, V. 8, N. 20, 2001.
- Oliver, C. (1990). Determinants of International Relationships: integration and future directions. *Academy of Management Review*, V. 15, N. 2, pp. 241-265.
- Provan, K.; Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, V. 18., pp. 229-252.
- Sandfort, J.; Milward, H.B. (2014). Serviços Colaborativos no Setor Público. In: *Handbook de Relações Interorganizacionais da Oxford*, Cap. VI, Porto Alegre: Bookman.
- Sediyama, M.Y.N. (2013). Efeitos da contratualização de serviços de saúde nos sistemas de mensuração de desempenho em um hospital público. *Dissertação de Mestrado*, FEA- Ribeirão Preto/USP.
- Souza, H.F.; Leite, J.D.B.L.; Nascimento, E.C.V. (2010). O processo de contratualização da SES/MG: a proposta de um contrato único no âmbito dos programas estaduais. In: *XXXIV Encontro do ANPAD*, Rio de Janeiro, 25 a 29 set 2010.
- Souza, H.C.V.; Maçaneiro, M.B. (2014). Os Desafios do Gestor Público na Articulação do Trabalho em Redes Setoriais. *Administração Pública e Gestão Social*, 6 (2), abr/jun.
- Wasserman, S., Faust, K. (1994). *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge (MA): Cambridge University Press.
- Williams, T. (2005). Cooperation by design: structure and cooperation in interorganizational networks. *Journal of Business Research*, Vol. 58, p. 223-231.
- Williamson, O. E. (1993). Opportunism and its Critics. *Managerial and Decision Economics*, V 14, pp. 97-107.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: firms, markets, relational contracting*. New York: The Free Press.
- Williamson, O. E. (1975). *Markets na Hierarchies: analysis and antitrust implications*. New York, Free Press.
- Yin, R. (2001). *Applications of Case Study Research*. Newbury Park: Sage.
- Zaltam, G.; Burger, P. C. (1975). *Marketing Research: fundamentals and dynamics*. Himdale: Druden Press.
- Zawislak, P.A. (2000). Alianças Estratégicas: contexto e conceitos para um modelo de gestão. *Saberes*, V. 1, N 3, pp 10-21.